

**Universidade Federal de Juiz de Fora
Programa de Pós-graduação em Saúde
Doutorado em Saúde Brasileira**

André Lúcio Pinto Coelho Stroppa

**Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Transtorno Bipolar: um
estudo prospectivo de dois anos**

**Juiz de Fora
2018**

André Lúcio Pinto Coelho Stroppa

**Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Transtorno Bipolar do
Humor: um estudo prospectivo de dois anos**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde, área de concentração: Saúde Brasileira, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Alexander Moreira Almeida

Juiz de Fora

2018

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Stroppa, André Lúcio Pinto Coelho.

Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Transtorno Bipolar do Humor : um estudo prospectivo de dois anos / André Lúcio Pinto Coelho Stroppa. -- 2018.
165 f. : il.

Orientador: Alexander Moreira Almeida

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira, 2018.

1. Transtorno Bipolar do Humor. 2. Religiosidade. 3. Espiritualidade. 4. Coping. 5. Qualidade de Vida. I. Almeida, Alexander Moreira, orient. II. Título.

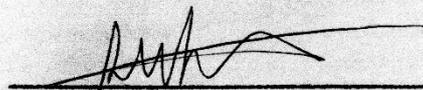
André Lúcio Pinto Coelho Stroppa

Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Transtorno Bipolar do Humor: um estudo prospectivo de dois anos

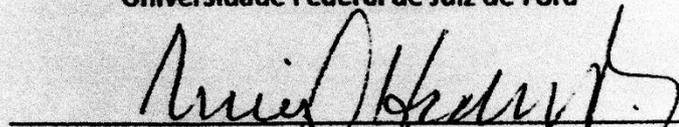
Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde, área de concentração: Saúde Brasileira, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde.

Aprovado em __08__ / __02__ / __2018__.

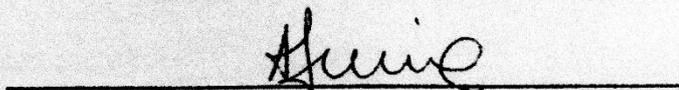
BANCA EXAMINADORA



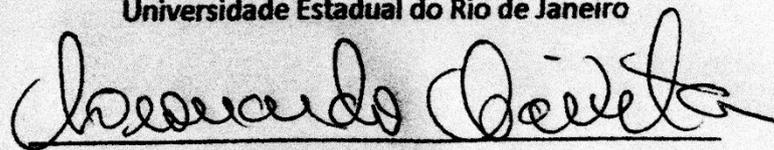
Prof. Dr. Alexander Moreira Almeida – Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora



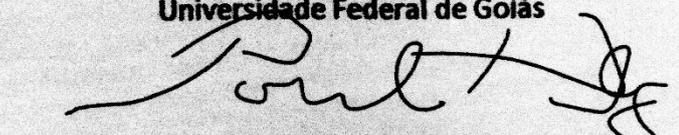
Prof. Dr. Uriel Heckert
Universidade Federal de Juiz de Fora



Profa. Dra. Alba Lúcia Castelo Branco
Universidade Estadual do Rio de Janeiro



Prof. Dr. Leonardo Caixeta
Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Paulo Daigalarrondo

Ao Professor Uriel Heckert, responsável
pela formação científica e ética de várias
gerações de clínicos e psiquiatras na
Faculdade de Medicina da Universidade
Federal de Juiz de Fora.

AGRADECIMENTOS

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

Aos Professores Fernando Colugnatti, Alba Lúcia Castelo Branco e Uriel Heckert pela enorme ajuda em Estatística aplicada a Saúde, Investigação Qualitativa e leitura e sugestões ao texto.

Aos Professores Paulo Dalgalarondo, Leonardo Caixeta, Gustavo Castanon, J. Ramón Rodriguez-Arrás e Homero Pinto Vallada, que compuseram minhas bancas de qualificação e defesa, por suas disponibilidade, generosidade e importantes contribuições ao trabalho.

Aos colegas do NUPES, pela convivência fraterna, leal e solícita, de forma especial a Janaína Siqueira, Cristiane Schumann e Alexandre Sech, companheiros desde o início da jornada.

RESUMO

Contexto: Apesar do grande número de estudos encontrados na literatura sobre as relações entre religiosidade/espiritualidade e depressão, outros transtornos mentais e doenças físicas, há uma carência de pesquisas acerca do impacto da religiosidade/espiritualidade em pacientes bipolares, notadamente de estudos longitudinais. Objetivos: Investigar as possíveis relações entre diversas dimensões de religiosidade/espiritualidade sobre sintomas de depressão, mania e qualidade de vida em um estudo longitudinal de 24 meses. Métodos: Estudo observacional longitudinal de dois anos acrescido de aspectos qualitativos, com 168 pacientes bipolares ambulatoriais, avaliando dados sócio demográficos, sintomas de mania (Young Mania Rating Scale), depressão (Montgomery–Asberg Depression Rating Scale), religiosidade (Duke Religious Index), coping religioso (Brief RCOPE) e qualidade de vida (World Health Organization Quality of Life–Brief Version). Análises de regressão linear da associação entre indicadores religiosos e variáveis clínicas foram controladas por variáveis sociodemográficas. Resultados: Entre os 158 pacientes reavaliados após dois anos, Coping Religioso Positivo em T1 predisse melhor qualidade de vida em todos os seus quatro domínios: físico (β 10,2; 95%CI; 4,2–16,1), mental (β 13,4; 95%CI; 7,1–19,7), social (β 10,5; 95%CI, 3,6–17,33) e ambiental (β 11,1; 95%CI; 6,2–16,1) em T2, dois anos depois. Coping Religioso Negativo em T1 predisse pior saúde mental (β -28,1; 95%CI; -52,06– -4,2) e ambiental (β -20,4; 95%CI; -39,3– -1,6) em qualidade de vida. Religiosidade Intrínseca em T1 predisse melhor qualidade de vida ambiental (β 9,56; 95%CI; 2,76–16,36) em T2. Coping Religioso Negativo em T1 predisse sintomas maníacos (β 4.1) em T2. Na investigação qualitativa, 88,2% dos sujeitos relataram que sua fé ajudou a lidar com sua doença e o apoio de sua comunidade religiosa em relação ao tratamento foi apontado por 35,3%. Não houve relato de oposição de líderes religiosos ao tratamento. Limitações: Este é um estudo observacional, inferências causais devem ser feitas com cautela. Conclusão: religiosidade/espiritualidade pode influenciar a qualidade de vida de pacientes com transtorno bipolar, mesmo quando em eutímia. Usar religiosidade/espiritualidade (especialmente coping religioso positivo e negativo) em intervenções psicossociais podem contribuir para melhorar a qualidade de vida de pacientes com transtorno bipolar.

Palavras-chave: Transtorno Bipolar do Humor. Religiosidade. Espiritualidade. Coping. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Background: Although several studies have examined the relationship between religiosity/spirituality and depression, there is little research examining the effect of religious involvement on the course of bipolar disorder. This study investigated the effects of religious activity and coping behaviors on the course of depression, mania and quality of life in patients with bipolar disorder. Methods: Two-year longitudinal study of 168 outpatients with bipolar disorder. Linear regression was used to examine associations between religious predictors and outcome variables (manic symptoms, depression, and quality of life), controlling for sociodemographic variables. Results: Among the 158 patients reassessed after two years, positive religious coping at T1 (baseline) predicted better quality of life across all four domains: physical (β 10.2, 95%CI, 4.2 - 16.1), mental (β 13.4; 95%CI; 7.1–19.7), social (β 10.5; 95%CI; 3.6–17.33) and environmental (β 11.1; 95%CI; 6.2–16.1) at T2 (2-years later). Negative religious coping at T1 predicted worse mental (β -28.1; 95%CI; -52.06– -4.2) and environmental (β -20.4; 95%CI; -39.3– -1.6) quality of life. Intrinsic religiosity at T1 predicted better environmental quality of life (β 9.56; 95%CI; 2.76–16.36) at T2. Negative religious coping at T1 predicted manic symptoms (β 4.1) at T2. In the qualitative research, 88.2% of the subjects reported that their faith helped to cope with their illness and the support of their religious community regarding the treatment was pointed out by 35.3%, there was no report of opposition of religious leaders to the treatment. Limitations: This is an observational study, causal inferences must be made cautiously. Conclusions: religiosity/spirituality may influence the quality of life of patients with bipolar disorder over time, even among euthymic patients. Targeting religiosity/spirituality (especially positive and negative religious coping) in psychosocial interventions may enhance the quality of recovery in patients with bipolar disorder. Keywords: Mood Disorders. Bipolar Disorder. Depression. Mania. Religion. Spirituality. Coping. Quality of Life.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição por idade, sexo, cor, <i>status</i> marital e situação laboral em T1	69
Tabela 2 – Religiosidade e qualidade de vida em T1	70
Tabela 3 – Análise multivariada da relação entre envolvimento religioso aspectos clínicos e evolução, controlando para aspectos sociodemográficos em T1* (n = 168)	71
Tabela 4 – Variáveis demográficas, clínicas e religiosas em T1 (n = 168) e T2 (n = 158).....	73
Tabela 5 – Correlações entre variáveis religiosas em T1 e desfechos clínicos em T2.....	74
Tabela 6 – Sua fé ajudou a lidar com a doença?	75
Tabela 7 – Recebeu apoio de sua Comunidade Religiosa?	78
Tabela 8 – Sentiu-se apoiado por seu líder religioso por causa da sua doença?	80
Tabela 9 – Ficou mais ou menos religioso na crise?.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CRE	Coping Religioso Espiritual
CRE	Escala de Coping Religioso Espiritual Abreviada
CRN	Coping Religioso Negativo
CRP	Coping Religioso Positivo
DUREL	Escala de Religiosidade, versão em português da Duke Religious Index
E	Entrevistado
EAM-m	Escala de Mania Modificada
MADRS	Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery-Asberg
PTH	Programa de Transtornos do Humor
Q	Questão
QV	Qualidade de Vida
R/E	Religiosidade e Espiritualidade
RI	Religiosidade Intrínseca
RO	Religiosidade Organizacional
RP	Religiosidade Privada
TBH	Transtorno Bipolar do Humor
WHOQOL-BREF	Versão abreviada da Escala de Qualidade de Vida WHOQOL

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE	16
1.1.1	Religião, religiosidade e espiritualidade	16
1.1.2	Religiosidade e espiritualidade entre intelectuais e cientistas	19
1.1.3	Os avanços na investigação científica em religiosidade e saúde	19
1.1.4	Religiosidade e espiritualidade nos transtornos mentais	20
1.1.5	Coping religioso espiritual	21
1.1.6	Qualidade de vida, religiosidade e espiritualidade	23
1.1.7	Religião e religiosidade no Brasil	24
1.1.8	A transformação do panorama religioso brasileiro	24
1.2	TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR	26
1.2.1	Epidemiologia	27
1.2.2	Morbidade, comorbidade e mortalidade no transtorno bipolar do humor	29
1.2.3	Aspectos psicossociais do transtorno bipolar do humor	31
1.2.4	Classificação, diagnóstico e terapêutica do transtorno bipolar do humor	33
2	REVISÃO DA LITERATURA	39
2.1	Religiosidade e Espiritualidade no Transtorno Bipolar do Humor	40
2.2	Coping Religioso-Espiritual no Transtorno Bipolar do Humor	43
2.3	Recursos Comunitários e Intervenções Religiosas no Transtorno Bipolar do Humor	46
2.4	COMUNIDADES TRADICIONAIS E TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR	49
2.5	DELÍRIOS MÍSTICOS NO TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR	51
3	OBJETIVOS	53
3.1	OBJETO	53
3.2	OBJETIVO GERAL	53
3.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	53
3.4	HIPÓTESE	54
4	MÉTODO	55

4.1	POPULAÇÃO	55
4.1.1	Seleção de indivíduos	55
4.2	INSTRUMENTOS.....	57
4.2.1	Quadro de dados sociodemográficos e de evolução da doença	57
4.2.2	Escala de avaliação de mania modificada (EAM-m)	57
4.2.3	Escala de avaliação para depressão de Montgomery-Asberg	58
4.2.3.1	<i>Características do instrumento</i>	59
4.2.4	Escala de religiosidade da Universidade de Duke	59
4.2.4.1	<i>Características do Instrumento</i>	60
4.2.5	Escala de <i>coping</i> religioso espiritual – versão abreviada	61
4.2.5.1	<i>Características do instrumento</i>	61
4.2.6	Escala breve de qualidade de vida – WHOQOL Abreviado	62
4.2.6.1	<i>Características do Instrumento</i>	62
4.2.7	Discordância religiosa e interferência no tratamento	63
4.3	ANÁLISE ESTATÍSTICA	63
4.4	INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA.....	64
4.4.1	Pessoas	64
4.4.2	Material	65
4.4.3	Entrevista e instrumento de coleta de dados	65
4.4.4	Questões propostas para a entrevista qualitativa	66
4.5	ANÁLISE QUALITATIVA	67
5	RESULTADOS	69
5.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	69
5.2	ENVOLVIMENTO RELIGIOSO E QUALIDADE DE VIDA EM T1	70
5.3	ENVOLVIMENTO RELIGIOSO E VARIÁVEIS CLÍNICAS EM T1	70
5.4	PERFIL E EVOLUÇÃO DA RELIGIOSIDADE, QUALIDADE DE VIDA E HUMOR	72
5.5	VARIÁVEIS RELIGIOSAS EM T1 E VARIÁVEIS CLÍNICAS E QUALIDADE DE VIDA EM T2	73
5.6	RESULTADOS DA ANÁLISE QUALITATIVA	74
5.6.1	Unidades de registro no texto sobre a questão 1: sua fé ajudou ou atrapalhou a lidar com sua doença?	75

5.6.2	Unidades de registro no texto sobre a questão 2: já se sentiu colocado de lado por sua comunidade religiosa por causa de sua doença?	77
5.6.3	Unidades de registro no texto sobre a questão 3: sentiu-se apoiado por seu líder religioso por causa da sua doença?	80
5.6.4	Unidades de registro no texto sobre a questão 4: quando estava em crise se sentia mais ou menos religioso?	81
6	DISCUSSÃO	85
7	CONCLUSÃO	96
	REFERÊNCIAS.....	97
	APÊNDICES	113
	ANEXOS	115

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno Bipolar do Humor (TBH) é um transtorno mental grave, de evolução crônica e recorrente, com importante interferência sobre a vida familiar, social e laboral do indivíduo.

Estudo de 2010 apontou os Transtornos do Humor, grupo do qual faz parte o TBH, como responsáveis por comprometer 7,4% dos anos vividos. O TBH é considerado o quarto transtorno mental em incapacitação em todo o mundo, os mesmos resultados alcançados pela Esquizofrenia (DEGENHARDT et al., 2013). Além de incapacitação, pacientes com TBH têm o dobro do risco de mortalidade em relação à população geral (WALKER; MCGEE; DRUSS, 2015), maior risco de suicídio, abuso de substâncias e comorbidade com outros transtornos mentais.

Estudos de prevalência nas últimas cinco décadas encontraram taxas que variaram entre 0,5% até 6,0%, de acordo com a população estudada e os critérios diagnósticos utilizados. Os estudos de Carga Global de Doença, realizados por Whiteford, Harvey e cols. apontaram o TBH entre as 25 principais doenças com maior Carga Global de Doença no mundo. O TBH ocupou o 19º. lugar em pesquisa de 1990, e 17º. lugar em estudo de 2013 (WHITEFORD; HARVEY, 2010).

No TBH os sintomas depressivos, inclusive os subclínicos, são responsáveis por grande parte do prejuízo associado ao transtorno, considerando o funcionamento global, qualidade de vida (QV), perdas econômicas e suicídio. Pacientes bipolares apresentam sintomas de humor, principalmente depressivos, em aproximadamente metade dos dias ao longo de sua doença (MILLER; DELL'OSSO; KETTER, 2014). Sintomas depressivos, frequentemente, persistem, mesmo em períodos de aparente normalidade do humor.

Após a década de 1950 o uso de Sais de Lítio e outros fármacos representaram um grande avanço no tratamento do TBH, possibilitaram estabilidade ou significativa redução da duração e frequência das recorrências do TBH. Entretanto, nem sempre o controle das fases de mania e depressão resultaram em melhor qualidade de vida. O TBH produz mudanças psicológicas e sociais graves o suficiente para comprometer o funcionamento global dos indivíduos e impedir que desenvolvam as habilidades necessárias para restaurar ou construir uma nova maneira de viver.

O benefício limitado do tratamento farmacológico sobre a funcionalidade e qualidade de vida dos pacientes bipolares tem suscitado grande interesse no desenvolvimento de intervenções psicossociais, que auxiliem o tratamento farmacológico e possam ser utilizadas por um maior número de pessoas, principalmente aquelas de extratos sociais menos favorecidos. Têm sido utilizadas psicoeducação e algumas formas de psicoterapia como cognitiva-comportamental, interpessoal e de casal com bons resultados, mas limitadas pelo pequeno número de profissionais treinados em nosso meio e a menor escolaridade de grande parte dessa população (MILLER; DELL'OSSO; KETTER, 2014; SANCHEZ-MORENO et al., 2009).

São necessárias estratégias dirigidas principalmente a realidade da maioria dos pacientes em nosso meio, com menor poder aquisitivo, com menor escolaridade e com importante envolvimento religioso e espiritual. Pacientes com TBH, mesmo quando eufímicos, apresentam um importante prejuízo no funcionamento e qualidade de vida em diversos setores como trabalho, vida social e familiar (SANCHEZ-MORENO et al., 2009; SIERRA; LIVIANOS; ROJO, 2005).

A literatura relaciona envolvimento religioso com maior bem-estar psicológico, menos depressão e menos pensamentos e comportamentos suicidas, menor uso ou abuso de álcool e outras substâncias em vários transtornos mentais. Os mecanismos comumente propostos para explicar tal associação são um conjunto de preceitos que levam ao desestímulo do 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 consistente 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 (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006a).

Um grande número de estudos à respeito de religiosidade e espiritualidade (R/E) e doenças físicas e mentais tem mostrado que R/E são fatores psicossociais com impacto significativo na prevenção e tratamento de doenças, na qualidade de vida e sobrevida tanto na população clínica como não clínica (KOENIG, H. G.; KING; CARSON, 2012; KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH; LARSON, 2001; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006a). As relações de R/E com sintomas depressivos têm sido bem investigadas. Dimensões de R/E como afiliação religiosa, frequência aos serviços religiosos (RO), religiosidade privada (RP), religiosidade

intrínseca (RI) e *coping* religioso positivo (CRP) têm estado frequentemente associadas com menos sintomas depressivos. Por outro lado, apesar de menos comuns, religiosidade extrínseca (uso da R/E para obter outros fins como segurança, distração e socialização) e *coping* religioso negativo (CRN) estão associados a maior frequência de sintomas depressivos e pior qualidade de vida (QV) (KOENIG, H. G.; KING; CARSON, 2012). Os poucos estudos longitudinais com pacientes clínicos indicam um impacto positivo da R/E sobre a evolução do transtorno depressivo, tanto em relação a qualidade de vida e resiliência, quanto a melhora dos sintomas depressivos e rapidez na remissão (KOENIG, H. G., 2007; KOENIG, H. G.; GEORGE; PETERSON, 1998; MOSQUEIRO; DA ROCHA; FLECK, 2015).

Revisões sistemáticas recentes apontaram que intervenções terapêuticas em saúde mental que se utilizam de aspectos de R/E, principalmente terapias cognitivas e comportamentais que abordem aspectos da espiritualidade, apresentam resultados positivos sobre sintomas depressivos e ansiosos (ANDERSON et al., 2015; GONÇALVES et al., 2015).

Apesar da importante prevalência e gravidade do Transtorno Bipolar do Humor, sua relação com religiosidade e espiritualidade ainda é pouco conhecida e poucos estudos são encontrados na literatura. Os estudos obtidos através de revisão bibliográfica apontam aspectos interessantes, como uma maior frequência de relatos de conversão religiosa e experiências de salvação entre pacientes bipolares que entre pacientes com outros transtornos mentais (STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2009).

Embora haja uma longa tradição na literatura de relatos de casos sobre manifestações floridas de sintomas místicos no TBH, notadamente em fases de mania psicótica, existe um pequeno número de estudos transversais e uma ausência de estudos longitudinais de boa qualidade com amostras grandes (STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2009). Uma revisão da literatura por nós realizada encontrou apenas cinco estudos originais sobre a relação entre R/E em pacientes bipolares entre os anos de 1957 a 2008 (STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2009). Embora com amostras usualmente pequenas e com métodos diversificados, mostraram várias relações entre TBH e R/E. Identificaram maior frequência de relatos de conversão e experiências de salvação (GALLEMORE; WILSON; RHOADS, 1969), maior frequência de uso de *coping* religioso (KIROV et al., 1998), maior presença de sintomas místicos (DANTAS; PAVARIN; DALGALARRONDO, 1999; SOEIRO et al.,

2008), e maior envolvimento religioso (MITCHELL, L.; ROMANS, 2003) entre pacientes com TBH.

Os dois maiores estudos transversais sobre TBH e R/E foram publicados nesta década e investigaram relações entre formas de envolvimento religioso e espiritual com sintomas de humor e qualidade de vida. Entre 334 indivíduos bipolares em tratamento ambulatorial, foi encontrada maior frequência de oração e meditação entre bipolares em estado misto (OR 1,29; CI 1,10–1,52) e menor frequência entre bipolares eutímicos (OR 0,84; CI 0,72–0,99) (CRUZ et al., 2010). Nosso grupo investigou 168 pacientes bipolares ambulatoriais, encontrando níveis bem menores de depressão entre pacientes com maior RI (OR 0,19; CI: 0,06–0,57) e CRP (OR 0,25; CI: 0,09–0,71). Religiosidade intrínseca e CRP se relacionaram com melhor qualidade de vida, enquanto *coping* religioso negativo (CRN) com pior QV (STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2013) (Anexo A).

Foram encontrados dois estudos longitudinais com amostras pequenas. Um estudo seguiu 48 adultos jovens com esquizofrenia ou TBH (n = 26), CRN predisse mais frequente relato de perdas e sofrimento pessoal após um ano, depois de controlar para gênero e idade (MICHALAK et al., 2006; PHILLIPS; STEIN, 2007).

Outros estudos transversais mais recentes, realizados em diversos países e contextos socioculturais diferentes, tem demonstrado a importância da R/E na vida de pacientes com TBH, sendo muitas vezes a principal estratégia de *coping* utilizada (ÇUHADAR et al., 2015). Tais estudos encontraram associações importantes entre dimensões da R/E dos pacientes com sintomas de humor e QV. Entretanto, estas são evidências de estudos transversais que não permitem estabelecer a direção causal da associação com segurança. Entre 46 adolescentes com TBH, maior frequência religiosa esteve relacionada com melhor funcionalidade após um ano, mas não houve controle para variáveis sociodemográficas (BAKARE et al., 2011; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014).

Para um melhor entendimento da associação entre R/E e TBH e o desenvolvimento de abordagens preventivas e de tratamento são necessários estudos longitudinais maiores e que investiguem o impacto da R/E sobre desfechos de relevância clínica.

O presente estudo buscou replicar e aprofundar a investigação do estudo transversal publicado em 2013. Diante do exposto estudamos a relação entre várias dimensões de religiosidade (filiação, organizacional, privada, intrínseca e *coping*

religioso espiritual) sobre sintomas depressivos, maníacos e qualidade de vida em pacientes portadores de TBH. Religiosidade e *coping* religioso espiritual positivo podem se associar a menos sintomas depressivos e a melhor qualidade de vida, enquanto *coping* religioso espiritual negativo podem se associar a um aumento de sintomas depressivos e pior qualidade de vida. Este é o primeiro estudo longitudinal acerca do tema de que temos notícia.

1.1 RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

1.1.1 Religião, religiosidade e espiritualidade

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. 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 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, em 1995, define a religião como um conjunto de crenças, leis e ritos que visam estabelecer uma relação pessoal com um poder supremo. 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).

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.

Vários outros sucederam a James nessa reflexão e investigação científica. James H. Leuba, em 1916, ao publicar "*The belief in God and immortality: A psychological, anthropological and statistical study*". Gordon W. Allport, em 1950, publicou "*The individual and his religion*". E em 1997, Kenneth I. Pargament publica "*The psychology of religion and coping: Theory, research and practice*". Em 2001, H. G. Koenig; M. E. McCullough e D. B. Larson publicam "*Handbook of religion and health: a century of research reviewed*" e em 2011 H. G. Koenig; D. E. King e V. B. Carson publicam "*Handbook of religion and health: Second Edition*". Estas foram contribuições das mais importantes para a pesquisa científica no campo da religião, religiosidade e saúde, que com elas se ampliou e firmou-se como área de investigação empírica e produção de conhecimento.

Um dos fundadores da sociologia alemã, Georg Simmel, produziu também importante reflexão sobre o fenômeno religioso. Um de seus eixos é uma dimensão humana geradora de sentidos que denominou *religiosidade*, distinta de suas manifestações sociohistóricas, 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 a vida de alguns indivíduos, mas existe apenas de forma rudimentar em outros.

O conceito de religiosidade passou a ocupar um espaço cada vez maior na literatura científica recente. Os autores têm preferido uma investigação mais ampla da religiosidade em lugar de estudar apenas a denominação religiosa, por fornecer informações mais abrangentes acerca do envolvimento, de práticas e crenças religiosas.

Para Allport e Ross, de certa forma coincidindo com Simmel, 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, 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 caráter utilitarista e accidental. Tal forma de religiosidade foi chamada por Allport e Ross 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.

Dois outros conceitos compõem um dos conjuntos mais frequentemente utilizados 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 dos meios de comunicação social, a RP não requer interação com outras pessoas (KOENIG, H. G.; KING; CARSON, 2012).

As definições de espiritualidade têm uma longa história de controvérsias. Para vários autores espiritualidade está relacionada com conceitos que incluem Deus, poder superior ou realidade última. Para outros autores, ganha um significado mais amplo como estar em paz, em sintonia com a natureza ou com o universo. Em razão da inexatidão do conceito, Koenig aponta a espiritualidade como 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, H. G.; KING; CARSON, 2012).

O uso do termo *espiritualidade* desvinculado de *religião* e *religiosidade*, segundo Larson, Swyers e McCullough, surgiu nas décadas de 1960 e 1970, em razão do aumento da secularização da sociedade e da desilusão com as instituições religiosas no ocidente, passando a ser utilizado com um sentido mais pessoal e existencial, mas não muito bem definido (DALGALARRONDO, 2008).

Na investigação sobre espiritualidade e saúde, Koenig defende o significado tradicional e histórico da palavra espiritualidade. Segundo ele, essa visão tem predominado nas 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, bem como os ensinamentos e as tradições de sua fé (KOENIG, 2001).

1.1.2 Religiosidade e espiritualidade entre intelectuais e cientistas

Religiosidade e espiritualidade (R/E), apesar de sua importância para a maioria das pessoas, foi muitas vezes vista com reservas por intelectuais e cientistas de várias áreas do conhecimento, principalmente durante os séculos XIX e XX. Entretanto, suas opiniões sobre o tema frequentemente não estavam embasadas em uma investigação sistemática ou conhecimento aprofundado do assunto, mas em preconceitos ou ideologias científicas surgidas nesse período (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG, 2006; NUMBERS, 2010).

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 (KOENIG, H. G.; KING; CARSON, 2012; MOREIRA-ALMEIDA, 2007).

1.1.3 Os avanços na investigação científica em religiosidade e saúde

Os estudos de Allport e Ross, em 1967, foram marcos importantes para os avanços recentes da pesquisa da relação entre Religiosidade e Saúde. Estes autores propuseram uma divisão entre dois tipos de religiosidade: intrínseca e extrínseca. Na religiosidade intrínseca, a religião tem um lugar central na vida do indivíduo, outras necessidades são vistas como secundárias e colocadas em harmonia com sua crença e orientação religiosa. Na religiosidade extrínseca, a religião é adaptada às suas necessidades e objetivos, é um meio utilizado para obter outros fins, como consolo, sociabilidade, distração ou posição social (ALLPORT; ROSS, 1967).

Pargament, Koenig e Perez identificaram estratégias positivas e negativas de *coping* religioso espiritual (CRE) ao investigar o modo como pessoas utilizam sua fé em situações de doença, estresse e dificuldades em suas vidas. Estratégias de *coping* positivas (CRP) resultam em benefícios no enfrentamento de tais situações e as de *coping* negativas (CRN) resultam em prejuízos, têm um papel desfavorável no

enfrentamento de situações de estresse. As Escalas de CRE se tornaram os principais instrumentos de avaliação de como o indivíduo utiliza sua fé para lidar com situações adversas e de estresse psicológico em sua vida (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000).

Vários estudos relacionam aspectos da religiosidade com saúde mental. Koenig, Larson e Larson, ao revisarem os estudos das 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, H. G.; LARSON; LARSON, 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; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006a).

1.1.4 Religiosidade e espiritualidade nos transtornos mentais

Estudos sistematizados têm identificado uma relação habitualmente positiva entre religiosidade, espiritualidade e saúde mental. Essas evidências são consistentes em relação ao papel da R/E na prevenção e recuperação de pessoas com transtornos mentais. 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; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006b)

Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig, ao revisarem os estudos realizados ao longo do século XX, 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 por serem as pessoas mais susceptíveis ou expostas ao sofrimento (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006a).

Religiosidade parece, também, influenciar a saúde física e mental através de regras de convivência, do desestímulo a comportamentos prejudiciais à saúde, como abuso de álcool e drogas, comportamento violento ou sexual de risco. Crenças religiosas podem ajudar a lidar com situações adversas através do acesso a uma rede de suporte social com valores diversos daqueles encontrados na sociedade como um todo (KOENIG, H. G.; KING; CARSON, 2012).

Religiosidade tem sido apontada como um fator inversamente proporcional a ocorrência de depressão e suicídio. Vários estudos apontam a associação entre menores níveis de depressão entre pessoas com crenças religiosas vivendo situações de estresse (MURPHY et al., 2000).

Atualmente já são numerosos os estudos sobre envolvimento religioso e depressão, esquizofrenia, transtornos de ansiedade e transtornos mentais por uso de substâncias ilícitas (KOENIG, H. G.; KING; CARSON, 2012).

Apesar das evidências atuais da proteção da Religiosidade sobre a ocorrência de depressão e suicídio existe uma deficiência de estudos sobre essa relação com o Transtorno Bipolar do Humor. Azorin e outros estudaram 493 pacientes depressivos, dos quais 234 (52%) apresentavam altos níveis de depressão e 190 (44,8%) baixos níveis de religiosidade. Encontraram que pacientes bipolares em depressão ou em estado misto, com alto nível de envolvimento religioso podiam apresentar maior risco de suicídio que depressivos não bipolares (AZORIN et al., 2013).

1.1.5 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 adversas ou estressantes. Essa palavra inglesa não tem tradução literal em português, podendo significar "lidar com", "manejar", "enfrentar" ou "adaptar-se". Quando as pessoas utilizam sua religiosidade e espiritualidade para lidar com

dificuldades ou situações de estresse, estão fazendo uso de *coping* religioso-espiritual (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

Os objetivos do *Coping* Religioso Espiritual (CRE), segundo Pargament, Koenig e Perez, 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; KOENIG; PEREZ, 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 prejudiciais à 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; KOENIG; PEREZ, 2000).

Coping Religioso Positivo (CRP) 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. *Coping* Religioso Negativo (CRN) 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 CRP são bem mais frequentes que as estratégias de CRN em diferentes situações estressantes e diferentes amostras (PARGAMENT et al., 1998).

Em outro estudo foram investigadas várias formas de *coping* em 81 pacientes com pródromos de recorrência do TBH. Apesar do importante prejuízo conjugal, familiar, social e laboral produzido pela recorrência do TBH, as estratégias de *coping* representaram um importante benefício para os pacientes e o funcionamento familiar. Estratégias de CRE foram as mais utilizadas e possibilitaram maior suporte emocional e social com reflexos nas relações conjugais, familiares e laborais (ÇUHADAR et al., 2015).

1.1.6 Qualidade de vida, religiosidade e espiritualidade

O conceito de Qualidade de Vida (QV) ganha importância a partir da segunda metade do século XX, quando melhoraram as condições de vida, decorrentes da redução dos conflitos bélicos em escala mundial, a melhoria dos indicadores de saúde, a redução da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida.

A partir da década de 1970, com o prolongamento da vida em várias situações de adoecimento grave, 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 emocional, social, físico e ambiental. A espiritualidade tem sido apontada como uma importante dimensão da QV. Qualidade de Vida possui relações com estado de saúde, incapacidade/deficiência, aspectos psicológicos, sociais e econômicos (FLECK, M. P. A., 2008).

A Qualidade de Vida é um conceito individual, dependendo do sistema de valores do indivíduo e de condicionantes emocionais e pessoais. Está associada a fatores socioeconômicos, culturais e espirituais, podendo modificar-se na mesma pessoa ao longo do tempo, estando também relacionada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental. 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 (THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT, 1998).

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. Essa versão abreviada (WHOQOL BREF) contém um item de cada uma das 24 facetas nos domínios físico, psicológico, social e ambiental (FLECK, M. P. A. et al., 2000).

1.1.7 Religião e religiosidade no Brasil

Religião e religiosidade tiveram importante papel na formação da nação e da cultura do povo brasileiro, com uma grande diversidade de influências europeias, africanas e indígenas, que persistiram ou se mesclaram até o presente (AGNOLIN, 2012).

O Brasil é um país com forte presença católica desde o início de sua colonização portuguesa, com grande penetração junto a todas as classes sociais e influência nos destinos nacionais (AGNOLIN, 2012; TORRES-LONDOÑO, 2013)(MELIÁ, 2010).

As manifestações religiosas de tradição negra no Brasil adotaram símbolos do catolicismo para serem toleradas, resultando no sincretismo religioso existente até os dias de hoje em várias regiões do país. Atualmente as religiões afro-brasileiras têm uma importante participação na cultura nacional não religiosa (ANDRADE, S. R., 2012; PRANDI, 2012).

A partir da década de 1820 chegaram ao Brasil imigrantes alemães. Eram, em grande parte, luteranos, e se instalaram nas serras fluminenses e capixabas, em seguida nas serras paranaenses e catarinenses. Seguiram-se missões evangélicas congregacionais, presbiterianas, metodistas e batistas, vindas principalmente dos Estados Unidos. (DROOGERS, 1988).

No final do século XIX surgem os primeiros grupos espíritas, resultado da influência francesa na vida intelectual brasileira. No Brasil o espiritismo aproximou-se ainda mais do cristianismo, assumindo-se como prática religiosa (CAMURÇA, 2010).

A prática institucional das principais religiões no Brasil se dirigiu à evangelização, educação formal e ao cuidado a doentes e pobres.

1.1.8 A transformação do panorama religioso brasileiro

Religiosidade e espiritualidade (R/E) são aspectos importantes para maioria das pessoas em todo o mundo (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006b). 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 SURVEY ASSOCIATION, 2014).

Apesar de tal importância para a vida das pessoas parece existir um descompasso entre instituições religiosas tradicionais e a sociedade atual. Nos últimos cinquenta anos a sociedade ocidental parece passar por um período de gradual laicização, com redução da influência das instituições e preceitos religiosos sobre a vida social. Os meios de comunicação de massa, principais formadores de opinião na sociedade atual, desqualificam ou ignoram sistematicamente a religiosidade e a cultura populares. Entretanto, a maioria da população preserva vínculos religiosos significativos para sua vida pessoal.

O censo brasileiro realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística aponta que 68% da população considera-se católica, 24% evangélica, 2% espírita, 1% adepta de outras religiões e 5% refere não ter religião (LOPES, 2012).

Este último censo indica uma importante transformação no campo religioso brasileiro em comparação com os censos de 2000 e de 1991. A religião católica perdeu adeptos e aqueles que deixaram o catolicismo escolheram as denominações evangélicas ou o espiritismo. Entretanto, nesse período não foi significativo o crescimento daqueles que se declararam sem religião (TEIXEIRA, 2012).

Esta transformação em nosso meio reflete a mudança de valores da sociedade atual, com o crescimento das religiões baseadas na chamada teologia da prosperidade, onde cada vez mais pessoas buscam na religião a possibilidade de sucesso material, valor essencial nesta nova sociedade, numa perspectiva claramente individualista (MARIZ, 2012).

As religiões tradicionais, católica, protestantes históricas e afro-brasileiras, perderam adeptos para as evangélicas pentecostais e neopentecostais em todo o país, mas principalmente nas regiões mais novas do Brasil, o norte e centro-oeste. Tal fenômeno pode ser, em parte, atribuído à migração ocorrida do Sul para o Centro-Oeste e do Nordeste para o Norte do país, com a ausência das estruturas institucionais religiosas encontradas em seus lugares de origem e a perda de suas raízes históricas originais. Outro fenômeno importante identificado é o aumento daqueles que declaram uma múltipla religiosidade e frequentam mais de uma religião (PRANDI, 2012).

O cenário religioso brasileiro, marcado atualmente por um significativo pluralismo, se caracteriza pela crise dos modelos institucionais das denominações religiosas tradicionais. As manifestações religiosas no presente devem dar respostas às necessidades imediatas das pessoas, manifestadas por uma visão utilitarista do envolvimento religioso (ANDRADE, S. R., 2012).

A secularização da sociedade se apresenta como um processo contraditório, que não leva ao desaparecimento da religião, mas exige que as instituições religiosas tradicionais repensem sua presença e mensagem aos sujeitos das sociedades contemporâneas (VASCONCELLOS, 2012). Segundo o historiador e cientista da religião Rodrigo Coppe Caldeira, “o contexto religioso atual, marcado por inúmeras possibilidades de vivência da fé pessoal, traz, ao mesmo tempo, a possibilidade do exercício da liberdade individual e a angústia característica de se viver na pluralidade, sem referências únicas e de todo confiáveis” (CALDEIRA, 2012). Para Caldeira (2012), a falta dessas referências poderá resultar em um recrudescimento do conservadorismo no ambiente religioso.

Atualmente, as religiões no Brasil tendem a compor um campo complexo e difuso de filiações e um trânsito de fiéis entre elas, com tendências de acirramento da concorrência religiosa (PRANDI, 2012). Tal transformação deverá ter implicações na visão a respeito do mundo, nas convicções e atitudes das pessoas na vida eclesial, social e política (PRANDI, 2012).

1.2 TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR

O Transtorno Bipolar do Humor (TBH) é um transtorno mental caracterizado pela alternância de estados de depressão e mania, em suas várias formas, duração e intensidade.

Areteus da Capadócia (séc. II) foi o primeiro médico a relatar 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).

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 mental. Em um período de efervescência dos diagnósticos anátomo patológicos, Kraepelin, usando o método clínico desenvolvido por Kalbhaum, observou a evolução de indivíduos portadores de sintomas psicóticos ao longo de vários anos. Deste 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 foi o responsável pela superação da concepção predominante de uma psicose única ao formular a teoria das duas psicoses, a partir da observação clínica meticulosa e da descrição detalhada da evolução dos sintomas. A partir da 6ª edição de seu Manual de Psiquiatria, em 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 (BERRIOS, 2008; GOODWIN; JAMISON, 2007; LEME LOPES, 1984).

1.2.1 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; KAPCZINSKI, 2008).

O diagnóstico ainda apresenta dificuldades quando o quadro clínico se manifesta de forma diferente de sua forma clássica. Em suas formas mais graves, em razão da presença dos sintomas psicóticos exuberantes e da grave agitação psicomotora, o TBH ainda é frequentemente 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 a ocorrência de sintomas de mania, e principalmente, 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 e uma incidência de 0,4 casos por ano (GOODWIN; JAMISON, 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; DOBLER-MIKOLA, 1984), 1,3% na Itália (FARAVELLI et al., 1990), 0,5% no Brasil (ANDRADE, L. et al., 2002) e 0,5% na Austrália (MITCHELL, P. B.; SLADE; ANDREWS, 2004), utilizando amostras de 1.000 (Itália) a 10.641 (Austrália) indivíduos e tendo como instrumento o *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) na maioria dos estudos (GOODWIN; JAMISON, 2007).

Gershon et al., nos EUA, observaram um grande aumento de casos de TBH e Transtorno Esquizoafetivo (TEA) em uma coorte de nascidos após 1940 e 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 nos EUA, quando são comparadas as décadas de 1980-1990-2000 com as de 1950-1960-1970, em razão da utilização de critérios mais bem definidos para o diagnóstico das psicoses (GERSHON et al., 1987). O Manual de Diagnóstico e Estatística em sua 3ª Edição (DSM III), parece ter permitido uma maior identificação dos Transtornos do Humor em detrimento da Esquizofrenia (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980).

O TBH raramente tem início na infância e sua prevalência é maior entre jovens que entre idosos vivendo na comunidade. Emil Kraepelin relatou que 0,4% de seus pacientes eram infantes, enquanto o primeiro adoecimento frequentemente ocorria entre os dezessete e vinte anos (GOODWIN; JAMISON, 2007).

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, em razão da qualidade da assistência médica, do extrato social ou

diferenças culturais entre médico e paciente. A escolaridade também não se associou mais a um diagnóstico que a outro, segundo os autores. 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 aparente 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; JAMISON, 2007).

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

1.2.2 Morbidade, comorbidade e mortalidade no transtorno bipolar do humor

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, respondendo por 31,7% do total. O Transtorno Bipolar do Humor será a quarta principal causa entre os transtornos mentais, depois de depressão, abuso de álcool e outras substâncias, esquizofrenia (PRINCE et al., 2007).

Uma revisão de 40 estudos realizada por Luoma, Martin e Pearson encontrou que 50% dos indivíduos que cometeram suicídio estiveram com seu clínico no período de um mês antes de sua morte e 20% estiveram em um serviço de saúde mental. É possível que um número significativo de médicos não identifique ou não oriente seus pacientes acerca do risco de suicídio (LUOMA; MARTIN; PEARSON, 2002).

O uso dos Sais de Lítio e outros estabilizadores por bipolares, além da inclusão de pacientes não hospitalizados nos estudos, fizeram reduzir as taxas de

suicídio comparando-se estudos de 1970 (15% ao longo da vida) com estudos mais recentes (5% ao longo da vida). Harris e Barraclough, em 1997, publicaram uma meta análise 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; JAMISON, 2007).

Em relação às comorbidades, dados indicam que 65% dos pacientes bipolares apresentam outras doenças psiquiátricas associadas. 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%) segundo estudos da última década. Dos transtornos de ansiedade, 19% apresentam transtorno de pânico, 15% fobia social e 9% transtorno obsessivo-compulsivo (GOODWIN; JAMISON, 2007).

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

Bauer e outros sugeriram uma distinção para dois subtipos de TBH a partir de suas comorbidades. Pacientes com TBH tipo I apresentam maior frequência de 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 et al., 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 as da população geral, além de maior frequência de hipotireoidismo, obesidade e diabetes (GOODWIN; JAMISON, 2007).

1.2.3 Aspectos psicossociais do transtorno bipolar do humor

Jamison (2004) chama a atenção para o comprometimento do funcionamento pessoal e social imposto pelo TBH ao paciente e aqueles que com ele convivem. A fase de mania pode resultar em prejuízo do julgamento, indiscrições sociais e 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 deslizamentos, 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 eutímia, possivelmente em razão da persistência de depressão subclínica ou das frequentes comorbidades (JAMISON, 2004).

Blairy e outros (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. O menor suporte social e pior ajustamento social estiveram mais relacionados à pior evolução do transtorno do que variáveis clínicas ou demográficas (GOODWIN; JAMISON, 2007).

O'Connell e outros estudaram o funcionamento de 348 pacientes 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 et al., 1991).

Para Miklowitz e Alloy, o TBH tem sido visto como um transtorno biológico e seu tratamento, muitas vezes, limitado a farmacoterapia. Dados sugerem a eficácia dos 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; ALLOY, 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; ALLOY, 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; MIKLOWITZ, 2004).

O estigma que acompanha a doença mental, principalmente Esquizofrenia e Transtorno Bipolar, resulta em menos autoestima e auto eficácia, 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 et al., 2007).

Em revisão de dezoito estudos, Miklowitz comparou 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.

Vários estudos têm indicado o comprometimento da QV em pacientes bipolares, mas poucas pesquisas qualitativas têm sido realizadas para melhor descrever como o TBH impacta a QV. Os autores de um estudo realizaram 52 entrevistas, sendo 35 com pacientes bipolares, 5 com seus cuidadores e 12 com profissionais de saúde. As características que afetaram fortemente a amostra ocorreram entre pacientes estáveis e com episódios recorrentes graves de depressão e mania. Apesar dos vários temas que emergiram dos dados, foram obtidos seis temas mais frequentes: rotina, independência, estigma e identidade, suporte social e espiritualidade. Os resultados indicaram uma complexa e multifacetada relação entre TBH e QV, a maioria dos indivíduos bipolares relataram um efeito profundamente negativo do TBH sobre a QV, particularmente em áreas como educação, vocação, finanças e relações sociais e afetivas (MICHALAK et al., 2006).

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 laboral desfavorável, intervir e orientar as relações familiares.

1.2.4 Classificação, diagnóstico e terapêutica do transtorno bipolar do humor

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. 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, H. G.; GEORGE; PETERSON, 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).

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. Já Freud acreditava que a religião causava sintomas neuróticos e até mesmo psicóticos nas pessoas (KOENIG, H. G., 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; JAMISON, 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).

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

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, viabilizando o uso clínico frequente dos Sais de Lítio. Schou dedicou sua vida a divulgar e ensinar o manuseio dos Sais de Lítio (GENTIL FILHO, 1984).

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; COLLE; DEBATTISTA, 1989).

O uso dos novos fármacos também foi feito de modo diverso. Na Europa houve um equilíbrio no diagnóstico da Esquizofrenia e do Transtorno Bipolar, 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 entre as décadas de 1940 e 1970, fizeram com que os limites da Esquizofrenia se ampliassem (POPE; LIPINSKI, 1978).

Entre as décadas de 1970 e 1980 foram identificados os efeitos de alguns anticonvulsivantes sobre a estabilização do humor no TBH, inicialmente com a Carbamazepina e o Ácido Valpróico. O Ácido Valpróico se mostrou eficiente nas fases de mania, nos estados mistos e nos ciclos rápidos, onde os sais de lítio mostravam menor eficiência. Na medida em que foram surgindo novos anticonvulsivantes eles foram sendo testados como estabilizadores do humor, alguns com sucesso, como a lamotrigina, gabapentina e topiramato (SCHATZBERG; COLE; DEBATTISTA, 2003).

Na década de 2000 surgiu uma nova geração de antipsicóticos, mas nem seus efeitos estão muito bem estabelecidos como estabilizadores do humor, 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. Uma das razões 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 terapêuticos. Kramer, em 1971, aponta que a Psicose Maníaco Depressiva era diagnosticada nove vezes mais na Inglaterra que nos EUA, havia nos psiquiatras norte-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; LIPINSKI, 1978).

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.

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 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993). O DSM-III ganhou revisões e outras edições nos anos seguintes, DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR, todas com uma versão em língua portuguesa (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2003).

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 clínicos e epidemiológicos 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.

Até recentemente acreditava-se numa prevalência de 1% do TBH na população geral. Segundo Akiskal e outros autores, com os subtipos intermediários propostos por ele, a prevalência aumentou algo em torno de 6%. Estados maníacos com humor incongruente, estados mistos ou disfóricos, estados maníacos leves seguidos de depressão (Bipolar II), depressões com hipomania desencadeadas pelo uso de antidepressivos (Bipolar III), além do frequente erro diagnóstico com 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, mas ainda há controvérsias a respeito de sua extensão e limites (AKISKAL et al., 2000).

Kessler e outros encontraram, em pesquisas sobre os custos dos transtornos do humor, uma maior valorização de episódios depressivos por não os distinguir 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 a atividade laboral deverá levar a implementação de programas que incluam o TBH (KESSLER et al., 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. Entretanto, a respeito da relação entre TBH e Religiosidade encontramos apenas um parágrafo, com uma citação bibliográfica (GOODWIN; JAMISON, 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, H. G.; MCCULLOUGH; LARSON, 2001).

Phillips e Stein, em 2007, realizaram pesquisa qualitativa sobre uso de *coping* religioso em uma amostra de 48 jovens adultos com Esquizofrenia ou Transtorno Bipolar. Durante um ano acompanharam o uso de estratégias de *coping* religioso e diversas formas de *coping* religioso positivo se associaram a percepções positivas de saúde mental. Ao final de um ano *coping* religioso foi considerado mais relevante nos relatos de enfrentamento de sintomas psiquiátricos que variáveis demográficas e religiosas globais (PHILLIPS; STEIN, 2007).

Dassie e Turato, em 2012, investigaram, com técnicas qualitativas, as razões para adesão ao tratamento no TBH. Foram relatados como essenciais para a aderência ao tratamento o medo das recidivas e como suporte para adesão ao tratamento as ligações emocionais com a família, a instituição de saúde e a religião (DASSIE; TURATO, 2012).

A eficácia dos estabilizadores do humor na prevenção de novas fases da doença mudou a história natural do TBH, permitindo o controle dos sintomas e um

menor número de recorrências. Entretanto, muitos pacientes bipolares, mesmo eutímicos, mantêm uma qualidade de vida aquém de suas possibilidades. A partir da estabilização do humor, qualidade de vida passou a ser o principal desafio do tratamento, geralmente exigindo iniciativas complexas e de alto custo.

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. Religiosidade e Espiritualidade estão associadas a melhor evolução da doença entre pessoas idosas, portadoras de doenças físicas crônicas, depressão, ansiedade e abuso de substâncias. Entretanto, existem lacunas de conhecimento referentes a relação entre R/E e evolução do TBH.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura aqui apresentada tomou por base aquela publicada em 2009 (Anexo B) e atualizada com artigos publicados após esta data. 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 citados em *Handbook of Religion and Health* (KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH; LARSON, 2001) e *Handbook of Religion and Mental Health* (KOENIG, H. G.; KING; CARSON, 2012). Utilizando as mesmas bases e fontes a pesquisa foi repetida a cada ano.

Os estudos realizados até a década de 1970, em geral, vêm 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 *coping* religioso espiritual, adesão ao tratamento, aspectos étnicos e culturais, recursos comunitários e relação entre tipos de TBH e formas de religiosidade (STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2009).

Novas pesquisas bibliográficas foram realizadas nos anos seguintes, encontrando estudos relevantes. Nas últimas duas ou três décadas tem ocorrido um evidente aumento do interesse de profissionais de saúde acerca da importância da religiosidade e espiritualidade para pessoas portadoras de transtornos mentais. Esse interesse pode ser atribuído ao grande número de evidências científicas e aos esforços de divulgação do conhecimento por parte de pesquisadores envolvidos com o tema.

Harold Koenig, em revisão da literatura realizada em 2007, aponta que crenças e experiências religiosas em pacientes psicóticos são frequentemente interpretadas como patológicas, tornando-se alvo de intervenções psiquiátricas. O autor revisa os estudos sobre a prevalência de delírios religiosos entre pacientes com Esquizofrenia, Transtorno Bipolar e outros transtornos mentais graves, discutindo como os clínicos podem diferenciar um envolvimento religioso saudável de um patológico. Ainda, aponta as possibilidades de que pessoas com transtorno mental possam utilizar suas crenças e práticas religiosas para lidar com seu transtorno mental e auxiliar no tratamento. O autor conclui que, apesar de um terço dos sintomas

psicóticos terem conteúdo religioso, nem todas as práticas e crenças religiosas são patológicas e podem ter um efeito positivo sobre como lidar com a doença e o tratamento, devendo ser apoiadas pelos clínicos nos casos de experiência religiosa saudável (KOENIG, H. G., 2007).

Koenig, McCullough e Larson reuniram e analisaram em seu *Handbook of Religion and Health* (KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH; LARSON, 2001) 1.500 estudos publicados ao longo do século XX acerca do papel da R/E e saúde. Somente no período entre 2001 e 2010 voltou a reunir 2.500 estudos a respeito de R/E e saúde mental. Esse fato confirma o aumento do interesse e da produção científica acerca do tema. Os estudos acerca da associação entre TBH e R/E são mais raros na literatura, por razões diversas e compreensíveis, que não cabem aqui serem discutidas (KOENIG, H. G.; KING; CARSON, 2012; KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH; LARSON, 2001).

2.1 RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NO TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR

O primeiro estudo obtido sobre o tema foi de Gallemore, Wilson e Rhoads, 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; WILSON; RHOADS, 1969).

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

Dantas, Pavarin e Dalgalarondo, 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 intensidade de sintomas de conteúdo religioso ou místico. 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; PAVARIN; DALGALARRONDO, 1999).

Mitchell 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, L.; ROMANS, 2003).

Cruz e outros, 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 et al., 2010).

Stroppa e Moreira-Almeida investigaram 168 pacientes bipolares ambulatoriais em um estudo observacional transversal, tendo encontrado uma

associação significativa entre maiores níveis de religiosidade intrínseca com melhor qualidade de vida psicológica e ambiental e, mais relevante, *coping* religioso-espiritual positivo com melhor qualidade de vida em todas as suas quatro dimensões (STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2013).

Crenças e práticas religiosas relacionaram-se a menores índices de sintomas depressivos. 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. Pessoas deprimidas têm menor frequência de experiências religiosas e menor crença em Deus, com maior sentimento de culpa pela falta de fé ou perda de sua fé (DANTAS; PAVARIN; DALGALARRONDO, 1999).

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, Wilson e Rhoads apontaram diferenças entre certos aspectos da religiosidade e espiritualidade em pacientes bipolares e controles normais, com maior frequência de experiências de conversão e salvação (GALLEMORE; WILSON; RHOADS, 1969). Koenig aponta a maior incidência de sintomas místicos entre Bipolares e atribui às peculiaridades afetivas da doença (KOENIG, H. G., 2007).

Dantas e outros encontraram uma relação significativa entre sintomas de mania e sintomas místicos (DANTAS; PAVARIN; DALGALARRONDO, 1999). Kirov e outros encontraram entre as mulheres, não brancas e portadoras de TBH 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 (KIROV et al., 1998).

Ao investigarem o funcionamento familiar e as atitudes de *coping* entre 81 bipolares, encontraram que estratégias de *coping* preveniam recaídas em fases prodrômicas, modificando a evolução clínica do TBH e CRE estava entre as mais frequentes estratégias utilizadas (KIROV et al., 1998).

Vários estudos indicam uma associação inversa entre religiosidade e suicídio entre bipolares. O efeito do envolvimento religioso sobre o suicídio em portadores de TBH é apontado por Koenig em revisão de 2009 e em outros estudos, reunindo um número significativo de evidências. Alguns autores atribuem seu efeito a uma objeção moral ou religiosa, outros a um conjunto de estratégias eficientes para

lidar com situações de estresse ou dificuldades de vida (KOENIG, H. G., 2007; PANZINI; BANDEIRA, 2005; SOEIRO et al., 2008).

Um cuidadoso estudo longitudinal publicado em 2016 investigou, entre 1996 e 2010, a associação entre afiliação e frequência religiosa com suicídio entre 89.708 profissionais de enfermagem do sexo feminino, com 30 a 55 anos. Aqueles que frequentavam serviço religioso uma ou mais vezes por semana tiveram uma taxa de suicídio aproximadamente cinco vezes menor que os que não frequentavam, apontando a relevância da relação entre frequência religiosa e suicídio. O artigo discute a questão dos mediadores e variáveis de confusão relacionadas ao tema (VANDERWEELE et al., 2016).

A literatura atualmente disponível ainda é limitada, mas já aponta para uma associação entre o TBH e experiências religiosas e espirituais, bem como a influência de crenças na vida de pacientes bipolares. Por outro lado, a literatura tem apontado a ausência de propostas de intervenção na prática clínica e a necessidade de estudos qualitativos e longitudinais.

2.2 COPING RELIGIOSO-ESPIRITUAL NO TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR

Eventos vitais desempenham um papel importante no aparecimento e evolução do TBH. Kemner e outros testaram a influência de eventos vitais em internações de 51 bipolares ao longo da vida e concluíram que aumentam o risco de primeiras internações e internações recorrentes (KEMNER et al., 2015).

Kirov e outros, em estudo transversal de 1998, na Inglaterra, investigaram 49 pacientes, sendo 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 et al., 1998).

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 (REGER; ROGERS, 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; KOENIG; PEREZ, 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; STEIN, 2007).

Um estudo transversal realizado nos EUA comparou 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; HARVIN; CRAMER, 2000).

CRE pode propiciar estratégias positivas de *coping*, que resultam em bem-estar, confiança e calma, ou negativas, que encerram culpa, medo e autodesvalorização, sentimentos desvantajosos para a saúde psíquica. Atividades psicoeducacionais podem discutir e orientar estratégias de CRE com importante benefício para pacientes religiosos.

Religiosidade e Espiritualidade têm sido consideradas importantes estratégias de *coping* em depressão, mas ainda são raros os estudos em pacientes bipolares. Um estudo realizado com 334 portadores de TBH investigou diferentes formas de envolvimento religioso e o estado clínico de indivíduos tratados em um hospital para veteranos. Os autores investigaram envolvimento religioso organizacional, privado e intrínseco entre pacientes bipolares em estado maníaco, depressivo, misto e eufímico. Encontraram uma associação significativa entre religiosidade privada e pacientes em estados mistos, estes pacientes em estado misto apresentaram uma vida religiosa mais ativa que pacientes eufímicos, deprimidos ou maníacos (CRUZ et al., 2010).

Pesquisa qualitativa sobre uso de CRE em 48 jovens adultos com esquizofrenia ou transtorno bipolar, durante um ano, encontrou que estratégias de

CRE positivo se associaram a percepções mais positivas de sua saúde mental. Ao final de um ano, CRE foi considerado mais relevante no enfrentamento de sintomas psiquiátricos que variáveis demográficas e religiosas globais (PHILLIPS, 1999).

Soeiro e outros investigaram 253 pacientes internados em um hospital universitário buscando determinar a prevalência de transtornos mentais e sua relação com a filiação religiosa e religiosidade. Consideraram-se muito religiosos 43,2% (n = 116), religiosos 46,9% (n = 129), pouco religiosos 9,8% (n = 27), não religiosos 1,1% (n = 3). A filiação religiosa evangélica e a maior frequência a cultos relacionaram-se à menor frequência de problemas com álcool. Indivíduos muito religiosos ou pouco/nada religiosos apresentaram maior prevalência de transtorno bipolar. A intensidade da religiosidade revelou-se modestamente associada à prevalência geral dos transtornos, especialmente ao transtorno bipolar. Envolvimento religioso extremo ou reduzido relacionou-se com uma busca exacerbada ou com o afastamento da religiosidade e com estados mentais alterados (SOEIRO et al., 2008).

Koenig examinou a prevalência de crenças e práticas religiosas entre pessoas não-psicóticas nos Estados Unidos, Brasil e em outras regiões do mundo, além de revisar os estudos sobre a prevalência de delírios religiosos em pacientes com Esquizofrenia, TBH e outros transtornos mentais graves. Segundo o autor os temas de conteúdo religioso são frequentes nas crenças e experiências de pacientes psicóticos. Pessoas com doença mental grave frequentemente usam práticas e crenças religiosas não-patológicas para lidar com seus transtornos mentais. Cerca de um terço das psicoses têm conteúdo religioso, mas nem todas as experiências religiosas são psicóticas. Crenças e práticas religiosas podem ter efeitos positivos no curso de doenças mentais graves, exigindo dos médicos conhecimento para distinguir entre experiências religiosas que devem ser desencorajadas ou apoiadas em benefício do paciente. Os clínicos devem compreender os papéis positivos e negativos que crenças religiosas desempenham nos pacientes com transtornos psicóticos (KOENIG, H. G., 2007).

Çuhadar e colaboradores investigaram o uso de estratégias de *coping* em 81 pacientes bipolares. As estratégias de CRE foram as mais utilizadas e proporcionaram maior benefício quanto ao suporte social, emocional e planejamento das atividades. *Coping* religioso espiritual permitiu a pacientes com sintomas prodrômicos buscar ajuda para prevenção de recaídas, indicando que tais estratégias

podem influenciar a evolução do TB e os vários níveis de funcionalidade como trabalho, relações conjugais e familiares (ÇUHADAR et al., 2015).

Caribé e colaboradores (2012) avaliaram o impacto da religiosidade no comportamento suicida. Um estudo caso-controle envolvendo 110 indivíduos que tentaram suicídio através do uso de substâncias tóxicas foram comparados a 114 indivíduos controle sem histórico de tentativas de suicídio. Religiosidade organizacional, privada e intrínseca foram mensuradas. Uma análise de regressão variada apontou o impacto da maior religiosidade, nas suas três dimensões, como importante fator de proteção contra tentativas de suicídio, mesmo após o controle de fatores relevantes de risco associados ao comportamento suicida, sobre o menor número de tentativas de suicídio, controlando para fatores sociodemográficos e variáveis como impulsividade e transtornos mentais (CARIBÉ et al., 2012).

Em editorial do periódico JAMA Psychiatry, de abril de 2016, Koenig discute a hipótese de que a religiosidade possa diminuir os casos de suicídio por dois mecanismos: crenças contrárias ao suicídio advindas das convicções e preceitos religiosos e a experiência religiosa gerando estados mentais positivos como sentido e propósito na vida, otimismo, gratidão e generosidade (KOENIG, H. G., 2016).

2.3 RECURSOS COMUNITÁRIOS E INTERVENÇÕES RELIGIOSAS NO TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR

A pesquisa empírica tem apontado evidências de uma relação entre religiosidade / espiritualidade (R/E) e saúde mental, entretanto a aplicação deste conhecimento na clínica continua a ser um desafio. Vários autores analisaram o estado atual do conhecimento e forneceram diretrizes para a avaliação espiritual e para a integração da R/E em tratamentos de saúde mental. Ter uma história espiritual pode aumentar a adesão do paciente, sua satisfação com os cuidados e os resultados obtidos. Os autores encontraram 25 instrumentos, vários dos quais validados e de boa utilidade clínica e apresentaram orientações práticas para avaliação e integração espiritual em tratamento de saúde mental, bem como sugestões para futuras pesquisas (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014).

A psiquiatria tem ainda mantido uma atitude ambivalente quanto a incorporação da religiosidade e espiritualidade de nossos pacientes na prática psiquiátrica, mesmo restando evidente seu importante papel para a vida de muitos deles, especialmente os mais carentes e as minorias. Sua religiosidade é fator de consolo e apoio em suas vidas, podendo ajudar no desenvolvimento de serviços culturalmente competentes e acessíveis, aumentando a satisfação e o compromisso com serviços em suas comunidades religiosas.

Por outro lado, o avanço do conhecimento em TBH não resultou em correspondente melhoria da qualidade de vida, principalmente em se tratando de comunidades marginalizadas. Michalak e outros propõem disseminar conhecimentos e práticas através da pesquisa participativa de base comunitária (CBPR), conduzida através de parceria entre pesquisadores e membros da comunidade. Tais iniciativas já ajudaram a preencher lacunas existentes em outras condições de saúde e têm como objetivo melhorar a consciência e envolvimento de indivíduos bipolares e sua comunidade. Trata-se de um conjunto de estratégias desenvolvido por uma força tarefa da Sociedade Internacional de Transtorno Bipolar (ISBD) envolvendo a comunidade, pesquisadores acadêmicos, profissionais de saúde, pessoas com experiência vivida com TBH e agências comunitárias. As observações e preocupações das pessoas com TBH e seus familiares constituem uma rica fonte de informações e a CBPR fornece capacitação e orientação para a comunidade. Apesar das potenciais vantagens desta abordagem, CBPR ainda não é amplamente utilizada em atenção e pesquisa do TBH, o que representa uma oportunidade perdida (MICHALAK et al., 2016).

Pollack, Harvin e Cramer chamaram a atenção para o aumento do interesse pelos aspectos psicossociais no TBH 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; HARVIN; CRAMER, 2000). Para vários autores a relação entre depressão e mania com situações de estresse está bem estabelecida. Alguns autores apontam que crenças religiosas foram preditores mais significativos que práticas religiosas, indicando a importância da religiosidade intrínseca sobre outras formas de envolvimento religioso.

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 (CHAKRABARTI; KULHARA; VERMA, 1992).

Stueve, Vine e Struening, 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; VINE; STRUENING, 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.

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; WEWIORSKI; CASH, 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; LAKIN; PARGAMENT, 2002).

A preocupação com o desenvolvimento de estratégias psicossociais ganha cada vez mais importância para quem trabalha e quem pesquisa TBH. 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. É provável que Religiosidade e Espiritualidade façam diferença para pacientes bipolares religiosos ao proporcionar suporte social e relações interpessoais de boa qualidade.

2.4 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, L.; ROMANS, 2003; PATEL et al., 1995).

Raguram e outros 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 et al., 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 TBH e sua frequente confusão com a esquizofrenia entre os Old Order Amish. Os Amish formam uma comunidade religiosa cristã bastante

antiga e tradicional em seus usos e costumes (EGELAND; HOSTETTER; ESHLEMAN, 1983).

Um médico não familiarizado com a cultura de seus pacientes pode ter dificuldade para identificar uma fase de mania, daí o maior número de diagnósticos de Esquizofrenia entre pacientes de classes sociais menos favorecidas ou de culturas diferentes. 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; HOSTETTER; ESHLEMAN, 1983).

Muitos pacientes bipolares relatam conflito significativo entre médicos e conselheiros religiosos sobre como entender e lidar com sua doença. É frequentemente referido 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 et al., 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 (EGELAND; HOSTETTER; ESHLEMAN, 1983; MITCHELL, L.; ROMANS, 2003).

2.5 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; WILSON; RHOADS, 1969; KIROV et al., 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; HOPKINSON, 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; HARVEY, 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; ROBBINS; ROTH, 1999).

Getz, Fleck e Strakowski, 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; FLECK; STRAKOWSKI, 2001).

Hempel e outros 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 et al., 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, HAROLD G., 2007).

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 TBH como parte dos Transtornos Psicóticos, e não o relacionou à Depressão.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETO

Buscamos estudar a relação entre religiosidade/ espiritualidade e os aspectos clínicos e qualidade de vida entre indivíduos portadores de Transtorno Bipolar do Humor.

3.2 OBJETIVO GERAL

O objetivo foi investigar em 168 indivíduos portadores de TBH, através de um estudo prospectivo longitudinal de dois anos acrescido de estratégia de investigação qualitativa, a associação de diversas dimensões de religiosidade (filiação, organizacional, privada, intrínseca e *coping* religioso) com sintomas de depressão, mania, qualidade de vida, concordância de líderes religiosos e comunidade religiosa com o tratamento.

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir o perfil de envolvimento religioso / espiritual dos indivíduos atendidos em um programa ambulatorial especializado na atenção a portadores de TBH;
- Correlacionar seu envolvimento religioso / espiritual com a evolução do transtorno, tentativas graves de suicídio, internações hospitalares, estado atual do humor e qualidade de vida ao final de vinte quatro meses;
- Identificar se e quais formas de envolvimento religioso / espiritual se correlacionam com melhor evolução do TBH e em quais de seus aspectos.

3.4 HIPÓTESE

Nossa hipótese, baseada em estudo transversal realizado anteriormente, era que maior religiosidade se associaria a menos depressão e mania e melhor qualidade de vida (STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2013).

4 MÉTODO

Este é um estudo observacional longitudinal com duração de dois anos, os dados foram colhidos entre os meses de agosto e dezembro de 2011 (T1) e de 2013 (T2), com um tempo de seguimento de 24 meses, acrescido de um estudo qualitativo breve. Toda a coleta de dados foi realizada exclusivamente pelo investigador.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, parecer nº. 315.559.

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, Transtorno Esquizoafetivo e Transtorno Depressivo Recorrente Grave. O PTH pertence ao Serviço de Psiquiatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, serve como referência para a rede pública de assistência em saúde mental da cidade de Juiz de Fora e como campo de treinamento para graduandos e residentes de psiquiatria, psicologia, enfermagem e serviço social. Cerca de 560 pacientes estavam em tratamento no momento do início do estudo, entre bipolares, depressivos graves e esquizoafetivos. Contava com uma equipe composta por dois médicos psiquiatras, uma enfermeira especialista em saúde mental e uma psicóloga, além de residentes de psiquiatria e psicologia em treinamento.

4.1.1 Seleção de indivíduos

Para o primeiro tempo do estudo, entre 204 pacientes sob os cuidados do investigador, foram selecionados todos os 182 indivíduos bipolares, que 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, que não faziam uso abusivo de álcool ou substâncias ilícitas. Aceitaram participar do estudo 168

indivíduos. O diagnóstico foi confirmado utilizando-se os critérios diagnósticos do DSM IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2003):

- 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;
- 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 visual, auditiva ou motora de membros superiores. Orientamos o familiar a ler pausadamente as questões propostas e não opinar acerca da escolha do paciente.

No segundo tempo do estudo (T2) foram reavaliados 158 indivíduos bipolares, entre os 168 avaliados vinte e quatro meses antes (T1). Foram perdidos dez indivíduos que participaram da primeira fase do estudo, sendo quatro por óbito (três por doença cardiovascular e um por doença pulmonar obstrutiva crônica) quatro por mudança de unidade da federação e dois por destino incerto.

Em razão da discordância referida pela população estudada entre líderes religiosos e médicos assistentes (30,7%) e sua interferência sobre o tratamento (23,3%) no estudo transversal optamos por investigar, através de métodos qualitativos, trinta e quatro dos 158 indivíduos participantes do estudo transversal. Foram propostas quatro questões complementares ao estudo quantitativo em T2. Abordamos a influência da R/E ao lidar com o TBH, a ocorrência de discordância quanto ao tratamento por parte de líderes religiosos e comunidade religiosa, a ocorrência de exclusão, discriminação ou apoio por parte da comunidade religiosa em

razão da doença ou do tratamento e a percepção de um aumento ou diminuição do sentimento ou envolvimento religioso conforme o estado de humor, quando em humor normal ou em uma fase da doença.

O presente estudo utilizou técnicas quantitativas e qualitativas de investigação. A abordagem quantitativa forneceu dados descritivos através de um estudo prospectivo de dois anos, utilizando métodos estatísticos adequados. Em seu aspecto qualitativo, pretendeu-se detalhar a investigação de alguns dados obtidos no estudo quantitativo (BARDIN, 2000; MINAYO; SANCHES, 1993).

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 como 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. 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. As informações foram colhidas junto ao indivíduo e mediante consulta ao prontuário médico no início de T1 e de T2 (Apêndice A).

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 (1998). A EAM-m foi aplicada no início de T1 e T2 (Anexo C).

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, que foi traduzido e validado pelos autores (VILELA; LOUREIRO, 1998).

O instrumento é constituído por 11 itens baseados nos sintomas centrais da mania e definidos no DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 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; LOUREIRO, 1998). O estudo das qualidades psicométricas da EAM-m apontou 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).

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 (Anexo D). Foi desenvolvida a partir da Escala de Avaliação Psicopatológica Abrangente (*Comprehensive Psychopathological Rating Scale* – CPRS) 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; MORENO, 1998).

4.2.3.1 Características do instrumento

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 (DRACU; RIBEIRO; CALIL, 1985).

Dratcu, Ribeiro e Calil (1985), em estudo comparativo entre as duas escalas, concluíram que a MADRS parece ser mais abrangente e sensível que a HAM-D na avaliação da intensidade dos sintomas depressivos (CALIL; PIRES, 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).

4.2.4 Escala de religiosidade da Universidade de Duke

A Escala de Religiosidade da Universidade Duke é uma versão em português da *Duke Religious Index* (KOENIG, H. G.; PARKERSON; MEADOR, 1997), validada para a língua portuguesa por Lucchetti e colaboradores (Anexo E). 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 (LUCCHETTI et al., 2012).

4.2.4.1 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*.

Originalmente os autores propõem que quanto maior for cada um dos itens de religiosidade menor será sua pontuação. Neste estudo foi feita uma inversão na pontuação proposta pelos autores, de forma a facilitar a interpretação dos resultados, tendo um mínimo de 5 pontos e um máximo de 27 pontos.

Cada tipo de religiosidade foi dicotomizada como abaixo:

- Religiosidade Organizacional – Maior ou igual a duas vezes por mês (4 pontos ou mais) e menor ou igual a algumas vezes por ano (3 pontos ou menos);
- Religiosidade Privada – Uma vez por semana ou menos (3 pontos ou menos) e duas ou mais vezes por semana (4 pontos ou mais);
- Religiosidade Intrínseca – Menor ou igual a “não estou certo” (11 pontos ou menos) e Maior ou igual a “em geral é verdade” (12 a 15 pontos).

A Escala de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL) foi aplicada no estudo transversal e longitudinal (T1 e T2).

4.2.5 Escala de *coping* religioso espiritual – versão abreviada

Foi usada uma versão abreviada da Escala de *Coping* Religioso Espiritual, considerada instrumento de escolha para a avaliação de CRE (Anexo F). No Brasil, quando da primeira etapa do estudo, havia sido validada e publicada apenas a Escala CRE. Para obtermos a escala em uma forma breve traduzimos a original em inglês, adaptando nossa tradução à versão completa validada em português. Foi obtida uma tradução que necessitará ser validada *a posteriori* (PANZINI; BANDEIRA, 2005).

4.2.5.1 Características do instrumento

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

Exluímos uma das sete assertivas negativas de CRE, “4. Pensei se Deus realmente se importava comigo”, por ter gerado uma interpretação dúbia entre os indivíduos.

Para transformar a variável em dicotômica consideramos CRE baixo (1 e 2 pontos) e CRE alto (3 e 4 pontos), num total máximo de 56 pontos. A Escala foi aplicada no estudo transversal e longitudinal (T1 e T2).

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, M. P. DE A. et al., 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) (Anexo G).

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).

4.2.6.1 Características do Instrumento

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, M. P. A. et al., 2000). Não foi dicotomizada e foi aplicada no estudo transversal e longitudinal (T1 e T2).

4.2.7 Discordância religiosa e interferência no tratamento

Foi acrescentada, no estudo transversal e longitudinal, uma pergunta sobre discordância entre o líder religioso e o médico assistente quanto ao tratamento e outra sobre a interferência do líder religioso sobre o tratamento, investigadas por L. Mitchell 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. Não estou certo(a). Em geral não é verdade. Não é verdade.* (MITCHELL, L.; ROMANS, 2003).

As respostas obtidas foram dicotomizadas em (4 e 5 *Não é verdade*) e (1 a 3 *Sim ou talvez*).

No estudo longitudinal optou-se também por uma investigação com métodos qualitativos para melhor compreensão das questões acerca da discordância e interferência do líder religioso sobre o tratamento, visto que os resultados relativos a oposição de líderes e comunidades religiosas surpreenderam quanto a frequência relatada de oposição e discordância do tratamento.

4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

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 e os desfechos clínicos (dicotomizados) eram as dependentes, controlando para as variáveis sociodemográficas (idade, sexo e filiação religiosa). Um resultado de teste foi considerado estatisticamente significativo quando $p \leq 0,05$.

Para teste da correlação entre religiosidade e qualidade de vida 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.

Na análise longitudinal, modelos de regressão linear foram utilizados para testar o impacto da religiosidade (em T1) sobre a qualidade de vida, ocorrência de mania e depressão (em T2), controlando para dados sociodemográficos. Foi adotado um valor de $p \leq 0,05$ como significativo.

4.4 INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA

A investigação qualitativa tem por tarefa buscar o conhecimento do outro como um fenômeno histórico e singular, propondo compreender as relações e atividades humanas com seus significados. A abordagem qualitativa se volta com empatia aos motivos e intenções das ações e relações estudadas (MINAYO; SANCHES, 1993).

A pesquisa qualitativa assume tradições de análises derivadas da fenomenologia, hermenêutica e construtivismo. Adota métodos para investigação de um fenômeno situado no local onde ocorre, procurando encontrar o seu sentido e interpretar os significados que as pessoas dão a eles (CHIZZOTTI, 2003).

Minayo e Sanches assim resumem o debate sobre os métodos quantitativos e qualitativos. Para os autores esses métodos são de natureza diferente, mas podem ser complementares para entender a realidade social. Do ponto de vista metodológico, não há contradição nem continuidade entre investigação quantitativa e qualitativa. A primeira atua em níveis da realidade, onde os dados se apresentam aos sentidos: níveis ecológicos e morfológicos. A segunda trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões (MINAYO; SANCHES, 1993).

4.4.1 Pessoas

Entre os 168 indivíduos constituintes da população do estudo quantitativo foram convidados 42 indivíduos, 25% da população envolvida, para participar do estudo qualitativo, trinta e quatro aceitaram participar. Ocorreram oito recusas, duas em razão da falta de interesse, quatro pela impossibilidade em razão do horário de trabalho, além de duas ausências às consultas no período do estudo. Foi utilizada

uma escala para eleição dos participantes entre aqueles que deveriam comparecer ao atendimento ambulatorial regular e pré-agendado, de modo a incluir as várias faixas etárias, de escolaridade e de renda.

A escolha dos entrevistados a partir do horário de consulta possibilitou a entrevista de pessoas com características sociodemográficas diferentes. Seis indivíduos eram atendidos a cada dia de ambulatório, em três dias da semana. Na primeira semana do estudo foram entrevistados o 1º e 4º pacientes atendidos para a consulta, na segunda semana foram entrevistados o 2º e 5º pacientes, na terceira semana o 3º e 6º pacientes, repetindo-se a combinação nas semanas seguintes até completadas as 34 entrevistas em um período de oito semanas. As entrevistas tiveram duração de 12 a 28 minutos, sendo 19 entrevistas com até vinte minutos e 15 entrevistas com mais de vinte minutos.

4.4.2 Material

O material foi colhido através de entrevista semiestruturada. Foram propostas quatro questões abordando a influência da R/E ao lidar com o TBH, a ocorrência de discordância quanto ao tratamento por parte de líderes religiosos e comunidade religiosa, a ocorrência de exclusão, discriminação ou apoio por parte da comunidade religiosa em razão da doença ou do tratamento e a percepção de um aumento ou diminuição do sentimento ou envolvimento religioso conforme o estado de humor, quando em humor normal ou em uma fase das fases da doença.

4.4.3 Entrevista e instrumento de coleta de dados

As entrevistas tiveram por objetivo aprofundar informações sobre as relações entre R/E e TBH acerca de questões que não poderiam ser contempladas em uma investigação quantitativa e ao mesmo tempo contribuir para a compreensão das causas desse fenômeno.

Ocorreram no Ambulatório do Programa de Transtornos do Humor do Serviço de Psiquiatria do Hospital Universitário da UFJF, nos dias de atendimento ambulatorial dos participantes, para facilitar-lhes a locomoção e presença.

O registro foi feito através de mídia digital, um pequeno telefone celular tipo *smartphone* colocado sobre a mesa, entre o entrevistado e o entrevistador. A escolha recaiu sobre esse tipo de mídia por ser familiar à maioria dos entrevistados.

Todas as etapas, da escala à realização das entrevistas até a transcrição dos depoimentos foram realizadas pelo primeiro autor, médico assistente dos pacientes.

Antes do início da entrevista foram explicados os objetivos do estudo, a forma como as entrevistas seriam realizadas, foram apresentadas as perguntas e explicado seu significado, de acordo com a escolaridade e capacidade de interpretação de cada entrevistado, foi apresentado o funcionamento da mídia digital utilizada e que teriam o tempo necessário para responder, que poderiam corrigir ou complementar qualquer das respostas. Foi reafirmado o absoluto sigilo da identidade do entrevistado. Por fim, foi perguntado se gostariam de participar e apresentado e preenchido o termo de concordância (TCLE).

4.4.4 Questões propostas para a entrevista qualitativa

Durante a entrevista as perguntas foram feitas uma a cada vez. Foi feita a pergunta seguinte após a conclusão da resposta do entrevistado. As perguntas foram proferidas de forma clara e uniforme, sendo feito algum esclarecimento conforme a compreensão do entrevistado. Foram gravados pergunta e resposta e o entrevistado foi tratado por seu primeiro nome ou apelido, conforme o costume nas consultas. Alguns se mostraram mais extrovertidos e motivados, outros mais tímidos, breves e diretos em suas respostas. Falar a respeito do assunto pareceu ter motivado a todos, mesmo a um entrevistado que mostrou ceticismo em relação ao tema:

- (1) Sua fé lhe ajudou ou atrapalhou a lidar com sua doença?;
- (2) Seu líder religioso ou sua comunidade religiosa discordaram do seu tratamento?;

- (3) Já se sentiu colocado de lado por sua comunidade religiosa por causa de sua doença?;
- (4) Quando estava em crise se sentia mais ou menos religioso?.

4.5 ANÁLISE QUALITATIVA

Para Bardin (2000), a análise de conteúdo engloba três fases:

- 1ª) A *Pré-Análise* foi realizada uma leitura flutuante do material, permitindo a constituição de um *corpus*. O *corpus* se constitui na organização do material de tal forma que responda a algumas normas de validade - exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência;
- 2ª) A *Exploração do Material* foi realizada a partir de uma operação de codificação e transformação dos dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto:
 - a) Foram feitos recortes do texto em unidades de registro, palavras ou frases representativas;
 - b) Uma regra de contagem foi escolhida a fim de permitir alguma forma de quantificação;
 - c) Foram realizadas a classificação e agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas.
- 3ª) Tratamento dos Resultados, Inferência e Interpretação:
 - a) Os resultados brutos foram submetidos a operações estatísticas simples (percentagens) permitindo colocar em relevo as informações obtidas;
 - b) Foram feitas inferências e realizadas interpretações com base nos resultados obtidos;

- c) Os elementos de conteúdo foram organizados em uma categoria analítica do tipo modelo misto, quando as categorias são definidas no início, podendo ser modificadas.

Bardin (2000) apresenta a utilização da análise de conteúdo dividida em pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, referidos acima. Na primeira fase é estabelecido um esquema de trabalho que deve ser preciso, com procedimentos bem definidos, embora flexíveis. A segunda fase consiste no cumprimento das decisões tomadas anteriormente, e finalmente na terceira etapa, o pesquisador apoiado nos resultados brutos procura torná-los significativos e válidos.

- *A pré-análise*: é a organização do material que será utilizado para a coleta dos dados, assim como outros materiais que podem ajudar a entender melhor o fenômeno e fixar o que o autor define como *corpus* da investigação, que seria a especificação do campo que o pesquisador deve centrar a atenção.
- *A descrição analítica*: nesta etapa o material reunido que constitui o *corpus* da pesquisa é mais bem aprofundado, sendo orientado, em princípio, pelas hipóteses e pelo referencial teórico, surgindo desta análise quadros de referências, buscando sínteses coincidentes e divergentes de ideias.
- *O recorte de conteúdo*: A análise dos conteúdos coletados e organizados passa primeiramente pela etapa do recorte, na qual os relatos são decompostos para em seguida serem recompostos para melhor expressar seu significado. Os recortes devem alcançar o sentido profundo do conteúdo. Os elementos assim recortados vão constituir as unidades de análise, ditas também unidades de classificação ou de registro. As unidades consistem em fragmentos do discurso manifesto como palavras, expressões, frases ou ainda ideias referentes a temas recortados.
- *A interpretação inferencial*: é a fase de análise propriamente dita, quando é realizada a reflexão acerca do texto e a intuição, com base em materiais empíricos, e são estabelecidas as relações com a realidade (BARDIN, 2000).

5 RESULTADOS

Alguns resultados do estudo compõem o artigo intitulado *Religiosity, depression and quality of life in bipolar disorder: a two-year prospective study*, aceito para publicação pela Revista Brasileira de Psiquiatria (Anexo H).

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Na população estudada foi observado predomínio de indivíduos do sexo feminino (81,5%), brancos (66,1%), católicos (53,6%), em sua maioria solteiros ou separados (53,8%) e afastados do trabalho por desemprego, benefício previdenciário ou aposentadoria em razão da doença (63%), com baixa escolaridade (6,8 anos) e renda, com alta religiosidade e baixos níveis de sintomas de humor. A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico da população estudada no início do estudo (T1) e sua distribuição segundo sua idade, sexo, cor, *status* marital, situação laboral no início do estudo. Os católicos constituíram o maior grupo (53,6%), seguidos pelos evangélicos e de outras crenças. Em outras crenças foram incluídos dois adeptos de tradições afro-brasileiras, uma testemunha de Jeová, um adepto da Seicho-noiê e seis que frequentavam todas as principais religiões, sem se definirem por nenhuma.

Tabela 1 – Distribuição por idade, sexo, cor, *status* marital e situação laboral em T1

Dados sociodemográficos	n (%) ou média (± DP)	Dados sociodemográficos	n (%) ou média (± DP)
Idade (em anos)	46,2 (± 10)	Estudante	1 (0,6)
Sexo feminino	137 (81,5)	Desempregado	21 (12,5)
Branco	111 (66)	Trabalho informal	4 (2,4)
Pardo e negro	57 (34)	Trabalho formal	12 (7,1)
Solteiro	47 (28)	Benefício previdenciário	42 (26,2)
Casado	64 (39,3)	Aposentado por invalidez	46 (27,4)
Separado	40 (23,8)	Aposentado por tempo	8 (4,8)
Viúvo	15 (8,9)	Do lar	31 (19,0)
Escolaridade (em anos)	6,85 (3,74)		

5.2 ENVOLVIMENTO RELIGIOSO E QUALIDADE DE VIDA EM T1

Ainda em T1, RI apresentou associação significativa com melhor QV em todos os seus domínios e CRP associou-se a melhor QV psicológica e ambiental. Por sua vez, CRN associou-se à pior QV psicológica. Religiosidade Privada e Organizacional não apresentaram associação estatisticamente significativa com QV no primeiro tempo do estudo (Tabela 2).

Tabela 2 – Religiosidade e qualidade de vida em T1

Eixos	N	Qualidade de vida Beta padronizado			
		Físico (<i>p</i>)	Psicológico (<i>p</i>)	Social (<i>p</i>)	Ambiental (<i>p</i>)
Religiosidade Organizacional	163	0,100 (0,231)	0,124 (0,126)	-0,038 (0,653)	0,010 (0,904)
Religiosidade Privada	163	-0,006 (0,942)	0,134 (0,096)	0,025 (0,765)	0,114 (0,155)
Religiosidade Intrínseca	163	0,224 (0,009)	0,365 (0,000)	0,241 (0,005)	0,314 (0,000)
CRE Positivo	161	0,164 (0,051)	0,216 (0,002)	0,127 (0,131)	0,178 (0,028)
CRE Negativo	161	-0,123 (0,141)	-0,182 (0,025)	-1,34 (0,110)	-0,097 (0,229)

Notas: CRE: Coping Religioso Espiritual

*Gênero, idade, grupo étnico, estado marital, educacional, laboral.

Resultados estatisticamente significativos (*p* valor \leq 0,05) estão em negrito

5.3 ENVOLVIMENTO RELIGIOSO E VARIÁVEIS CLÍNICAS EM T1

No primeiro tempo do estudo a presença de mania não se relacionou com nenhum dos indicadores de religiosidade investigados. Depressão apresentou uma relação inversa com afiliação religiosa, religiosidade intrínseca (RI) e *coping* religioso positivo (CRP), apontando para uma associação com menos depressão. Da mesma forma, RI e CRP associaram-se a menos depressão, respectivamente: 0,19 (0,06–0,57), $p = 0,003$; e 0,25 (0,09–0,71), $p = 0,01$. Aqueles que declaram pertencer a outra filiação religiosa, exceto evangélicos, apresentaram um risco de depressão quatro vezes maior que aqueles que referiram afiliação religiosa católica, denominação mais numerosa nesta população: 4,21 (1,22 – 14,52), $p = 0,023$ (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise multivariada da relação entre envolvimento religioso aspectos clínicos e evolução, controlando para aspectos sociodemográficos em T1* (n = 168)

Variáveis	n (%)	Depressão OR (IC)	Mania RC (IC)	Tentativas de suicídio RC (IC)	Hospitalização antes do PTH# RC (IC)	Hospitalização após PTH# RC (IC)
<i>Religiosidade organizacional</i>						
Baixa	59	1	1	1	1	1
Alta	108 (64,7)	0,67 (0,29 - 1,51) <i>p</i> = 0,33	0,72 (0,18 - 2,91) <i>p</i> = 0,64	1,19 (0,55 - 0,98) <i>p</i> = 0,66	0,98 (0,47 - 2,08) <i>p</i> = 0,97	0,81 (0,33 - 1,95) <i>p</i> = 0,63
<i>Religiosidade privada</i>						
Baixa	33	1	1	1	1	1
Alta	134 (80,2)	0,85 (0,32 - 2,24) <i>p</i> = 0,74	0,83 (0,14 - 5,04) <i>p</i> = 0,84	0,95 (0,37 - 2,43) <i>p</i> = 0,92	0,59 (0,24 - 1,46) <i>p</i> = 0,26	0,87 (0,31 - 2,40) <i>p</i> = 0,78
<i>Religiosidade intrínseca</i>						
Baixa	27	1	1	1	1	1
Alta	140 (83,8)	0,19 (0,06 - 0,57) <i>p</i> = 0,003	1,05 (0,16 - 6,87) <i>p</i> = 0,95	0,51 (0,19-1,41) <i>p</i> = 0,19	3,69 (1,34 - 10,14) <i>p</i> = 0,11	2,09 (0,57 - 7,61) <i>p</i> = 0,26
<i>Coping religioso positivo</i>						
Baixa	31	1	1	1	1	1
Alta	133 (81,1)	0,25 (0,09 - 0,71) <i>p</i> = 0,01	0,62 (0,15 - 2,61) <i>p</i> = 0,51	0,44 (0,17- 1,15) <i>p</i> = 0,09	0,71 (0,27 - 1,85) <i>p</i> = 0,49	0,72 (0,23 - 2,23) <i>p</i> = 0,57
<i>Coping religioso negativo</i>						
Baixa	135 (82,3)	1	1	1	1	1
Alta	29	2,36 (0,82 - 6,80) <i>p</i> = 0,11	1,53 (0,32 - 7,21) <i>p</i> = 0,59	0,65 (0,22- 1,90) <i>p</i> = 0,44	1,43 (0,51 - 3,96) <i>p</i> = 0,49	1,89 (0,67 - 5,33) <i>p</i> = 0,23
<i>Afiliação religiosa</i>						
Católica	90 (53,6)	1	1		1	1
Evangélica	48 (28,6)	1,27 (0,50-3,23) <i>p</i> = 0,61	0,57 (0,12-2,74) <i>p</i> = 0,48	1,09 (0,47-2,50) <i>p</i> = 0,84	1,47 (0,69 - 3,13) <i>p</i> = 0,31	1,77 (0,69 - 4,53) <i>p</i> = 0,23
Outras	10 (6,0)	–	2,04 (0,17-24,98) <i>p</i> = 0,58	1,70 (0,30-9,74) <i>p</i> = 0,55	0,40 (0,11 - 1,54) <i>p</i> = 0,18	0,40 (0,39 - 4,19) <i>p</i> = 0,45
Nenhuma	20 (11,9)	4,21 (1,22-14,52) <i>p</i> = 0,023	0,70 (0,07-7,10) <i>p</i> = 0,76	2,83 (0,86-9,32) <i>p</i> = 0,08	0,74 (0,28-1,97) <i>p</i> = 0,55	1,05 (0,28-4,00) <i>p</i> = 0,94

Notas: *Gênero, idade, etnia, *status* marital, educação formal, condição laboral.
 #PTH: Programa de Transtornos do Humor
 OR: Razão de Chance
 (IC): Intervalo de Confiança estatisticamente significativo (*p* valor ≤ 0,05) estão em **negrito**.

5.4 PERFIL E EVOLUÇÃO DA RELIGIOSIDADE, QUALIDADE DE VIDA E HUMOR

No início do estudo 53,6% se disseram católicos, 28,6% evangélicos, 6% pertencentes a outras crenças religiosas e 11,9% a nenhuma crença. Por outras crenças religiosas foram agrupados dois indivíduos de tradições afro-brasileiras, um pertencente a Testemunhas de Jeová, um a Seicho-noiê e seis que frequentavam todas as principais tradições religiosas, mas não indicavam uma delas como de sua preferência.

Utilizando os questionários para mania e depressão, sintomas de mania estavam presentes em $3,06 \pm (5,92)$ e de depressão em $7,67 \pm (10,27)$ no início do estudo e $0,94 \pm (3,28)$ e $4,73 \pm (7,86)$, indicando diferença estatisticamente significativa nos dois tempos.

Quando comparamos o início e final do estudo (T1 e T2), em relação ao humor houve uma redução estatisticamente significativa dos sintomas de mania e depressão. Ocorreram, também, um aumento da RI e do CRP, bem como da QV nas dimensões física e psíquica. Religiosidade Intrínseca e CRP mostraram significância estatística entre o início e final do estudo, bem como qualidade de vida física e psíquica (Tabela 4).

Tabela 4 – Variáveis demográficas, clínicas e religiosas em T1 (n = 168) e T2 (n = 158)

Variáveis	T1 Média ± (DP)	T2 Média ± (DP)	p-valor
<i>Idade</i>	46,2 (± 10)	48,6 (± 8)	
<i>Sexo feminino</i>	137 (81,5)*	131 (79,5)*	
<i>Filiação religiosa</i>			
Católicos	90 (53,6)*	85 (53,0)*	
Evangélicos	48 (28,6)	46 (29,0)	
Outros	10 (6,0)	9 (6,0)	
Nenhuma	20 (11,9)	18 (12,0)	
<i>Mania</i>	3,06 ± (5,92)**	0,94 ± (3,28)**	0,000**
<i>Depressão</i>	7,67 ± (10,27)**	4,73 ± (7,86)**	0,001**
<i>Religiosidade organizacional</i>	4,14 ± (1,65)	4,05 ± (1,43)	0,393
<i>Religiosidade privada</i>	4,37 ± (1,60)	4,41 ± (1,37)	0,890
<i>Religiosidade intrínseca</i>	12,32 ± (2,91)**	13,67 ± (1,68)**	0,000**
<i>Discordância do líder</i>	4,21 ± (1,15)	4,16 ± (1,12)	0,732
<i>Interferência tratamento</i>	4,43 ± (1,04)	4,31 ± (1,04)	0,333
<i>Coping religioso positivo</i>	18,80 ± (4,45)**	20,99 ± (4,50)**	0,000**
<i>Coping religioso negativo</i>	9,55 ± (2,77)	9,15 ± (2,726)	0,148
<i>Qualidade de vida física</i>	47,74 ± (21,75)**	52,78 ± (19,61)**	0,022**
<i>Qualidade de vida psíquica</i>	48,74 ± (23,12)**	53,69 ± (20,94)**	0,015**
<i>Qualidade de vida social</i>	49,44 ± (26,20)	53,69 ± (22,03)	0,157
<i>Qualidade de vida ambiental</i>	47,80 ± (18,29)	46,69 ± (16,46)	0,374

Notas: * N (%); ** Resultados estatisticamente significativos (teste t).

5.5 VARIÁVEIS RELIGIOSAS EM T1 E VARIÁVEIS CLÍNICAS E QUALIDADE DE VIDA EM T2

Quando foram correlacionadas variáveis de religiosidade no início do estudo (T1) e variáveis clínicas dois anos depois (T2), controlando para sexo, idade, cor e estado civil, não encontramos uma associação estatisticamente significativa entre variáveis de religiosidade em T1 e sintomas de humor em T2. A única exceção foi CRN em T1 que se associou a mais sintomas de mania em T2 ($r = 4,09 - p = 0,02$). Por outro lado, houve muitas associações de R/E com QV. Religiosidade Intrínseca em T1 associou-se a melhor QV física e ambiental em T2. CRP associou-se à melhor QV em suas quatro dimensões (física, psíquica, social e ambiental) e CRN associou-se à pior QV nos domínios psicológico e ambiental (Tabela 5). Em relação a

denominação religiosa, comparados aos que se declararam católicos, os indivíduos de *outras religiões* evoluíram com pior QV ambiental (Tabela 5). Quanto à discordância entre seu líder religioso e seu médico acerca do tratamento e a interferência de tal discordância sobre o tratamento os resultados obtidos no estudo não apresentaram resultado significativo (Tabela 5).

Tabela 5 – Correlações entre variáveis religiosas em T1 e desfechos clínicos em T2

Variáveis religiosas	N	Mania Beta (p valor)	Depressão Beta (p valor)	Qv física Beta (p valor)	Qv psíquica Beta (p valor)	Qv social Beta (p valor)	Qv ambiental Beta (p valor)
RO	158	-0,30 (0,60)	-0,71 (0,60)	1,40 (0,65)	2,30 (0,37)	-0,60 (0,86)	3,10 (0,24)
RP	158	-0,21 (0,73)	-0,93 (0,51)	-0,16 (0,96)	0,87 (0,81)	-1,20 (0,75)	-0,70 (0,81)
RI	158	0,61 (0,70)	2,23 (0,56)	3,01 (0,47)	7,78 (0,08)	5,99 (0,21)	9,56 (0,00)
CRP	158	0,54 (0,35)	-0,55 (0,68)	10,17 (0,00)	13,41 (0,00)	10,46 (0,00)	11,15 (0,00)
CRN	158	4,09 (0,02)	0,50 (0,91)	-21,10 (0,06)	-28,10 (0,02)	-25,35 (0,05)	-20,45 (0,03)
Discordância do Líder	158	-0,09 (0,87)	2,39 (0,08)	-2,12 (0,54)	0,28 (0,94)	-0,01 (0,99)	0,24 (0,93)
Interferência no tratamento	158	-0,29 (0,63)	1,65 (0,25)	-1,05 (0,78)	1,99 (0,62)	2,22 (0,60)	1,22 (0,70)
Filiação Religiosa*	158						
Evangélica		-0,47 (0,45)	-2,15 (0,15)	-0,72 (3,54)	-1,14 (0,77)	-2,28 (0,57)	-2,07 (0,49)
Outra		2,14 (0,08)	-1,90 (0,51)	-9,73 (0,18)	-13,58 (0,08)	-16,61 (0,05)	-15,13 (0,01)
Nenhuma		-1,18 (0,20)	-1,34 (3,03)	-9,07 (0,08)	-9,21 (0,10)	-1,87 (0,75)	-7,07 (0,10)

Notas: Regressão linear controlando para sexo, idade, cor, estado civil;
Os resultados significativos estão em negrito;
*Filiações religiosas foram comparadas com católicos.

Legenda: RO – Religiosidade organizacional; RP – Religiosidade privada;
RI – Religiosidade intrínseca; CRP – Coping religioso positivo;
CRN – Coping religioso negativo

5.6 RESULTADOS DA ANÁLISE QUALITATIVA

Os resultados são apresentados a partir das unidades de registro no texto, análise inferencial e sua quantificação em números absolutos ou relativos. Foram

apresentadas as respostas representativas de um grupo ou de um indivíduo conforme o número atribuído ao entrevistado (E) e a resposta à questão proposta (Q).

5.6.1 Unidades de registro no texto sobre a questão 1: sua fé ajudou ou atrapalhou a lidar com sua doença?

O primeiro grupo, com 30 dos 34 entrevistados, relatou que sua fé ajudou muito a lidar com a doença. A fé ajudou, aumentando a proximidade com Deus em momentos de dificuldade ou piora dos sintomas, evitou o suicídio, deu coragem para enfrentar dificuldades, proporcionou calma, segurança e tranquilidade em momentos difíceis (Tabela 6). A fé proporcionou forças para lutar, foi um motivo para viver. A fé evitou o suicídio, proporcionou esperança de um tempo melhor, ajudou a confiar no tratamento, a superar o isolamento, a receber ajuda de outras pessoas, a buscar a casa de Deus. Relataram que a fé ajudou na responsabilidade com o tratamento, na inserção comunitária, na valorização pessoal, na participação e apoio da comunidade religiosa.

Tabela 6 – Sua fé ajudou a lidar com a doença?

Categorias	N (%)
Ajudou ou ajudou muito	30 (88,2)
Ajudou em parte	2 (5,9)
Nem ajudou nem atrapalhou	1 (2,9)
Atrapalhou	1 (2,9)

Relataram como a fé ajudou:

Me ajudou a ter responsabilidade com o tratamento, depois que entrei na igreja passei a cuidar de mim e receber ajuda, apoio dos outros irmãos e irmãs. (Q1E1)

Adoro a igreja, vou três vezes por semana na igreja, canto no coral, participo todo domingo. Estou vivendo muitos problemas familiares, mas a igreja me faz muito bem. (Q1E2)

Ajudou. Porque quando estou em fase mais agravada da doença eu me aproximo mais de Deus, com mais intensidade. A fé reina nos momentos mais difíceis, quando estou em dificuldade a fé reina com muito mais intensidade, ajuda a superar bastante. Sem fé eu não ia suportar viver. (Q1E3)

Ajudou, se não tivesse fé teria feito coisa pior, teria suicidado, aí a gente pega com Deus, pede e tem coragem de enfrentar as dificuldades. (Q1E4)

Porque é uma segurança que eu tenho em Deus. Ajuda sim, quando nada está dando certo eu rezo, eu peço a Deus que me ajude e que tire de mim todos os maus pensamentos, aí acaba, eu volto ao normal e pronto. (Q1E5)

Ajudou, frequento os dias de oração, estudo a bíblia, frequento o discipulado. Lá tem várias coisas que a gente faz, tem os irmãos que sabem que eu tenho esse problema e me dão muito apoio. (Q1E7)

Ajudou muito. Por que eu encontrei a Deus, fui prá igreja e as coisas foram mudando para mim. Estar na presença de Deus me ajudou muito. A fé, a presença de Deus e os hábitos mudaram. (Q1E8)

Porque às vezes eu não entendia o que estava acontecendo comigo, mas buscava Deus e tinha força para lutar mais, porque achava que fazia parte do plano de Deus. Se fazia parte do plano dele então ele ia me dar força para passar por isso, pedia sua ajuda, sua misericórdia, sempre pedia misericórdia. (Q1E9)

Me ajudou. Ajudou a ir mais aos lugares, a fazer mais atividades, a me comunicar mais com as pessoas, antes eu vivia muito isolada dentro de um quarto. (Q1E11)

Para dois indivíduos ajudou parcialmente. Entre aqueles que relataram que sua fé ajudou em parte (2/34), um indivíduo atribuiu a pouca ajuda ao seu afastamento

da religião. O segundo atribuiu ao sentimento de perda ou redução da fé nas crises de depressão, quando mais necessita de sua fé.

Ajudou um pouco, por que eu tenho muita fé, mas nos momentos difíceis eu não tenho tanta fé. Ajuda porque sem Deus a gente não é nada, mas não do jeito que eu gostaria não, minha cabeça ainda não abriu assim, para acreditar tanto não, por mais que a gente tenha que acreditar às vezes eu não tenho tanta fé. (Q1E12)

Ajudou em parte, porque na verdade eu estive na igreja evangélica, vi muitas coisas que eu tinha dúvida, essa dúvida foi esclarecida para mim, então acredito que ajudou, mas não fiquei na igreja. (Q1E18)

Aquele que relatou ter sido indiferente, atribuiu a superação das dificuldades ao seu próprio esforço, não atribuiu a nenhuma outra ajuda.

[...] não ajudou nem atrapalhou, nos momentos difíceis partiu do meu esforço. (Q1E6)

Aquele que relatou que a fé atrapalhou, atribuiu à sua fé e envolvimento religioso a piora de sua doença. Em razão de episódios delirantes de conteúdo místico experimentados no passado tem muito medo de se envolver com religião e ficar louco.

Eu acho que tem casos que religião atrapalha mais, então fiz um pacto comigo de procurar outra coisa para ocupar a minha cabeça, na minha experiência a religião atrapalha. (Q1E14)

5.6.2 Unidades de registro no texto sobre a questão 2: já se sentiu colocado de lado por sua comunidade religiosa por causa de sua doença?

A Tabela 7 demonstra as respostas obtidas em relação à questão 2: “já se sentiu colocado de lado por sua comunidade religiosa por causa de sua doença?”

Tabela 7 – Recebeu apoio de sua Comunidade Religiosa?

Categorias	N (%)
Sentiu-se apoiado	12 (35,3)
Comunidade desconhecia a doença	12 (35,3)
Sentiu-se excluído da comunidade	08 (23,6)
Não frequentava	02 (5,8)

Recebeu apoio de sua comunidade religiosa, como relatado por:

Não, as pessoas da minha igreja me visitaram quando estive internada, iam toda semana. (Q2E1)

Não, só ajudaram, até levavam o remédio para mim. Sempre me ajudaram, nunca me excluíram. (Q2E2)

Pela comunidade não, ela sempre me apoiou, sempre me acolheu bem, ainda mais agora que eu batizei. (Q2E8)

Não, pelo contrário, o pessoal até me dava muito apoio. Eles sempre iam me visitar, mas eu não ia à igreja. Quando eu resolvi ir aí eu melhorei. (Q2E10)

Tive apoio sim, são amorosos e bondosos, eles preocupam comigo. Se eu faltou à reunião eles preocupam, perguntam. Dentro da comunidade religiosa nunca houve rejeição. (Q2E11)

Na comunidade me abraçam e me beijam, me chamam para ir nas casas delas. (Q2E14)

Não, sempre tive apoio, sempre me visitavam, falavam umas palavras boas para me animar, nunca me deixaram de lado. Até hoje, porque eu não sou membro da igreja, mas eu sempre frequento lá. (Q2E16)

Não discordavam não, porque teve até certa vez que eu estava em crise e o meu pastor mesmo veio e me levou para o hospital. (Q2E25)

Não me sentia excluída, sempre que ia a igreja era bem recebida, não conhecia todo mundo, mas os que eu conhecia me tratavam bem. (Q2E34)

Sua Comunidade Religiosa, por desconhecer a doença, colocou-se em uma posição neutra para doze indivíduos, como relatado por:

Não, nem sou muito de comentar, as pessoas chamam, cobram a presença, mas eu prefiro ir em outra comunidade por causa das cobranças de ter sumido e o que está acontecendo? (Q2E4)

Os onze demais responderam de forma semelhante, enfatizando o esforço por manter em sigilo sua doença, frequentavam os serviços religiosos em outra comunidade ou no centro da cidade:

"Não, não sou muito de comentar sobre a doença."

"Não, eu não frequento a igreja onde eu moro."

"Não, não sabem da minha doença,"

"Na igreja não, ninguém sabe."

Não recebeu apoio de sua comunidade religiosa, oito indivíduos, como relatado por:

As pessoas (da comunidade religiosa) acham que Deus cura, que não devo tomar remédios, que remédio não é de Deus, mas acho que os médicos são instrumentos de Deus e sei que o tratamento é importante. Eu entendo a minha doença, eles não sabem o que é, não sabem como é triste ficar doente. (Q2E3)

Sim, muitas vezes. As pessoas ainda não entendem muito bem, pensam que quem vai ao psiquiatra é doido, ainda existem pessoas que deixam a gente de lado, eu parei muito de ir à igreja por causa disso, por ser deixada de lado pelas pessoas, por acharem que eu sou doída e eu não sou. (Q2E23)

Sempre existe, mas eu não me importo. Eu acho que não é a comunidade que tem preconceito, me tratam bem, as pessoas são boas, isso são algumas pessoas. (Q2E24)

Eu não me importo, são algumas pessoas, a maioria me trata bem. (Q2E31)

Dois indivíduos não frequentavam qualquer comunidade religiosa. Um indivíduo relatou ter contato com a comunidade religiosa somente através do rádio e TV. Outro relatou não pertencer a nenhuma comunidade religiosa (Q3E12).

5.6.3 Unidades de registro no texto sobre a questão 3: sentiu-se apoiado por seu líder religioso por causa da sua doença?

Não houve nenhum relato de oposição ao tratamento por parte de líderes religiosos. Doze indivíduos relataram apoio de seus líderes religiosos ao tratamento (Tabela 8).

Tabela 8 – Sentiu-se apoiado por seu líder religioso por causa da sua doença?

Categorias	N (%)
Líder religioso apoiava	12 (35,3)
Líder religioso não se opunha	08 (23,6)
Líder religioso desconhecia a doença	12 (35,3)
Não frequentava	02 (5,8)

Já tive orientação do meu pároco para fazer o tratamento direito, não descuidar. (Q3E20)

Não, eu converso muito com o padre e ele é completamente de acordo com meu tratamento, ele fala que eu devo cuidar da parte espiritual e seguir as orientações do meu médico. (Q3E22)

Meu pastor nunca discordou do tratamento, de eu me cuidar, porque a doença realmente existe e precisa de tratamento. (Q3E31)

Não houve nenhum relato de oposição ao tratamento por parte de líderes religiosos. Doze indivíduos relataram apoio de seus líderes religiosos ao tratamento (Tabela 8). Oito indivíduos relataram não ter havido oposição ou censura do líder religioso, apenas não tratou do tema. “Padre não fala sobre essas coisas de tratamento, fala do evangelho”. Em grandes comunidades religiosas é comum o líder religioso não conhecer aspectos da história pessoal de parte dos adeptos, principalmente se não ocorre alguma situação de adoecimento que é levado a seu conhecimento. Em comunidades pequenas isso é menos comum.

Doze indivíduos não relataram ao seu líder religioso o fato de terem o TBH, falta não era do conhecimento de seus líderes religiosos ou frequentavam os serviços religiosos em outras comunidades.

Dois não frequentavam serviços religiosos. Um indivíduo relatou envolvimento religioso apenas através do rádio e TV e um indivíduo relatou que não segue orientação de líderes e comunidades religiosas.

5.6.4 Unidades de registro no texto sobre a questão 4: quando estava em crise se sentia mais ou menos religioso?

Treze indivíduos (38,2%) relataram aumento de sua fé ou envolvimento religioso na depressão, como socorro ao adoecimento e resultando em benefícios ao lidar com o sofrimento (Tabela 9).

Tabela 9 – Ficou mais ou menos religioso na crise?

Variáveis	N (%)
<i>Ficou mais ou menos religioso na crise?</i>	
Mais religioso	13 (38,2)
Menos religioso	05 (14,7)
Exacerbação da fé	06 (17,6)
Não me lembro de Deus ou como fico	10 (29,4)

Cinco entrevistados (14,7%) relataram que pareciam perder a fé:

Em crise eu oro menos, eu oro mais quando estou melhor, mas quando estou na baixa eu acho que Deus não existe. (Q4E5)

Não, em crise eu não conseguia fazer nada, nem rezar. Diminuí muito, não conseguia fazer oração, nem nada. (Q4E16)

Fico desesperada, sem acreditar em Deus, sem querer acreditar nas coisas de Deus, penso que Deus não existe, Deus não gosta de mim, Deus não me ajuda. (Q4E30)

Não, quando eu entro em crise eu não tenho fé. Eu tenho fé quando estou normal. (Q4E33)

A maioria dos indivíduos que participou do estudo não soube distinguir entre mania e depressão, em seus relatos fazem referência à crise. Informações adicionais como os sintomas que acompanharam a crise é que permitiram, em alguns casos, diferenciar entre uma fase de mania ou depressão.

Seis indivíduos (17,6%) relataram experiências durante a mania de aumento do envolvimento religioso, sentimentos de maior proximidade com Deus ou com a religião, indo desde o *fanatismo* religioso até um sentimento de maior *proximidade de Deus*. Seis entrevistados (17,6%) relataram sintomas místicos ou excessivo envolvimento religioso, todos em fase de exaltação do humor, não percebendo benefícios neste tipo envolvimento religioso. Seis indivíduos relataram que nas crises ficam mais fanáticos.

Fico meia "abirutada", pedindo, pedindo, e fico acesa demais, fiz um pacto comigo de quando estivesse em crise assim ia procurar outra coisa para ocupar a cabeça, na minha experiência a religião atrapalha. (Q4E14)

Já tive crise que eu fiquei muito empolgada com religião, vivia com a bíblia debaixo do braço, em outras crises eu não tive isso não. Foi uma crise que eu tive que eu estava eufórica demais e muito empolgada prá esse lado da religião. (Q4E32)

Sete indivíduos (20,6%) relataram não lembrar de Deus ou de religião nas crises. Destes, os cinco em mania se ocuparam de outros interesses e se distanciaram de sua vida religiosa ou espiritual. Na depressão tal condição foi menos comum. Aqueles com depressão referiram uma redução, dúvida ou perda de sua fé, relataram que não conseguiam rezar, sentiam-se culpados pelo passado, resultou em aumento do sofrimento em um momento em que a fé poderia proporcionar segurança, tranquilidade e confiança. Menos frequentemente apresentaram sintomas psicóticos. Sete indivíduos relataram que nas crises não se lembram de Deus:

Nas crises não pensava em religião, afastava do tratamento e de todo mundo.
(Q4E2)

Não pensava em nada, minha mãe é quem cuidava de mim. (Q4E12)

Não, aí eu nem me lembro de Deus. (Q4E3)

Quando estou em crise não acredito em Deus, porque perco o sentido. Quando estou com os sentidos bons eu creio nele. (Q4E13)

Não, pelo contrário, eu desvio de tudo. Abandono tudo, abandono igreja, abandono filho, abandono mãe, abandono tudo, fico completamente desorientada, não tem como me controlar, eu não tenho como me conter.
(Q4E15)

Quando estou em crise não penso em ninguém nem em nada, na euforia perco a noção de tempo, não penso nem em Deus. (Q4E19)

Três indivíduos relataram que durante as crises não notam diferença ou não se lembram:

Estou sempre assim, buscando mais ao senhor, na crise apresenta grave ideação psicótica de conteúdo místico, foi afastada de sua denominação em razão das repetidas interrupções do tratamento em razão das sessões de cura e libertação. (Q4E6)

Não, não vejo diferença. (Q4E7)

Não, acho que é a mesma coisa, mas não me lembro muito bem, não sei como fico na crise, não lembro. (Q4E23)

6 DISCUSSÃO

Neste estudo prospectivo de dois anos o principal achado foi uma marcante associação de algumas formas de envolvimento religioso com a QV de pacientes bipolares, mesmo entre aqueles que se encontravam eutímicos. Maior em (T1) apontou um aumento de 10 a 13 pontos em todas as dimensões de QV dois anos depois (T2), em comparação com o grupo com menor CRP. Por outro lado, maior CRN em T1 esteve associado a uma queda de 20 a 28 pontos na QV ambiental e psíquica respectivamente, comparando-se com o grupo com menor CRN. Os resultados deste estudo vão ao encontro de, além da remissão dos sintomas, melhorarmos a QV e a funcionalidade de nossos pacientes bipolares. Mesmo entre pacientes bipolares eutímicos, a pior QV constitui-se numa grande limitação do tratamento. Observou-se que a RI e CRE tiveram um marcante impacto na evolução da QV. Esses são resultados muito promissores para essa população (MILLER; DELL'OSSO; KETTER, 2014; SANCHEZ-MORENO et al., 2009).

A análise multivariada da relação entre envolvimento religioso, aspectos clínicos e evolução, controlando para aspectos sociodemográficos em T1, apontou uma diferença estatisticamente significativa entre Religiosidade intrínseca (OR = 0,19; IC (0,06 – 0,57), $p = 0,003$) e Coping religioso positivo sobre a ocorrência de depressão (OR = 0,25; IC (0,09 – 0,71), $p = 0,01$). Coping religioso negativo não apresentou diferença estatística significativa sobre a ocorrência de depressão. Mania, tentativas de suicídio e hospitalização antes e após o ingresso no PTH não apresentaram diferença estatisticamente significativa. Outro achado interessante diz respeito à ocorrência de depressão entre católicos (maior grupo religioso) e aqueles que se declararam sem religião. Aqueles que se declararam sem religião apresentaram 4,21 vezes mais depressão quando comparados ao grupo dos católicos (IC = 1,22 – 14,52) $p = 0,023$.

Acerca das variáveis demográficas, clínicas e religiosas entre T1 e T2, mostraram variação significativa a redução da mania e depressão. Comparando as formas de envolvimento religioso, RI e CRP apresentaram aumento significativo entre T1 e T2. Não foram significativas as diferenças encontradas em Religiosidade Organizacional e Privada, indicando sua menor relevância neste estudo.

Alguns estudos apontam a importância e frequência do uso de CRE entre pacientes bipolares. Eles usam CRP por mais tempo e percebem mais benefícios ao lidar com frustrações e dificuldades diárias (POLLACK; HARVIN; CRAMER, 2000; REGER; ROGERS, 2002; STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2009). Entretanto, pacientes bipolares fazem uso também de CRN, o que representa significativo prejuízo pessoal, com possíveis repercussões sobre sua doença (PHILLIPS; STEIN, 2007).

O CRE esteve relacionado com a utilização de recursos religiosos como crenças, práticas, participação em serviços religiosos ou trabalhos voluntários. Assim, estratégias de CRP como buscar uma lição de Deus nos problemas ou fazer sua parte e deixar o resto nas mãos de Deus foram preditores de uma melhor evolução da QV. Por outro lado, estratégias de CRN, como atribuir seus problemas à punição divina ou a influências espirituais negativas, predisseram de modo marcante uma pior QV.

Em razão do seu uso frequente por pacientes bipolares, estando entre as mais frequentes estratégias de coping utilizadas, o CRE é uma possibilidade para estratégias de psicoeducação e para a psicoterapia no TBH. Seu importante impacto na evolução de pacientes com TBH torna relevante ensinar a identificar e lidar com as estratégias de CRE utilizadas, estimulando as positivas e auxiliando na modificação das negativas. Esta pode ser uma maneira eficiente e simples de auxiliar os pacientes a lidarem com sua doença e evoluírem de modo mais favorável (ÇUHADAR et al., 2015; GONÇALVES et al., 2015; MICHALAK et al., 2006; PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000; PHILLIPS; LAKIN; PARGAMENT, 2002).

Após a primeira coleta de dados em T1, quando os pacientes foram interrogados sobre sua R/E, o tema da religiosidade e espiritualidade voltou a surgir com frequência nos atendimentos. É possível que o fato de participarem do estudo tenha estimulado os indivíduos a refletirem sobre sua R/E e retomarem hábitos religiosos abandonados, o que explicaria o aumento da R/E de T1 para T2. Existem evidências sugerindo que a simples coleta da história espiritual dos pacientes, mesmo que breve (2 a 5 minutos), possa estar associada com maior satisfação com o tratamento e melhor qualidade de vida. A coleta da história espiritual tem sido reconhecida como uma das mais simples e práticas implicações da R/E para a prática clínica (KRISTELLER et al., 2005; WILLIAMS et al., 2011; WORTHINGTON et al., 2011).

No estudo transversal a discordância entre líderes religiosos e médicos assistentes e a interferência sobre o tratamento foram superiores a respectivamente 24% e 19% encontrados na Nova Zelândia, onde os autores entrevistaram pessoas de culturas diferentes, nativos maoris e brancos anglo-saxões. No presente estudo a discordância de líderes religiosos com o tratamento ocorreu em T1 [4,21 ± (1,15)] e em T2 [4,16 ± (1,12)] $p = 0,73$ e a interferência no tratamento ocorreu em T1 [4,43 ± (1,04)] e em T2 [4,31 ± (1,04)] $p = 0,33$. Diante de tais resultados, optamos por investigar com métodos qualitativos tal discordância e interferência sobre o tratamento no estudo longitudinal (MITCHELL, L.; ROMANS, 2003).

O predomínio de mulheres no presente estudo pode estar relacionado ao fato de apresentarem menos comorbidades com abuso de substâncias e de buscarem mais atenção médica que os homens, em nosso meio. Como os pacientes com transtornos por uso de substâncias são atendidos em unidade especializada para tratamento de drogadição, é possível que lá seja encontrado um número significativo de pacientes bipolares masculinos (ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA; SILVEIRA, 2006).

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 mais exata da interferência do transtorno sobre a vida conjugal. A literatura já apontava uma maior frequência de solteiros e separados entre pacientes bipolares, em razão da possível ligação entre fases maníacas e depressivas com rupturas conjugais. Esta hipótese ainda não foi suficientemente investigada, segundo Goodwin e Jamison, mas tal predomínio foi igualmente encontrado também em nosso estudo. O prejuízo no funcionamento social, com menos amigos e menos relacionamentos sociais está bem estabelecido (GOODWIN; JAMISON, 2007).

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 políticas poderiam proporcionar melhora da autoestima, da renda e redução do ônus para a previdência social. O funcionamento e habilidade para o trabalho entre bipolares têm sido pouco investigados. Michallack e outros apontam interrupções provocadas pelo adoecimento

com ausências ao trabalho, interferências do adoecimento nas rotinas do trabalho, estigma e problemas interpessoais no trabalho como possíveis causas para o grave prejuízo laboral observado (MICHALAK et al., 2007)

Entre os indivíduos da população estudada, as razões para as dificuldades de se recolocarem no mercado de trabalho e a vida conjugal atual e anterior merecem também uma investigação mais detida. A literatura carece de estudos consistentes a esse respeito.

Quanto a filiação religiosa, os resultados refletiram a distribuição encontrada na população brasileira, mostrando o predomínio de católicos e o crescimento das religiões evangélicas.

Em razão do longo tempo de doença, a maioria da população estudada não pode ser investigada quanto a redução da fé após o adoecimento, apontada por L. Mitchell e Romans ou o aumento encontrado por Kirov e outros como fato relevante em seus estudos (KIROV et al., 1998; MITCHELL, L.; ROMANS, 2003). O estudo apontou, no entanto, um aumento do envolvimento religioso ao longo dos dois anos.

Com frequência a literatura psiquiátrica atribui a pacientes bipolares maior religiosidade, misticismo e ideação delirante de conteúdo religioso. Também frequente em nosso meio é atribuir a certas denominações religiosas a intolerância ou o desestímulo ao tratamento psiquiátrico, em razão da percepção de que os transtornos mentais seriam decorrentes da falta de fé ou da *ação do maligno*.

Buscou-se investigar o benefício da fé em relação a doença, percebido por pacientes bipolares com vários níveis de envolvimento religioso. Além da percepção em relação à posição de seus líderes religiosos e de sua comunidade religiosa acerca do tratamento, de sua experiência de exclusão da comunidade religiosa em razão da doença e do aumento ou redução do seu envolvimento ou crenças religiosas em períodos de adoecimento.

Na investigação qualitativa, ao responderem à primeira questão: “sua fé ajudou ou atrapalhou a lidar com sua doença? Trinta dos 34 entrevistados relataram que sua fé ajudou ou ajudou muito a lidar com sua doença. A discordância, com relação ao tratamento, entre líder religioso e o médico não foi relatada por nenhum dos entrevistados.

Foi possível identificar que os entrevistados apontaram uma frequente discordância entre líderes religiosos e médicos em outras denominações religiosas, não na sua própria. Essa era uma opinião comum de católicos em relação a

evangélicos e vice-versa. Entre católicos foi mais comum o fato de não revelarem sua doença, comparecerem aos serviços religiosos fora de sua comunidade ou seu líder religioso não abordar tais assuntos. Em relação aos evangélicos, organizados em pequenas comunidades, foi mais frequente a atenção do líder ou da comunidade para com o entrevistado.

Na investigação entre adoecimento e envolvimento religioso, treze, entre 34 entrevistados, (38,2%) relataram que seu envolvimento religioso aumentava para ajudar a enfrentar a doença, enquanto cinco (14,7%) se sentiam menos religiosos ou com redução da sua fé. Seis entrevistados (17,6%) relataram intensificação de seu comportamento religioso além do normal e dez (29,4%) relataram não lembrar. Nem todos os entrevistados foram capazes de distinguir a fase de mania e de depressão, muitos se referiam a “crise”. Entretanto, pela descrição dos sintomas foi possível identificar que o aumento ou a redução da crença e da vivência religiosa ocorriam mais frequentemente na depressão, enquanto as vivências de hiperreligiosidade ou o abandono completo da vida religiosa ocorriam na mania.

No estudo transversal 9,5% da população estudada estava em hipomania ou mania, 25,6% em depressão e 64,9% em eutimia. Após dois anos, esses percentuais reduziram para 4,4% em hipomania ou mania, 20,3% em depressão e 75,3% em eutimia. Ao longo destes dois anos de seguimento observou-se uma significativa redução dos sintomas de mania, de $3,1 \pm 5,9$ para $0,9 \pm 3,3$ – ($p < 0,001$).

O pequeno número de indivíduos em mania ou hipomania, em relação à população estudada, poderia explicar a ausência de significância na associação entre mania e envolvimento religioso em T1. Os indivíduos em mania apresentaram menores escores de religiosidade em suas várias dimensões. Tais achados parecem apontar para uma diferença entre religiosidade e ideias místicas nos episódios maníacos, principalmente em mania psicótica. Uma amostra maior de indivíduos em mania merece ser estudada com métodos qualitativos para maior clareza dessa relação.

A dificuldade em entrevistar e aplicar questionários e escalas em pacientes muito graves, em mania ou depressão psicótica, fez com que os pacientes com sintomas psicóticos fossem excluídos antes do início do estudo. Entretanto a investigação da religiosidade durante uma fase maníaca mais grave merece ser realizada, a fim de permitir maior clareza acerca da religiosidade em bipolares com mania psicótica e delírios místicos. Outros dois estudos recentes (CRUZ et al., 2010;

MITCHELL, L.; ROMANS, 2003) que investigaram a relação entre TBH e religiosidade, também excluíram pacientes em mania psicótica da amostra.

Em relação ao envolvimento religioso e sintomas depressivos, no início do estudo, os indivíduos com maiores níveis de Religiosidade Intrínseca apresentaram menos depressão. A importância dessa associação reside no fato de sintomas depressivos serem mais frequentemente responsáveis pela limitação do desempenho de bipolares em várias áreas como relacionamento interpessoal, social e laboral.

Coping religioso positivo associou-se 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 (PHILLIPS; LAKIN; PARGAMENT, 2002).

O estudo transversal mostrou que RI e CRP se relacionaram de modo marcante com menos depressão (respectivamente: OR 0,19 e 0,25). As dimensões de R/E no início do estudo se correlacionaram com menores níveis de depressão dois anos depois. Os sintomas depressivos apresentaram expressiva queda (de 7,7 em T1 para 4,7 em T2), ficando no início e final do estudo abaixo do ponto de corte para remissão de depressão na escala utilizada (≤ 10), mas indicando uma associação entre R/E e sintomas depressivos, ocultado pelo *efeito piso*.

Religiosidade organizacional e privada não apresentaram associação estatisticamente significativa com frequência de internação hospitalar, tentativas de suicídio ou qualidade de vida no presente estudo. Na literatura, Cruz e outros encontraram maior frequência de religiosidade privada entre pacientes com TBH do tipo misto. Eram pacientes, em sua maioria, masculinos e atendidos em um hospital de veteranos em atenção ambulatorial (CRUZ et al., 2010).

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 envolvimento religioso faça diferença para pacientes bipolares ao proporcionar suporte social e relações interpessoais de boa qualidade.

Não sabíamos se R/E e CRE poderiam influenciar a adesão e o cumprimento do tratamento, reduzir a ocorrência de fases de adoecimento ou a necessidade de internações hospitalares. Na literatura dois estudos abordavam envolvimento religioso e adesão ao tratamento, apresentando resultados opostos (KIROV et al., 1998; MITCHELL, L.; ROMANS, 2003). Nenhum estudo havia abordado

a relação de R/E e CRE em TBH com tentativas de suicídio, frequência de adoecimento e qualidade de vida entre pacientes bipolares.

Esta 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; LAKIN; PARGAMENT, 2002).

Pessoas com TBH apresentam importante prejuízo em sua qualidade de vida. Esse prejuízo é significativo na fase depressiva e na fase de mania (GAZALLE; KAPCZINSKI, 2008).

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 para sua transformação, bastando iniciativas simples. O estímulo à frequência religiosa em sua denominação e o aprofundamento da vida espiritual que caracteriza a Religiosidade Intrínseca, assim como a identificação e orientação de estratégias de CRE para lidar com situações de dificuldade podem ser fatores de grande impacto na qualidade de vida de pacientes bipolares religiosos (KOENIG, H. G.; GEORGE; PETERSON, 1998; PHILLIPS; LAKIN; PARGAMENT, 2002; PHILLIPS; STEIN, 2007).

A investigação qualitativa acerca das questões relacionadas a discordância religiosa entre líderes religiosos e profissionais de saúde e sua interferência sobre o tratamento identificou a fé, na opinião dos entrevistados, como o mais importante fator de proteção e apoio durante o adoecimento.

Os conflitos entre médicos e conselheiros religiosos a respeito de como entender e lidar com sua doença foram relatados no estudo transversal. Entretanto, não se confirmaram em investigação qualitativa dois anos depois. A investigação qualitativa mostrou que não é frequente que líderes religiosos tenham reservas com relação aos tratamentos em saúde mental. As pessoas, em nosso meio, parecem ter reservas ou crenças equivocadas em relação a denominação religiosa das outras. Pacientes bipolares parecem dar grande importância. Pacientes bipolares parecem dar grande importância às suas convicções religiosas e atribuem a elas um papel

importante no lidar com sua doença, entretanto, supõem um conflito entre líderes religiosos de outras denominações e profissionais de saúde mental.

No estudo quantitativo cerca de um terço dos pacientes dos indivíduos estudados referiram dúvida: *Existe discordância entre meu líder religioso ou minha religião e meu médico com relação a meu tratamento?, Isso interfere negativamente em meu tratamento?* Foram considerados *sim* as respostas 1,2 e 3, *totalmente verdade para mim, em geral é verdade e não estou certo. Não estou certo* poderia ter sido incluído entre *em geral não é verdade e não é verdade*, o que mudaria significativamente o resultado. Foram consideradas *não* as respostas 4 e 5, *em geral não é verdade e não é verdade*. Incluir *não estou certo* entre as respostas positivas deu maior sensibilidade e menor especificidade às respostas, aumentando o número de possíveis falsos positivos.

No estudo qualitativo nenhum líder se opôs ao tratamento. Os líderes religiosos se dividiram entre os que apoiaram o tratamento, aqueles que não opinaram acerca do tratamento e os que desconheciam o adoecimento do entrevistado. Um número significativo de líderes foi favorável ao tratamento, algumas vezes estimulando ou ajudando ativamente. Dentro da comunidade religiosa foi maior o número daqueles que apoiaram o tratamento e assistiram os entrevistados na doença, durante hospitalização ou quando retornaram à comunidade. Quatro entrevistados relataram ter enfrentado situação de preconceito, desestímulo ou oposição ao tratamento dentro da comunidade religiosa.

Perguntados se haviam sido colocados de lado por sua comunidade religiosa em razão de sua doença, um terço relatou apoio da comunidade, principalmente em comunidades religiosas menores. Em comunidades numerosas, onde o culto semanal era a única forma de participação houve um predomínio de pessoas que não revelavam sua doença ou não se sentiam à vontade para falar respeito, entretanto, assim mesmo relataram benefícios com a frequência aos serviços religiosos. Em relação àqueles que se sentiram excluídos da comunidade religiosa, esta foi, na verdade, uma atitude de algumas poucas pessoas da comunidade. Esta nunca foi uma posição da igreja a que pertenciam. Nenhum dos 34 entrevistados relatou oposição do líder religioso ao tratamento, alguns líderes desconheciam a doença e outros não tratavam do tema em suas prédicas, indicando que a suposta oposição ocorria em denominação alheia. Nas comunidades evangélicas, menores em número e de convívio mais estreito, foram mais frequentes o apoio da comunidade

e a atitude de censura em relação ao tratamento. Nas comunidades católicas, maiores em número e de convívio mais formal e breve, foram mais frequentes o desconhecimento em relação à doença.

Com relação a sentir-se mais ou menos religioso quando estavam em crise, entre os trinta e quatro entrevistados foram encontrados relatos de aumento da religiosidade na crise, o que pode significar maiores benefícios ao lidar com o adoecimento e relatos de redução do sentimento de fé e religiosidade, com maior sofrimento e dificuldade relatados nesse período da doença. Encontramos um menor número, mas significativo, de relatos de exacerbação de crenças religiosas, ideação delirante mística, não recordação das crises ou não percepção de mudanças na fé e religiosidade, em meio a mudança do humor.

Doze indivíduos relataram não lembrar de Deus ou se sentirem menos religioso nas crises. Desses, os cinco em mania se ocuparam de outros interesses e se distanciaram de sua vida religiosa ou espiritual. Ocorreram relatos de maior proximidade com Deus ou com a religião na mania, *quando estou com essa elevação, eu busco mais a Deus, é o período que me apego mais a religião, quando tenho meus piques, eu fiquei me sentindo fanática por coisa de religião. Foi uma crise que eu tive que eu estava eufórica demais e muito empolgada para esse lado da religião.* Três indivíduos relataram não perceber diferença, enquanto um relatou não se lembrar como se comportou em suas crises.

Uma maior frequência de misticismo na mania foi relatada por vários entrevistados, ao que parece, não promovendo benefícios quanto ao enfrentamento da doença. Alguns indivíduos relataram temor de que tal estado voltasse a se repetir, provavelmente os casos mais graves e mais disfuncionais, associados a delírios religiosos. Os casos mais brandos parecem promover uma sensação de proximidade com Deus.

O aumento da fé e da atividade religiosa nas fases depressivas (38,2%) foi relatado como benefícios ao lidar com o sofrimento, por outro lado, a redução ou perda da fé resultou em sofrimento, em um momento em que a fé poderia proporcionar sentimentos de segurança, tranquilidade e confiança. Sintomas místicos ou envolvimento religioso disfuncional foram relatados em fase de exaltação do humor. Ao que parece, não houve benefício neste tipo de envolvimento religioso para os indivíduos.

Outros sete entrevistados (20,6%) disseram não se lembrar de Deus nesses momentos ou não se lembrar como ficam durante a crise (8,8%), referiram uma redução, dúvida ou perda de sua fé, relataram que não conseguiam rezar, sentiam-se culpados pelo passado, mas menos frequentemente apresentaram sintomas psicóticos, o que explica o fato da maioria conseguir recorrer a ajuda de Deus, de sua fé ou de sua comunidade na depressão.

Os relatos dos entrevistados apontam uma possível relação entre mudança do humor e aumento ou redução da religiosidade. 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 grupos e adaptadas à realidade de cada lugar, classe social e cultura.

Tendo em vista a alta R/E da população mundial e o fato da R/E impactar de modo positivo ou negativo a evolução da saúde e doença mental, a Associação Mundial de Psiquiatria (*World Psychiatric Association*) publicou recentemente uma declaração acerca de sua posição oficial sobre Espiritualidade e Religiosidade em Psiquiatria (*Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry*) (Anexo I). Nela, é afirmado que as crenças e práticas religiosas dos pacientes, bem como a sua espiritualidade, devem ser tratadas com consideração e cuidado devendo ser parte da avaliação dos pacientes e podendo também ter implicações na terapêutica (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2016).

Este é o primeiro estudo longitudinal com amostra de bom tamanho a avaliar o impacto da R/E sobre a evolução de TBH em adultos de que temos conhecimento. Nossos achados estão em sintonia com outros estudos longitudinais que evidenciam impactos positivos da R/E sobre a evolução, remissão dos sintomas e qualidade de vida em pacientes depressivos (KOENIG, H. G., 2007; KOENIG, H. G.; GEORGE; PETERSON, 1998; MOSQUEIRO; DA ROCHA; FLECK, 2015).

A nossa hipótese de trabalho foi que indivíduos portadores de TBH se beneficiam de seu envolvimento religioso, em razão de sua fé, do apoio e convívio na comunidade religiosa e da participação nos ritos e celebrações, que criam oportunidades de expressar seus sentimentos, além de promoverem segurança, esperança e paz.

Embora seja um estudo prospectivo observacional de dois anos, possua amostra de bom tamanho e utilize instrumentos consagrados internacionalmente, ele possui limitações. Foi realizado no Brasil, onde a população possui um alto nível de

religiosidade, sendo necessário cuidado na extrapolação para outros contextos socioculturais, embora a importância da R/E para pacientes com TBH tenha sido também evidenciada em estudos em lugares tão diversos como os EUA, Nova Zelândia e Brasil (CRUZ et al., 2010; MITCHELL, L.; ROMANS, 2003; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010; SOEIRO et al., 2008).

A inferência causal do impacto da R/E sobre a QV deve ser feita com cautela. São limitações deste estudo a exclusão dos casos de depressão e mania psicótica e o predomínio de mulheres na população estudada, o que limita a generalização dos achados para os homens, já que o gênero se associa a religiosidade. Neste sentido, além da replicação em outros contextos socioculturais, seria de grande importância a realização de ensaios clínicos de intervenções psicossociais adaptadas para R/E para investigar seu impacto sobre a evolução dos pacientes.

7 CONCLUSÃO

Nossos resultados apontaram uma alta frequência de R/E entre portadores de transtorno bipolar, sendo o *Coping* Religioso Positivo um importante preditor de melhor evolução da doença, se correlacionando com melhor qualidade de vida após dois anos de seguimento, tanto no estudo transversal quanto longitudinal. Por outro lado, o *Coping* Religioso Negativo associou-se de modo marcante com pior qualidade de vida no seguimento. É digno de nota que estes achados ocorreram em uma população predominantemente eutímica, indicando o papel da R/E em uma recuperação plena (além dos sintomas) dos pacientes.

Na investigação qualitativa, a fé foi relatada como o principal fator de proteção e apoio durante o adoecimento. Nenhum participante referiu oposição do líder religioso ao tratamento. Houve relatos de aumento ou redução da crença religiosa durante a depressão, bem como de hiperreligiosidade ou abandono completo da vida religiosa na mania.

Esses achados são relevantes na evolução e tratamento de pacientes bipolares. Assim, identificar e modificar estratégias de CRE pode ser uma maneira eficiente e simples de lidar com situações de sofrimento e estresse entre portadores de TBH com envolvimento religioso, tendo em vista a plena recuperação dos pacientes.

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

REFERÊNCIAS

- AGNOLIN, A. Reduções jesuíticas: um projeto político e evangelizador. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**, São Leopoldo, v. 10, n. 348, p. 15–20, 2012.
- AKISKAL, H. S. et al. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 59, p. S5–S30, 2000. Supplement 1.
- ALLPORT, G. W.; ROSS, J. M. Personal religious orientation and prejudice. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 5, n. 4, p. 432–443, 1967.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 3. ed. Washington: APA, 1980.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Tradução de Dayse Batista. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR**. Tradução de Maria Cristina Ramos Gularte. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- ANDERSON, N. et al. Faith-adapted psychological therapies for depression and anxiety: Systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 176, p. 183–196, 2015.
- ANDRADE, L. et al. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 37, n. 7, p. 316–325, 2002.

ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiology of women's psychiatric disorders. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 43–54, 2006.

ANDRADE, S. R. Vitalidade e criatividade: as marcas da religiosidade do povo brasileiro. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**, São Leopoldo, v. 12, n. 407, p. 10–12, 2012.

ANGST, J.; DOBLER-MIKOLA, A. The definition of depression. **Journal of Psychiatric Research**, Oxford, v. 18, n. 4, p. 401–406, 1984.

APPELBAUM, P. S.; ROBBINS, P. C.; ROTH, L. H. Dimensional approach to delusions: comparison across types and diagnoses. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 156, n. 12, p. 1938–1943, 1999.

AZORIN, J.-M. et al. Religious involvement in major depression: protective or risky behavior? The relevance of bipolar spectrum. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 150, n. 3, p. 753–759, 2013.

BAKARE, M. O. et al. Functional status and its associated factors in Nigerian adolescents with bipolar disorder. **African Journal of Psychiatry**, Johannesburg, v. 14, n. 5, p. 388–391, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

BAUER, M. S. et al. Prevalence and distinct correlates of anxiety, substance, and combined comorbidity in a multi-site public sector sample with bipolar disorder. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 85, n. 3, p. 301–315, 2005.

BERRIOS, G. E. Classificações em psiquiatria: uma história conceitual. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 113–127, 2008.

BLAIRY, S. et al. Social adjustment and self-esteem of bipolar patients: a multicentric study. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 79, n. 1–3, p. 97–103, 2004.

BREWERTON, T. D. Hyperreligiosity in psychotic disorders. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Hagerstown, v. 182, n. 5, p. 302–304, 1994.

CADE, J. F. J. Lithium salts in the treatment of psychotic excitement. **The Medical Journal of Australia**, Sydney, v. 2, n. 10, p. 349–352, 1949.

CALDEIRA, R. C. Não há retorno daquele que nunca foi. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**, São Leopoldo, v. 12, n. 407, p. 35–38, 2012.

CALIL, H. M.; PIRES, M. L. N. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 5, p. 240–244, 1998.

CAMURÇA, M. Espiritismo. Um “neocristianismo”? **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**, São Leopoldo, v. 10, n. 349, p. 9–12, 2010.

CARIBÉ, A. C. et al. Religiosity as a protective factor in suicidal behavior: a case-control study. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Hagerstown, v. 200, n. 10, p. 863–867, 2012.

CHAKRABARTI, S.; KULHARA, P.; VERMA, S. K. Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 86, n. 3, p. 247–252, 1992.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**, Braga, v. 16, n. 2, p. 221–236, 2003.

COTHRAN, M. M.; HARVEY, P. D. Delusional thinking in psychotics: correlates of religious content. **Psychological Reports**, v. 58, n. 1, p. 191–199, fev. 1986.

CRUZ, M. et al. The relationship between religious involvement and clinical status of patients with bipolar disorder. **Bipolar Disorders**, Copenhagen, v. 12, n. 1, p. 68–76, 2010.

ÇUHADAR, D. et al. Family Functionality and Coping Attitudes of Patients with Bipolar Disorder. **Journal of Religion and Health**, New York, v. 54, n. 5, p. 1731–1746, 2015.

DALGALARRONDO, P. **Religião, psicopatologia e saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DALGALARRONDO, P. Rubim de Pinho: fragmentos da Psiquiatria Transcultural. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 282–283, 2004.

DANTAS, C. DE R.; PAVARIN, L. B.; DALGALARRONDO, P. Sintomas de conteúdo religioso em pacientes psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 158–164, 1999.

DASSIE, T. F. S.; TURATO, E. R. P-219 - Why maintain the adherence to medication? A qualitative study on treatment from the perspective of brazilian adherent bipolar patients. **European Psychiatry**, Paris, v. 27, p. 1, 2012. Supplement 1.

DEGENHARDT, L. et al. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, London, v. 382, n. 9904, p. 1564–1574, 2013.

DELAY, J.; DENIKER, P.; HARL, J. M. Therapeutic use in psychiatry of phenothiazine of central elective action (4560 RP). **Annales Medico-Psychologiques**, Paris, v. 110, n. 2/1, p. 112–117, 1952.

DRACTU, L.; RIBEIRO, L. C.; CALIL, H. M. Escalas de avaliação de depressão e sua utilidade clínica: Hamilton, Montgomery Åsberg e Visual Analógica do Humor. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 7, p. 5–65, 1985.

EGELAND, J. A.; HOSTETTER, A. M.; ESHLEMAN, S. K. Amish Study, III: the impact of cultural factors on diagnosis of bipolar illness. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 140, n. 1, p. 67–71, 1983.

FARAVELLI, C. et al. Epidemiology of mood disorders: a community survey in Florence. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 20, n. 2, p. 135–141, 1990.

FLECK, M. P. A. (Org.). **A avaliação de qualidade de vida** – guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178–183, 2000.

FLECK, M. P. DE A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19–28, 1999.

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

GALLEMORE, J. L.; WILSON, W. P.; RHOADS, J. M. The religious life of patients with affective disorders. **Diseases of the Nervous System**, Memphis, v. 30, n. 7, p. 483–487, 1969.

GAZALLE, F. K.; KAPCZINSKI, F. Qualidade de vida em pacientes bipolares. In: FLECK, M. P. A. **A avaliação de qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 140–146.

GENTIL FILHO, V. História do Uso Sais de Lítio em Psiquiatria. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 211–214, 1984.

GERSHON, E. S. et al. Birth-cohort changes in manic and depressive disorders in relatives of bipolar and schizoaffective patients. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 44, n. 4, p. 314–319, 1987.

GETZ, G. E.; FLECK, D. E.; STRAKOWSKI, S. M. Frequency and severity of religious delusions in Christian patients with psychosis. **Psychiatry Research**, Amsterdam, v. 103, n. 1, p. 87–91, 2001.

GONÇALVES, J. P. B. et al. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. **Psychological Medicine**, London, v. 45, n. 14, p. 2937–2949, 2015.

GOODWIN, F. K.; JAMISON, K. R. **Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2007.

HEMPEL, A. G. et al. Fiery tongues and mystical motivations: glossolalia in a forensic population is associated with mania and sexual/religious delusions. **Journal of Forensic Sciences**, Chicago, v. 47, n. 2, p. 305–312, 2002.

JAMISON, K. R. **Exuberance: the passion for life**. New York: Vintage, 2004.

KEMNER, S. M. et al. The influence of life events on first and recurrent admissions in bipolar disorder. **International Journal of Bipolar Disorders**, Heidelberg, v. 3, p. 6, 2015.

KESSLER, R. C. et al. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 163, n. 9, p. 1561–1568, 2006.

KIM, E. Y.; MIKLOWITZ, D. J. Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 82, n. 3, p. 343–352, 2004.

KIROV, G. et al. Religious faith after psychotic illness. **Psychopathology**, Basel, v. 31, n. 5, p. 234–245, 1998.

KOENIG, H. G. Association of religious involvement and suicide. **JAMA Psychiatry**, Chicago, v. 73, n. 8, p. 775–776, 2016.

KOENIG, H. G. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 34, p. 95–104, 2007. Suplemento 1.

KOENIG, H. G. Religion and remission of depression in medical inpatients with heart failure/pulmonary disease. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Hagerstown, v. 195, n. 5, p. 389–395, 2007.

KOENIG, H. G.; GEORGE, L. K.; PETERSON, B. L. Religiosity and Remission of Depression in Medically Ill Older Patients. **American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 155, n. 4, p. 536–542, 1998.

KOENIG, H. G.; KING, D.; CARSON, V. B. **Handbook of Religion and Mental Health**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2012.

KOENIG, H. G.; LARSON, D. B.; LARSON, S. S. Religion and coping with serious medical illness. **The Annals of Pharmacotherapy**, Cincinnati, v. 35, n. 3, p. 352–359, 2001.

KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M. E.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health**. New York: Oxford University Press, 2001.

KOENIG, H. G.; PARKERSON, G. R.; MEADOR, K. G. Religion index for psychiatric research. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 154, n. 6, p. 885–886, 1997.

KRISTELLER, J. L. et al. Oncologist Assisted Spiritual Intervention Study (OASIS): patient acceptability and initial evidence of effects. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, Farmingdale, v. 35, n. 4, p. 329–347, 2005.

LEME LOPES, J. Diagnóstico Diferencial das Psicoses Afetivas e suas Implicações Terapêuticas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 201–205, 1984.

LOPES, J. R. As religiões segundo os dados do Censo 2010: desafios e perspectivas. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**, São Leopoldo, v. 12, n. 400, p. 18–21, 2012.

LUCCHETTI, G. et al. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). **Journal of Religion and Health**, New York, v. 51, n. 2, p. 579–586, 2012.

LUOMA, J. B.; MARTIN, C. E.; PEARSON, J. L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 159, n. 6, p. 909–916, 2002.

MARIZ, C. L. Pentecostalismo: mudança do significado de ter religião. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**, São Leopoldo, v. 12, n. 400, p. 22–23, 2012.

MELIÁ, B. Educação guarani segundo os Guarani. In: STRECK, D. R. **Fontes da pedagogia latino-americana: uma antologia**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010. p. 37–54.

MICHALAK, E. E. et al. Bipolar disorder and quality of life: a patient-centered perspective. **Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation**, Rotterdam, v. 15, n. 1, p. 25–37, 2006.

MICHALAK, E. E. et al. Harnessing the potential of community-based participatory research approaches in bipolar disorder. **International Journal of Bipolar Disorders**, Heidelberg, v. 4, n. 1, p. 4, 2016.

MICHALAK, E. E. et al. The impact of bipolar disorder upon work functioning: a qualitative analysis. **Bipolar Disorders**, Copenhagen, v. 9, n. 1–2, p. 126–143, 2007.

MIKLOWITZ, D. J. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 165, n. 11, p. 1408–1419, 2008.

MIKLOWITZ, D. J.; ALLOY, L. B. Psychosocial factors in the course and treatment of bipolar disorder: introduction to the special section. **Journal of Abnormal Psychology**, Washington, v. 108, n. 4, p. 555–557, 1999.

MILLER, S.; DELL’OSSO, B.; KETTER, T. A. The prevalence and burden of bipolar depression. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 169, p. S3–S11, 2014.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitative and qualitative methods: opposition or complementarity? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 237–248, 1993.

MITCHELL, L.; ROMANS, S. Spiritual beliefs in bipolar affective disorder: their relevance for illness management. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 75, n. 3, p. 247–257, 2003.

MITCHELL, P. B.; SLADE, T.; ANDREWS, G. Twelve-month prevalence and disability of DSM-IV bipolar disorder in an Australian general population survey.

Psychological Medicine, London, v. 34, n. 5, p. 777–785, 2004.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 12–15, 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Spirituality and health: past and future of a controversial and challenging relationship. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 34, p. 3–4, 2007.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. **World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)**, Milan, v. 15, n. 1, p. 87–88, 2016.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: a commentary on the WHOQOL SRPB group's "a cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life" (62: 6, 2005, 1486-1497). **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 63, n. 4, p. 843–845, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 176–182, 2014.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242–250, 2006a.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242–250, 2006b.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia: escalas de avaliação para depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Asberg (MADRS). **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, p. 1–17, 1998.

MOSQUEIRO, B. P.; DA ROCHA, N. S.; FLECK, M. P. DE A. Intrinsic religiosity, resilience, quality of life, and suicide risk in depressed inpatients. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 179, p. 128–133, 2015.

MURPHY, P. E. et al. The relation of religious belief and practices, depression, and hopelessness in persons with clinical depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 68, n. 6, p. 1102–1106, 2000.

NUMBERS, R. L. (Org.). **Galileo goes to jail and other myths about science and religion**. Cambridge: Harvard University Press, 2010.

O'CONNELL, R. A. et al. Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium. **The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science**, London, v. 159, p. 123–129, 1991.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 34, p. 126–135, 2007.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 507–516, 2005.

PARGAMENT, K. I. et al. Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. **Journal for the Scientific Study of Religion, Storrs**, v. 37, n. 4, p. 710–724, 1998.

PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G.; PEREZ, L. M. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. **Journal of Clinical Psychology**, Hoboken, v. 56, n. 4, p. 519–543, 2000.

PATEL, V. et al. Concepts of mental illness and medical pluralism in Harare. **Psychological Medicine**, London, v. 25, n. 3, p. 485–493, 1995.

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

PHILLIPS, R. E.; LAKIN, R.; PARGAMENT, K. I. Development and implementation of a spiritual issues psychoeducational group for those with serious mental illness. **Community Mental Health Journal**, New York, v. 38, n. 6, p. 487–495, 2002.

PHILLIPS, R. E.; 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. **Journal of Clinical Psychology**, Hoboken, v. 63, n. 6, p. 529–540, 2007.

POLLACK, L. E.; HARVIN, S.; CRAMER, R. D. Coping resources of African-American and white patients hospitalized for bipolar disorder. **Psychiatric Services**, Washington, v. 51, n. 10, p. 1310–1312, 2000.

POPE, H. G.; LIPINSKI, J. F. Diagnosis in schizophrenia and manic-depressive illness: a reassessment of the specificity of "schizophrenic" symptoms in the light of current research. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 35, n. 7, p. 811–828, 1978.

PRANDI, J. R. Religiões afro-brasileiras e sua participação na cultura nacional não religiosa. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**, São Leopoldo, v. 12, n. 400, p. 27–28, 2012.

PRINCE, M. et al. No health without mental health. **Lancet**, London, v. 370, n. 9590, p. 859–877, 2007.

RAGURAM, R. et al. Traditional community resources for mental health: a report of temple healing from India. **BMJ (Clinical research ed.)**, London, v. 325, n. 7354, p. 38–40, 2002.

REGER, G. M.; ROGERS, S. A. Diagnostic differences in religious coping among individuals with persistent mental illness. **Journal of Psychology & Christianity**, Batavia, v. 21, n. 4, p. 341–348, 2002.

RIBEIRO, J. C. Georg Simmel, pensador da religiosidade moderna. **Revista de Estudos da Religião**, São Paulo, n. 2, p. 109–126, 2006.

RUSSINOVA, Z.; WEWIORSKI, N. J.; CASH, D. Use of alternative health care practices by persons with serious mental illness: perceived benefits. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 92, n. 10, p. 1600–1603, 2002.

SANCHEZ-MORENO, J. et al. Functioning and Disability in Bipolar Disorder: An Extensive Review. **Psychotherapy and Psychosomatics**, Basel, v. 78, n. 5, p. 285–297, 2009.

SCHATZBERG, A. F.; COLLE, J. O.; DEBATTISTA, C. **Manual de psicofarmacologia clínica**. Tradução de Jefferson J. R. Escobar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

SCHATZBERG, A. F.; COLE, J. O.; DEBATTISTA, C. **Manual de Psicofarmacologia Clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SEDMAN, G.; HOPKINSON, G. The psychopathology of mystical and religious conversion experiences in psychiatric patients. A phenomenological study. I. **Confinia Psychiatrica**, Basel, v. 9, n. 1, p. 1–19, 1966.

- SIERRA, P.; LIVIANOS, L.; ROJO, L. Quality of life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables. **Bipolar Disorders**, Copenhagen, v. 7, n. 2, p. 159–165, 2005.
- SOEIRO, R. E. et al. Religion and psychiatric disorders in patients admitted to a university general hospital. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 793–799, 2008.
- STROPPIA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosity and spirituality in bipolar disorder. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 190–196, 2009.
- STROPPIA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. **Bipolar Disorders**, Copenhagen, v. 15, n. 4, p. 385–393, 2013.
- STUEVE, A.; VINE, P.; STRUENING, E. L. Perceived burden among caregivers of adults with serious mental illness: comparison of black, Hispanic, and white families. **The American Journal of Orthopsychiatry**, Menasha, v. 67, n. 2, p. 199–209, 1997.
- SUM, M. Y.; HO, N. F.; SIM, K. Cross diagnostic comparisons of quality of life deficits in remitted and unremitted patients with schizophrenia and bipolar disorder. **Schizophrenia Research**, Amsterdam, v. 168, n. 1–2, p. 191–196, 2015.
- TEIXEIRA, F. O campo religioso brasileiro na ciranda dos dados. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**, São Leopoldo, v. 12, n. 400, p. 14–17, 2012.
- THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. **Psychological Medicine**, London, v. 28, n. 3, p. 551–558, 1998.

THE WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag, 1994. p. 41–60.

THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science & Medicine (1982)**, Oxford, v. 46, n. 12, p. 1569–1585, 1998.

TORRES-LONDOÑO, F. Outra redução: a dinâmica interétnica na Limpia Concepción de Jeberos nas missões jesuíticas do Marañon no século XVII. **Revista História Hoje**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 41–57, 2013.

VANDERWEELE, T. J. et al. Association Between Religious Service Attendance and Lower Suicide Rates Among US Women. **JAMA Psychiatry**, Chicago, v. 73, n. 8, p. 845–851, 2016.

VASCONCELLOS, P. L. Os fundamentalismos são filhos da modernidade? **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**, São Leopoldo, v. 12, n. 407, p. 13–15, 2012.

VILELA, J.; LOUREIRO, S. Escala de Avaliação de Mania de Young - Estudo das qualidades psicométricas da versão brasileira. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, p. 113–119, 1998.

WALKER, E. R.; MCGEE, R. E.; DRUSS, B. G. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Psychiatry**, Chicago, v. 72, n. 4, p. 334, 2015.

WATSON, A. C. et al. Self-Stigma in People With Mental Illness. **Schizophrenia Bulletin**, Cary, v. 33, n. 6, p. 1312–1318, 2007.

WHITEFORD, H. A. et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study. **The Lancet**, v. 382, n. 9904, p. 1575 – 1586, 2010.

WILLIAMS, J. A. et al. Attention to inpatients' religious and spiritual concerns: predictors and association with patient satisfaction. **Journal of General Internal Medicine**, Secaucus, v. 26, n. 11, p. 1265–1271, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

WORLD VALUES SURVEY ASSOCIATION. **World Values Survey Wave 5 2005-2008**. Official Aggregate v.20140429. Madrid: Asep/JDS, 2014.

WORTHINGTON, E. L. et al. **Religion and spirituality**. In: **NORCROSS, J. C. Psychotherapy relationships that work**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2011. p. 402–419.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Perfil do sujeito/dados sociodemográficos

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:

ANEXOS

ANEXO A – Estudo d Stroppa e Moreira-Almeida, 2013

BIPOLAR DISORDERS

AN INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHIATRY AND NEUROSCIENCE

Bipolar Disorders 2013; 15: 385–393© 2013 John Wiley & Sons A/S
Published by John Wiley & Sons Ltd.
BIPOLAR DISORDERS

Original Article

Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder

Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder.

Bipolar Disord 2013; 15: 385–393. © 2013 John Wiley & Sons A/S. Published by John Wiley & Sons Ltd.**Objectives:** The aim of the present study was to investigate the relationship between religiosity and mood, quality of life, number of hospitalizations, and number of severe suicide attempts among bipolar disorder patients.**Methods:** In a cross-sectional study of bipolar disorder outpatients (N = 168), we assessed symptoms of mania [Young Mania Rating Scale (YMRS)], depression [Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)], religiosity (Duke Religious Index), religious coping (Brief RCOPE), and quality of life [World Health Organization Quality of Life–Brief Version (WHOQOL-BREF)]. Sociodemographic data, number of suicide attempts, and number of hospitalizations were obtained through an interview with the individual and analysis of the patient's medical records. Logistical and linear regressions of the association between the religious indicators and clinical variables were conducted, controlling for sociodemographic variables.**Results:** A total of 148 (88.1%) individuals reported some type of religious affiliation. Intrinsic religiosity [odds ratio (OR) = 0.19, 95% confidence interval (CI): 0.06–0.57, p = 0.003] and positive religious coping strategies (OR = 0.25, CI: 0.09–0.71, p = 0.01) were associated with fewer depressive symptoms. All four domains of quality of life were directly and significantly correlated with intrinsic religiosity. Positive religious coping was correlated with higher levels of the psychological ($\beta = 0.216$, p = 0.002) and environmental ($\beta = 0.178$, p = 0.028) quality-of-life domains. Negative religious coping was associated with lower scores on the psychological domain of quality of life ($\beta = -0.182$, p = 0.025).**Conclusions:** Intrinsic religiosity and positive religious coping are strongly associated with fewer depressive symptoms and improved quality of life. Negative religious coping is associated with worse quality of life. Religiosity is a relevant aspect of patients' lives and should be taken into consideration by physicians when assessing and managing bipolar disorder patients. Further longitudinal studies are needed to determine the causality and therapeutic implications of our findings.

André Stroppa and Alexander Moreira-Almeida

Research Center in Spirituality and Health,
School of Medicine, Federal University of Juiz de
Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil

doi: 10.1111/bdi.12069

Key words: bipolar disorder – coping –
depression – hospitalization – mania –
mood disorders – quality of life – religion –
spirituality – suicideReceived 22 November 2011, revised and
accepted for publication 12 January 2013

Corresponding author:

André Stroppa, M.D.
Research Center in Spirituality and Health
School of Medicine
Federal University of Juiz de Fora
Avenida Barão do Rio Branco
2985/1301 São Mateus
CEP: 36.010.012, Juiz de Fora, Minas Gerais
Brazil
Fax: +55-32-3216-7122
E-mail: andre.stroppa@ufjf.edu.br

Bipolar disorder (BD) is a psychiatric disorder that severely impacts an individual's personal, family, work, and social life (1). The World Health Organization (WHO) estimates that mental health disorders are an increasing cause of life-years lost to disability, representing 31.7% of all life-years lost. Among mental disorders, BD is the fourth leading cause of life-years lost (2).

The treatment of BD is often limited to pharmacotherapy, which is efficient but has not been found to fully restore the mood and quality of life of most patients with BD. There is evidence that non-pharmacological therapies may increase the efficacy of the treatment, helping patients and their families to better cope with the disease and reducing its negative impacts on their lives (3–5). A

Stroppa and Moreira-Almeida

review of 18 studies analyzed the impact of several types of non-pharmacological therapies on time to symptom recurrence, relapse, episode duration, severity of symptoms, and psychosocial functioning in BD patients. The effects varied based on the clinical condition of the patients. Psychotherapies focusing on medication adherence and the identification of mood changes had a greater impact on mania, whereas those focusing on cognitive and interpersonal coping strategies had a greater impact on depression (6).

Religiosity has been recognized as a relevant psychosocial health factor. An increasing number of studies highlight the fact that higher levels of religious involvement tend to be associated with improved physical health and psychological well-being as well as lower rates of depression, suicide, and substance misuse. Such results have been replicated among individuals of different ages and genders, wide-ranging cultural contexts, and different religious orientations. Although there is a need for further studies, several mechanisms have been proposed to explain the impact of religion on health: (i) healthy behaviors and lifestyle, (ii) social support, (iii) belief systems and cognitive framework, (iv) religious practices, such as prayer and meditation, (v) spiritual direction, and (vi) idioms to express stress (7).

Three dimensions of religiosity have been considered relevant within the health research environment. They include intrinsic religiosity, in which religion is 'an end in itself' and occupies a central role in one's life, and the person consider other needs as secondary (8). Organizational religiosity refers to attendance at public religious events, and private religiosity is the private exercise of one's belief, such as in prayers and religious readings (9). Religious coping is a set of cognitive and behavioral strategies of religious and spiritual content that can offer a sense of direction, comfort, control, and personal growth in situations of hardship and illness. Religious coping refers to the way that patients employ their religious beliefs in understanding and adapting to stress. Positive religious coping (for example, collaboration with God in solving problems and benevolent religious appraisals of the illness) has been linked to better psychological adaptation to stressors, including severe mental disease. Negative religious coping, which is less common than positive religious coping, is linked to negative outcomes in health and manifests itself in religious struggles, such as interpreting the disease as a punishment from God, questioning the love or power of God, or conflicts with the religious community (10).

Several studies have examined religion in patients with depression. A meta-analysis of 147 independent studies that included approximately 100000 individuals found that religious involvement was linked to fewer depressive symptoms, a result that persisted across different population groups and was more intense in individuals suffering from recent stressful situations. Although there is a history of reports about spiritual experiences and BD in the psychiatric literature, there is a lack of systematic studies of religiousness and BD (11).

A recent review of the literature found 124 articles on religiosity/spirituality and BD published between 1957 and 2010. The majority of articles published prior to the 1970s were uncontrolled case reports that emphasized religious exacerbation in manic cases. Studies from the 1980s investigated factors related to religious conversion, adherence to treatment, family support, spiritual treatment in other cultures, religious coping, and religious involvement (12). Nevertheless, there is a lack of adequate epidemiological studies concerning this subject. One of the first studies was a case-controlled study conducted in the USA in 1969, in which 62 BD patients were found to more frequently report conversion and salvation experiences during both during asymptomatic and critical periods in the disorder, compared with 40 control subjects of the same age without any history of mental disorders (13).

In a 2003 cross-sectional study conducted in New Zealand among 81 individuals with BD, 78% noted having religious beliefs and 81% reported involvement in religious activities. Of the patients, 40% reported a decrease in their faith after the diagnosis of the disorder. Those who had not felt well in the previous five years mentioned higher private religiosity and organizational religiosity involvement and said that private religious practice had helped them to deal with their disease. An inverse relationship was found between belief intensity and adherence to medical prescriptions among ethnic minorities and more conservative religious groups (14).

Finally, a cross-sectional study in the USA, conducted in 2010 with 334 BD outpatients, found that rates of prayer/meditation were higher among those in a mixed state and lower among euthymic BD patients. Depressive and manic states did not correlate with any of the measured dimensions of religiosity. The population under study displayed a higher incidence of physical disabilities, which may be an impediment to organizational religiosity. The authors suggested that the greater severity and worse prognosis of mixed states may be reasons

for an increase in the frequency of private religiosity behavior as a coping strategy (15).

Given the increased appreciation of the prevalence and impact of BD, the limitations of the available treatments, the impact of religious involvement on health, and the lack of studies concerning religiosity in BD, further exploration of the relationship between religiousness and BD may increase our understanding of this connection and minimize the suffering and disabilities linked to BD.

The aim of the present study was to investigate the relationship between the dimensions of religiosity (affiliation, organizational, private, intrinsic, and coping) and clinical variables (depression, mania, quality of life, suicide attempts, and hospitalization) among BD sufferers, controlling for sociodemographic confounders.

Patients and methods

Setting and patients

The present study investigated outpatients at the Mood Disorders Program (MDP) at the Psychiatric Service at the University Hospital of the Federal University of Juiz de Fora (Minas Gerais, Brazil). The program focuses on individuals suffering from BD and severe recurrent depressive disorder, and serves as a referral clinic for public mental health services within the city of Juiz de Fora, in the state of Minas Gerais, Brazil. Approximately 560 patients are currently under treatment in this clinic, including patients with BD, major depressive disorder, and schizoaffective disorder.

All of the 204 BD patients under the care of the first author (AS) were recruited for the study. The inclusion criteria were as follows: (i) 18 years of age or older, (ii) definitive diagnosis of BD, and (iii) under treatment at the MDP for least a year. The diagnosis of BD was confirmed using the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) (16) diagnostic criteria. Twenty-two patients were not included for the following reasons: nine had been under treatment for less than a year; four were currently experiencing a severe major manic episode or were in a severe depressive state that prevented the application of the interview; five had abandoned treatment in the previous six months; and four had abused illicit substances or alcohol. Of the 182 patients who fulfilled the inclusion criteria, 14 decided not to take part in the study. The final sample was composed of 168 patients.

Assessment instruments and procedure

This was a cross-sectional study, and all data collection was conducted exclusively by the first author (AS) following a regular clinical appointment from February to May 2010. All patients received verbal and written information about the study, and those who agreed signed the informed consent form. The research project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Juiz de Fora.

Patients were interviewed based on the questionnaires described below. Assistance was provided to illiterate individuals and people with other disabilities who requested assistance ($n = 39$).

Sociodemographic and clinical outcome data were as follows: age, gender, race, education, employment status, marital status, religion, duration of disease and treatment, and number of hospitalizations and suicide attempts. Information was collected via an interview with the individual and consultation of the medical records. With respect to suicide attempts, we considered those that led to hospitalization as the result of an assessment of imminent risk to the individual. With respect to hospitalizations, we considered only those involving mental institutions.

Mania. We used the Young Mania Rating Scale (YMRS) validated for the Portuguese language. The scale contains 11 items, which comprise the primary symptoms of mania. The mania cut-off point on the scale is 12 points (ranging from zero to 68), with a higher number of points indicating greater severity. This scale is easily applicable, with good levels of reliability in the assessment of the existence and severity of manic symptoms (17, 18).

Depression. We used the validated Brazilian version of the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). It consists of ten items, with a cut-off point for depression of 10 points (ranging from zero to 60); a higher number of points indicate greater severity (19, 20).

Religiousness. The DUREL scale is a Portuguese-validated version of the Duke University Religious Index. It is a five-item, self-applied scale that indicates the level of religious involvement by addressing three dimensions of religiousness commonly related to health: organizational religiosity ('How often do you go to church, temple, or a religious meeting?'), which was dichotomized in the analysis of the

Stroppa and Moreira-Almeida

present study into \geq or $<$ once a week), private religiosity ('How often do you dedicate time to private religious activities, such as prayers, meditation, reading the Bible, or other religious texts?', which was dichotomized into \geq or $<$ once a day), and three intrinsic religiosity items (e.g., 'My religious beliefs are what really lie behind my whole approach to life', where ≥ 10 points was considered to indicate the presence of intrinsic religiosity, which was equivalent to the answers 'tends to be true' and 'definitely true for me') (21, 22).

Religious disagreement and interference with the treatment. We asked two questions about disagreements with respect to the treatment suggested by religious leaders/the religion and treatments suggested by the patient's physician and how this disagreement interfered with the treatment. The two questions, which were investigated by Mitchell and Romans (14), were as follows: 'Is there a disagreement between your religious leader or your religion and your physician concerning your treatment?' and 'Does that negatively affect your treatment?'

Religious coping. The Religious Coping Scale (RCOPE) and Brief RCOPE, which were developed by Pargament et al. (10), are the most frequently used tools to assess religious coping. The Brief RCOPE is a short version, consisting of 14 items, that is an efficient way to integrate religious dimensions with stress, health, and coping study models (23). In Brazil, only the full scale (RCOPE) has been translated into Portuguese and validated. We translated the original brief version (Brief RCOPE) from English and compared it with the statements of the full version, which had previously been validated in Portuguese (24, 25). This scale is composed of 14 statements, seven regarding positive religious coping (e.g., 'I try 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 religious coping (e.g., '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') (24).

Quality of life. We used the Portuguese-validated version of the World Health Organization Quality of Life-Brief Version (WHOQOL-BREF), an abbreviated version of the WHOQOL, which is the product of international collaboration (26). It is composed of 26 questions divided into four

domains: physical, psychological, social relationships, and environment (27).

Statistical analyses

Data were analyzed using Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 13.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Demographic, clinical, and quality of life variables are presented with descriptive statistics. Categorical variables are presented as frequencies and continuous variables with means \pm standard deviation (SD). Multivariate analyses were subsequently performed using binomial logistic regression models. The independent variables were the dimensions of religiosity, and the dependent variables included clinical data (which were dichotomized). We controlled for sociodemographic variables (age, gender, race, education, and employment status). The established level of significance was 95%. A linear regression model was used to test the correlation between religiosity and quality of life, controlling for sociodemographics. Quality of life was analyzed as a continuous variable because there is currently no established cut-off point for the Brazilian version of the WHOQOL-BREF; thus, it was not possible for this outcome variable to be dichotomized.

Results

The demographic, clinical, and religious characteristics ($N = 168$) are presented in Table 1. A large percentage of the population was female (81.5%), white (66.1%), Catholic (53.6%), and on sick leave from work (53%). The mean age of the sample was 46.2 (± 10.0) years old and 39.3% were married.

The majority of the population described their religious affiliation as Catholic (53.6%), Protestant (28.6%), and Spiritist (4.2%). No affiliation was reported by 11.9% of respondents. One-third reported religious disagreement about their treatment, and approximately one-quarter declared that their religious leaders interfered with their treatment.

With respect to the clinical variables, patients had had the diagnosis of BD for an average of 6.7 (± 0.27) years. At the time of evaluation for the study, most were euthymic (64.9%) and less than 10% were manic. Patients had a mean of 1.35 (± 0.48) severe suicide attempts. After joining the MDP, psychiatric admissions were ten times less frequent (0.52 ± 1.31) than before joining the MDP (4.27 ± 6.88), at equal periods of 6.7 years of treatment.

Table 2 presents the results of the multivariate analysis of the association between religious and

Table 1. Demographic, clinical, and religious variables of the participants (N = 168)

	n (%) or mean (\pm SD)
Sociodemographic	
Age, years, mean (SD)	46.20 (10.00)
Female, n (%)	137 (81.5)
Ethnicity, n (%)	
White	111 (66)
Non-white	57 (34)
Marital status, n (%)	
Single	47 (28)
Married	64 (39.3)
Separated	40 (23.8)
Widowed	15 (8.9)
Education, years, mean (SD)	6.85 (3.74)
Occupation, n (%)	
Student	1 (0.6)
Unemployed	21 (12.5)
Informal work	4 (2.4)
Formal work	12 (7.1)
Receiving 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, n (%)	
Catholic	90 (53.6)
Evangelical	48 (28.6)
Spiritism	7 (4.2)
Afro-Brazilian	2 (1.2)
Other	1 (0.6)
None	20 (11.9)
Religious disagreement toward the treatment, n (%)	50 (30.7)
Interference in the treatment by the religious leader, n (%)	38 (23.3)
Suicide attempts, mean (SD)	1.35 (0.48)
Hospitalizations, mean (SD)	
Before MDP	4.27 (6.88)
After MDP	0.52 (1.31)
Mood symptoms, n (%)	
Mania	16 (9.5)
Depression	43 (25.6)
Euthymia	109 (64.9)
Duration of illness, years, mean (SD)	6.69 (0.27)

MDP – Mood Disorders Program; SD – standard deviation.

clinical variables, controlling for sociodemographic variables. The presence of mania, history of suicide attempts, and psychiatric hospitalization did not correlate with any of the investigated religiousness indicators. However, depression showed a strong and inverse correlation with intrinsic religiosity (OR = 0.19, 95% CI: 0.06–0.57) and positive religious coping (OR = 0.25, 95% CI: 0.09–0.71). No religious affiliation was strongly associated with depression (no religion versus Catholic: OR = 4.21, 95% CI: 1.22–14.52). Organizational religiosity and private religiosity were not associated with any of the clinical variables.

The associations between religious variables and quality of life, after controlling for sociode-

mographics, are presented in Table 3. All domains of quality of life were directly and significantly correlated with intrinsic religiosity. Positive religious coping was correlated with higher levels of the psychological and environmental quality-of-life domains. Negative religious coping was associated with lower scores on the psychological domain of quality of life. Two dimensions of quality of life (organizational religiosity and private religiosity) did not correlate with quality of life.

Discussion

To our knowledge, this is the first study to correlate forms of religious involvement with the relevant aspects of the evolution of BD, such as the incidence and severity of mania and depression, the number of psychiatric hospitalizations, the number of suicide attempts, and quality of life. The majority of the population studied was female (81.5%). It is possible that this was because women in our society consult health care professionals more often and have fewer substance abuse issues (28). At the Psychiatric Service at the University Hospital of the Federal University of Juiz de Fora, the clinical site at which the study was performed, patients with substance abuse are referred to another, specialized, service. High levels of serious occupational disability were identified, with the majority of individuals being 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 of BD on global performance. According to Michalak et al. (29), the importance of functioning and the ability to work among BD individuals has been underestimated and has not been well studied. The interruptions caused by becoming ill and having absences, as well as the effects of the disease on work routines, disclosure stigma in the workplace, and interpersonal problems at work, may be causes for the negative effect on occupation in this population. With respect to religious affiliation, the results showed a close approximation to the rates of religious affiliation found in the Brazilian population, highlighting the prevalence of Catholics and the expansion of evangelical religions (30). Patients with no religious affiliation were more likely than Catholics to have depression (OR = 4.21); however, there was no difference between different religious affiliations with respect to the outcome variables studied. It has been suggested that in studies on health and religion, the most important factor – much more important than specific religious affiliation – is the presence of religious affiliation and the type of religious involvement (7).

Stroppa and Moreira-Almeida

Table 2. Multivariate analysis of the relationship between religious involvement items and clinical outcomes, controlling for sociodemographics (N = 168)^a

	n (%)	Depression OR (CI)	Mania OR (CI)	Suicide attempts OR (CI)	Hospitalization before MDP OR (CI)	Hospitalization after MDP OR (CI)
Organizational religiousness						
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
Private religiousness						
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
Intrinsic religiousness						
Low	27	1	1	1	1	1
High	140 (83.8)	0.19 (0.06–0.57) p = 0.003	1.05 (0.16–6.87) p = 0.95	0.51 (0.19–1.41) p = 0.19	3.69 (1.34–10.14) p = 0.11	2.09 (0.57–7.61) p = 0.26
Positive religious coping						
Low	31	1	1	1	1	1
High	133 (81.1)	0.25 (0.09–0.71) p = 0.01	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
Negative religious coping						
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
Religious affiliation						
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)	4.21 (1.22–14.52) p = 0.023	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

Statistically significant results (p-value ≤ 0.05) are in bold. CI = confidence interval; MDP = Mood Disorders Program; OR = odds ratio.

^aGender, age, ethnic group, marital status, education, and employment status.

Table 3. Multivariate analyses of the relationship between religious involvement items and quality of life domains, controlling for sociodemographics^a

Coordinate axes	N	Quality of life (beta standardized)			
		Physical (p-value)	Psychological (p-value)	Social (p-value)	Environment (p-value)
Organizational religiousness	163	0.100 (0.231)	0.124 (0.126)	−0.038 (0.653)	0.010 (0.904)
Private religiousness	163	−0.006 (0.942)	0.134 (0.096)	0.025 (0.765)	0.114 (0.155)
Intrinsic religiousness	163	0.224 (0.009)	0.365 (0.000)	0.241 (0.005)	0.314 (0.000)
Positive religious coping	161	0.164 (0.051)	0.216 (0.002)	0.127 (0.131)	0.178 (0.028)
Negative religious coping	161	−0.123 (0.141)	−0.182 (0.025)	−0.134 (0.110)	−0.097 (0.229)

Statistically significant results (p-value ≤ 0.05) are in bold.

^aGender, age, ethnic group, marital status, education, and employment status.

In contrast 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. Of the six studies concerning the frequency of mystic delusions in BD patients, four showed a greater frequency among manic patients

(13, 31–33), one noting the same frequency among individuals with schizophrenia and manic patients (34) and one showing a higher prevalence among individuals with schizophrenia (35). For Koenig (36), BD patients displayed religious delusions as an intensification of their regular beliefs, whereas individuals with schizophrenia had bizarre and autistic mystic delusions. One of the possible explanations for the absence of an association between

Religiosity in bipolar disorder

mania and religiousness in our study may be the low number of patients with mania/hypomania [$n = 16$ (9%)], which would result in low statistical power to detect an association between mania and religiousness. However, despite being statistically insignificant, these individuals showed lower scores for several dimensions of religiousness. As a result, our data suggest the absence of an association between mania and religiousness. The present study excluded patients suffering from psychotic mania because they were not able to respond to the scales provided. Therefore, our findings refer only to non-psychotic mania. A study of patients with psychotic mania may shed light on the discussion regarding mystic delusion and BD.

In the present study, individuals with higher levels of intrinsic religiosity showed less depression, which is consistent with the relevance of this dimension of religious involvement to mental health (7). The practical relevance of the relationship between religiousness and depression is that depressive symptoms are most frequent in BD and are primarily responsible for the worsened quality of life and higher risk of suicide among BD patients (36).

Private religiosity was not associated with any of the clinical variables measured in the study; however, we did not include patients with mixed states, which are associated with higher levels of private religiosity according to Cruz et al. (15). Mitchell and Romans (14) found that BD patients who had not been well in the previous five years reported higher organizational religiosity and private religiosity.

Positive religious coping is characterized by intimacy with God, search for a meaning for sorrow, control, spiritual comfort, support by the religious community, and life transformation. Positive religious coping was linked to fewer depressive symptoms in our population, suggesting the relevance of these strategies in dealing with these symptoms. In a cross-sectional study conducted in 1998 in England, Kirov et al. (31) investigated 49 patients (33 schizophrenic and 16 BD patients). Most individuals who described themselves as religious reported having used religion to cope (61.2%). They noticed an increase in religious beliefs in 12 patients and a decrease in two after the disease. Positive religious coping was found among non-white BD women and resulted in greater treatment adherence and an increase in religious beliefs.

The association between positive religious coping and depressive symptoms may be of great relevance for religious BD patients because negative religious coping strategies may cause loneliness, sorrow, guilt, and stress. However, positive reli-

gious coping strategies may promote well-being, reduce anxiety and tension, serve as a protective factor against illness, or minimize suffering. Phillips et al. (37) have created a group care program with spiritual content that includes seven weekly meetings of 90 min duration and focuses on positive religious coping. The study showed good results from this intervention.

The clinical variable most related to several dimensions of religiousness is quality of life, which is promising with respect to the clinical challenge of improving the quality of life among patients with BD (38). Sierra et al. (39) have studied clinical and sociodemographic variables as predictors of quality of life among BD patients and a general population control group. BD patients showed lower scores on all subscales when compared with the control group. They experienced low functioning and decreased well-being at all stages of the disorder. The large impact of BD on some areas has awakened interest in understanding the clinical predictors related to quality of life and the development of clinical intervention strategies. The association between quality of life and most forms of religious involvement highlight the need for increased study of this relationship. Identifying and fostering religious coping strategies may be factors in improving quality of life among BD patients (25, 37).

Disagreement between religious leaders and physicians was reported by 30.7% of the individuals in our study, and interference with the treatment was reported by 23.3%. These numbers were higher than the 24% and 19%, respectively, found by Mitchell and Romans (14). However, there were no significant differences between different religion denominations. Conflicts related to religious orientation and interference can cause guilt and ambivalence in patients, who might interrupt treatment, leading to relapses that have serious consequences for them. This subject requires further study. Such data would allow for the further development and implementation of strategies to minimize these discrepancies and would provide for the joint action of religious groups and doctors in the pursuit of helping patients (37).

There were limitations to the present study. Because it was cross-sectional, we were only able to establish associations, making it difficult to evaluate the direction of the association. In addition, we excluded severe cases of depression and mania. Future studies should investigate these clinical subtypes and their religiosity. Finally, the prevalence of women in our study limits the generalization of the findings to men because gender is associated with both religious involvement and mood disorders.

Stroppa and Moreira-Almeida

The literature and our data highlight the importance of religious and spiritual involvement among BD patients (12). Intrinsic religiosity and religious coping were the forms of religious involvement that were most closely linked to relevant aspects of BD evolution, such as depression and quality of life. For this reason, more studies are needed on religious practices and beliefs among BD patients, as well as their relationship to treatment adherence, psychotherapeutic interventions, and spiritually based psychoeducation (37). Although the design of the study did not allow for an assessment of the direction of causality, our data suggest an impact of religious involvement on the clinical aspects of BD. This hypothesis should be investigated in longitudinal studies that test religiosity and religious coping as predictors of the leading outcomes of BD evolution, which may establish causal relationships and indicate clinically relevant areas for evolution and treatment.

Acknowledgement

We would like to thank Alexandre Zanini, Ph.D. for his assistance with the statistical analysis.

Disclosures

The authors of this paper have no conflicts of interest to declare, and the study received no external funding.

References

- Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness, 2nd edn. New York: Oxford University Press, 2007: 155-343.
- Prince M, Patel V, Saxena S et al. No health without mental health. *The Lancet* 2007; 370: 859-877.
- Johnson SL, Winett CA, Meyer B, Greenhouse WJ, Miller I. Social support and the course of bipolar disorder. *J Abnorm Psychol* 1999; 108: 558-566.
- Smith D, Jones I, Simpson S. Psychoeducation for bipolar disorder. *Advances Psychiatr Treat* 2010; 16: 147-154.
- Miklowitz DJ, Alloy LB. Psychosocial factors in the course and treatment of bipolar disorder: introduction to the special section. *J Abnorm Psychol* 1999; 108: 555-557.
- Miklowitz DJ. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1408-1419.
- Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiosity and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28: 242-250.
- Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *J Pers Soc Psychol* 1967; 5: 432-443.
- Koenig HG, McCullough M, Larson DB. Handbook of Religion and Health: A Century of Research Reviewed. New York: Oxford University Press, 2001: 498-507.
- Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol* 2000; 56: 519-543.
- Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiosity and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull* 2003; 129: 614-636.
- Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosity and spirituality in bipolar disorder. *Rev Psiqu Clin* 2009; 36: 190-196.
- Gallemore JL Jr, Wilson WP, Rhoads JM. The religious life of patients with affective disorders. *Dis Nerv Syst* 1969; 30: 483-487.
- Mitchell L, Romans S. Spiritual beliefs in bipolar affective disorder: their relevance for illness management. *J Affect Disord* 2003; 75: 247-257.
- 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.
- 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.
- Young RC, Nyswander RW, Scheiber MT. Mania scale scores, sign and symptoms in forty inpatients. *J Clin Psychiatry* 1983; 44: 98-100.
- Vilela JAA, Loureiro SR. Escala de avaliação de mania de Young - Estudo das qualidades psicométricas da versão brasileira. *Rev Psiqu Clin* 1999; 25: 113-119.
- Dractu L, Ribeiro LC, Caíl 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.
- Caíl MH, Pires MLN. Aspectos gerais das escalas de depressão. *Rev Psiqu Clin* 1988; 25: 65-69.
- 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: 885-886.
- 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* 2012; 51: 579-586.
- Van Hook MP, Rivera JO. Coping with difficult life transitions by older adults: the role of religion. *Social Work & Christianity* 2004; 31: 233-253.
- Panzini RG, Bandeira DR. Escala de coping religioso-espiritual: Elaboração e validação do construto. *Psicologia em Estudo* 2005; 10: 507-516.
- Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez LJ. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Clin Psychol* 2000; 56: 519-543.
- Fleck MPA, Fachel O, Louzada S 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.
- The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL BREF. Quality of Life Assessment. *Psychol Med* 1998; 28: 551-558.
- Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiquiatr Clin* 2006; 33: 43-54.
- 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.
- Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski MJB, Laranjeira R. Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey. *Rev Psiqu Clin* 2010; 37: 190-196.
- Kirov G, Kemp R, Kirov K, David AS. Religious faith after psychotic illness. *Psychopathology* 1998; 31: 234-245.
- Dantas RC, Pavarin LB, Dalgalarondo P. Sintomas de conteúdo religioso em pacientes psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21: 158-164.

Religiosity in bipolar disorder

33. Brewerton T. Hyperreligiosity in psychotic disorders. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182: 302-304.
34. Cothran MM, Harvey PD. Delusional thinking in psychotics: correlates of religious content. *Psychol Rep* 1986; 58: 191-199.
35. Appelbaum OS, Robins PC, Roth LH. Dimensional approach to delusions: comparison across types and diagnoses. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1938-1943.
36. Koenig HG. Religion, spirituality and psychotic disorders. *Rev Psiq Clin* 2007; 34 (Suppl. 1): 95-104.
37. Phillips RE III, Lakin R, Pargament KI. Development and implementation of spiritual issues psychoeducational group for those with serious mental illness. *Community Ment Health J* 2002; 38: 487-495.
38. 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: 140-146.
39. 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.

Revisão da Literatura

Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor

Religiosity and spirituality in bipolar disorder

ANDRÉ STROPPIA¹, ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA²

¹ Professor assistente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

² 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^{1,2}.

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^{1,3}.

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 causas⁴.

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 bipolares⁵.

Em estudo transversal de 1966, Sedman e Hopkinson⁶ 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 Harvey⁷, 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.

Brewerton⁸, 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.*⁹ 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.*¹⁰, 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.*¹¹, 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. Koenig³, 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.*⁵ 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 Koenig³ 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 Romans¹³ 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 europeia (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.*¹⁴, 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 maniaco, mostrando significativa correlação entre sintomas e estados maníacos e experiências místicas.

Kirov *et al.*¹⁵, 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.*¹⁶ 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^{14,15}.

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.*⁵ apontaram diferenças entre certos aspectos da R/E em pacientes bipolares e controles normais, como maior frequência de experiências de conversão e salvação. Koenig³ apontou a maior incidência de sintomas místicos e atribuiu às peculiaridades afetivas da doença. Dantas *et al.*¹⁴ encontraram uma relação significativa entre sintomas de mania e sintomas místicos. Kirov *et al.*¹⁵ 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.*¹⁶ 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 vidas¹⁸.

Reger e Rogers¹⁹, 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 Stein²⁰, 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.*²¹, 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 psicossociais²¹.

Pollack *et al.*²² 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.*²³, 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.*²⁴ 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.*²⁵, 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^{13,26}.

Raguram *et al.*²⁶ 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.*²⁷, 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^{15,17}.

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^{13,27}.

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 depressão²⁸.

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^{5,7,9,14-16}.

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^{13,19,21}.

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^{19,21,26,27}.

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^{13,15,26,27}.

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^{5,9,14,16,17}.

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^{6,9,11,14,16}. O estudo de Sedman e Hopkinson⁶ 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.*¹⁴.

Koenig¹⁷ 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(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):1838-43.
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, Dalgalarondo 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, Dalgalarrodo 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. Clin.* 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.

ANEXO C – Escala de avaliação de mania modificada (EAM-m)

(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 ideias, associação por assonância | 8. incoerência | |
| X. não avaliado | | |

(8) Conteúdo do pensamento

- | | | |
|----------------------------|---------------------|---|
| 0. normal | 2. novos interesses | 4. projetos incompatíveis, hiperreligioso |
| 6. ideias 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 | |

ANEXO D – Escala de avaliação para depressão de Montgomery-Asberg**1. Tristeza aparente**

- 0 () nenhuma
4 () triste e infeliz
2 () abatido mas alegre-se
6 () extremamente triste e desanimado

2. Tristeza relatada

- 0 () ocasional
4 () tristeza ou melancolia
2 () triste mas alegre-se
6 () melancolia invariável

3. Tensão interior

- 0 () tranquilo
4 () contínuos de tensão
2 () inquietação e desconforto indefinido
6 () angústia persistente, pânico incontrollável

4. Sono diminuído

- 0 () não
4 () reduzido ou interrompido por + 2 horas
2 () discreta redução ou demora
6 () menos de 2 ou 3 horas de sono

5. Redução do apetite

- 0 () normal ou aumentado
4 () sem apetite
2 () diminuído
6 () convencido a comer

6. Dificuldade de concentração

- 0 () sem
4 () dificuldade para ler ou conversar
2 () ocasional
6 () incapaz de ler ou conversar

7. Lassidão

- 0 () sem preguiça
4 () atividades rotineiras com esforço
2 () dificuldade de iniciar atividade
6 () incapaz de fazer qualquer coisa sem ajuda

8. Incapacidade de sentir

- 0 () interesse normal
4 () perda de interesse e sentimentos
2 () interesse reduzido
6 () ausência de sentimento

9. Pensamentos pessimistas

- 0 () sem
4 () auto-acusações, pessimista
2 () auto-reprovação e autodepreciação
6 () delírios de ruína, remorso, pecado

10. Pensamentos suicidas

0. () não
4. () suicídio é considerado solução, mas sem planos
2. () cheio de viver

6. () planos explícitos e providências

Observações: _____

ANEXO E – Escala de religiosidade da Universidade de Duke

(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

Questões sobre discordância religiosa

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 | |

11. Tentei lidar com o problema do meu jeito, sem a ajuda de Deus.
 Não Um pouco Com frequência Sempre
12. Me senti excluído do meu ambiente religioso.
 Não Um pouco Com frequência Sempre
13. Busquei a ajuda de Deus para livrar-me de meus pensamentos negativos.
 Não Um pouco Com frequência Sempre
14. Eu não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas.
 Não Um pouco Com frequência Sempre

ANEXO G – Escala breve de qualidade de vida – WHOQOL Abreviado

Instruções:

Este questionário é sobre como você sente a sua qualidade de vida, a sua saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar escolha a mais próxima. Tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e marque a resposta verdadeira.

1. Como você avalia sua qualidade de vida?
- | | | |
|---------------|--------------|---------------------|
| 1. Muito ruim | 2. ruim | 3. nem ruim nem boa |
| 4. boa | 5. muito boa | |
2. Você está satisfeito(a) com a sua saúde?
- | | | |
|-----------------------|---------------------|------------------------------------|
| 1. muito insatisfeito | 2. insatisfeito | 3. nem satisfeito nem insatisfeito |
| 4. satisfeito | 5. muito satisfeito | |

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas:

3. Sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?
- | | | |
|-------------|-----------------|------------------|
| 1. nada | 2. muito pouco | 3. mais ou menos |
| 4. bastante | 5. extremamente | |
4. Você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?
- | | | |
|-------------|-----------------|------------------|
| 1. nada | 2. muito pouco | 3. mais ou menos |
| 4. bastante | 5. extremamente | |
5. Você aproveita a vida?

- | | | |
|-------------|-----------------|------------------|
| 1. nada | 2. muito pouco | 3. mais ou menos |
| 4. bastante | 5. extremamente | |
6. Você acha que a sua vida tem sentido?
- | | | |
|-------------|-----------------|------------------|
| 1. nada | 2. muito pouco | 3. mais ou menos |
| 4. bastante | 5. extremamente | |
7. Você consegue se concentrar?
- | | | |
|-------------|-----------------|------------------|
| 1. nada | 2. muito pouco | 3. mais ou menos |
| 4. bastante | 5. extremamente | |
8. Você se sente seguro em sua vida diária?
- | | | |
|-------------|-----------------|------------------|
| 1. nada | 2. muito pouco | 3. mais ou menos |
| 4. bastante | 5. extremamente | |
9. Seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) é saudável?
- | | | |
|-------------|-----------------|------------------|
| 1. nada | 2. muito pouco | 3. mais ou menos |
| 4. bastante | 5. extremamente | |

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. frequentemente |
| 4. muito frequentemente | 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? _____

ANEXO H – Religiosity, depression and quality of life in bipolar disorder: a two-year prospective study

Revista Brasileira de Psiquiatria



Religiosity, depression and quality of life in bipolar disorder: a two-year prospective study

Journal:	<i>Revista Brasileira de Psiquiatria</i>
Manuscript ID	RBP-2017-OA-2365.R1
Manuscript Type:	Original Article
Date Submitted by the Author:	n/a
Complete List of Authors:	Stroppa, André; Universidade Federal de Juiz de Fora, Research Center in Spirituality and Health (NUPES), School of Medicine Colugnati, Fernando ; Universidade Federal de Juiz de Fora, Dept. of Internship, School of Medicine Koenig, Harold; Duke University Medical Center, Moreira-Almeida, Alexander; Federal University of Juiz de Fora - UFJF - School of Medicine, Internal Medicine
Keywords:	Mood Disorders - Bipolar, Religion, Epidemiology, Outpatient Psychiatry, Chronic Psychiatric Illness

SCHOLARONE™
Manuscripts

Religiosity, depression and quality of life in bipolar disorder: a two-year prospective study

André Stroppa, M.D., M.Sc.¹, Fernando A.B. Colugnati, Ph.D.², Harold G. Koenig, M.D., M.H.Sc.³, Alexander Moreira-Almeida, M.D., Ph.D.¹

¹ Research Center in Spirituality and Health (NUPES), School of Medicine, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brazil

² Dept. of Internship, School of Medicine, UFJF, Brazil

³ Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, and Department of Medicine, Duke University Medical Center, Durham, North Carolina, USA; Department of Medicine, King Abdulaziz University, Jeddah, Saudi Arabia

Corresponding author:

Alexander Moreira-Almeida

School of Medicine, Federal University of Juiz de Fora

Av. Eugênio do Nascimento s/nº - Dom Bosco

36038-330 Juiz de Fora – MG – Brazil

Tel: +55 32 2102-3848

e-mail: alex.ma@ufjf.edu.br

Running title: Religion and quality of life in bipolar disorder

Word count: 2,953

Abstract:

Objectives: Few quantitative studies have examined the effect of religious involvement on the course of bipolar disorder (BD). We investigated the effects of religious activity and coping behaviors on the course of depression, mania and quality of life (QoL) in patients with BD.

Methods: Two-year longitudinal study of 168 outpatients with BD. Linear regression was used to examine associations between religious predictors and outcome variables (manic symptoms, depression, QoL), controlling for sociodemographic variables.

Results: Among the 158 patients reassessed after two years, positive religious coping at T1 predicted better QoL across all four domains: physical (β 10.2, 95%CI, 4.2-16.1), mental (β 13.4, 95%CI, 7.1-19.7), social (β 10.5, 95%CI, 3.6-17.33) and environmental (β 11.1, 95%CI, 6.2-16.1) at T2. Negative religious coping at T1 predicted worse mental (β -28.1, 95%CI, -52.06 - -4.2) and environmental (β -20.4, 95%CI, -39.3 - -1.6) QoL. Intrinsic religiosity at T1 predicted better environmental QoL (β 9.56, 95%CI, 2.76-16.36) at T2. Negative religious coping at T1 predicted manic symptoms (β 4.1) at T2.

Conclusion: Religiosity/spirituality (R/S) may influence the QoL of patients with BD over time, even among euthymic patients. Targeting R/S (especially positive and negative religious coping) in psychosocial interventions may enhance the quality of recovery in patients with BD.

Keywords: Bipolar Disorder, Religion, Spirituality, Quality of Life, Mania.

Introduction

Despite the therapeutic advances achieved to date, bipolar disorder (BPD) remains one of the psychological disorders with the greatest global burden. In 2010, BPD ranked fourth among mental conditions causing the most years lived with a disability (YLDs) in the world. BPD accounted for 7.4% of YLDs, which is the same proportion as schizophrenia.¹ In addition to disability, a recent review indicated that BPD patients have a mortality risk that is double that of the general population.² Depressive symptoms, including subsyndromal symptoms, are responsible for most of the burden that is associated with BPD in terms of functioning, quality of life (QoL), economic loss, and suicide. **On average, bipolar patients exhibit mood symptoms (usually depression) in half of their weeks.**³

Thus, BPD treatment is still suboptimal and has considerable room for improvement. Additionally, there has been a growing concern that BPD patients, even when euthymic, experience sustained impairment in functioning and QoL in various domains, such as work, social and family life.^{4,5} A recent study of 166 patients found no difference between the QoL levels of schizophrenia patients and the QoL levels of BPD patients in remission.⁶ Therefore, greater focus on a broader range of psychosocial outcomes, in addition to symptomatic improvement, is needed. Predictors of QoL and functionality in BPD must be identified in order to develop psychosocial approaches to complement treatment with psychiatric drugs in order to help patients achieve full recovery (both symptomatic and functional).^{3,5}

A large number of studies have shown that religiosity and spirituality (R/S) are psychosocial factors that affect disease progression, QoL, and survival in both clinical and non-clinical populations.⁷⁻⁹ The relationship between R/S and depression has been investigated, showing that religious affiliation, church attendance, intrinsic religiosity (**religion is 'an end in itself' and occupies a central role in one's life**), and positive religious coping (PRC) are usually associated with lower depressive symptoms. In contrast, other

expressions of R/S such as extrinsic religiosity (where R/S is used to obtain other ends, such as security, distraction and socialization) and negative religious coping (NRC) are associated with higher depressive symptoms.¹⁰ Religious coping refers to the way that patients employ religious beliefs and behaviors in understanding and adapting to stress. Some forms of PRC are collaboration with God in solving problems and benevolent religious appraisals of the illness. NRC is usually less common than PRC and manifests itself in religious struggles, such as interpreting the disease as a punishment from God, questioning the love or power of God, or conflicts with the religious community. A number of longitudinal studies suggest that R/S has a positive effect on the course of depressive disorders, both in terms of QoL and resilience, and in overall clinical improvement.¹¹⁻¹³

Few studies, however, have examined the relationship between R/S and BPD. Although there are reports in the literature of cases of florid R/S delusions in BPD patients (especially in the manic phase), there have been few cross-sectional studies and almost no good quality longitudinal studies with large samples examining the relationship between R/S and symptoms over time.¹⁴ A previous review found only five studies on R/S and bipolar disorder from 1957-2008.¹⁴ These studies involved small samples, used diverse methods, and reported conflicting findings. They reported a greater frequency of reports of conversion and experiences of salvation¹⁵, higher frequency of the use of religious coping¹⁶, greater presence of mystical symptoms^{17,18} and greater religious involvement¹⁹ in BPD patients.

Two large cross-sectional studies of BPD and R/S were published in the past decade that investigated relationships between R/S, mood symptoms and QoL. Based on a sample of 334 outpatients with BPD, a higher frequency of prayer and meditation was associated with a mixed BPD state (OR = 1.29; CI = 1.10-1.52), and a lower frequency was found among euthymic bipolar patients (OR = 0.84, CI = 0.72-0.99)²⁰. In the second study, 168 outpatients with BPD found significantly lower levels of depression in patients with higher intrinsic

religiosity (OR 0.19; CI: 0.06–0.57) and PRC (OR 0.25; CI: 0.09-0.71). Intrinsic religiosity and PRC were also related to better QoL, and NRC was associated with worse QoL²¹.

The cross-sectional studies in different countries and socio-cultural contexts have found that R/S is often a primary coping strategy used by patients with BPD²². Given that most of these data are cross-sectional, the causal direction is not known. To our knowledge, there are only two longitudinal studies that have examined the effects of R/S on course of BPD. One study followed young adults with schizophrenia (n=22) or BPD (n = 26), finding that NRC predicted greater self-reported distress and personal loss during a one-year follow-up, after controlling for gender and age^{23,24}. In the second study of 46 adolescents with BPD, higher church attendance predicted better functioning at one year follow-up; sociodemographic variables, however, were not controlled for²⁵. In order to better understand the nature of the association between R/S and BPD to inform treatment approaches, there is need for more longitudinal studies and more studies to identify which aspects of R/S impact BPD outcomes.

The objective of this study was to examine over time the effects of several dimensions of religiosity (affiliation, organizational, private, intrinsic and religious coping) on depression symptoms, mania and QoL in BPD patients. Our hypothesis was that religiosity and PRC would predict fewer depressive symptoms and a better QoL, and that NRC would predict increased depression and worse QoL.

Methods

In this two-year prospective study, baseline data were collected between August and December 2011 (T1) and participants were followed for 24 months up through 2013 (T2). The study was approved by the Research Ethics Committee of the University Hospital of the Federal University of Juiz de Fora (UFJF), protocol no. 315,559.

Participants

Participants were enrolled from the Mood Disorders Program (Programa de Transtornos do Humor - PTH) of the Psychiatry Service, UFJF University Hospital. Inclusion criteria were age 18 years or older, BPD diagnosis by DSM-TR,²⁶ and under treatment for at least one year. The PTH program serves patients with BPD, severe recurrent depressive and schizoaffective disorders, and provides public mental health services in the city of Juiz de Fora (Minas Gerais, Brazil).

Of the 182 patients who met inclusion criteria, 168 agreed to participate and provided written consent. Participants had been treated for an average of 6.7 years (3-25 years). Further details on the recruitment process have been provided elsewhere²¹. At the two-year follow-up (T2), 158 patients were re-interviewed. Ten participants were lost to follow-up: four died (three of cardiovascular causes and one due to chronic obstructive pulmonary disease), four moved without providing forwarding addresses, and the whereabouts of two were unknown.

Measures

Demographic, social and clinical data, such as age, gender, race, education, employment status, marital status, disease duration and treatment, were collected at baseline by personal interview and through medical records.

Mania

The Young Mania Rating Scale (YMRS) was administered, which was translated and adapted to and validated for the Portuguese language. The scale contains 11 items that cover the main symptoms of mania as defined in the DSM-IV (APA, 1994). The cutoff point for mania is 12 points and the overall scales ranges from 0 to 68, with higher scores indicating

greater severity. The tool is easy to use and has solid psychometric characteristics for evaluating the existence and severity of manic symptoms^{27,28}.

Depression

The Brazilian version of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) was used. It consists of 10 items (which range from 0-60 points) and has a cutoff of 10 for remission of depression^{29,30}.

Quality of life

The Portuguese version of the WHOQoL BREF is the product of an international collaborative study organized by the World Health Organization (WHO). This instrument has 26 questions of which two are general and 24 relate to the four domains of physical, mental, environmental and social QoL^{31,32}.

Religiosity

Single items were used to assess religious affiliation, disagreement between the religious leader and doctor regarding treatment, and the interference of such disagreement with treatment (with item responses ranging from 1-completely true for me to 5-not true).

The Portuguese version of the Duke Religious Index (DUREL) was used to assess religiosity. The DUREL has five items, is self-rated, and indicates level of religious involvement. The DUREL addresses the following three religious dimensions: organizational religiosity (OR) ("How often do you go to church, temple or religious meetings?"), which was dichotomized for analysis into \geq or $<$ 1x/week); private religiosity (PR) ("how much time do you devote to private religious activities, such as prayer, meditation or the reading of sacred or religious texts?"), which was dichotomized for analysis into \geq or $<$ 1x/day); and three

intrinsic religiosity questions (IR) (e.g., "My religious beliefs underpin my whole life's purpose"), where ≥ 10 points indicates the presence of IR, which indicates answers of "tends to be true" and "definitely true for me"^{33,34}.

Religious coping

This scale consists of 14 items that were taken from the (RCOPE) scale, which has been translated to and validated in Portuguese. Patients were asked to rate how much they used the 14 listed religious coping strategies to deal with the major problem they faced in the last three years. Seven positive RC items (e.g., "I tried to put my plans into action with God," "I looked for a place of worship or prayer," and "I tried to see how God would strengthen me in this situation") and seven negative RC items (e.g., "I thought it was a punishment from God," "I felt excluded from my religious environment", and "I did not do much, I just waited for God to solve my problems") were selected³⁵⁻³⁶. One of the NRC items ("I wondered whether God really cared about me") was confusing to patients and was therefore excluded from the analysis. PRC was considered present if the subscale score was ≥ 20 , and NRC was considered present if the subscale score was ≥ 16 .

Statistical analysis

A descriptive analysis was performed, and presented as the mean \pm standard deviation (SD) or percent (N). Student's t-test for dependent samples was used to evaluate the change in clinical and religious variables between T1 and T2. Random effects linear regression models were used to test the effect of religiosity at T1 on QoL, mania and depression at T2, after controlling for the sociodemographic data. Alpha level was set at $p \leq 0.05$.

Results

Table 1 presents the clinical, sociodemographic and religious characteristics of participants at T1 and T2. The sample was predominantly middle-aged (mean age 46.2 ± 10.01) white women with low education (6.8 years) and income, and high religiosity.

Over the two years of follow-up, there was a significant reduction in the symptoms of mania (from 3.1 ± 5.9 to 0.9 ± 3.3 - $p < 0.001$) and depression (7.7 ± 10.3 to 4.7 ± 7.9 - $p = 0.001$). At T2, 75.3% of patients were euthymic, 20.3% had depression, and 4.4% had hypomania or mania. There was a slight but statistically significant increase in intrinsic religiosity and PRC, as well as an increase in QoL in the physical and mental dimensions.

Table 2 shows the effects of religiosity variables at T1 on mood symptoms and QoL at T2, controlling for gender, age, race and marital status. Disagreement of religious leaders regarding treatment was not associated with outcomes at T2. A significant association was found between R/S variables at T1 and mood symptoms at T2; NRC at T1 significantly predicted manic symptoms at T2 ($\beta = 4.09$, $p = 0.02$).

Religious coping at T1 had a significant effect on all QoL domains (physical, mental, social and environmental) at T2. PRC was associated with better QoL, whereas NRC was associated with worse QoL. In addition, intrinsic religiosity at T1 predicted better environmental QoL at T2. Compared with Catholics, participants with "other religions" had worse environmental QoL at T2.

Discussion

The main finding of this two-year prospective study was a significant effect of religiosity variables on the QoL, even in this predominantly euthymic patient population.

Higher PRC at T1 predicted a score 10 to 13 points higher in all QoL dimensions at T2

compared to those with lower PRC. In contrast, higher NRC at T1 predicted a score 20 and 28 points lower in environmental and mental QoL at T2, respectively, compared to those with lower NRC.

Unlike the cross-sectional analysis at T1, when IR and PRC were related to lower depression (OR 0.19 and 0.25, respectively), R/S dimensions at T1 did not predict depression levels at T2²¹. A possible explanation is that the mean depressive symptoms decreased from 7.7 at T1 to 4.7 at T2, which is well below the cutoff for the remission of depression (≤ 10) (floor effect). An unexpected finding was the correlation between NRC in T1 and mania at T2, it might indicate a worse mood stabilization related to NRC or, perhaps, a casual finding. It would be useful to see if future prospective studies replicate this finding.

Recent discussions with regard to the treatment of BPD patients have argued that in addition to achieving a remission of symptoms, it is also important to improve QoL and ability to function. In our study, R/S and religious coping in particular influenced changes in QoL over time. These findings are promising, given that a major limitation in the treatment of BPD is limited improvement in QoL^{3,5}.

Religious coping relates to the use of religious resources (beliefs, practices, cognitive framework, and participation in religious services or volunteer work) in order to adapt to challenging circumstances. PRC, such as seeking to draw a lesson from God when faced with problems or seeking to do one's own part and leave the rest in God's hands, predicted an increase in QoL over time. In contrast, NRC strategies, such as taking a passive approach by delegating to God the resolution of one's problems or attributing one's problems to divine punishment or negative spiritual influences, predicted a decline in QoL.

To our knowledge, this is the first longitudinal study with a relatively large sample to evaluate the effect of R/S on the course of BPD. Our findings are consistent with longitudinal

studies showing that R/S has positive effects on the course of depressive symptoms and QoL in depressed patients¹¹⁻¹³.

Because pharmacological treatment has relatively limited effects on QoL and functionality, psychosocial interventions are needed to address these outcomes in BPD, such as psychoeducational programs and psychotherapy^{3,5}. Recent reviews have reported that therapeutic interventions in mental health that use aspects of R/S, especially spirituality-modified cognitive behavioral therapy, have had positive effects on depression and anxiety symptoms³⁶⁻³⁷.

This and other studies indicate that use of religious coping by bipolar patients to deal with their symptoms is common²². Religious coping is therefore a potential therapeutic target both in psychoeducation and psychotherapy for BPD. Given the positive and negative impact of religious coping on the course of BPD, identifying and supporting positive religious coping strategies, and seeking to resolve negative religious coping (or referral to other professionals, such as religious ministers or pastoral counselors) may be effective ways to help BPD patients cope with their disease^{23,24}.

It is noteworthy that when data were collected at T1, the subject of R/S was often brought up by patients themselves. It is possible that participation in the study encouraged individuals to reflect on and discuss their R/S and resume abandoned religious habits, which could explain the increase in R/S between T1 and T2. There is evidence that simply taking a spiritual history, even if short (2-5 minutes), is associated with greater satisfaction with treatment and better QoL. The spiritual history has been recognized as a relatively simple practical way to integrate spirituality into patient care³⁸.

Given the high level of R/S in Brazil and other parts of the world and the fact that R/S can have either a positive or a negative impact on mental health, the World Psychiatric Association recently published a Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry

that states "a tactful consideration of patients' religious beliefs and practices as well as their spirituality" should be a part of patient evaluation and may also have implications for treatment³⁹.

The present study has several limitations. First, the study was performed in Brazil, where the population has a high level of religiosity⁴⁰. **There is some evidence that the strength of the relationship between R/S and health may be influenced by how much religious is a country. So,** care must be taken in generalizing these findings to other sociocultural contexts, although R/S has also been found to be important for BPD patients in places such as the USA²⁰, New Zealand¹⁹, Nigeria²⁵ and Turkey²². Given that this is an observational study, causal inferences must be made cautiously. **Also, the association between R/S at T1 and QoL at T2 might reflect a difference already existing at T1. However, this probably cannot fully explain the findings, since at the cross sectional analysis at T1, there were less and weaker associations between religious coping and QoL²¹.** In addition to the replication of these findings in other sociocultural contexts, it is important to conduct clinical trials involving psychosocial interventions that integrate R/S into the care of BPD patients to determine if doing so increases QoL and clinical outcomes above that of standard care.

The results suggest that intrinsic religious involvement and religious coping strategies may influence the course of symptoms and QoL in BPD patients. These findings underscore the need to identify the religious coping strategies used by patients, and support positive strategies while also addressing negative ones. Identifying and modifying religious coping strategies may help to relieve the suffering and stress among BPD patients who are R/S. Together with pharmacotherapy, the integration of R/S into psychosocial interventions may help to increase QoL and improve functioning in BPD patients, thus increasing the likelihood of a better and more long-lasting recovery.

Conflict of Interests

Authors report no conflict of interests.

For Peer Review

References

1. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013; 382: 1575-86.
2. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015; 72: 334-41.
3. Miller S, Dell'Osso B, Ketter TA. The prevalence and burden of bipolar depression. *J Affect Disord*. 2014; 169 (Suppl 1): S3-11.
4. Sierra P, Livianos L, Rojo L. Quality of life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar Disord*. 2005; 7: 159-65.
5. Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Tabarés-Seisdedos R, Torrent C, Vieta E, Ayuso-Mateos JL. Functioning and disability in bipolar disorder: an extensive review. *Psychother Psychosom*. 2009; 78: 285-97.
6. Sum MY, Ho NF, Sim K. Cross diagnostic comparisons of quality of life deficits in remitted and unremitted patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res*. 2015; 168: 191-6.
7. Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006; 28: 242-50.
8. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of Religion and Health*. New York, NY: Oxford University Press; 2001.
9. Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of Religion and Health*. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2012.
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: 614-36.

11. Mosqueiro BP, da Rocha NS, Fleck MP. Intrinsic religiosity, resilience, quality of life, and suicide risk in depressed inpatients. *J Affect Disord.* 2015; 179: 128-33.
12. Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am J Psychiatry.* 1998; 155: 536-42.
13. Koenig HG. Religion and remission of depression in medical inpatients with heart failure/pulmonary disease. *J Nerv Ment Dis.* 2007; 195: 389-95.
14. Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosity and spirituality in bipolar disorder. *Rev Psiquiatr Clín.* 2009; 36:190-6.
15. Gallemore JL Jr, Wilson WP, Rhoads JM. The religious life of patients with affective disorders. *Dis Nerv Syst.* 1969; 30: 483-7.
16. Kirov G, Kemp R, Kirov K, David AS. Religious faith after psychotic illness. *Psychopathology.* 1998; 31: 234-45.
17. Dantas CR, Pavarin LB, Dalgallarrondo P. Sintomas de conteúdo religioso em pacientes psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999; 21: 158-64.
18. Soeiro RE, Colombo ES, Ferreira MH, Guimarães PS, Botega NJ, Dalgallarrondo P. Religião e transtornos mentais em pacientes internados em um hospital geral universitário. *Cad Saude Publica.* 2008; 24: 793-99.
19. Mitchell L, Romans S. Spiritual beliefs in bipolar affective disorders: their relevance for illness management. *J Affect Disord.* 2003; 75: 247-57.
20. 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.
21. Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2013; 15: 385-93.

22. Çuhadar D, Savaş HA, Ünal A, Gökpinar F. Family functionality and coping attitudes of patients with bipolar disorder. *J Relig Health*. 2015; 54: 1731-46.
23. Michalak EE, Yatham LN, Kolesar S, Lam RW. Bipolar disorder and quality of life: a patient-centered perspective. *Qual Life Res*. 2006; 15: 25-37.
24. 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: 529-40.
25. Bakare MO, Agomoh AO, Eaton J, Ebigbo PO, Onwukwe JU. Functional status and its associated factors in Nigerian adolescents with bipolar disorder. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2011; 14: 388-91.
26. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
27. Young RC, Nyswander RW, Schreiber MT. Mania scale scores, signs, and symptoms in forty inpatients. *J Clin Psychiatry*. 1983; 44: 98-100.
28. Vilela JAA, Loureiro SR. Escala de avaliação de mania de Young – Estudo das qualidades psicométricas da versão Brasileira. *Rev Psiq Clin* 1999; 25:113-9.
29. Dractu L, Ribeiro LC, Calil MH. Escalas de avaliação de depressão e sua utilidade clínica: Hamilton, Montgomery-Asberg e visual analógica do humor. *Rev Assoc Bras Psiquiatr*. 1985; 7: 59-65.
30. Zimmerman M, Posternak MA, Chelminski I. Derivation of a definition of remission on the Montgomery-Asberg depression rating scale corresponding to the definition of remission on the Hamilton rating scale for depression. *J Psychiatr Res*. 2004; 38: 577-82.
31. Fleck MPA, Leal OF, 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 OMS (WHOQoL-100). *Rev Bras Psiquiatr*. 1999; 21: 19-28.

32. The WHOQoL Group. Development of the World Health Organization WHOQoL BREF. Quality of life assessment. *Psychol Med.* 1998; 28: 551-8.
33. 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.
34. 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.* 2012; 51: 579-86.
35. Panzini RG, Bandeira DR. Escala de coping religioso espiritual (escala CRE): elaboração e validação do construto. *Psicol Estud.* 2005; 10: 507-16.
36. Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez LJ. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol.* 2000; 56: 519-43.
37. Gonçalves JP, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychol Med.* 2015; 45: 2937-49.
38. Williams JA, Meltzer D, Arora V, Chung G, Curlin FA. Attention to inpatients' religious and spiritual concerns: predictors and association with patient satisfaction. *J Gen Intern Med.* 2011; 26: 1265-71.
39. Moreira-Almeida A, Sharma A, van Rensburg BJ, Verhagen PJ, Cook CC. WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World Psychiatry.* 2016; 15: 87-8.
40. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey. *Rev Psiquiatr Clín.* 2010; 37: 12-5.

1

Table 1. Demographic, clinical and religious characteristics at T1 (n = 168) and T2 (n = 158)

Characteristics	T1		T2		p value
	N	%	N	%	
<i>Female</i>	137	81.5	131	79.5	
<i>Religious affiliation</i>					
Catholic	90	53.6	85	53.0	
Evangelical	48	28.6	46	29.0	
Others	10	6.0	9	6.0	
None	20	11.9	18	12.0	
	Mean	SD	Mean	SD	
Depression	7.67	10.27	4.73	7.86	0.001
Mania	3.06	5.92	0.94	3.28	0.001
Organizational religiosity	4.14	1.65	4.05	1.43	0.393
Private religiosity	4.37	1.60	4.41	1.37	0.890
Intrinsic religiosity	12.32	2.91	13.67	1.68	0.000
Disagreement of leader	4.21	1.15	4.16	1.12	0.732
Treatment interference	4.43	1.04	4.31	1.04	0.333
Positive religious coping	18.80	4.45	20.99	4.50	0.000
Negative religious coping	9.55	2.77	9.15	2.73	0.148
Physical quality of life	47.74	21.75	52.78	19.61	0.022
Mental quality of life	48.74	23.12	53.69	20.94	0.015
Social quality of life	49.44	26.20	53.69	22.03	0.157
Environmental quality of life	47.80	18.29	46.69	16.46	0.374

Legends: Statistically significant results ($p < 0.05$ on the t test) are in bold.

Table 2. Effect of religious characteristics at T1 on quality of life (QoL) and clinical outcomes at two-years follow-up (T2) (n = 158)

Religious characteristics	Mania		Depression		Physical QoL		Mental QoL		Social QoL		Environmental QoL	
	Beta	95% CI	Beta	95% CI	Beta	95% CI	Beta	95% CI	Beta	95% CI	Beta	95% CI
Organizational religiosity	-0.30	-1.40 – 0.80	-0.71	-3.32 – 1.91	1.40	-4.75 – 7.55	2.30	-3.64 – 9.63	-0.60	-7.66 – 6.45	3.10	-2.10 – 8.31
Private religiosity	-0.21	-1.37 – 0.96	-0.93	-3.70 – 1.84	-0.16	-6.79 – 6.46	0.87	-6.29 – 8.04	-1.20	-8.80 – 6.39	-0.70	-6.31 – 4.95
Intrinsic religiosity	0.61	-2.53 – 3.74	2.23	-5.21 – 9.67	3.01	-5.18 – 11.20	7.78	-1.00 – 16.56	5.99	-3.36 – 15.34	9.56	2.76 – 16.36
Positive religious coping	0.54	-0.60 – 1.69	-0.55	-3.26 – 2.16	10.17	4.22 – 16.11	13.41	7.10 – 19.73	10.46	3.60 – 17.33	11.15	6.22 – 16.07
Negative religious coping	4.09	0.63 – 7.54	0.50	-7.85 – 8.84	-2.11	-43.31 – 1.10	-28.10	-51.96 – -4.22	-25.35	-50.78 – 0.07	-20.45	-39.26 – -1.64
Disagreement of leader	-0.09	-1.24 – 1.06	2.39	-0.31 – 5.09	-2.12	-8.93 – 4.70	0.28	-7.09 – 7.66	-0.01	-7.88 – 7.76	0.24	-5.55 – 6.04
Interference in treatment	-0.29	-1.49 – 0.91	1.65	-1.19 – 4.49	-1.05	-6.30 – 8.41	1.99	-5.95 – 9.94	2.22	-6.20 – 10.64	1.22	-5.02 – 7.47
Religious affiliation ^a												
Evangelical	-0.47	-1.70 – 0.76	-2.15	-5.11 – 0.82	-0.72	-7.72 – 6.28	-1.14	-8.69 – 6.41	-2.28	-10.31 – 5.75	-2.07	-7.95 – 3.82
Other	2.14	-0.24 – 4.52	-1.90	-7.62 – 3.82	-9.73	-24.09 – 4.62	-13.58	-29.07 – 1.91	-16.61	-33.08 – 0.12	-15.13	-27.20 – 3.06
None	-1.18	-2.99 – 0.63	-1.34	-5.71 – 3.03	-9.07	-19.21 – 1.07	-9.21	-20.15 – 1.74	-1.87	-13.52 – 9.76	-7.07	-15.60 – 1.46

Legends: Linear regression controlled for gender, age, color, civil status. Significant results are in bold.

^a Reference group is Catholicism.

ANEXO I – Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry



WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry

WPA Section on Religion, Spirituality and Psychiatry

The World Psychiatric Association (WPA) and the World Health Organization (WHO) have worked hard to assure that comprehensive mental health promotion and care are scientifically based and, at the same time, compassionate and culturally sensitive^{1,2}. In recent decades, there has been increasing public and academic awareness of the relevance of spirituality and religion to health issues. Systematic reviews of the academic literature have identified more than 3,000 empirical studies investigating the relationship between religion/spirituality (R/S) and health^{3,4}.

In the field of mental disorders, it has been shown that R/S have significant implications for prevalence (especially depressive and substance use disorders), diagnosis (e.g., differentiation between spiritual experiences and mental disorders), treatment (e.g., help seeking behavior, compliance, mindfulness, complementary therapies), outcomes (e.g., recovering and suicide) and prevention, as well as for quality of life and wellbeing^{3,4}. The WHO has now included R/S as a dimension of quality of life⁵. Although there is evidence to show that R/S are usually associated with better health outcomes, they may also cause harm (e.g., treatment refusal, intolerance, negative religious coping, etc.). Surveys have shown that R/S values, beliefs and practices remain relevant to most of the world population and that patients would like to have their R/S concerns addressed in healthcare⁶⁻⁸.

Psychiatrists need to take into account all factors impacting on mental health. Evidence shows that R/S should be included among these, irrespective of psychiatrists' spiritual, religious or philosophical orientation. However, few medical schools or specialist curricula provide any formal training for psychiatrists to learn about the evidence available, or how to properly address R/S in research and clinical practice^{7,9}.

In order to fill this gap, the WPA and several national psychiatric associations (e.g., Brazil, India, South Africa, UK, and USA) have created sections on R/S. WPA has included "religion and spirituality" as a part of the "Core Training Curriculum for Psychiatry"¹⁰.

Both terms, religion and spirituality, lack a universally agreed definition. Definitions of spirituality usually refer to a dimension of human experience related to the transcendent, the sacred, or to ultimate reality. Spirituality is closely related to values, meaning and purpose in life. Spirituality may develop individually or in communities and traditions. Religion is often seen as the institutional aspect of spirituality, usually defined more in terms of systems of beliefs and practices related to the sacred or divine, as held by a community or social group^{3,8}.

Regardless of precise definitions, spirituality and religion are concerned with the core beliefs, values and experiences of human beings. A consideration of their relevance to the origins, understanding and treatment of psychiatric disorders and the patient's attitude toward illness should therefore be central to clinical and academic psychiatry. Spiritual and religious considerations also have important ethical implications for the clinical practice of psychiatry¹¹. In particular, the WPA proposes that:

1. A tactful consideration of patients' religious beliefs and practices as well as their spirituality should routinely be considered and will sometimes be an essential component of psychiatric history taking.



2. An understanding of religion and spirituality and their relationship to the diagnosis, etiology and treatment of psychiatric disorders should be considered as essential components of both psychiatric training and continuing professional development.
3. There is a need for more research on both religion and spirituality in psychiatry, especially on their clinical applications. These studies should cover a wide diversity of cultural and geographical backgrounds.
4. The approach to religion and spirituality should be person-centered. Psychiatrists should not use their professional position for proselytizing for spiritual or secular worldviews. Psychiatrists should be expected always to respect and be sensitive to the spiritual/religious beliefs and practices of their patients, and of the families and carers of their patients.
5. Psychiatrists, whatever their personal beliefs, should be willing to work with leaders/members of faith communities, chaplains and pastoral workers, and others in the community, in support of the well-being of their patients, and should encourage their multi-disciplinary colleagues to do likewise.
6. Psychiatrists should demonstrate awareness, respect and sensitivity to the important part that spirituality and religion play for many staff and volunteers in forming a vocation to work in the field of mental health care.
7. Psychiatrists should be knowledgeable concerning the potential for both benefit and harm of religious, spiritual and secular worldviews and practices and be willing to share this information in a critical but impartial way with the wider community in support of the promotion of health and well-being.

Alexander Moreira-Almeida^{1,2}, Avdesh Sharma^{1,3}, Bernard Janse van Rensburg^{1,4},
Peter J. Verhagen^{1,5}, Christopher C.H. Cook^{1,6}

¹WPA Section on Religion, Spirituality and Psychiatry; ²Research Center in Spirituality and Health, School of Medicine, Federal University of Juiz de Fora, Brazil; ³'Parivartan' Center for Mental Health, New Delhi, India; ⁴Department of Psychiatry, University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa; ⁵GGZ Centraal, Harderwijk, the Netherlands; ⁶Department of Theology and Religion, Durham University, Durham, UK

Acknowledgments

The authors thank all who contributed during the process of developing this position statement, and especially D. Bhugra, R. Cloninger, J. Cox, V. DeMarinis, J.J. Lopez-Ibor (*in memoriam*), D. Moussaoui, N. Nagy, A. Powell, and H.M. van Praag. This position statement has drawn on some of the text of recommendations already published in the Royal College of Psychiatrists position statement¹¹.

References:

1. Bhugra D. The WPA Action Plan 2014-2017. *World Psychiatry* 2014; 13:328.
2. Saxena S, Funk M, Chisholm D. WHO's Mental Health Action Plan 2013-2020: what can psychiatrists do to facilitate its implementation? *World Psychiatry* 2014; 13:107-9.
3. Koenig H, King D, Carson VB. *Handbook of religion and health*. 2nd edition. New York: Oxford University Press, 2012.
4. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health*. 1st edition. New York: Oxford University Press, 2001.



5. WHOQOL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science and Medicine* 62:1486-1497, 2006.
6. Pargament KI, Lomax JW. Understanding and addressing religion among people with mental illness. *World Psychiatry*. 2013; 12(1):26-32.
7. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014; 36(2):176-82.
8. Verhagen PJ, Van Praag HM, Lopez-Ibor JJ, Cox J, Moussaoui D. (Eds.) *Religion and psychiatry: beyond boundaries*. Chichester: John Wiley & Sons, 2010.
9. Cloninger CR. What makes people healthy, happy, and fulfilled in the face of current world problems? *Mens Sana Monographs* 2013; 11:16-24.
10. World Psychiatric Association. Institutional program on the core training curriculum for psychiatry. Yokohama, Japan, August 2002. Available at: www.wpanet.org/uploads/Education/Educational_Programs/Core_Curriculum/corecurriculum-psych-ENG.pdf
11. Cook CCH. Recommendations for psychiatrists on spirituality and religion. Position Statement PS03/2011, London, Royal College of Psychiatrists, 2011. Available (in a later edition) at http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/PS03_2013.pdf

**Proposed by the WPA Section on Religion, Spirituality and Psychiatry
Approved by WPA Executive Committee in 09/2015**