

Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor

Spirituality and religiosity in combating pain

Espiritualidad y religiosidad en el enfrentamiento del dolor

*Camilla Domingues do Lago – Rizzardi**

*Manoel Jacobsen Teixeira***

*Silvia Regina Dowgan Tesseroli de Siqueira****

RESUMO: A "Associação Internacional para o Estudo da dor" conceitua dor como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, única, particular e intransferível, descrita em termos de lesão tecidual real ou potencial. A dor, especialmente quando crônica, afeta todas as áreas da vida do indivíduo, dependendo assim, de uma abordagem física, psíquica e social. Dentre as formas de enfrentamento da dor, a religiosidade e espiritualidade têm se mostrado importantes nos doentes, e estão relacionadas à redução do estresse envolvido. Foram revisados na literatura através da base de dados *Medline* o papel e os mecanismos da religiosidade e espiritualidade no enfrentamento da dor crônica. A religiosidade caracteriza-se como a primeira ou segunda estratégia de enfrentamento utilizada contra a dor. Indivíduos religiosos e espiritualizados apresentam redução da queixa de dor, da concentração de ACTH (hormônio adrenocorticotrófico) e cortisol séricos, diminuição da pressão arterial sistólica, frequência cardíaca e respiratória. Atividades religiosas desencadeiam um aumento da ativação do córtex pré-frontal, ocorrendo uma maior eficiência e interatividade do sistema hipotálamo-pituitária-adrenal. Ocorre também a elevação dos mediadores envolvidos na dor: GABA, serotonina e dopamina. Indivíduos mais espiritualizados enfrentam melhor a dor, principalmente a dor crônica, devido a alterações fisiológicas e neurais decorrentes das crenças individuais.

PALAVRAS-CHAVE: Religiosidade. Espiritualidade. Dor crônica.

ABSTRACT: The International Association for the Study of Pain defines pain as an unpleasant sensory and emotional experience, peculiar, specific and non transferable associated with actual or potential tissue damage. Pain, especially when chronic, affects all areas of life of individuals, being thus physical, psychic, and social. Amongst the forms for combating pain, religiosity and spirituality has proved to be important for sick people, and are related to the reduction of stress pain involves. The role and the mechanisms by which religiosity and spirituality act in combating chronic pain were the object of a literature survey in Medline database. Religiosity is characterized as the first or the second strategy used against pain. Religious and spiritual individuals present a reduction of pain complaints, of the concentration of ACTH (adrenocorticotrophic hormone) and serum cortisol, a reduction of systolic arterial pressure, and cardiac and respiratory frequency. Religious activities produce an increase of the activation of prefrontal cortex, causing a higher efficiency and interactivity of hypothalamic-pituitary-adrenal system. The increase of pain mediators involved also occurs: GABA, serotonin and dopamine. Spiritual individuals face pain better, especially chronic pain, due to physiological and neural alterations coming from their beliefs.

KEYWORDS: Religiosity. Spirituality. Chronic pain.

RESUMEN: La "Asociación Internacional para el Estudio del Dolor" caracteriza el dolor como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, única, particular e intransferible, descrita en términos de lesión tejidual real o potencial. El dolor, en especial cuando crónico, afecta todas las áreas de la vida del individuo, dependiendo así de un abordaje físico, psíquico y social. Entre las maneras de enfrentamiento del dolor, la religiosidad y la espiritualidad se han revelado importantes para los enfermos, relacionadas como lo son a la reducción del decurrente estrese. Se han revisado en la literatura, por medio de la base de datos *Medline*, el rol y los mecanismos de la religiosidad y la espiritualidad en el enfrentamiento del dolor crónico. La religiosidad se caracteriza como la primera o la segunda estrategia de enfrentamiento usada contra el dolor. Individuos religiosos y espiritualizados presentan reducción de quejas de dolor, de la concentración de ACTH (hormona adrenocorticotrófica) y del cortisol sérico, disminución de la presión arterial sistólica, y de la frecuencia cardíaca y respiratoria. Actividades religiosas desencadenan un aumento de la activación de la corteza prefrontal, causando una mayor eficiencia e interactividad del sistema hipotalámico-pituitario-adrenal. Ocurre también la elevación de los mediadores envueltos en el dolor: GABA, serotonina y dopamina. Individuos más espiritualizados afrontan mejor el dolor, en especial el dolor crónico, gracias a las alteraciones fisiológicas y neurales provenientes de las creencias individuales.

PALABRAS-LLAVE: Religiosidad. Espiritualidad. Dolor crónico.

* Fisioterapeuta do Centro de Reabilitação do Hospital Albert Einstein e estagiária do Centro Interdisciplinar de dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo. E-mail: camilladl@ig.com.br

** Professor Titular de Neurocirurgia, Departamento de Neurologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

*** Professora Doutora da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

Introdução

Carlos Drummond de Andrade já dizia “A dor é inevitável, o sofrimento é opcional”. A dor, especialmente quando crônica, afeta todas as áreas da vida do indivíduo^{1,2,3} e depende assim de uma abordagem física, psíquica e social. Dentre as formas de enfrentamento da dor, a religiosidade e espiritualidade têm se mostrado muito importantes⁴ e associadas no controle do estresse envolvido⁵.

A dor é uma experiência única, particular e intransferível, uma experiência sensitiva e emocional desagradável, descrita em termos de lesões teciduais reais ou potenciais segundo a “Associação Internacional para o Estudo da dor”^{2,6}. Indivíduos que sofrem de algum tipo de dor, principalmente quando se torna crônica, tendem a buscar quaisquer estratégias para amenizá-la e aprender a conviver com ela⁷. O enfrentamento e a busca pelo equilíbrio biopsicossocial e espiritual nunca foram tão procurados e atualmente há evidências de mudanças fisiológicas relacionadas à religiosidade e espiritualidade^{7,8,9,10}, independentemente da religião em si⁷.

Religião pode ser caracterizada pela maneira como o indivíduo segue suas próprias crenças e filosofias, ligando-se ao sagrado. A busca pelo tratamento espiritual ajuda a superar problemas, desilusões e dor. É comum o comportamento de busca espiritual de tratamentos quando não se acham respostas concretas no campo médico pelos doentes, porém somente recentemente, evidências puderam ser constatadas justificando a importância da espiritualidade no enfrentamento de condições crônicas. A teoria de Descartes “Nada que se inclua no conceito de corpo pertence à mente e nada no conceito de mente

pertence ao corpo” não apresenta-se mais validada em vista dos aspectos psicológicos e sociais relacionados às doenças e seu enfrentamento, e as evidências desses aspectos têm sido investigadas nos trabalhos científicos recentes¹¹.

Existem diversas evidências de comprometimento psicológico em doentes crônicos, assim como se sabe que indivíduos deprimidos apresentam mais dor, além de possuírem menor imunocompetência. O estresse também resulta nessas alterações. Independente do tipo de orientação religiosa, pessoas que buscam a espiritualidade/religiosidade se sentem mais esperançosas, confiantes e menos estressadas, o que poderia ser potencialmente a razão de menor grau de acometimento físico e melhor recuperação de doenças nestes indivíduos¹²⁻¹³. Houve diminuição do cortisol e de parâmetros cardíacos em doentes que realizavam orações em um estudo avaliado¹⁴.

A resposta do organismo frente ao estímulo estressante ocorre no eixo hipotálamo-pituitária-adrenocortical. Há liberação de citocinas, cortisol, ACTH (hormônio adenocorticotrófico) e catecolaminas (noradrenalina e adrenalina), desencadeando reações em todo organismo (como resposta ao estresse). Esse mecanismo sofre influência da espiritualidade/religiosidade. Hábitos saudáveis positivos e o aumento da auto-estima proporcionam maior confiança, influenciando diretamente o lobo frontal cerebral e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, interferindo nas respostas à dor e ao estresse²⁷.

Dor

Dor é um dos sintomas e razões mais comuns de consultas médicas. A dor aguda é de ocorrência universal, tem duração limitada,

responde ao tratamento e pode ser curada; já a dor crônica tem tempo de duração superior a três meses e se caracteriza pela persistência além da cura, mesmo não havendo patologia demonstrável^{15,16}.

Remotamente, a dor era entendida através da teoria da especificidade, com mecanismos diretos e conceito simples de estímulo-resposta. O modelo neuropsicofisiológico da dor envolve a psicologia da percepção, as influências límbicas e corticais sobre o afeto e o comportamento, envolvido nas reações farmacológicas dos circuitos centrais e periféricos da nocicepção^{16,17}.

O aspecto discriminativo da dor interage com os afetivos e outras sensações, a exemplo das teorias do portão da dor e da neuromatriz⁷. As teorias mostram que a dor não é apenas transmissão do estímulo de uma parte específica do corpo para a medula espinhal e para o cérebro, mas também há modulação através dos aspectos cognitivo, emocional e espiritual¹⁸.

Pessoas com dor crônica parecem possuir inabilidade de aumentar a secreção de hormônios do eixo hipotálamo-hipofisário e adrenal ou de amplificar a resposta ao lidar com estresse físico e emocional. Isso afeta os níveis do hormônio de crescimento (GH), cortisol, corticotropina (ACTH), adrenalina, noradrenalina, hormônios tireoidianos e gonadais^{19,9}. A dor, dentre outras causas de estresse, provoca aumento imediato da secreção de ACTH e em poucos minutos ocorre aumento da secreção de cortisol pela adrenocortical. No sistema imune, as principais funções do cortisol são: redução acentuada da produção dos linfócitos e da febre, reduzindo a liberação de interleucina-1 dos leucócitos (reduzindo a temperatura e a vasodilatação), bloqueio da resposta inflamatória às reações alérgicas, diminuição do número

de eosinófilos e linfócitos no sangue e aumento de eritócitos²⁰. A inibição da atividade das citocinas produz melhor efeito dos opióides no controle da dor²¹.

Há também a influência do sistema límbico (nome dado a todo circuito neuronal que controla o comportamento emocional e os impulsos motivacionais). Hipotálamo, hipocampo e amígdala têm um papel importantíssimo no controle comportamental e no controle de funções internas. Dependendo da região estimulada e das associações, ocorrem reações de medo e/ou punições, satisfação e aversão, saciedade e tranquilidade, dor intensa, medo, recompensa e prazer²⁰.

Diante de uma resposta estressante, após a ativação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenocortical, a maneira com que o organismo tenta resolvê-la é através da secreção pelos leucócitos de opióides endógenos em resposta aos estímulos do hormônio corticotropina e citocinas pró-inflamatórias, contribuindo para a resposta antiinflamatória⁹.

Espiritualidade/ religiosidade

A palavra espiritualidade derivou do latim *spiritus*, significando "a parte essencial da pessoa que controla a mente e o corpo". Entendemos isso como sendo tudo aquilo que traz significado e propósito para a vida das pessoas. A espiritualidade tem seu papel reconhecido na saúde e qualidade de vida das pessoas²². A religião difere da espiritualidade por ser uma prática de certos rituais, dependendo de cada religião, que induz ao contato com a espiritualidade²³. O centro da crença religiosa é a oração, transformado ao longo do tempo em formas variadas de adoração, contemplação, penitência, comunhão, petição e graças. Para muitas

pessoas, crenças levam ao alívio e esperança. A espiritualidade manifesta a essência individual, ajuda na relação ambiental, intra e interpessoal, e é vital no processo de dar significado e finalidade à vida²⁴, especialmente quando existe um sofrimento. Muitas vezes, este está relacionado à dor, seja ela física ou uma frustração²⁵. Além do cuidado físico, psíquico e social promovido ao longo das últimas décadas em diversos serviços de saúde, existe atualmente a preocupação em proporcionar cuidados espirituais aos doentes²⁶.

Dor, espiritualidade e evidências fisiológicas

Experiências emocionais resultam de alterações físicas como expressão de neurotransmissores e reforço de circuitarias neuronais, ao exemplo de deprimidos que possuem resposta imune reduzida como queda na proliferação dos linfócitos NK e um menor número de células B, T, CD3, CD4, o que pode ser induzido também pelo estresse²⁷. Por outro lado, experiências emocionais positivas como a religiosidade através da meditação resultam em redução de substâncias que diminuem a contagem dessas células imunológicas (ACTH e cortisol) além de elevação de mediadores que diminuem a percepção de dor como GABA, serotonina e dopamina²⁷. As mudanças religiosas estão associadas a alterações do córtex pré-frontal, o que resulta em intensificação da interação entre hipotálamo e amígdala. Doentes que apresentam níveis reduzidos de dopamina (Doença de Parkinson, por exemplo) têm queda de religiosidade, e apresentam mais dor. Através destas evidências, podemos elucubrar que o efeito da religiosidade / espiritualidade nos doentes melhorando sua sintomatologia

dolorosa deve estar associado à liberação destas substâncias antálgicas no sistema nervoso central e controle do estresse associado, o que também melhora a resposta imunológica frente à doença.

A diminuição de ACTH causa redução da secreção de cortisol, diminuindo o estresse. Pessoas que se dedicam à espiritualidade apresentaram valores de pressão arterial, frequências cardíaca e respiratória, glicemia e cortisol diminuídos, aumento da auto-estima e diminuição da ansiedade²⁸. Pessoas espiritualizadas e religiosas são mais confiantes e mais calmas, aperfeiçoam o trabalho do hipocampo, melhorando a resposta dele frente a um estímulo agressor e a sua memória de defesa ao estímulo; o excesso de estimulação do hipocampo pode levar à depressão e ao suicídio por deficiência em sua comunicação com o sistema hipotálamo-pituitária-adrenal, o que não ocorre em pessoas religiosas. Há evidências de que a densidade dos receptores de serotonina no cérebro está relacionada com a intensidade espiritual, ou seja, práticas espirituais podem aumentar a quantidade de receptores serotoninérgicos regulando o humor principalmente diante da dor. Indivíduos pouco espiritualizados apresentam mais queixas de dor²⁷.

A atividade religiosa é a primeira ou segunda estratégia de enfrentamento utilizada contra a dor recorrente⁷. O estresse está relacionado à dor e pode ser controlado através de estratégias espirituais⁹ através de atuação no eixo hipotálamo-pituitária-adrenocortical^{2,8,24,27,28}. Há melhora nos indicadores de saúde mental, melhor adaptação ao estresse e maior encorajamento no dia-a-dia através da prática religiosa^{2,29,30}. A meditação produz aumento de GABA, melatonina, serotonina da atividade do hemisfério esquerdo cere-

bral, do lobo frontal bilateral, giro do cíngulo, tálamo e diminuição de atividade no córtex parietal bilateral. Existem muitas evidências da influência espiritual em fenômenos fisiológicos e também no enfrentamento de doenças, porém a literatura ainda é escassa com estudos em doentes com dor²⁷.

Conclusão

Atualmente há inúmeros estudos relacionados aos mecanismos e

enfrentamento de dor, incluindo-se a religiosidade / espiritualidade como uma estratégia importante. Muitas evidências indicam que ocorre uma redução na secreção de hormônios que diminuem a contagem de células imunes e que estão envolvidos no estresse, através das práticas espirituais. Por outro lado, sabe-se que a religiosidade ajuda no alívio da dor e que aumenta a quantidade de neurotransmissores envolvidos nesse controle, porém há poucos estu-

dos que tenham investigado diretamente doentes com dor crônica e o efeito fisiológico de práticas religiosas em seus sintomas. Estes aspectos devem ser investigados em estudos futuros e, dentro da prática clínica, devem também ser incluídos na abordagem do doente, assim como aspectos psicossociais passaram a integrar o tratamento no século passado depois das evidências de que mudanças nesses âmbitos resultam em modulação direta de sintomas físicos.

REFERÊNCIAS

1. Kreling, MCGD, Cruz DALM, Pimenta CAM. Prevalência de dor crônica em adultos. *Rev Brasileira Enf.* 2006;59(4):509-13.
2. Peres MFP, Arantes ACLQ, Lessa OS, Caous CAndré. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev Psiq Clin.* 2007;34(1):82-7.
3. Salvetti MG, Pimenta CAM. Dor crônica e a crença da auto-satisfação. *Rev Escola Enf USP.* 2007;41(1):135-40.
4. Castro AR, de Siqueira SR, Perissinoti DM, de Siqueira JT. Psychological evaluation and cope with trigeminal neuralgia and temporomandibular disorder. *Arq Neuropsiquiatr.* 2008;66(3B):716-9.
5. Oliveira SB, Siqueira SR, Sanyoyski AR, Amaral LM, Siqueira JT. Temporomandibular Disorder in Brazilian patients: a preliminary study. *J Clin Psychol Med Settings.* 2008;15(4):338-43.
6. Teixeira MJ. Fisiopatologia da dor. *Rev Med.* 1995;73(2):55-64.
7. Wachholtz AB, Pearce MJ, Koenig H. Exploring the Relationship between Spirituality, coping and pain. *J Behav Med.* 2007;30:3001-8.
8. Andersson G. Chronic Pain and Praying to a Higher Power: Useful or Useless? *J Relig Health.* 2008;47:176-87.
9. Chapman CR, Tuckett RP, Song CW. Pain and Stress in a Systems Perspective: Reciprocal Neural, Endocrine, and Immune Interactions. *Journal of Pain.* 2008;9(2):122-45.
10. Johnstone B, Franklin KL, Yoon DP, Shigaki C. Relationships among religiosity, spirituality, and health for individuals with stroke. *J Clin Psychol Med Settings.* 2008;15:308-13.
11. Arntz W, Chasse B, Vicente M. Quem somos nós. Rio de Janeiro: Prestígio Editorial; 2005.p.15.
12. Maia AC. Emoções e sistema imunológico: um olhar sobre a psiconeuroimunologia. *Psicologia: teoria, investigação e prática.* Portugal. 2002;2:207-25.
13. Unruh AM. Spiritualité, religion et douleur. *CJNR.* 2007;39(2):66-86.
14. Tartaro J, Luecken LJ, Gunn HE. Exploring Heart and Soul: Effects of Religiosity/Spirituality and Gender on Blood Pressure and Cortisol Stress Responses. *Journal of Health Psychology.* 2005;10(6):753-66.
15. Teixeira MJ, Filho JLB, Márquez JO, Yeng LT. Dor – Contexto Interdisciplinar. Paraná: Editora Maio; 2003.
16. Catalano EM, Hardin KN. Dores Crônicas: Um guia para tratar e prevenir. Rio de Janeiro: Summus; 2007.p.17-9.
17. Forlenza OV. Aspectos psiquiátricos da dor. *Jornal Brasileiro Psiquiatria.* 1994;43(3):141-8.
18. Latorre MA. A holistic view of psychotherapy: connecting mind, body, and spirit. *Perspectives in Psychiatric Care.* 2000;36(2):67-8.
19. Rocha APC, Kraychete DC, Lemonica L; Carvalho LR, Barros GAM, Garcia JBS et al. Dor: aspectos atuais da sensibilização periférica e central. *Rev Bras Anestesiologia.* 2007;57(1):94-105.
20. Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiologia Médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
21. Ru-Rong J, Kawasaki Y, Zhuang ZY, Wen YR, Decosterd I. Possible role of spinal astrocytes in maintaining chronic pain sensitization: review of current evidence with focus on bFGF/JNK pathway. *Neuron Glia Biol.* 2006;2(4):259-69.
22. Clegg A. Gerontological care and practice - Ask the experts Spirituality in care. *Nursing older peoples.* 2006;18(1):14-5.

23. Brooks D, Henry J, Leblanc J, McKenzie G, Nagy T, Tallon H, et al. Incorporating Spirituality into Practice. Canadian Nurse. 2005;101(6):22-4.
 24. Ladd KL, Spilka BI. Outward, and Upward: cognitive aspects of prayer. Journal for the Scientific Study of Religion. 2002;41(3):475-84.
 25. Nussbaum GB. Spirituality in critical care - Patient comfort and satisfaction. Crit Care Nurs Q. 2003;26(3):214-20.
 26. Pulchalsk CM, Kilpatrick SD, McCullough ME, Larson D. A systematic review of spiritual and religious variables in Palliative Medicine. Journal of Pain and Symptom Management. Palliative and Supportive Care. 2003;1:7-13.
 27. Seybold KS. Physiological Mechanisms Involved in Religiosity/Spirituality and Health. J Behav Med. 2007;30:3003-9.
 28. Lindberg DA. Integrative Review of Research Related to Meditation, Spirituality, and the Elderly. Rev Geriatric Nursing. 2005;23(6):372-7.
 29. Pulchalsk CM. Spirituality in health: the role of spirituality in critical care. Crit Care Clin. 2004;20:487-504.
 30. Wachholtz AB, Keefe FJ. What Physicians should know about spirituality and chronic pain. Southern Medical Journal. 2006;99(10):1174-5.
-

Recebido em 6 de agosto de 2010
Aprovado em 30 de setembro de 2010