

Fabício Henrique Alves de Oliveira e Oliveira¹
Alexandre de Rezende Pinto¹

¹ NUPES – Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Brasil.

RESUMO

Introdução: Nas últimas décadas, diversas e rigorosas pesquisas têm sido realizadas e publicadas apontando uma associação, em geral, positiva entre envolvimento religioso e melhor saúde física e mental. Além disso, a grande maioria das pessoas ao redor do mundo têm alguma crença ou filiação religiosa e apresentam uma expectativa de que aspectos religiosos e espirituais sejam abordados em seus tratamentos médicos. **Objetivo:** Atualizar os profissionais de saúde no contexto da abordagem da R/E na prática clínica, principalmente da psiquiatria. **Material e métodos:** Foi realizada uma revisão buscando as evidências das diretrizes práticas da abordagem da R/E no atendimento clínico. **Resultados:** Os profissionais de saúde devem ter conhecimento do impacto positivo do envolvimento religioso na saúde física e mental e compreender suas implicações clínicas, até mesmo porque associações mundiais de diversos países na área da psiquiatria têm incentivado tal abordagem. No entanto, muitos profissionais, dentre os quais psiquiatras e psicólogos, são menos religiosos do que a população em geral. Além disso, dentre outras causas alegadas para que essa abordagem da R/E não se efetive na prática estão a falta de treinamento adequado, falta de tempo e medo de infringir barreiras éticas. Uma forma de se incluir abordagens religiosas no tratamento é a recomendação de se coletar uma história espiritual dos pacientes. Dessa maneira, será possível identificar possíveis conflitos espirituais existentes, realizando-se os devidos aconselhamentos e encaminhamentos dos pacientes para seus grupos religiosos. Existem, ainda estudos avaliando a aplicação de intervenções terapêuticas com base religiosa, tal como a adaptação à terapia cognitivo-comportamental. **Conclusão:** a formulação bio-psico-socio-espiritual do caso pode ser considerada uma proposta mais integrativa do ponto de vista diagnóstico e terapêutico do que o modelo apenas bio-psico-social para a formulação do caso clínico em psiquiatria.

Palavras-chave: Religião; Espiritualidade; Tratamento; Psiquiatria; Diagnóstico.

ABSTRACT

Introduction: In the last decades, several and rigorous researches have been conducted and published pointing to a generally positive association between religious involvement and better physical and mental health. In addition, the vast majority of people around the world have some religious belief or affiliation and expect religious and spiritual aspects to be addressed in their medical treatment. **Objective:** To update health professionals in the context of the S/R (Spirituality/Religiosity) approach in clinical practice, especially in psychiatry. **Material and methods:** A review was conducted looking for evidence of the practical guidelines of the S/R approach in clinical care. **Results:** Health professionals should be aware of the positive impact of religious involvement on physical and mental health and understand its clinical implications, even because worldwide psychiatric associations have encouraged such an approach. However, many professionals, including psychiatrists and psychologists, are less religious than the general population. In addition, among other alleged causes for this S/R approach not to be effective in practice are lack of proper training, lack of time and fear of breaking ethical barriers. One way to include religious approaches in treatment is to recommend collecting a spiritual history from patients. In this way, it will be possible to identify possible existing spiritual conflicts, by conducting appropriate counseling and referrals of patients to their religious groups. There are also studies evaluating the application of religiously based therapeutic interventions, such as adaptation to cognitive behavioral therapy. **Conclusion:** the bio-psycho-socio-spiritual formulation of the case can be considered a more integrative proposal from the diagnostic and therapeutic point of view than the only bio-psycho-social model for the clinical case formulation in psychiatry.

Key-words: Religion; Spirituality; Treatment; Psychiatry; Diagnosis.

✉ **Fabício Oliveira**
Rua Waldemar Pena, 125/
Subsolo. Campo Alegre,
Conselheiro Lafaiete – MG. CEP:
36.400-000.
☎ droliveiraeoliveira@gmail.com

Submetido: 13/09/2019
Aceito: 08/11/2019

INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), existe uma prevalência de 10% de transtornos mentais em todo o mundo na população adulta (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Ainda num contexto mundial, em torno de 84% das pessoas possuem alguma filiação religiosa (PEW RESEARCH CENTER, 2012). No Brasil, segundo dados do Censo de 2010, 92% da população brasileira possui alguma religião (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). Porém, o impacto das vivências religiosas e espirituais sobre a saúde mental das pessoas não tem recebido a atenção adequada ao longo dos últimos 150 anos (BOWMAN, 2009). No final do século XIX, a comunidade psiquiátrica levantou ideias negativas em relação à religião, o que se tornou proeminente durante o século XX (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006). Nesse sentido, citam-se exemplos como os de Jean Charcot e Sigmund Freud que começaram a associar religião com histeria e neurose (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006). Tais considerações influenciaram gerações de profissionais na área de saúde mental e pode ser considerada uma das causas da desvalorização dos aspectos religiosos e espirituais nas práticas de cuidado em saúde mental nas décadas seguintes (BOWMAN, 2009). Com isso, dentre outras razões, grande parte dos médicos não têm incluído esse assunto na prática clínica e a maioria dos pacientes continuam não tendo suas necessidades espirituais atendidas (BALBONI *et al.*, 2013; MENEGATTI-CHEQUINI *et al.*, 2016; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014; PHELPS *et al.*, 2012).

Porém, nas últimas quatro décadas, pesquisas científicas rigorosas foram realizadas e publicadas nas principais revistas médicas e psicológicas do mundo, apontando associação geralmente positiva entre envolvimento religioso e saúde mental (BONELLI; KOENIG, 2013; KOENIG, 2009; KOENIG; KING; LARSON, 2012; KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006). Estudos revisando mais de três mil trabalhos que estudaram as relações entre essas duas grandes áreas – saúde mental e religiosidade/espiritualidade (R/E) – apresentam evidências de uma forte correlação geralmente positiva, sobretudo em relação a suicídio, depressão, mortalidade e uso e abuso de álcool e outras drogas (KOENIG; KING; LARSON, 2012; KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006; VANDERWEELE, 2017).

Tal correlação também pode ser negativa, embora menos presente, e pode estar associada a obesidade, baixa adesão ao tratamento, opressão e violência (KOENIG; KING; LARSON, 2012; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006). Ou seja, apesar desses aspectos positivos da R/E, conflitos baseados na religião também podem ser uma grande fonte de estresse para muitas pessoas (EXLINE; ROSE, 2013). Como exemplo, pesquisas recentes apontam que até 11% dos estudos reconhecem que a religiosidade pode estar associada a mais depressão (BONELLI *et al.*, 2012).

Ao mesmo tempo, há dados que mostram que os pacientes em geral querem que essa dimensão de suas vidas seja abordada no encontro clínico (STEINHAUSER *et al.*, 2000;

VANDERWEELE, 2017). Em um estudo brasileiro com 110 idosos em reabilitação, 87% gostariam que seus médicos abordassem sua R/E durante os cuidados clínicos, mas apenas 8% referiram já terem sido questionados quanto à sua R/E (LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI; VALLADA, 2013).

Há evidências de que entre os profissionais da saúde, psiquiatras e psicólogos tendem a ser menos religiosos que a população em geral, o que pode acarretar, principalmente na ausência de treinamento adequado, em uma dificuldade de compreender a importância da R/E na vida dos pacientes. Um estudo utilizando uma amostra nacional randomizada de 1.144 médicos americanos mostrou que os psiquiatras eram menos religiosos do que outros médicos (CURLIN *et al.*, 2007). Já uma amostra nacional de 484 psiquiatras brasileiros revelou que, embora a maioria possuísse crenças religiosas, esses médicos eram menos religiosos que a população brasileira em geral (MENEGATTI-CHEQUINI *et al.*, 2016). Essa diferença nos níveis de R/E entre profissionais de saúde mental e os pacientes é chamado por alguns autores de *religiosity gap* (LUKOFF; LU; TURNER, 1992). Um estudo feito entre psiquiatras demonstrou que entre as principais causas alegadas de não abordagem desse aspecto na prática clínica, estão a falta de tempo, a falta de treinamento, e o medo de infringir barreiras éticas. Um treinamento adequado é considerado um importante preditor na mudança desse quadro (BALBONI *et al.*, 2013; VANDERWEELE, 2017), porém é recebido pelos profissionais de saúde ainda de maneira relativamente infrequente (BOWMAN, 2009). Por fim, a já referida visão conflituosa entre psiquiatria e religião é considerada também uma outra possível fonte de influência na formação deficitária desses profissionais em relação a este quesito (ANDERSON, 1954; CALIZAYA-GALLEGOS *et al.*, 2018; FREUD, 1961).

Poucas escolas médicas no mundo ou currículos especializados fornecem algum treinamento formal para ensinar como abordar a R/E na prática clínica. Embora dados mostrem que 90% das escolas americanas e 52% das britânicas, possuem conteúdos abordando R/E na sua formação, a maior parte ainda é oferecida em caráter eletivo, o que não garante que houve a presença dos alunos em tais cursos, formalmente (VANDERWEELE, 2017). Um estudo que avaliou os currículos das faculdades brasileiras, apenas 10,4% têm disciplinas e 40,5% possuem algum tipo de conteúdo abordando esse tema nos seus cursos (LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI; VALLADA, 2013).

Diante desse cenário, diferentes associações e seus respectivos departamentos tem incentivado a abordagem da R/E dos pacientes pelos psiquiatras (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1990; COOK, 2011; MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2016), uma das mais recentes foi a publicação pela Associação Mundial de Psiquiatria de um posicionamento oficial, com orientações para uma abordagem centrada no paciente e resguardando os aspectos éticos inerentes a esse domínio (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2016).

Em sintonia com as diretrizes mais atuais para o ensino médico, no quesito de desenvolvimento de competências (BRASIL, 2010; SOCIETAL NEEDS WORKING GROUP, 2000; THOMAS; KEEPERS, 2014), diferentes autores têm incentivado o desenvolvimento de competências religiosas e espirituais pelos profissionais de saúde mental, em particular, dos psiquiatras, no encontro clínico com o paciente (LARSON; LU; SWYERS, 1997;

OLIVEIRA E OLIVEIRA; PETEET; MOREIRA-ALMEIDA, 2018; PUCHALSKI *et al.*, 2014), visando não apenas a formulação bio-psico-social, mas também espiritual do caso clínico (JOSEPHSON, 2004; KOZAK *et al.*, 2010; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014; SULMASY, 2002), de forma centrada no paciente (BARNARD; DAYRINGER; CASSEL, 1995).

Assim sendo, o principal objetivo desse artigo é fornecer aos profissionais da saúde mental em geral, principalmente médicos clínicos e psiquiatras, a importância de se incluir aspectos religiosos e espirituais na avaliação dos pacientes, bem como quando e como realizar essa abordagem, tomando-se o cuidado para os devidos encaminhamentos, quando necessários.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão de literatura, com busca em base de dados (PUBMED, PSYCHOINFO) de artigos de revisão sem restrição de data e com restrição de idioma (apenas em inglês, português ou espanhol). Os artigos foram selecionados segundo a sua relevância científica com o objetivo de fornecer amplo panorama e/ou revisão de literatura sobre a interface entre a psiquiatria e a espiritualidade, numa perspectiva centrada no paciente. Além disso, foram acrescentadas referências por busca manual. Os artigos foram selecionados a partir das publicações encontradas nessa busca e também por busca manual.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas pesquisas em bases de dados, utilizando-se os descritores: "Religion", "Spirituality", "Formulation" e "Psychiatry". Foram encontrados 112 artigos

(última busca em 09/10/2019). Os artigos selecionados pelo título tiveram os seus resumos lidos e o consenso entre os autores foi o critério utilizado para inclusão ou exclusão dos mesmos nessa revisão. O mesmo critério foi utilizado para os artigos encontrados por busca manual em sites de busca (Google Acadêmico), por exemplo, usando os mesmos descritores mencionados.

Implicações clínicas

Diante do já explicitado *religiosity gap*, que de um lado aponta para uma população altamente religiosa e que espera que aspectos religiosos e espirituais sejam incluídos em seus cuidados de saúde, de outro, temos profissionais de saúde, dentre eles psiquiatras e psicólogos, menos religiosos do que a população em geral, e que não recebem treinamento adequado em sua formação, torna-se necessário contextualizar e atualizar os profissionais de saúde, sobretudo psiquiatras, na abordagem da R/E na prática clínica. Assim sendo, quais as competências em R/E um psiquiatra deve desenvolver ao longo de sua formação?

Ao se propor a formulação bio-psico-socio-espiritual centrada no paciente (BARNARD; DAYRINGER; CASSEL, 1995; PUCHALSKI *et al.*, 2014; SULMASY, 2002), compreende-se que o profissional de psiquiatria passa por um processo de desenvolvimento de habilidades na interação com seu paciente que vai desde a coleta da história clínica, passa pelo diagnóstico e culmina com propostas de intervenção que inclua o aspecto R/E do caso. Nesse sentido, nos últimos anos, o ensino baseado em desenvolvimento de competências profissionais vem sendo adotado como matriz na educação médica no Brasil e no mundo (BRASIL, 2010; EPSTEIN, 2002; SOCIETAL NEEDS WORKING GROUP, 2000; THOMAS; KEEPERS, 2014).

Quadro 1: Competências R/E para psiquiatras

Psiquiatras devem demonstrar entendimento de:	
Conhecimentos	Aspectos demográficos de crenças religiosas/espirituais em diferentes populações de pacientes Pesquisa na relação entre crenças religiosas/espirituais e saúde física e mental Aspectos psicodinâmicos envolvendo questões religiosas e espirituais na psicoterapia (ex.: transferência e contratransferência etc.).
Habilidades	Psiquiatras devem demonstrar capacidade em: Colher uma história religiosa/espiritual Incorporar elementos bio-psico-socio-espirituais no entendimento do paciente, refletidas no diagnóstico e plano de tratamento Identificar como suas próprias crenças religiosa/espirituais podem impactar a sua formulação do caso, diagnóstico e planos de tratamento Reconhecer e trabalhar sobre as reações de transferência e contratransferência. Decidir quando é apropriado encaminhar ou consultar com capelães, líderes espirituais ou curadores
Atitudes	Psiquiatras devem demonstrar: Consciência de suas experiências religiosas e espirituais e no impacto dessas experiências na sua identidade e visão de mundo, bem como nos possíveis vieses que poderiam influenciar o tratamento de seus pacientes Respeito e aceitação para a diversidade das experiências culturais e religiosas.

Especificamente na área de R/E, diferentes autores dentro da psiquiatria têm incentivado o desenvolvimento de competências por meio de treinamentos e proposições teóricas (LARSON; LU; SWYERS, 1997; OLIVEIRA E OLIVEIRA; PETEET; MOREIRA-ALMEIDA, 2018; PUCHALSKI *et al.*, 2014). Nesse aspecto, considerou-se adequada uma proposta de mapa de desenvolvimento de competências R/E adaptada e apresentada a seguir, para os psiquiatras em geral (quadro 1) (OLIVEIRA E OLIVEIRA; PETEET; MOREIRA-ALMEIDA, 2018).

A Associação Mundial de Psiquiatria propõe que uma consideração cuidadosa das crenças religiosas e espirituais dos pacientes deve ser feita rotineiramente, sendo a coleta da história espiritual um componente essencial. Importante destacar que a abordagem da R/E deve ser centrada na pessoa, sempre respeitando as crenças e práticas religiosas e espirituais de seus pacientes, assim como das respectivas famílias e seus cuidadores (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2016). Isso significa que os profissionais não devem impor ou prescrever suas próprias crenças ou visões de mundo, sejam elas religiosas ou não religiosas. Também não devem entender que o uso de recursos religiosos é substituto de procedimentos diagnósticos e terapêuticos já bem estabelecidos (TOSTES; PINTO; MOREIRA-ALMEIDA, 2013).

A mais consolidada aplicação da R/E na prática clínica diária é a obtenção da história espiritual (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014). Um dos questionários mais utilizados é o FICA (PUCHALSKI *et al.*, 2014) (quadro 2).

No caso de pacientes não religiosos, pode-se questionar como o paciente convive com aquela doença, o que dá significado e propósito à sua própria vida e se existe algum tipo de crença que pode ter impacto no seu tratamento (LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI; VALLADA, 2013).

Algumas barreiras são colocadas pelos profissionais para não abordarem o tema, dentre as quais a falta de

conhecimento e informação adequados sobre esse assunto, falta de treinamento durante o período de formação, uma impressão de que não há tempo para essa abordagem, desconforto com o tema, e medo de impor pontos de vista religiosos ao paciente, entendimento de que o conhecimento da religião não é relevante ao tratamento e a opinião de que isso não é papel técnico dos profissionais (LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI; VALLADA, 2013).

Após a coleta da história espiritual, no processo de formulação bio-psico-socio-espiritual do caso, entra em cena o processo diagnóstico. Nesse âmbito três dimensões, pelo menos, do ponto de vista R/E devem ser consideradas.

A primeira delas, atrelada ao diagnóstico dos possíveis estressores religiosos e espirituais do indivíduo (PUCHALSKI *et al.*, 2014). A segunda, ligada aos fatores promotores do seu bem-estar e qualidade de vida (CLONINGER; ZOHAR, 2011; JESTE *et al.*, 2015; PANZINI *et al.*, 2007). E, por fim, a terceira atrelada à possibilidade de diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e religiosas e psicopatologia (MOREIRA-ALMEIDA; CARDEÑA, 2011).

Pode-se, quando indicado, buscar contato com o líder religioso, após autorizado explicitamente pelo paciente, não com um propósito de enfrentamento, mas tentando um trabalho em conjunto em busca do melhor atendimento ao paciente (KOENIG, 2007).

Conflitos espirituais

As crenças religiosas também podem entrar em conflito com os tratamentos prescritos pelo profissional. Por vezes, o desejo individual de um paciente pode divergir dos valores de sua comunidade de fé. Por exemplo, pode-se citar uma pessoa deprimida que quer tomar um antidepressivo prescrito por seu médico, mas os membros da sua igreja podem

Quadro 2: Questionário FICA

<p>F – FÉ / CRENÇA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Você se considera religioso ou espiritualizado? • Você tem crenças espirituais ou religiosas que lhe ajudam e lidar com os problemas? <p>Se não: o que lhe dá sentido na vida?</p>
<p>I – IMPORTÂNCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que importância você dá para a fé ou crenças religiosas em sua vida? • A fé ou crenças já influenciaram você a lidar com estresse ou problemas de saúde? • Você tem alguma crença específica que pode afetar decisões médicas ou o seu tratamento?
<p>C – COMUNIDADE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Você faz parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual? • Ela lhe dá suporte, como? • Existe algum grupo de pessoas que você realmente ama, ou seja, importante para você? • Comunidades como igrejas, templos, centros, grupos de apoio são fontes de suporte importantes?
<p>A – AÇÃO NO TRATAMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como você gostaria que seu médico ou profissional da área de saúde considerasse a questão da R/E no seu tratamento?

orientar que, ao invés disso, o paciente deve apenas orar, ler a Bíblia e leva uma vida mais saudável (KOENIG, 2007).

Além disso, quando os pacientes experimentam problemas de saúde, eles podem julgar que Deus não se importa mais com eles e que estaria lhe punindo – o chamado *coping* religioso negativo. Ou até mesmo podem se sentir abandonados pela comunidade de fé. Tais preocupações são normais e esperadas a curto prazo, mas alguns pacientes podem ficar presos a esses conflitos, não conseguindo resolvê-los por conta própria e necessitar de ajuda (KOENIG, 2004).

Pesquisadores acompanharam por dois anos após a alta uma amostra de 444 pacientes hospitalizados. Aqueles pacientes com conflitos espirituais tais como os acima descritos durante a internação foram significativamente mais propensos a morrer durante o período de acompanhamento, independente da saúde física, estado e apoio psicológico (PARGAMENT *et al.*, 2001). Dados de uma pesquisa nacional de 2.142 adultos americanos mostrou que pessoas que deparam com mais conflitos espirituais têm maior probabilidade de experimentar problemas com o consumo de álcool, principalmente entre indivíduos mais jovens (KRAUSE *et al.*, 2018).

Assim sendo, quando pacientes que estejam experimentando conflitos religiosos ou espirituais mais

intensos e o profissional de saúde mental perceber que não está preparado para lidar com tais aspectos, deve-se proceder o encaminhamento a serviços de capelania ou de assistência pastoral, com o intuito de receberem o aconselhamento mais adequado (LO *et al.*, 2002; PUCHALSKI *et al.*, 2014).

Diagnóstico diferencial

Há muitas evidências na literatura de que na população geral é alta a prevalência de experiências psicóticas ou dissociativas, também chamadas de “anômalas”, mas até em 90% dos casos, essas experiências não ocorrem em indivíduos portadores de algum transtorno psicótico ou dissociativo (KOENIG, 2007; MENEZES JR.; MOREIRA-ALMEIDA, 2009). Dessa maneira, como pacientes frequentemente apresentam vivências espirituais que podem se assemelhar a sintomas psicóticos ou dissociativos, isso pode acarretar problemas de diagnóstico diferencial (MOREIRA-ALMEIDA; CARDEÑA, 2011). Por essa razão, alguns autores propõem alguns critérios (quadro 3) para a diferenciação de experiências “psicóticas” não patológicas ou “anômalas” (MOREIRA-ALMEIDA; CARDEÑA, 2011).

Quadro 3: Critérios sugestivos de experiência “psicótica” não patológica ou “anômala”

Ausência de sofrimento, deficiência funcional ou ocupacional
Compatibilidade com os antecedentes culturais do paciente ou com algumas tradições religiosas
Aceitação da experiência por outros
Ausência de comorbidades psiquiátricas
Controle da experiência
Crescimento pessoal ao longo do tempo

É muito importante que os profissionais de saúde, notadamente os psiquiatras e psicólogos, tenham a compreensão que experiências aparentemente psicóticas ou dissociativas são bastante comuns na população e que não se constituem necessariamente num transtorno. Isso pode contribuir não apenas na melhora das abordagens clínicas desses casos, com também na redução do estigma associado a pessoas com essas vivências (TOSTES; PINTO; MOREIRA-ALMEIDA, 2013). Observa-se a necessidade de uma inclusão do domínio transcultural no cenário do diagnóstico R/E em geral e do diagnóstico diferencial R/E em psiquiatria com promissoras perspectivas no sentido de tornar a prática clínica centrada no paciente mais criteriosa, empática e livre de preconceitos tanto religiosos e espirituais quanto psicofóbicos (ALMINHANA; MENEZES JR., 2016; DELMONTE *et al.*, 2016; PUCHALSKI *et al.*, 2014).

Intervenções terapêuticas com aspectos de R/E

Muitos estudos têm demonstrado benefícios quando R/E são adequadamente incorporados na avaliação e tratamento em saúde mental (WEBER; PARGAMENT, 2014). Alguns ensaios clínicos randomizados envolvendo tratamentos para depressão, ansiedade e luto mostram que, em pacientes religiosos, a aplicação de abordagens religiosas traz resultados positivos (KOENIG, 2004). As intervenções cognitivo-comportamentais modificadas para aspectos de R/E estão entre as mais estudadas (TOSTES; PINTO; MOREIRA-ALMEIDA, 2013).

Foi realizada uma revisão sistemática com metanálise de ensaios clínicos randomizados para avaliar o impacto das intervenções religiosas e espirituais, incluindo psicoterapia

baseada em aspectos religiosos e espirituais, meditação e serviços pastorais, tais como orações. A metanálise mostrou uma significativa redução dos níveis de ansiedade e uma tendência de melhora da depressão (GONÇALVES *et al.*, 2015). Uma outra revisão sistemática de nove ensaios clínicos randomizados e um estudo quase experimental comparou a eficácia da terapia cognitivo-comportamental religiosamente modificada à terapia cognitivo-comportamental (TCC) padrão ou a outras modalidades de tratamento para transtornos depressivos, ansiedade generalizada e esquizofrenia. A maioria dos estudos não encontraram diferenças na eficácia, porém a fusão de conteúdo religioso à TCC pode ser uma modalidade de tratamento aceitável para indivíduos com convicções e vivências religiosas (LIM *et al.*, 2014). E, ainda, uma outra metanálise de 97 estudos, com 7.181 pacientes, examinou a eficácia da adaptação da psicoterapia às crenças e valores religiosos e espirituais dos pacientes, comparando com controles sem tratamento e com tratamentos convencionais. A psicoterapia com influência da R/E foi igualmente eficaz para abordagens na redução do sofrimento psicológico, mas resultou em maior bem-estar espiritual (CAPTARI *et al.*, 2018). A terapia cognitivo-comportamental religiosamente modificada baseia-se no modelo cognitivo e contextualiza intervenções dentro da estrutura religiosa do paciente. O psicoterapeuta faz uso da tradição religiosa do próprio paciente como uma base importante para identificar pensamentos e comportamentos distorcidos para reduzir seus sintomas em geral. Algumas das principais ferramentas da *Religious Cognitive Behavioral Therapy* (RCBT) incluem (CAPTARI *et al.*, 2018):

Renovar a mente dos pacientes substituindo as distorções cognitivas por argumentos religiosos;

Meditar sobre textos sagrados e participar de oração contemplativa;

Considerar as crenças e os recursos religiosos;

Cultivar perdão, esperança, gratidão e generosidade através de práticas religiosas diárias;

Identificar e utilizar os recursos da R/E de acordo com os recursos de tradição de fé do paciente; e

Envolvimento altruísta na comunidade religiosa.

Numa perspectiva futura de pesquisa clínica, seguem os incentivos para ampliar os estudos longitudinais – e não apenas transversais – na área, em busca de associações e mecanismos de causalidade bem como de testagem do impacto das diferentes intervenções R/E na área da saúde (GONÇALVES *et al.*, 2015; VANDERWEELE, 2017).

CONCLUSÃO

O avanço das pesquisas na interface entre saúde mental e R/E tem demonstrado o impacto geralmente positivo dessa dimensão sobre a saúde dos pacientes.

Diante de tais avanços, espera-se que a consideração a essa dimensão esteja cada vez menos negligenciada na prática clínica. Para tanto, por meio da implementação da anamnese religiosa-espiritual, do diagnóstico diferencial entre R/E e psicopatologia e de intervenções R/E baseadas

em evidências espera-se que uma perspectiva bio-psico-socio-espiritual, e não apenas bio-psico-social esteja cada vez mais consolidada no dia-a-dia da prática clínica do psiquiatra e outros profissionais de saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALMINHANA, L. O.; MENEZES JR., A. Experiências religiosas/espirituais: dissociação saudável ou patológica? **Horizonte**, Belo Horizonte, v. 14, n. 41, p. 122-143, 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Guidelines regarding possible conflict between psychiatrists' religious commitments and psychiatric practice. **American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 147, n. 4, p. 542-542, 1990.

ANDERSON, G. C. Conflicts between psychiatry and religion. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 155, n. 4, p. 335-339, 1954.

BALBONI, M. J. *et al.* Why Is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, v. 31, n. 4, p. 461-467, 2013.

BARNARD, D.; DAYRINGER, R.; CASSEL, C. K. Toward a person-centered medicine: religious studies in the medical curriculum. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 70, n. 9, p. 806-813, 1995.

BONELLI, R. M.; KOENIG, H. G. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. **Journal of Religion and Health**, v. 52, n. 2, p. 657-673, 2013.

BONELLI, R. M. *et al.* Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research. **Depression Research and Treatment**, v. 2012, p. 1-8, 2012.

BOWMAN, E. S. Teaching religious and spiritual issues. In: HUGUELET, P.; KOENIG, H. G. (Org.). **Religion and Spirituality in Psychiatry**. Cambridge: Cambridge University Press, 2009. p. 332-353.

BRASIL. Ministério da Educação. **Programa mínimo para residência médica em psiquiatria**. Brasília, 2010. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=6534-psiQUIATRIA-sesurM&category_slug=agosto-2010-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 13 maio 2018.

CALIZAYA-GALLEGOS, C. *et al.* Religious affiliation and the intention to choose psychiatry as a specialty among physicians in training from 11 Latin American countries. **Transcultural Psychiatry**, Thousand Oaks, p. 1-18, 2018.

CAPTARI, L. E. *et al.* Integrating clients' religion and spirituality within psychotherapy: a comprehensive meta-analysis. **Journal of Clinical Psychology**, Hoboken, v. 74, n. 11, p. 1938-1951, 2018.

CLONINGER, C. R.; ZOHAR, A. H. Personality and the perception

- of health and happiness. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 128, n. 1-2, p. 24-32, 2011.
- COOK, C. C. H. **Recommendations for psychiatrists on spirituality and religion**. London: Royal College of Psychiatrists, 2011.
- CURLIN, F. A. *et al.* The relationship between psychiatry and religion among U.S. physicians. **Psychiatric services**, Washington, v. 58, n. 9, p. 1193-1198, 2007.
- DELMONTE, R. *et al.* Can the DSM-5 differentiate between nonpathological possession and dissociative identity disorder? A case study from an Afro-Brazilian Religion. **Journal of Trauma & Dissociation**, Philadelphia, v. 17, n. 3, p. 322-337, 2016.
- EPSTEIN, R. M. Defining and assessing professional competence. **JAMA**, Chicago, v. 287, n. 2, p. 226-235, 2002.
- EXLINE, J. J.; ROSE, E. D. Religious and spiritual struggles. In: PALOUTZIAN, R. F.; PARK, C. L. (Org.). **Handbook of the psychology of religion and spirituality**. 2. ed. New York: Guilford Press, 2013. p. 380-398.
- FREUD, S. **Civilization and its discontents**. New York: WW Norton, 1961.
- GONÇALVES, J. P. B. *et al.* Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. **Psychological Medicine**, London, v. 45, n. 14, p. 2937-2949, 2015.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
- JESTE, D. V. *et al.* Positive psychiatry: its time has come. **The Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 76, n. 06, p. 675-683, 2015.
- JOSEPHSON, A. M. Formulation and treatment: integrating religion and spirituality in clinical practice. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, Philadelphia, v. 13, n. 1, p. 71-84, 2004.
- KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. **Southern Medical Journal**, Birmingham, v. 97, n. 12, p. 1194-1200, 2004.
- KOENIG, H. G. **Spirituality in patient care. Why, how, when, and what**. 2. ed. Philadelphia: Templeton Foundation Press, 2007.
- KOENIG, H. G. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. **Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie**, Ottawa, v. 54, n. 5, p. 283-291, 2009.
- KOENIG, H. G.; KING, D.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2012.
- KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M. E.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health**. New York: Oxford University Press, 2001.
- KOZAK, L. *et al.* Introducing spirituality, religion and culture curricula in the psychiatry residency programme. **Medical Humanities**, Kennebunkport, v. 36, n. 1, p. 48-51, 2010.
- KRAUSE, N. *et al.* Spiritual struggles and problem drinking: are younger adults at greater risk than older adults? **Substance Use & Misuse**, London, v. 53, n. 5, p. 808-815, 2018.
- LARSON, D. B.; LU, F. G.; SWYERS, J. P. **A model curriculum for psychiatry residency training programs**: religion and spirituality in clinical practice. Rockville: National Institute for Healthcare Research, 1997.
- LIM, C. *et al.* Adapted cognitive-behavioral therapy for religious individuals with mental disorder: a systematic review. **Asian Journal of Psychiatry**, Amsterdam, v. 9, p. 3-12, 2014.
- LO, B. *et al.* Discussing religious and spiritual issues at the end of life: a practical guide for physicians. **JAMA**, Chicago, v. 287, n. 6, p. 749-754, 2002.
- LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; VALLADA, H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 131, n. 2, p. 112-122, 2013.
- LUKOFF, D.; LU, F.; TURNER, R. Toward a more culturally sensitive DSM-IV. psychoreligious and psychospiritual problems. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Baltimore, v. 180, n. 11, p. 673-682, 1992.
- MENEGATTI-CHEQUINI, M. C. *et al.* A Preliminary survey on the religious profile of Brazilian Psychiatrists and their approach to patients' religiosity in clinical practice. **BJPsych Open**, London, v. 2, n. 6, p. 346-352, 2016.
- MENEZES JR., A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. O diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais de conteúdo religioso. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 75-82, 2009.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; CARDEÑA, E. Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 33, p. s21-s28, 2011. Suplemento 1.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 176-182, 2014.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiosidade e saúde mental: uma revisão. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006.
- MOREIRA-ALMEIDA, A. *et al.* WPA Position statement on spirituality and religion in psychiatry. **World Psychiatry**, Milan, v. 15, n. 1, p. 87-88, 2016.

OLIVEIRA E OLIVEIRA, F. H. A.; PETEET, J. R.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosity and spirituality in psychiatric residency: why, what and how to teach? **Academic Psychiatry**, New York, p. Forthcoming, 2018.

PANZINI, R. G. *et al.* Qualidade de vida e espiritualidade. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 34, p. 105-115, 2007.

PARGAMENT, K. I. *et al.* Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 161, n. 15, p. 1881-1885, 2001.

PEW RESEARCH CENTER. **The Global Religious Landscape**. Washington, 2012. Disponível em: <https://www.pewforum.org/2012/12/18/global-religious-landscape-exec/>. Acesso em: 15 nov. 2018.

PHELPS, A. C. *et al.* Addressing Spirituality within the care of patients at the end of life: perspectives of patients with advanced cancer, oncologists, and oncology nurses. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, v. 30, n. 20, p. 2538-2544, 2012.

PUCHALSKI, C. M. *et al.* Spirituality and health: the development of a field. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 89, n. 1, p. 10-16, 2014.

SOCIETAL NEEDS WORKING GROUP. CanMEDS 2000: extract from the CanMEDS 2000 Project Societal Needs Working Group Report. **Medical Teacher**, v. 22, n. 6, p. 549-554, 2000.

STEINHAUSER, K. E. *et al.* Factors Considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. **JAMA**, Chicago, v. 284, n. 19, p. 2476-2482, 2000.

SULMASY, Daniel P. A Biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. **The Gerontologist**, St. Louis, v. 42, p. 24-33, 2002. n. Supplement 3.

THOMAS, C. R.; KEEPERS, G. The Milestones for general psychiatry residency training. **Academic Psychiatry**, New York, v. 38, n. 3, p. 255-260, 2014.

TOSTES, J. S. M.; PINTO, A. R.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade/ espiritualidade na prática clínica: o que o psiquiatra pode fazer? **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 20-25, 2013.

VANDERWEELE, T. J. Religion and health: a synthesis. In: PETEET, J. R.; BALBONI, M. J. (Org.). **Spirituality and religion within the culture of medicine: from evidence to practice**. New York: Oxford University Press, 2017. p. 357-401.

WEBER, S. R.; PARGAMENT, K. L. The Role of religion and spirituality in mental health. **Current Opinion in Psychiatry**, Philadelphia, v. 27, n. 5, p. 358-363, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health ATLAS 2017**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/. Acesso em: 26 jan. 2018.