

ESPIRITUALIDADE: DO CONCEITO À ANAMNESE ESPIRITUAL E ESCALAS PARA AVALIAÇÃO

SPIRITUALITY: FROM CONCEPT TO SPIRITUAL ANAMNESIS AND EVALUATION SCALES

Roberto Esporcatte^{1,2,3}

Álvaro Avezum Jr^{3,4,5}

Alexander Moreira-Almeida⁶

Ibraim Masciarelli Francisco

Pinto^{7,8}

Emilio Hideyuki Moriguchi^{3,9}

1. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

2. Hospital PróCardíaco. Unidade Cardiointensiva. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

3. Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular (GEMCA) da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

4. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Centro Internacional de Pesquisa. São Paulo, SP, Brasil.

5. Universidade de São Paulo. Departamento de CardioPneumologia. São Paulo, SP, Brasil.

6. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF - NUPES - Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde. Juiz de Fora, MG, Brasil.

7. Grupo FLEURY. São Paulo, SP, Brasil.

8. Métodos Diagnósticos do Instituto Dante Pazzanese. São Paulo, SP, Brasil.

9. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência:

Roberto Esporcatte

Rua Mena Barreto, 29 Botafogo,

Rio de Janeiro/RJ - CEP 22271 - 100.

resporcatte@globocom

RESUMO

A integração da espiritualidade de forma sistemática e profunda na prática clínica tem sido recomendada como forma de transmitir aos pacientes a certeza de sua posição no centro dos cuidados. A maioria dos pacientes tem alguma forma de religiosidade/espiritualidade que influencia tanto os processos envolvidos na manutenção da saúde e no adoecimento, quanto nas formas de enfrentamento das adversidades. Muitos pacientes e seus familiares têm demandas na esfera da espiritualidade, principalmente em doenças graves, crônicas ou próximas do fim. Há um conjunto de evidências que indicam que diversas expressões da espiritualidade têm impacto significativo na saúde e no bem-estar, que se associa a menores níveis de mortalidade geral, depressão, suicídio e uso de substâncias e a aumento da qualidade de vida. Além de grande lacuna na formação médica para realizar a anamnese espiritual adequada, muitos profissionais têm incertezas sobre a receptividade dos pacientes, a percepção de invasão de privacidade ou a imposição de religião, dificuldades na linguagem da espiritualidade, divergências de crença ou mesmo falta de tempo. Para que essa abordagem não seja conflitante há que haver preparo e aceitação tanto por parte dos profissionais de saúde, quanto dos pacientes e cada momento de interação deve ser transformado em oportunidade para uma avaliação natural e sensível da espiritualidade. Neste artigo, os autores apresentam diversos conceitos sobre espiritualidade e propostas para o rastreamento e anamnese baseadas em questionários e escalas disponíveis tanto para prática clínica como para pesquisa.

Descritores: Espiritualidade; Religião; Formação de Conceito; Anamnese; Inquéritos e Questionários.

ABSTRACT

Integrating spirituality into clinical practice, in a systematic and profound way, has been recommended as a way of transmitting a greater sense of security to patients at the care center. Most patients have some form of religious or spiritual belief that impacts both the processes involved in maintaining health and illness, and the ways in which they cope with adversity. Many patients and their families have spiritual requirements, especially those with serious, chronic or end-of-life conditions. There is a body of evidence to indicate that different expressions of spirituality have a significant impact on health and well-being, being associated with lower levels of overall mortality, depression, suicide and substance abuse, and better quality of life. In addition to the great gap in medical training to conduct an adequate spiritual anamnesis, many professionals have uncertainties related to patient's receptiveness, perceived invasion of privacy or of imposing religion, difficulties with the language of spirituality, differences of belief, or even a lack of time. To ensure that this approach is not conflicting, there must be preparation and acceptance by health professionals and patients, and each moment of interaction must be turned into an opportunity for a natural and sensitive assessment of spirituality. In this article, the authors present several concepts about spirituality, and some proposals for screening and anamnesis based on the questionnaires and scales available for clinical practice and research.

Keywords: Spirituality; Religion; Concept Formation; Medical History Taking; Surveys and Questionnaires.

INTRODUÇÃO

Muitos pacientes têm sua vida pessoal, cuidados de saúde e formas de enfrentamento de dificuldades e doenças paudadas por crenças e comportamentos religiosos e espirituais. Um consistente e crescente corpo de evidências indica que a religiosidade e espiritualidade têm um marcante impacto, geralmente positivo, sobre a saúde e bem estar, em especial: menores níveis de mortalidade geral, depressão, suicídio, uso/abuso de substâncias e melhor qualidade de vida.¹

Para muitos, o isolamento decorrente do grau de adoecimento e confinamento domiciliar ou hospitalar, o afastamento da comunidade ou a impossibilidade de manter suas práticas religiosas pode gerar sofrimento espiritual, interferir na aderência ou gerar conflitos no tratamento.^{2,3}

A maioria dos pacientes possui alguma forma de religiosidade/espiritualidade e deseja que questões relacionadas sejam feitas pelo profissional de saúde, especialmente o médico. Tal interação agrega maior empatia, confiança no profissional, dá ao paciente a percepção de ser melhor acolhido e ser colocado no centro dos cuidados mais humanizados e desta forma fortalece a relação médico-paciente.^{4,5}

Com base nas evidências supracitadas, diversas associações médicas e da área de saúde têm recomendado a integração da religiosidade/espiritualidade na prática clínica, notadamente através da anamnese espiritual.⁶⁻⁸ Apesar disso, muitos estudantes e profissionais ainda não abordam o tema na prática clínica. Entre as principais barreiras apontadas por eles estão a incerteza sobre a receptividade dos pacientes, falta de conhecimento e treinamento formal, receio de ser interpretado como invasão de privacidade ou imposição de religião, dificuldades na linguagem da espiritualidade, divergências de crença ou mesmo simples falta de tempo.^{9,10} É lícito imaginar que grande parte dessas dificuldades resultem de falta de treinamento, pois a temática ainda não é usualmente abordada durante os anos de formação profissional. Em decorrência disto, o assunto acaba por não ser incluído nas anamneses e perde-se assim a oportunidade de estreitar ainda mais a relação médico-paciente e abordar o paciente de modo mais completo. O objetivo deste artigo é apresentar o conceito de espiritualidade e sugerir modos de incluir o assunto na anamnese, assim como apresentar escalas que facilitem a abordagem prática deste tema nas consultas e avaliações médicas.

CONCEITUAÇÃO DE ESPIRITUALIDADE

Encontrar linguagem e conceitos claros para espiritualidade como um aspecto relevante da experiência humana é um desafio persistente. Como atributo central da espiritualidade se coloca a presença do sagrado, o qual se refere “não apenas a Deus, ao poder superior, ou ao divino, mas também aos espectros da vida que adquirem caráter e significado espiritual”.¹¹ Nesta perspectiva, o sagrado incluiria percepções de transcendência, infinitude, derradeiro e conectividade profunda. Indivíduos religiosos ou não atribuem qualidades sagradas a muitos aspectos da vida, incluindo natureza, tempo, relacionamentos, esforços e virtudes. Para alguns indivíduos, o termo sagrado ressoa como meio de expressar esses aspectos da vida que são separados do comum. Entretanto, para outros, a terminologia do sagrado está entrelaçada com as noções teístas de espiritualidade e podem promover exclusão conceitual.

Para Koenig, religião é “um sistema organizado de crenças, práticas e símbolos destinados a facilitar a proximidade com o transcendente ou o Divino e fomentar a compreensão do relacionamento e das responsabilidades de uma pessoa com os outros que vivem em comunidade”.^{6,7,11}

Já religiosidade é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Pode ser organizacional (participação na igreja, templo ou serviços religiosos) ou não organizacional como rezar, ler livros ou assistir programas religiosos por iniciativa própria.

Para Koenig, “espiritualidade é uma busca pessoal para entender questões relacionadas ao fim da vida, ao seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente que, pode ou não, levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de uma comunidade”.¹²

Para o Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular (GEMCA) da Sociedade Brasileira de Cardiologia “espiritualidade é um conjunto de valores morais, mentais e emocionais que norteiam pensamentos, comportamentos e atitudes nas circunstâncias da vida de relacionamento intra e interpessoal”. Pode-se acrescentar ainda o aspecto de ser motivado ou não pela vontade e ser passível de observação e de mensuração”.⁶

Espiritualidade também pode ser conceituada como “um aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade, pelo qual as pessoas buscam significado, propósito, transcendência e experimentam relacionamento com o eu, a família, os outros, a comunidade, a sociedade, a natureza e o significativo ou sagrado. Espiritualidade é expressa através de crenças, valores, tradições e práticas”.¹³

Como visto acima, a construção conceitual de espiritualidade para muitos inclui religião e outras visões do universo, mas pode englobar também aspectos muito mais gerais, pelos quais as experiências individuais ou coletivas possam ser expressas, inclusive através das artes, relações com a natureza e outros, e para alguns, através do conceito de humanismo secular.¹⁴

Conforme Lucchese e Koenig, sob a ótica humanista secular, não existe crença, conexão ou desejo de se conectar à transcendência, ao sagrado, a Deus ou ao sobrenatural, pois as convicções, comportamentos e relações sociais têm valor e importância intrínsecas. Relacionamentos humanos, valores morais e padrões éticos são muito importantes, e o perdão, o altruísmo e a gratidão são frequentemente enfatizados e praticados, mas sem qualquer referência ao transcendente.¹⁵

ANAMNESE OU HISTÓRIA ESPIRITUAL

A anamnese ou história espiritual pode ser vista como um conjunto de perguntas para convidar os pacientes a compartilhar suas crenças e práticas religiosas ou espirituais, especialmente em sua relação com a saúde. Deve ser centrada no paciente e guiada pela extensão em que o paciente escolhe divulgar suas vivências espirituais.^{12,16}

É fundamental buscar entender as crenças do paciente, identificar aspectos que interferem nos cuidados de saúde, avaliar a força espiritual individual, familiar ou social que lhe permitirá enfrentar a doença, oferecer empatia e apoio, ajudá-lo a encontrar aceitação da doença e identificar situações de conflito ou sofrimento espiritual que exigirão avaliação por um profissional capacitado. Nesta avaliação, torna-se

fundamental também detectar sentimentos negativos que possam contribuir com o adoecimento ou agravamento do mesmo tais como mágoa, ressentimento, falta de perdão, ingratidão, raiva, hostilidade, entre outros. Além destes aspectos, a resposta emocional do paciente e a presença de sentimentos negativos pode interferir até mesmo com a aderência medicamentosa ao tratamento.⁶⁻¹⁸

Existem várias formas de abordar esse tema e o mais importante é que isso seja feito de forma sensível, sem promover visões de religiões ou seculares. Tampouco o indivíduo deve ser ou se sentir coagido a adotar crenças ou práticas específicas, religiosas ou não.⁶

Para que essa abordagem não seja conflitante há que haver preparo e aceitação tanto por parte dos profissionais de saúde, quanto pelos pacientes e cada momento de interação deve ser transformado em oportunidade para uma avaliação sob a ótica da espiritualidade. Isto pode se dar na abordagem de um novo paciente no fluxo normal da anamnese e da história social, envolvendo familiares ou círculo de relacionamentos pessoais. Deve ser lembrada sempre na admissão hospitalar ou casas de apoio, principalmente frente a doenças graves, crônicas, progressivas ou de prognóstico reservado, internações prolongadas e nas situações de investigações diagnósticas ou intervenções terapêuticas de alto risco.

Nas apresentações clínicas críticas, agudas e instáveis, grandes traumas ou de grande envolvimento emocional, deve-se postergar e identificar o melhor momento para estas abordagens.⁶ Em consultas de manutenção ou revisão, lacunas de informações sobre espiritualidade devem ser preenchidas.

Na maioria das vezes a abordagem pode ser feita naturalmente, durante a entrevista, no momento em que o médico avalia os aspectos psicossociais. Detalhar as formas de apoio e enfrentamento utilizadas pelo paciente e seu núcleo familiar em doenças graves, com perdas significativas ou mesmo inquirir sobre os hábitos e aspectos comportamentais envolvendo estilo de vida, atividades de interesse e lazer, são estratégias importantes para facilitar a obtenção de valores intrínsecos e sensíveis.¹⁵

Pacientes não religiosos ou reticentes ao tema da espiritualidade podem ser abordados sobre as estratégias e forças utilizadas em enfrentamento de doenças prévias, histórico de saúde mental e suportes prévios utilizados como terapias comportamentais, ansiolíticos, antidepressivos e estimulantes, ou mesmo inquirir sobre o que promove significado, propósito de vida, visão sobre finitude e quais crenças ou hábitos de vida podem ter impacto nas condutas médicas. A negativa ou percepção de desconforto frente à abordagem por parte do entrevistado também devem ser vistas como um alerta para dificuldades e conflitos internos com o tema, abordagem incompleta ou incipiente, momento não adequado e despertar a reflexão do profissional de saúde para posterior revisão nesta área.

O profissional de saúde deve mostrar-se sensível e acolhedor para com as crenças e práticas religiosas. Havendo sentimentos negativos, conflitos ou necessidades espirituais, o profissional pode solicitar a participação de indivíduo treinado na área ou de membro da comunidade do paciente, de forma a lidar adequadamente com essas questões de modo mais íntimo e que possa ser mais efetivo.⁶

Deve-se inquirir sobre a importância da espiritualidade,

da religiosidade e da religião para o paciente, se esta o ajuda a lidar com a doença, se gera estresse ou sentimentos negativos como culpa, raiva, tristeza, injustiça, medo da morte, punição e se exerce influência na adesão ou em decisões sobre o tratamento e se há alguma necessidade espiritual não atendida.^{6,19}

Abordagens clínicas em espiritualidade podem ser vistas em três níveis: rastreamento, anamnese e abordagem ou cuidados na dimensão espiritual.²⁰

O rastreamento espiritual é de breve duração e deve ser feito já no contato inicial, por todo e qualquer provedor de cuidados clínicos, através de questões abertas ou escala de respostas. O objetivo é identificar pacientes com necessidade de maior detalhamento ou mesmo de encaminhamento para cuidados em espiritualidade. Algumas formas de entrevista podem ser semi-estruturadas como a proposta por Fitchett e Risk: "Religião ou espiritualidade são importantes no enfrentamento da sua doença? Se sim, quanta força/conforto você retira da sua religiosidade/espiritualidade neste momento? Se não, houve algum momento em que (R/E) foi importante para você? Você gostaria da visita de um capelão?"²¹⁻²³

Para o segundo nível de abordagem, onde se pretende uma história ou anamnese espiritual, faz-se necessário melhor nível de conhecimento e treinamento, sendo reservado principalmente para médicos, enfermeiros ou outros profissionais capacitados como capelães.²⁰ A anamnese, também de curta duração, pode ser feita na primeira abordagem ou nas visitas subsequentes por meio de questões abertas. Permite ampliar o entendimento dos diferentes domínios da espiritualidade e religiosidade dos pacientes que poderão afetar a evolução clínica, o enfrentamento da doença, o autocuidado e seu bem-estar físico, mental e espiritual.⁶

A história espiritual pode ser obtida ao longo da conversa com o paciente, de maneira informal e intuitiva, ou valer-se de instrumentos estruturados, muito úteis principalmente para aqueles não familiarizados ou em processo de aprendizagem. Há um número significativo de questionários disponíveis e validados na língua portuguesa, analisados criticamente por Lucchetti et al.²⁴

Para a prática assistencial, em busca de informações mais aprofundadas e com o objetivo de identificar demandas, expectativas, mecanismos associados de adoecimento há várias ferramentas que avaliam diferentes domínios de espiritualidade e religiosidade e que mostram associações com desfechos de saúde.

Analisar alguns destes instrumentos, conhecidos por seus acrônimos como FICA,²⁵ HOPE,²⁶ SPIRIT²⁷ e FAITH,³ leva à progressiva familiarização com os diversos aspectos relevantes à anamnese espiritual, com maior desenvoltura, abrangência e, consequentemente, maior capacidade de atender as demandas do paciente. (Quadros 1 e 2)

O questionário FICA tem mostrado as melhores características psicométricas, (Quadro 1) analisando quatro dimensões (Fé ou Crenças, Importância e Influência, Comunidade e Ação no tratamento). É de fácil aplicação, rápida execução e boa memorização. Da mesma forma, o HOPE tem mostrado boa performance na avaliação espiritual, abordando as fontes de esperança e enfrentamento, participação em organização religiosa, práticas espirituais pessoais e efeitos da espiritualidade sobre o tratamento. Dois outros instrumentos úteis

Quadro 1. Questionários HOPE, FICA, CSI-MEMO e ACP para anamnese espiritual.

Questionário HOPE	Questionário FICA
H – Há fontes de esperança? Quais são suas fontes de esperança, conforto e paz? A que você se apegua nos tempos difíceis? O que lhe dá apoio e faz você andar para a frente?	F – Fé/crença Você se considera religioso ou espiritualizado? Você tem crenças que ajudam a lidar com os problemas? Se não tem, o que dá significado à vida?
O – Organização religiosa Você se considera parte de uma religião organizada? Isso é importante? Faz parte de uma comunidade? Isso ajuda? De que formas sua religião ajuda você? Você é parte de uma comunidade religiosa?	I – Importância/influência Que importância você dá para a fé e as crenças religiosas na sua vida? A fé ou as crenças já ajudaram você a lidar com estresse ou problemas de saúde? Você tem alguma crença que pode afetar decisões médicas ou o seu tratamento?
P – Práticas espirituais pessoais Você tem alguma crença espiritual que seja independente da sua religião organizada? Você crê em Deus? Qual é a sua relação com ele? Que aspectos da sua espiritualidade ou prática espiritual ajudam mais? (oração, meditação, leituras, frequentar serviços religiosos?)	C – Comunidade Você faz parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual? Ela lhe dá suporte? Como? Existe algum grupo de pessoas que você realmente ama ou é importante para você? Há alguma comunidade (igreja, templo, grupo de apoio) que lhe dê suporte?
E – Efeitos no tratamento Há algum recurso espiritual do qual você está sentindo falta? Há alguma restrição para seu tratamento gerada por suas crenças?	A – Ação no tratamento Como você gostaria que o médico considerasse a questão R/E no seu tratamento? Indique algum líder religioso/espiritual da sua comunidade.
CSI—MEMO	História espiritual (American College of Physicians)
1. Suas crenças religiosas/espirituais lhe dão conforto ou são fontes de estresse? 2. Como estas crenças influenciariam suas decisões médicas se você ficasse realmente doente? 3. Você possui algum tipo de crença espiritual que pode influenciar ou conflitar com suas decisões médicas? 4. Você é membro de alguma comunidade espiritual ou religiosa e ela lhe dá suporte? 5. Você possui alguma necessidade espiritual que deva ser abordada por alguém?	1. A fé (religião/espiritualidade) é importante para você nesta doença? 2. A fé tem sido importante para você em outras épocas da sua vida? 3. Você tem alguém para falar sobre assuntos religiosos? 4. Você gostaria de tratar de assuntos religiosos com alguém?

Quadro 2. Questionário SPIRIT para anamnese espiritual.

Domínio	Sugestões de perguntas
S - Spiritual belief system	
S: Sistema de crenças espirituais	Você tem uma afiliação religiosa formal? Você tem uma vida espiritual que é importante para você?
P - Personal spirituality	
P: Espiritualidade pessoal	De que maneira sua espiritualidade é importante para você?
I - Integration with a spiritual community	
I: Integração com uma comunidade espiritual	Você pertence a algum grupo ou comunidade religiosa ou espiritual?
R - Ritualized practices and restriction	
R: Práticas ritualizadas e restrição	Quais práticas específicas você realiza como parte da vida religiosa ou espiritual?
I - Implications for medical care	
I: Implicações para a assistência médica	Você gostaria de discutir implicações religiosas ou espirituais da assistência à saúde?
T - Terminal events	
T: Eventos terminais	Existem aspectos particulares dos cuidados médicos que você deseja renunciar ou recusou por causa de sua religião / espiritualidade?

são o CSI-MEMO (acrônimo para os termos em inglês de *Comfort, Stress, Influence, MEMber of religious community, Other spiritual needs*)²⁸ e o instrumento de história espiritual do *American College of Physicians*.²⁹ (Quadro 1) Naturalmente, é necessário que o profissional domine e aplique todos esses instrumentos. Eles são apresentados aqui como ilustrações das diversas abordagens possíveis. Recomenda-se que o clínico se familiarize com pelo menos um deles e o aplique rotineiramente. As pesquisas e a prática clínica indicam que sua utilização leva apenas de dois a cinco minutos.

Há um terceiro nível da anamnese e interação com os pacientes através de entrevistas mais longas, estruturadas em diretrizes e conceitos validados e que têm por objetivo aprimorar o diagnóstico e estabelecer um plano de cuidados espirituais. Esta forma de entrevista pode ocorrer em uma primeira abordagem ou em encontros subsequentes. É a oportunidade para identificar problemas, demandas específicas ou conflitos na área da espiritualidade que necessitem de um plano de ação diagnóstico e terapêutico personalizados. Para tal, é necessário que o profissional detenha capacitação específica e experiência, principalmente para fins de intervenções clínicas.

Não se deve esperar que a equipe interdisciplinar possa concluir uma avaliação espiritual completa ou atender todas as necessidades espirituais. Enfermeiros, médicos e outros membros da equipe de saúde podem atender às

necessidades espirituais de uma pessoa, mas o cuidado espiritual especializado está fora do escopo tradicional de sua prática. Da mesma forma, líderes religiosos podem visitar seus próprios membros no hospital, mas frequentemente eles não fazem parte da equipe de saúde, podendo não haver experiência suficiente para a criação de planos de cuidados espirituais.

Em nosso meio, a atividade de cuidados espirituais é frequentemente exercida por formas variadas de capelania, principalmente no modelo confessional, ou por profissionais da área da saúde mental enquanto em outros países, a capelania não-confessional assume o papel central das intervenções. Estes profissionais, quando certificados, devem possuir conhecimento amplo e ecumênico, com rigoroso código de ética que exige respeito e proíbe o proselitismo de modo que as crenças e escolhas pessoais de cada paciente sejam respeitadas e o conjunto de aspectos ligados à espiritualidade sejam utilizados para o benefício da saúde e do bem-estar do paciente.

ESCALAS PARA AVALIAÇÃO EM PESQUISA

São muitos os instrumentos disponíveis para aferição das dimensões de espiritualidade, embora muitos o façam explorando mais os domínios da religião e religiosidade, do bem-estar e paz interior ou sentimentos como perdão e gratidão. Isso se deve à diversidade conceitual do que se entende por espiritualidade. Alguns autores defendem que o termo espiritualidade deve manter sua especificidade de referência ao transcendente (à dimensão espiritual) e ao sagrado.^{30,31} Outros autores, defendem um conceito mais largo de espiritualidade, mas correndo o risco de incluir outros aspectos importantes da vida, mas não necessariamente espirituais, como felicidade, bem estar, apreciação do belo e da natureza. Além disso, é importante distinguir escalas que se propõem a medir especificamente espiritualidade, das que medem o que elas chamam de “bem estar espiritual”, que envolve vários estados psicológicos positivos (embora não necessariamente ligados à espiritualidade) como paz, sentido existencial e bem estar em geral.

O desenvolvimento de instrumentos destinados a avaliar a espiritualidade pode ser concebido como um processo de duas etapas.³² (Quadro 3) O primeiro passo deve ser a definição do aspecto conceitual da espiritualidade que

Quadro 3. Desenvolvimento de instrumentos de aferição de espiritualidade. Modificado de Monod e col.³²

Conceitos (áreas de aferição)	Classificação funcional: operacionalização dos conceitos
Espiritualidade geral	1. Expressão cognitiva: medir atitudes e crenças Ex: “Você acredita que a meditação tem valor?”
Bem-estar espiritual	2. Expressão comportamental: medir comportamentos Ex: “Com que frequência você vai à igreja?”
Necessidades espirituais	3. Expressão afetiva: medir sentimentos Ex: “Você se sente em paz?”
Enfrentamento (<i>coping</i>) ou suporte espiritual	

o instrumento pretende avaliar e, à seguir, é necessária a definição dos itens que operacionalizem o conceito de espiritualidade em questão.

Embora seja uma escala de religiosidade, o índice DUREL (*Duke University Religion Index*) pode ser útil para abordagens mais simples. É sucinto, de fácil aplicação e composto por cinco itens que avaliam três dimensões do envolvimento religioso: religiosidade organizacional, não-organizacional e intrínseca.³³ (Quadro 4)

Várias revisões sistemáticas analisam os instrumentos disponíveis, com análise crítica quanto aos domínios explorados, suas propriedades psicométricas disponibilidade e validação em português.^{24, 32,34}

Para fins de pesquisa parecem mais apropriados os questionários com resposta em escala numérica. Eles variam no número de questões, modo de aplicação e resposta. Para uso individual e assistencial, os questionários com respostas abertas e menor número de questões são mais práticos.

A escala denominada Medida Multidimensional Breve de Religiosidade e Espiritualidade (*Brief Multidimensional Measure of Religiousness and Spirituality*) é bem abrangente e considera diversas dimensões: frequência das experiências espirituais, valores/crenças, propensão para perdão, práticas religiosas de caráter pessoal, superação religiosa e espiritual, suporte e comprometimento religioso.³³

A escala *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp-12) é muito difundida e procura avaliar o bem estar espiritual em três domínios compreendidos por paz, significado e fé. Validada em português,³⁵ é respondida de forma autônoma, em escala Likert de cinco pontos (0 - 4) para as seguintes assertivas: a) Me sinto em paz; b) Eu tenho uma razão para viver; c) Minha vida foi produtiva; d) Tenho problemas para sentir paz de espírito; e) Sinto um senso de propósito na minha vida; f) Sou capaz de me aprofundar intensamente em busca de conforto; g) Sinto uma sensação de harmonia dentro de mim; h) Minha vida carece de significado e propósito; i) Encontro conforto em minha fé ou crenças espirituais; j) Encontro força em minha fé ou crenças espirituais; k) Minha doença fortaleceu minha fé ou crenças espirituais; e l) Eu sei que aconteça o que acontecer com a minha doença, tudo ficará bem.

Há instrumentos mais elaborados, extensos, explorando mais claramente domínios diversos e permitindo mensuração da religiosidade e espiritualidade. São estruturado com perguntas e respostas pontuadas, o que traz maior aplicabilidade para pesquisa clínica.

O instrumento de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, no módulo de Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (WHO-SRPB) avalia trinta e dois itens, distribuídos em oito domínios: a) Conexão a ser ou força espiritual; b) Sentido na vida; c) Admiração; d) Totalidade e integração; e) Força espiritual; f) Paz interior; g) Esperança e otimismo; e h) Fé. Está validado no Brasil e tem sido um dos instrumentos mais utilizados na pesquisa clínica.³⁶ (Quadro 5)

No entendimento e conceitualização do que seja bem-estar, há quatro dimensões (física ou biológica, social, mental ou psicológica e espiritual), onde são reconhecidos aspectos tanto patogênicos como salutares. No aspecto biológico, há vulnerabilidades ou proteções genéticas, padrão de uso de substâncias, sono, exercício, hábitos alimentares, etc. No

Quadro 4. Índice de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL).

1. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso? (religiosidade organizacional).	
1. () Mais do que uma vez por semana	4. () Algumas vezes por ano
2. () Uma vez por semana	5. () Uma vez por ano ou menos
3. () Duas a três vezes por mês	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? (religiosidade não-organizacional).	
1. () Mais do que uma vez ao dia	4. () Uma vez por semana
2. () Diariamente	5. () Poucas vezes por mês
3. () Duas ou mais vezes por semana	6. () Raramente ou nunca
A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você. (religiosidade intrínseca)	
3. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).	
1. () Totalmente verdade para mim	4. () Em geral não é verdade
2. () Em geral é verdade	5. () Não é verdade
3. () Não estou certo	
4. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.	
1. () Totalmente verdade para mim	4. () Em geral não é verdade
2. () Em geral é verdade	5. () Não é verdade
3. () Não estou certo	
5. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.	
1. () Totalmente verdade para mim	4. () Em geral não é verdade
2. () Em geral é verdade	5. () Não é verdade
3. () Não estou certo	

Quadro 5. Escala de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, módulo de Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (WHO-SRPB).⁽³⁶⁾

<p>Conexão a ser ou força espiritual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual ajuda você a passar por épocas difíceis? • Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual ajuda você a tolerar o estresse? • Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual ajuda você a compreender os outros? • Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual conforta/tranquiliza você?
<p>Sentido na vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até que ponto você encontra um sentido na vida? • Até que ponto cuidar de outras pessoas proporciona um sentido na vida para você? • Até que ponto você sente que a sua vida tem uma finalidade? • Até que ponto você sente que está aqui por um motivo?
<p>Admiração</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até que ponto você consegue ter admiração pelas coisas a seu redor? (p. ex: natureza, arte, música) • Até que ponto você se sente espiritualmente tocado pela beleza? • Até que ponto você tem sentimentos de inspiração (emoção) na sua vida? • Até que ponto você se sente agradecido por poder apreciar (“curtir”) as coisas da natureza?
<p>Totalidade & integração</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até que ponto você sente alguma ligação entre a sua mente, corpo e alma? • Quanto satisfeito você está por ter um equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma? • Até que ponto você sente que a maneira em que vive está de acordo com o que você sente e pensa? • Quanto as suas crenças ajudam-no a criar uma coerência (harmonia) entre o que você faz, pensa e sente?
<p>Força espiritual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até que ponto você sente força espiritual interior? • Até que ponto você pode encontrar força espiritual em épocas difíceis? • Quanto a força espiritual o ajuda a viver melhor? • Até que ponto a sua força espiritual o ajuda a se sentir feliz na vida?
<p>Paz interior</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até que ponto você se sente em paz consigo mesmo? • Até que ponto você tem paz interior? • Quanto você consegue sentir paz quando você necessita disso? • Até que ponto você sente um senso de harmonia na sua vida?
<p>Esperança & otimismo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quanto esperançoso você se sente? • Até que ponto você está esperançoso com a sua vida? • Até que ponto ser otimista melhora a sua qualidade de vida? • Quanto você é capaz de permanecer otimista em épocas de incerteza?
<p>Fé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até que ponto a fé contribui para o seu bem-estar? • Até que ponto a fé lhe dá conforto no dia-a-dia? • Até que ponto a fé lhe dá força no dia-a-dia? • Até que ponto a fé o ajuda a gozar (aproveitar) a vida?

social, observa-se a adversidade infantil, modelos, apoio, pobreza, casamento, ambiente de trabalho, etc. No psicológico, há determinantes do quadro cognitivo, crenças centrais, etc. Já no espiritual, o bem estar pode estar relacionado a crenças sobre Deus, significado da vida, frequência à igreja, oração, meditação, estilos de enfrentamento religioso, etc. Este modelo de quatro domínios de saúde e bem-estar espiritual abrange todo o espectro de visões de mundo existentes, tanto as de base intrinsecamente religiosas quanto aquelas inerentes ao racionalismo ateuista.³⁷

A escala de bem-estar espiritual (*Spiritual Well-Being Scale - SWBS*) é muito utilizada em pesquisas e avalia o bem estar em vinte itens divididos em quatro domínios: pessoal, comunitário, religioso e transcendental.³⁸ (Quadro 6) Aos respondedores é solicitado que indiquem em que medida sentem que cada afirmação reflita a sua experiência pessoal atual. Está adaptada e validada para o português.³⁹

Revisões sistemáticas analisam os instrumentos disponíveis para avaliações de espiritualidade^{32,40} e bem-estar espiritual.⁴¹

Outra área de conhecimento em plena expansão diz respeito à análise das associações existentes entre espiritualidade, sentimentos, valores e saúde. Aspectos da psicologia positiva e comportamentais como otimismo, gratidão e perdão se contrapõem aos negativos como raiva, ansiedade, depressão e hostilidade, interferindo no processo da saúde e se associando a eventos adversos clinicamente relevantes.⁴²⁻⁴⁵ Nessa linha, tem sido proposto um novo campo de estudos da experiência humana e suas marcantes implicações para a saúde, o "Florescimento Humano". Este florescimento seria a busca do entendimento e potencialização de fatores que conduzem ao pleno desenvolvimento dos potenciais humanos, incluindo, felicidade, sentido existencial, virtudes e vínculos sociais fortes e saudáveis.⁴⁶

Quadro 6. Escala de bem estar espiritual (SWBS). Modificado de Marques e col.³⁹

Pessoal	Comunitária
1. identidade pessoal	1. amor pelos outros
2. auto-consciência	2. bondade para com outros
3. alegria na vida	3. confiar nos outros
4. paz interior	4. respeito pelos outros
5. sentido para a vida	5. generosidade para com outros
Ambiental	Transcendental
1. ligação com natureza	1. relação com Deus
2. admiração da paisagem	2. admiração pela criação
3. união com natureza	3. união com Deus
4. harmonia com ambiente	4. paz com Deus
5. magia na natureza	5. vida, meditação e oração

REFERÊNCIAS

- Koenig HG, King DE, Carson VB. Handbook of religion and health. 2nd ed. Oxford ; New York: Oxford University Press. 2012.
- Hummer RA, Rogers RG, Nam CB, Ellison CG. Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography*. 1999;36(2):273-85.
- Goldbourt U, Yaari S, Medalie JH. Factors predictive of long-term coronary heart disease mortality among 10,059 male Israeli civil servants and municipal employees. A 23-year mortality follow-up in the Israeli

Algunas das limitações observadas nos estudos de espiritualidade são referentes aos mecanismos envolvidos ainda não completamente elucidados, além da indefinição quanto aos melhores instrumentos de aferição na área de sentimentos e valores. Neste contexto, os questionários são heterogêneos, concebidos em cenários muito gerais ou muito específicos, frequentemente com validação interna e externa limitadas e capacidade discriminativa restrita. Ainda assim, deve-se destacar para a prática clínica e para pesquisas, o questionário de gratidão (*Gratitude Questionnaire - GQ-6*),⁴⁷ a Avaliação de Atitudes em relação ao Perdão (*Attitudes Toward Forgiveness*) e a Escala de Tendência para Perdoar (*Tendency to Forgive Scale*)⁴⁸ e a escala de otimismo (*Life Orientation Test-Revised*).⁴⁹

São promissoras as intervenções sobre estes componentes comportamentais e espirituais, embora os resultados não sejam uniformes,^{50,51} no entanto revisões sistemáticas recentes indicaram impactos positivos tanto sobre a saúde física como a mental.^{52,53} Indivíduos que receberam intervenções de perdão relataram maior capacidade de perdoar, mais esperança e menos depressão e ansiedade.^{54,55}

No estudo PEACE-III (*Positive Emotions after Acute Coronary Events-III*), envolvendo pacientes pós síndrome coronariana aguda e a utilização de intervenções de psicologia positiva, observou-se melhora substancial nos desfechos psicológicos e comportamentais, maior aderência ao programa de reabilitação física e maior carga semanal de atividades físicas realizadas.⁵⁶ Outros estudos demonstraram resultados semelhantes após angioplastia coronariana percutânea.⁵⁷

CONCLUSÃO

O cuidado centrado no paciente pressupõe a compreensão plena por parte dos profissionais de saúde sobre os aspectos diretamente envolvidos na temática da espiritualidade, não apenas nos que diz respeito aos processos de manutenção da saúde e de adoecimento, mas principalmente no fato de que os pacientes e seus familiares trazem a demanda e esperam ser abordados nos seus conteúdos pessoais transcendentais. Diversos questionários estão disponíveis e validados, tanto para a prática clínica como para pesquisas, para os quais se espera progressiva familiaridade com seus domínios e sensibilidade na sua utilização.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse na realização deste trabalho.

Ischemic Heart Disease Study. *Cardiology*. 1993;82(2-3):100-21.

- Kristeller JL, Rhodes M, Cripe LD, Sheets V. Oncologist Assisted Spiritual Intervention Study (OASIS): patient acceptability and initial evidence of effects. *Int J Psychiatry Med*. 2005;35(4):329-47.
- McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, King BD, McCormick KE, Oprandi AM, et al. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Ann Fam Med*. 2004;2(4):356-61.

6. **Précoma DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MCO, et al. Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. Arq Bras Cardiol. 2019;113(4):787-891.**
7. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Braz J Psychiatry.* 2014;36(2):176-82.
8. **Moreira-Almeida A, Sharma A, Van Rensburg BJ, Verhagen PJ, Cook CC. Posicionamento da Associação Mundial de Psiquiatria sobre Espiritualidade e Religiosidade em Psiquiatria. Revista Debates em Psiquiatria. 2018;8:6-8.**
9. Lucchetti G, Oliveira LR, Koenig HG, Leite JR, Lucchetti AL, Colaborators S. Medical students, spirituality and religiosity-results from the multicenter study SBRAEME. *BMC Med Educ.* 2013;13:162.
10. Vermandere M, De Lepeleire J, Smeets L, Hannes K, Van Mechelen W, Warmenhoven F, et al. Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. *Br J Gen Pract.* 2011;61(592):e749-60.
11. **Steinhauser KE, Fitchett G, Handzo GF, Johnson KS, Koenig HG, Pargament KI, et al. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part I: Definitions, Measurement, and Outcomes. J Pain Symptom Manage. 2017;54(3):428-40.**
12. Lucchetti G, Bassi RM, Lucchetti AL. Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments. *Explore (NY).* 2013;9(3):159-70.
13. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med.* 2014;17(6):642-56.
14. McSherry W, Cash K. The language of spirituality: an emerging taxonomy. *Int J Nurs Stud.* 2004;41(2):151-61.
15. Lucchese FA, Koenig HG. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2013;28(1):103-28.
16. Borneman T, Ferrell B, Puchalski CM. Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. *J Pain Symptom Manage.* 2010;40(2):163-73.
17. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *J Palliat Med.* 2009;12(10):885-904.
18. Koenig HG. STUDENTJAMA. Taking a spiritual history. *JAMA.* 2004;291(23):2881.
19. Berg G. The relationship between spiritual distress, PTSD and depression in Vietnam combat veterans. *J Pastoral Care Counsel.* 2011;65(1-2):6:1-11.
20. **Balboni TA, Fitchett G, Handzo GF, Johnson KS, Koenig HG, Pargament KI, et al. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part II: Screening, Assessment, and Interventions. J Pain Symptom Manage. 2017;54(3):441-53.**
21. Fitchett G, Risk JL. Screening for spiritual struggle. *J Pastoral Care Counsel.* 2009;63(1-2):4-1-12.
22. Steinhauser KE, Voils CI, Clipp EC, Bosworth HB, Christakis NA, Tulsky JA. "Are you at peace?": one item to probe spiritual concerns at the end of life. *Arch Intern Med.* 2006;166(1):101-5.
23. Mako C, Galek K, Poppito SR. Spiritual pain among patients with advanced cancer in palliative care. *J Palliat Med.* 2006;9(5):1106-13.
24. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Vallada H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. *Sao Paulo Med J.* 2013;131(2):112-22.
25. Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med.* 2000;3(1):129-37.
26. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician.* 2001;63(1):81-9.
27. Maugans TA. The SPIRITual history. *Arch Fam Med.* 1996;5(1):11-6.
28. Koenig HG. An 83-year-old woman with chronic illness and strong religious beliefs. *JAMA.* 2002;288(4):487-93.
29. Lo B, Quill T, Tulsky J. Discussing palliative care with patients. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med.* 1999;130(9):744-9.
30. Koenig HG. Concerns about measuring "spirituality" in research. *J Nerv Ment Dis.* 2008;196(5):349-55.
31. Moreira-Almeida A, Koenig HG. 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). *Soc Sci Med.* 2006;63(4):843-5.
32. Monod S, Brennan M, Rochat E, Martin E, Rochat S, Büla CJ. Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review. *J Gen Intern Med.* 2011;26(11):1345-57.
33. **Curcio CS, Lucchetti G, Moreira-Almeida A. Validation of the Portuguese version of the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (BMMRS-P) in clinical and non-clinical samples. J Relig Health. 2015;54(2):435-48.**
34. Hall DE, Meador KG, Koenig HG. Measuring religiousness in health research: review and critique. *J Relig Health.* 2008;47(2):134-63.
35. **Lucchetti G, Lucchetti ALG, Gonçalves JPB, Vallada HP. Validation of the Portuguese version of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being scale (FACIT-Sp 12) among Brazilian psychiatric inpatients. J Relig Health. 2015;54(1):112-21.**
36. Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Brazilian validation of the Quality of Life Instrument/spirituality, religion and personal beliefs. *Rev Saude Publica.* 2011;45(1):153-65.
37. Fisher J. The Four Domains Model: Connecting Spirituality, Health and Well-Being. *Religions.* 2011;2(1).
38. Fisher J, Gomez, R. & Fisher, J.W. (2003) Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences.* 2003; 35(8): 1975-91.
39. Marques L, Castellá Sarriera J, Dell'Aglio DD. Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual (EBE). *Aval Psicol.* 2009;8(2):179-86.
40. de Jager Meezenbroek E, Garssen B, van den Berg M, van Dieendonck D, Visser A, Schaufeli WB. Measuring spirituality as a universal human experience: a review of spirituality questionnaires. *J Relig Health.* 2012;51(2):336-54.
41. Linton M-J, Dieppe P, Medina Lara A. Review of 99 self-report measures for assessing well-being in adults: Exploring dimensions of well-being and developments over time. *BMJ Open.* 2016;6:e010641.
42. Celano CM, Beale EE, Beach SR, Belcher AM, Suarez L, Motiwala SR, et al. Associations Between Psychological Constructs and Cardiac Biomarkers After Acute Coronary Syndrome. *Psychosom Med.* 2017;79(3):318-26.
43. Mills PJ, Redwine L, Wilson K, Pung MA, Chinh K, Greenberg BH, et al. The Role of Gratitude in Spiritual Well-being in Asymptomatic Heart Failure Patients. *Spiritual Clin Pract (Wash D C).* 2015;2(1):5-17.
44. Rozanski A, Bavishi C, Kubzansky LD, Cohen R. Association of Optimism With Cardiovascular Events and All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2019;2(9):e1912200.

-
45. May RW, Sanchez-Gonzalez MA, Hawkins KA, Batchelor WB, Fincham FD. Effect of anger and trait forgiveness on cardiovascular risk in young adult females. *Am J Cardiol.* 2014;114(1):47-52.
46. **VanderWeele TJ. On the promotion of human flourishing. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2017;114(31):8148-56.**
47. McCullough ME, Emmons RA, Tsang JA. The grateful disposition: a conceptual and empirical topography. *J Pers Soc Psychol.* 2002;82(1):112-27.
48. Brown RP. Measuring individual differences in the tendency to forgive: construct validity and links with depression. *Pers Soc Psychol Bull.* 2003;29(6):759-71.
49. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *J Pers Soc Psychol.* 1994;67(6):1063-78.
50. Richards SH, Anderson L, Jenkinson CE, Whalley B, Rees K, Davies P, et al. Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;4:CD002902.
51. **Labarthe DR, Kubzansky LD, Boehm JK, Lloyd-Jones DM, Berry JD, Seligman ME. Positive Cardiovascular Health: A Timely Convergence. J Am Coll Cardiol. 2016;68(8):860-7.**
52. 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(14):2937-49.
53. Gonçalves JPB, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Complementary religious and spiritual interventions in physical health and quality of life: A systematic review of randomized controlled clinical trials. *PLoS One.* 2017;12(10):e0186539.
54. Recine AC. Designing forgiveness interventions: guidance from five meta-analyses. *J Holist Nurs.* 2015;33(2):161-7.
55. Lee YR, Enright RD. A meta-analysis of the association between forgiveness of others and physical health. *Psychol Health.* 2019:1-18.
56. Celano CM, Albanese AM, Millstein RA, Mastromauro CA, Chung WJ, Campbell KA, et al. Optimizing a Positive Psychology Intervention to Promote Health Behaviors After an Acute Coronary Syndrome: The Positive Emotions After Acute Coronary Events III (PEACE-III) Randomized Factorial Trial. *Psychosom Med.* 2018;80(6):526-34.
57. Peterson JC, Charlson ME, Hoffman Z, Wells MT, Wong SC, Hollenberg JP, et al. A randomized controlled trial of positive-affect induction to promote physical activity after percutaneous coronary intervention. *Arch Intern Med.* 2012;172(4):329-36.