

Fisioter Bras 2020;21(93):244-52

<https://doi.org/10.33233/fb.v21i3.3498>

ARTIGO ORIGINAL

Descrição do coping religioso/espiritual de pacientes neurológicos e sua correlação com a capacidade funcional e depressão

Description of the religious/spiritual coping of neurological patients and correlation with functional capacity and depression

Andressa Sampaio Pereira*, Isabella Cristina Leoci**, Silas de Oliveira Damasceno***, Caroline Nunes Gonzaga***, Alice Haniuda Moliterno***, Guilherme Yassuyuki Tacao****, Augusto Cesinando de Carvalho*****

*Residência em Fisioterapia Neurológica pelo Programa de Residência em Reabilitação Física pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Campus de Presidente Prudente/SP, **Discente do Programa de Pós-Graduação Lato Sensu, Especialização em Fisioterapia 12ª Edição, Área de concentração em Fisioterapia Aplicada à Neurologia pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Campus de Presidente Prudente/SP, ***Discente do Programa de Pós-Graduação Lato Sensu em Fisioterapia. Residência em Fisioterapia Neurológica pelo Programa de Residência em Reabilitação Física pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Campus de Presidente Prudente/SP, ****Pós-Graduação Stricto Sensu em Fisioterapia da Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente/SP, *****Docente do Departamento de Fisioterapia da Faculdade de Ciências e Tecnologia – Unesp. Presidente Prudente/ SP

Recebido em 21 de novembro de 2019; aceito em 19 de maio de 2020.

Correspondência: Andressa Sampaio Pereira, Rua Roberto Simonsen, 305 - Centro Educacional 19060-900 Presidente Prudente/SP

Andressa Sampaio Pereira: andressa_fisio2013@hotmail.com
Isabella Cristina Leoci: bela_leoci@hotmail.com
Silas de Oliveira Damasceno: silas.damasceno10@hotmail.com
Caroline Nunes Gonzaga: caa_nunes_11@yahoo.com.br
Alice Haniuda Moliterno: ftalice.m@gmail.com
Guilherme Yassuyuki Tacao: guilhermetacao@yahoo.com.br
Augusto Cesinando de Carvalho: augusto.cesinando@unesp.br

Resumo

Introdução: A relação entre a espiritualidade/religiosidade e as doenças está cada vez mais em evidência, dessa forma a prática da religião em hospitais tem sido associada a um menor risco de depressão, o que pode favorecer um melhor enfrentamento das dificuldades da doença através do coping religioso e/ou espiritual (CRE). **Objetivo:** Correlacionar o coping religioso e/ou espiritual com a capacidade funcional e a depressão de hemiparéticos e parkinsonianos submetidos a fisioterapia em grupo no formato de circuito de treinamento. **Métodos:** Foram analisados 28 indivíduos, participantes de um programa de circuito de treinamento T. Para a avaliação foram utilizadas as escalas *Dynamic Gait Index*, Inventário de Depressão de Beck, Escala de Depressão Geriátrica e CRE breve (CREb). **Resultados:** O score médio atingido na Inventário de Depressão de Beck e Escala de Depressão Geriátrica apontou uma depressão leve no grupo hemiparético, já no grupo de Parkinson não apresentou índices de depressão. O *Dynamic Gait Index* acusou risco de queda no grupo hemiparético, obtendo uma diferença significativa quando comparado ao grupo de Parkinson ($p < 0,05$). Ambos os grupos tiveram índice CRE positivo moderado. **Conclusão:** Pode-se afirmar que as doenças incapacitantes apresentam maior relação com a espiritualidade/religiosidade que as doenças neurológicas progressivas em atendimento de circuito de treinamento.

Palavras-chave: espiritualidade, depressão, doença de Parkinson, paresia, exercícios em circuitos.

Abstract

Introduction: The relationship between spirituality/religiosity and diseases is increasingly evident, thus, the practice of religion in hospitals has been associated with a lower risk of depression, which may favor better coping with difficulties of diseases through religious and/or spiritual coping.

Objective: To correlate religious and/or spiritual coping with functional capacity and depression of hemiparetic and parkinsonian patients undergoing group physical therapy in training circuit format.

Methods: 28 individuals participating in a training circuit format program were analyzed. Dynamic Gait Index, Beck Depression Inventory, Geriatric Depression Scale and Short religious and/or spiritual coping were used for the evaluation. **Results:** The mean score achieved in Beck Depression Inventory and Geriatric Depression Scale indicated a mild depression in the hemiparetic group, while in the Parkinson's group no depression was found. The Dynamic Gait Index showed a risk of hemiparetic group drop, obtaining a significant difference when compared to the Parkinson's Group ($p < 0.05$). Both groups had moderate positive index positive of religious and/or spiritual coping. **Conclusion:** The disabling diseases present greater relationship with the spirituality/religiosity than the progressive neurological diseases attended in training circuit.

Keywords: spirituality, depression, Parkinson's disease, paresis, circuit exercises.

Introdução

As disfunções neurológicas podem resultar em problemas físicos e emocionais na vida de um indivíduo [1,2], tendo significações diferenciadas para cada um. O acidente vascular encefálico (AVE) é uma das lesões mais incapacitantes do mundo [3], descrito como uma síndrome neurológica de início súbito oriundo de uma interrupção de fluxo sanguíneo, o que ocasiona lesão no sistema nervoso central, a qual pode culminar em deficiências motoras, sensitivas, mentais, perceptivas, linguagem, além de outros fatores secundários [4]. Além das doenças incapacitantes, como o AVE, nas disfunções neurológicas entram também as doenças progressivas, como a doença de Parkinson (DP) que é uma doença neurodegenerativa que leva a diversos sinais motores, como o tremor de repouso, rigidez, bradicinesia, instabilidade postural, além de manifestações secundárias [5]. Todos esses fatores contribuem para grandes sofrimentos relacionados ao processo patológico, que muitas vezes são acompanhadas de isolamento e crises de depressão [6], assim o cuidado com a espiritualidade passa a ser fundamental [7].

A relação entre a espiritualidade/religiosidade (ER) e a doença está cada vez mais em evidência nas pesquisas clínicas, apontando indicadores positivos e/ou negativos na saúde [6,8]. Estudos mostram que a prática da ER em hospitais tem sido associada a um menor risco de depressão e suicídio, e este método complementar pode favorecer um melhor enfrentamento das dificuldades adversas da doença através do coping religioso e/ou espiritual (CRE) [6,9,10].

Existem pontos a serem considerados dentro dessa estratégia de enfrentamento, uma vez que existem variáveis como o CRE positivo (CREp) que está relacionado a comportamentos práticas saudáveis de fé, esperança e sensação de proteção divina, e o CRE negativo (CREn) que envolve atitudes e comportamentos relacionados com o sofrimento e repercussões prejudiciais desencadeadas pela doença como uma forma de punição divina [9].

A espiritualidade é um sistema de crenças que melhora a capacidade de suportar diversos sentimentos através da propensão humana de se conectar com algo maior que si próprio, podendo ou não incluir a participação de uma religião. Já a religião é a prática de tradições sagradas, levando em consideração o patrimônio cultural, os dogmas e as doutrinas, mas, mesmo assim, existe uma expressão parcial da espiritualidade [7,9]. Assim, a religiosidade e a espiritualidade estão relacionadas, mas não são sinônimos [7].

Tendo em vista isso, os profissionais da área da saúde deveriam se aprofundar nos assuntos referentes a espiritualidade dos seus pacientes como mais um aspecto do atendimento. Entretanto, é visto que as pesquisas referentes a correlação do CRE com indivíduos com câncer e/ou ambiente hospitalar é crescente, mas ainda não se tem estudos comprovando se há uma correlação com a depressão e capacidade funcional em pacientes com doença neurológica, seja ela progressiva ou incapacitante.

Objetivos

Correlacionou-se o CRE com a capacidade funcional e a depressão dos hemiparéticos e parkinsonianos submetidos a fisioterapia de grupo no formato de circuito de treinamento (FGCT).

Material e métodos

Analisaram-se 28 indivíduos, independente do sexo, participantes do programa FGCT desenvolvido no Centro de Atendimento de Fisioterapia e Reabilitação (CEAFIR) da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), Faculdade de Ciências e Tecnologia (FCT), campus de Presidente Prudente. A pesquisa foi composta pelo Grupo Hemiparéticos (GH) e o Grupo Parkinsonianos (GP).

Critérios de inclusão geral

Pacientes de ambos os sexos; idade superior a 18 anos; encaminhamento médico constatando o diagnóstico clínico; capazes de realizar marcha com ou sem auxílio de órtese e ter habilidade para realizar teste de caminhada e ausência de déficits cognitivos avaliados pelo Mini Exame do Estado Mental (ponto de corte para indivíduos analfabetos 18/19 e para indivíduos com instrução escolar 24/25) [11].

Critérios específicos para GH

Hemiparesia unilateral; tempo de lesão maior que 6 meses; apresentar diferença na mobilidade dos membros inferiores (lado parético e não parético) determinados pelo teste *Lower Extremity Motor Coordination Test* (LEMOCOT) [12]. Os critérios de exclusão foram pacientes com dupla hemiparesia, afasia sensitiva ou condições de saúde adversas, tais como outras doenças neurológicas ou ortopédicas não relacionadas ao AVC.

Critérios específicos para GP

Pacientes com pontuação de 1,2 ou 3 no Hoehn e Yahr [13]. Os critérios de exclusão foram: condições de saúde adversas, tais como outras doenças neurológicas ou ortopédicas não relacionadas ao Parkinson.

Todos os voluntários foram informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo e após concordarem com a participação assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa FCT-UNESP (CAAE:81658317.0.0000.5402).

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional transversal que foi desenvolvido a partir de dados obtidos de uma amostra de conveniência de pacientes hemiparéticos e parkinsonianos em atendimento de FGCT delineado para avaliar o coping religioso e ou espiritual e correlacioná-lo com a capacidade funcional e a depressão desses pacientes.

Antes de iniciar as avaliações todos os voluntários assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Posteriormente, os pacientes foram submetidos a uma entrevista individual para coleta de dados pessoais, como nome completo, data de nascimento, profissão, escolaridade, religião, entre outros e foi realizada avaliação utilizando-se as escalas *Dynamic Gait Index* (DGI) [14], Inventário de Depressão de Beck (BDI) [15], Escala de Depressão Geriátrica (EDG) [16] e CRE breve (CREb) [17] que estão descritas abaixo.

Instrumentos e escalas de avaliação

1) CREb: Escala traduzida, validada e adaptada para a cultura brasileira com 49 itens, cujos objetivos estão relacionados ao grau de enfrentamento da doença e seus desdobramentos na busca de conforto espiritual, intimidade com Deus e a busca do bem-estar físico, psicológico e emocional. Os itens estão relacionados aos fatores de CREp somando 34 itens e quanto mais elevado o valor, maior é o uso do CREp. Já os fatores de CREn somam 15 itens e quanto mais elevado o valor, maior a sua utilização. O CRE total (CREt) de estratégias pela pessoa para o enfrentamento de estímulos estressores, foi obtido utilizando a média entre o índice CREp e a média da inversão das respostas aos itens do CREn. Para análise do CREb foi utilizado o

seguinte padrão: nenhuma ou irrisória (1,0 a 1,5); baixa (1,51 a 2,5); média (2,51 a 3,5); alta (3,51 a 4,5); altíssima (4,51 a 5,0), e quanto maior seu valor, maior é a utilização do CREp. Também é visto o CRE razão (CREr), que é a porcentagem do CREn em relação ao total do CREp, obtido pela simples divisão entre os dois. A razão pode variar entre 0,2 e 5,0 ressaltando que, quanto maior a razão, maior é a utilização do CREn em relação ao CREp. As respostas dos itens foram dadas em escala do tipo Likert de cinco pontos, que variavam de 1- nem um pouco; 2- um pouco; 3- mais ou menos; 4- bastante e 5 muitíssimo [17].

2) A EDG é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para o rastreamento de depressão em idosos. A escala utilizada tem 15 itens e é composta por perguntas fáceis de serem entendidas, tem pequena variação nas possibilidades de respostas e pode ser autoaplicada ou aplicada por um entrevistador treinado. Pontuações com valores ≥ 5 determina a presença de sintomas depressivos [16].

3) O BDI é um instrumento composto por 21 itens que dizem respeito a níveis de gravidade crescentes de depressão. O escore total é resultado da soma dos itens individuais, podendo alcançar o máximo de 63 pontos. A pontuação final é classificada em níveis mínimo, leve, moderado e grave, indicando assim a intensidade da depressão [15].

4) O DGI avalia a capacidade do indivíduo de realizar mudanças na marcha de acordo com as tarefas propostas, como mudanças de velocidade da marcha, contornar e passar por cima de obstáculos, realizar movimentos com a cabeça durante a marcha e subir e descer degraus. Essa escala é dividida em 8 tarefas que devem ser classificadas de 0 a 3, sendo 3 normal, 2 comprometimento leve, 1 comprometimento moderado e 0 comprometimento grave, que ocorre quando o indivíduo não consegue realizar a tarefa com segurança. A pontuação total é obtida pela soma dos resultados de cada item, sendo a pontuação máxima de 24 pontos. Um escore de 19 pontos ou menos prediz risco para quedas em idosos [14].

Descrição do treinamento da FGCT

As estações foram compostas por 14 tipos de exercícios diferentes, sendo três minutos em cada estação e duas vezes na semana por um período de 55 minutos cada sessão. As estações da FGCT foram montadas no CEAFIR, os exercícios estão descritos na tabela I.

Tabela I - Descrição dos exercícios executados nas estações.

Est. 1	Prono-supinação de cotovelo, utilizando garrafinhas, tubo de pasta.
Est. 2	Marcha frontal e lateral numa escada funcional.
Est. 3	Inspirar e expirar soprando um catavento.
Est. 4	Acertar um alvo que estará disposto numa distância de um metro e meio.
Est. 5	Flexão de cotovelo a 90° associado a marcha em zigue zague ultrapassando oito cones.
Est. 6	Subir e descer em dois steps, seguido de agachamento em bípede.
Est. 7	Flexão de ombro e rotação de tronco utilizando um bastão.
Est. 8	Flexo-extensão de cotovelo e ombro, segurando um bastão de 1,0 kg.
Est. 9	Marcha lateral segurando uma vassoura, de modo a simular atividade cotidiana.
Est. 10	Flexão de quadril alternado acertando uma bola terapêutica.
Est. 11	Rotação de tronco associada ao movimento de flexo-extensão de ombro.
Est. 12	Flexo-extensão de ombro a 90° com as mãos entrelaçadas atingindo um alvo.
Est. 13	Marcha lateral e frontal sobre o step na barra paralela utilizando caneleira de 1,0 kg.
Est. 14	Subir e descer escada e rampa com caneleira de 1,0 kg.

*Estação; Fonte: Os Autores.

Análise dos dados

Estatística descritiva foi utilizada para caracterização dos pacientes e os dados apresentados na forma de médias, desvio-padrões e valores percentuais. Para verificar a normalidade dos dados, foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk; para comparar os dados de cada paciente, e os valores obtidos nas avaliações funcionais foi utilizado o teste T-student para amostras pareadas, considerando significativo o valor de $p \leq 0,05$ e o teste de correlação de Pearson foi usado para correlacionar o enfrentamento religioso/espiritual com a capacidade funcional e a depressão dos hemiparéticos e parkinsonianos considerando significativo o valor

de $p \leq 0,05$. Para a análise estatística, foi utilizado o software *Statistical Software for Social Sciences* (SPSS Inc. Chicago, IL) versão 18.0.

Resultados

Foram avaliados inicialmente 35 pacientes, mas apenas 28 (20 homens e 8 mulheres) foram incluídos no estudo, sendo 14 do GP (13 homens e 1 mulher) e 14 do GH (7 homens e 7 mulheres). Todos do GH apresentaram diferença nos valores do LEMOCOT entre o lado não parético para o lado parético, e todos do GP ficaram entre as pontuações de 1,2 ou 3 no Hoehn e Yahr. As características dos grupos estão apresentadas na tabela II.

Tabela II - Características dos participantes submetidos a FGCT.

Características	Participantes (n=30)		
	Parkin son	AVE	Total
Idade M (anos), DP	70,1±7,04	56,3±18,94	63,2±15,69
Sexo (n = feminino %)	7,14%	50%	28,57%
Local da lesão (Direito %)	-	28,57%	100%
Tempo diagnóstico M (meses)	46,6±36,39	62,6±54,09	54,6±45,96
MEEM (0-30), M; DP	25,6±4,63	23,0±4,96	(24,3±4,89)
Grau de instrução (%)			
Sem Instrução	0	21,42	-
Ensino Fundamental Incompleto	0	28,59	-
Ensino Fundamental Completo	35,71	21,42	-
Ensino Médio Incompleto	28	7,15	-
Ensino Médio Completo	28,57	14,28	-
Ensino Superior Completo	21,44	7,15	-
Religião (%)			
Evangélico	14,28	21,42	-
Católico	71,42	64,3	-
Espírita	7,15	0	-
Outros	7,15	14,28	-

N = número de participantes; M = média; DP = desvio padrão; MEEM = Mini exame do estado mental.

Na tabela III se encontra a análise comparativa das pontuações para as variáveis depressão, escala funcional e CRE-b.

Tabela III - Análise comparativa dos participantes do estudo.

Variáveis quantitativas	Grupo Parkinson (n= 14)	Grupo hemiparético (n= 14)
	M ± DP	M ± DP
BDI	8,4±6,24	11,1±10,42
EDG	3,9±2,79	5,2±3,37
DGI	20,6±2,79	15,7±4,76 (*)
CRE-b		
CREp	3,11±0,85	3,21±0,81
CREn	1,42±0,37	1,89±0,64 (*)
CREr	0,47±0,14	0,63±0,26
CREt	2,25±0,49	2,55±0,56

Fonte = Dados da pesquisa. DP = desvio padrão; BDI = Inventário de Depressão de Beck; EDG = Escala de Depressão Geriátrica; DGI = Dynamic Gait Index; CREp = Coping Religioso Espiritual positivo; CREn = Coping Religioso Espiritual negativo; CREr = Coping Religioso Espiritual razão; CREt = Coping Religioso Espiritual total

O score médio atingido na BDI e EDG apontou uma depressão leve com pontuação de $11,1 \pm 10,42$ e $5,2 \pm 3,37$ respectivamente no GH, já o GP não apresentou índices de depressão; o DGI acusou risco de queda no GH, uma vez que obteve um score médio de $15,7 \pm 4,76$, obtendo uma diferença significativa quando comparado ao GP ($p < 0,05$).

Nas variáveis do CRE-b, foi observado que houve um maior uso do CREn no GH $1,89 \pm 0,64$ quando comparado ao GP $1,42 \pm 0,37$, gerando uma diferença significativa entre os dois grupos ($p < 0,05$). Apesar disso, ambos os grupos tiveram CREp moderado, conforme demonstrado na tabela III.

A correlação entre as variáveis do CRE com a mobilidade funcional e a depressão nos grupos podem ser visualizados na tabela IV.

Tabela IV – Correlações entre CREb e escala funcional e de depressão do GP e GH.

Variáveis	EDG	BDI	DGI
CREp / GP	r=-0,184 p=0,52	r=0,131 p=0,65	r=0,066 p=0,82
CREn / GP	r=0,361 p=205	r=0,472 p=0,08	r=0,212 p=0,46
CREr / GP	r=0,393 p>0,05	r=0,280 p=0,33	r=0,001 p>0,99
CREt / GP	r=-0,35 p=0,16	r=0,278 p=0,33	r=0,089 p=0,76
CREp / GH	r=0,43 p=0,88	r=0,122 p=0,67	r=0,111 p=0,70
CREn / GH	r=0,707 p<0,05 (*)	r=0,88 p=0,765	r=0,088 p>0,05
CREr / GH	r=0,42 p=0,133	r=0,356 p=0,211	r=-0,001 p=0,997
CREt / GH	r=0,431 p=0,124	r=0,492 p=0,74	r=0,131 p=0,65

*valores de (p<0,05); r = valores de correlação. BDI = Inventário de Depressão de Beck; EDG = Escala de Depressão Geriátrica; DGI = Dynamic Gait Index; CREp = Coping Religioso Espiritual positivo; CREn = Coping Religioso Espiritual negativo; CREr = Coping Religioso Espiritual razão; CREt = Coping Religioso Espiritual total. Fonte: Dados da pesquisa.

A análise mostrou correlação entre o CREn e a EDG moderada e significativa ($r = 0,707$ $p < 0,05$) no GH, permitindo afirmar que o CREn está associado ao aparecimento de quadros depressivos nos hemiparéticos.

Discussão

Demonstrou-se que os grupos em reabilitação ambulatorial apresentaram um CREp moderado; apesar disso, o CREt foi baixo no grupo parkinsoniano e médio no grupo hemiparético, demonstrando que este grupo teve uma maior aproximação com a religiosidade e espiritualidade; todavia o CREn foi maior e significativo nele quando comparado ao grupo parkinsoniano, o que mostra que apesar da aproximação religiosa e espiritual, houve uma maior associação da doença com possíveis punições divinas por algo realizado no passado.

Os pacientes depressivos têm uma maior tendência de utilizar o CREn, o que pode afetar sua aderência terapêutica e, conseqüentemente, na sua recuperação, uma vez que se sentem culpados pelo estresse que estão passando, resultando em maior morbidade e mortalidade [8,18]. Existe uma associação da depressão pós AVC com a localização da lesão na região frontal anterior esquerda [19], e neste estudo, foi visto que no grupo hemiparético mais de 70% foram diagnosticados com lesão na região frontal anterior esquerda, o que pode ter influenciado no maior CREn [20].

A depressão que foi acusada no grupo hemiparético é uma perturbação psiquiátrica bastante reportada em pacientes neurológicos [19,21], além disso, este grupo também mostrou um maior risco de queda, implicando num maior CREn. Esse resultado mostra que esses fatores podem ter sido cruciais para a obtenção do impacto negativo na recuperação clínica [19-23], apesar da FGCT oferecer efeitos positivos para ganhos funcionais e sociais [24,25], vimos que existem outros fatores que precisam ser considerados, e que as doenças que mais debilitam os indivíduos, geralmente, são as que podem intensificar mais o desejo de aproximação com a religião e procura pelo consolo espiritual.

Alguns estudos revelam que a idade mais avançada, como visto no grupo parkinsoniano, contribui para maior risco de depressão [26,27], todavia neste grupo foi notado um CREp moderado e CREn irrisório, mostrando um bom enfrentamento e sem evidências de depressão. Esses resultados podem estar relacionados ao bom Hoehn Yahr [28], já que as incapacidades funcionais ainda não os limitam viver independentemente, sugerindo baixa implicação do CREn, já o grupo hemiparético é evidente uma imagem corporal assimétrica [29], o que é mostrado como um fator relevante para o aparecimento de quadros depressivos.

Faz-se necessário atender esses indivíduos de uma maneira mais holística. A literatura tem dito que o envolvimento da religiosidade e espiritualidade pode ser capaz de atribuir desfechos de saúde física e emocional, atenuando possíveis declínios cognitivos e aparecimento da depressão, o que contribui para atenuar os agravantes decorrente da doença repercutindo na melhora da qualidade de vida [30,31].

Todos os participantes deste estudo explanaram a importância da religião e se diziam espirituais, e estudos relatam que níveis mais elevados de espiritualidade, vivenciam melhor a saúde e se adaptam com mais facilidade ao estresse [32,33]. Além disso, foi visto que o risco de suicídio é menor em pessoas que utilizam o CRE no desenvolver de uma doença [34].

Este foi o primeiro estudo a avaliar o enfrentamento diante da doença de pacientes neurológicos ambulatoriais. Apesar disso, são necessários mais estudos envolvendo o CRE em parkinsonianos em fase mais avançada e o comportamento de hemiparéticos utilizando abordagens de aspectos religiosos e espirituais associados, a fim de verificar valores do uso do CRE associado a capacidade funcional e depressão, além de entender melhor esse tipo de abordagem por parte dos profissionais [35], e se o CREn está relacionado ao aparecimento da depressão frente a incapacidade física ou se é a depressão que influencia no aparecimento do CREn.

Conclusão

O resultado deste estudo permitiu afirmar que as doenças incapacitantes podem ser mais agressivas que as doenças neurológicas progressivas, uma vez que os hemiparéticos apresentaram maior déficit da capacidade funcional com aumento do risco de queda, índice de depressão leve apontando uma correlação positiva moderada com o CREn, o que mostra uma maior proximidade desses pacientes com a ER como forma de enfrentamento de suas incapacidades.

Referências

1. Vanderweele TJ, Tracy AB, Howard KK. Health and Spirituality. *JAMA* 2017;318(6):519-20.
2. Vanderweele TJ, Li S, Tsai AC, Kawachi, L. Association between religious service attendance and lower suicide rates among US women. *JAMA Psychiatry* 2016;73(8):845-51. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1243>
3. Melo DM, Barbosa AJG. O uso do mini-exame do estado mental em pesquisas com idosos no brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015;20(12):3865-76. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.06032015>
4. Martins EF, Neto CDM, Soares LMMM, Medeiros LM. Intervenção fisioterapêutica no pós imediato de acidente vascular encefálico em um hospital no sertão da Paraíba. *Fisioter Bras* 2018;19(5Supl):S161-S169. <https://doi.org/10.33233/fb.v19i5.2618>
5. Haase DCBV, Machado DC, Oliveira JGD. Atuação da fisioterapia no paciente com doença de Parkinson. *Fisioter Mov* 2008;21(1):79-85.
6. Saad M, Masiero D, Battis-Tella. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátr* 2001;8(3):107-12. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20010003>
7. Dobkin BH. Clinical Practice. Rehabilitation after stroke. *N Engl J Med* 2005;352(16):1677-84. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp043511>
8. Mesquita AC, Chaves ECL, Avelino CCV, Nogueira DA, Panzini RG, Carvalho EC. The use of religious/spiritual coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. *Rev Latinoam Enferm* 2013;21(2). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000200010>
9. Brogårdh C, Lexell J. Effects of cardiorespiratory fitness and muscle-resistance training after stroke. *PM R* 2012;4(11):901-7. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2012.09.1157>
10. Sousa FFPR, Freitas SMFM, Farias AGS, Cunha MCSO, Araújo MFM, Veras, VS. Enfrentamento religioso/espiritual em pessoas com câncer em quimioterapia: revisão integrativa da literatura. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* 2017;13(1):45-51. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i1p45-51>
11. Melo DM, Barbosa AJG. O uso do mini- exame do estado mental em pesquisas com idosos no brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc & Saúde Coletiva* 2015;20(12):3865-76. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.06032015>
12. Parreiras KKM, Fortini IF, Roberto AP, Faria C, Salmela T, Fuscald L. Measurement properties of the lower extremity motor coordination test in individuals with stroke. *J Rehabil Med* 2015;47 (6):502-7. <https://doi.org/10.2340/16501977-1963>
13. Shenkman ML, Clark K, Xie T, Kuchibhatla M, Shinberg M, Ray L. Spinal movement and performance of standing reach task in participants with and without Parkinson disease. *Phys Ther* 2001;81:1400-11. <https://doi.org/10.1093/ptj/81.8.1400>
14. Castro SM, Perracini MR, Ganância FF. Dynamic Gait Index - Brazilian Version. *Brazilian Journal Otorhinolaryngol* 2006;72(6):817-25. <https://doi.org/10.1590/S0034-72992006000600014>

15. Paranhos ME, Argimon ILL, Werlang BSG. Propriedades psicométricas do inventário de depressão de Beck-II (BDI-II) em adolescentes. *Aval Psicol* 2010;9(3):383-92.
16. Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública* 2005;39(6):918-23.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600008>
17. Borges ML. A utilização do coping religioso/espiritual por mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2015.
<https://doi.org/10.11606/D.22.2015.Tde-04092015-161621>
18. Cojocarú GR, Popa-Wagner A, Stanciulescu EC, Babadan L, Buga AM. Post-stroke depression and the aging brain. *J Mol Psychiatry* 2013;1(1):14.
19. Ferraz I, Norton A, Silveira C. Depressão e acidente vascular cerebral. Causa ou consequência? *Arq Med* 2013;27(2):58-64.
20. Paula ES, Nascimento LC, Rocha SMM. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com insuficiência renal crônica. *Rev Bras Enferm* 2009;62(1):100-6. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100015>
21. Silva PCS, Fernandes ACBC, Terra FS. Avaliação da depressão e da capacidade funcional em idosos com doença de Parkinson. *Rev Enferm UFPE On Line* 2014;8(7):1920-7. <https://doi.org/10.5205/reuol.5963-51246-1-RV.0807201413>
22. Fornazan SA, Ferreira RER. Religiosidade/Espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psic: Teor Pesq* 2010;26(2):265-72.
<https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000200008>
23. Mcsherry W, Cash K, Ross L. Meaning of spirituality: implications for nursing practice. *J Clin Nurs* 2004; 13(8):934-41. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01006.x>
24. Carvalho AC, Pereira AS, Oliveira MCS, Franco MR. Fisioterapia em grupo no formato de circuito de treinamento pós-acidente vascular cerebral. in: Associação brasileira de fisioterapia neurofuncional. Garcia CSNB, Facchinetti LD, eds. PROFISIO Programa de atualização em Fisioterapia Neurofuncional: Ciclo 5. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2018. p. 41-75.
25. English C, Hillier SL. Circuit class therapy for improving mobility after stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;7;(7):CD007513.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007513.Pub2>
26. Nóbrega IRAP, Leal MCC, Marques APO. Fatores associados a depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Saúde Debate* 2015;39(105):536-50.
<https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002020>
27. Santana AJ, Barbosa JCF. Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade de Salvador. *Rev Baiana de Saúde Pública* 2007;31(1):134-46.
28. Shi C, Zheng Z, Wang Q, Wang C, Zhang D, Zhang M, et al. Exploring the effects of genetic variants on clinical profiles of Parkinson's disease assessed by the unified Parkinson's disease rating scale and the Hoehn-Yahr Stage. *Plos ONE* 2016;11(6).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155758>
29. Moura RMB, Mota WG, Moura GJB, Lopes DP, Daher CRM. A importância da imagem corporal na assimetria da postura em pacientes hemiplégicos e hemiparéticos. *Scire Salutis* 2012;2(2):16-28. <https://doi.org/10.6008/ESS2236-9600.2012.002.0002>
30. Agli O, Bailly N, Ferrand C. Spirituality and religion in older adults with dementia: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2015;27(5):715-25.
<https://doi.org/10.1017/S1041610214001665>
31. Abu HO, Ulbricht C, Ding E, Allison JJ, Blotcher ES. Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Qual Life Res* 2018;27(11):2777-97. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1906-4>
32. Rizzard CDL, Teixeira MJ, Siqueira SRDT. Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. *O Mundo da Saúde* 2010;34(4):483-7.
33. Oliveira PF, Queluz FNF. A espiritualidade no enfrentamento do câncer. *Revista de Psicologia da IMED* 2016;8(2):142-55.
34. Mandhouj O, Perroud N, Roland H, Younes N, Huguelet P. Characteristics of spirituality and religion among suicide attempters. *J Nerv Ment Dis* 2016;204(11):861-7.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000497>

35. Reynolds D. Spirituality as a coping mechanism for individuals with Parkinson's disease. *J Christ Nurs* 2017;34(3):190-4.
<https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000392>