

HU Revista

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

ufjf



**Espiritualidade e saúde:
APLICAÇÕES PRÁTICAS**

Editorial**Espiritualidade e Saúde: aplicações práticas**

Pedro Henrique Costa de Resende, Janaína Siqueira, Hélydy Sanders-Pinheiro, Alexander Moreira-Almeida 421-422

Carta ao editor**Percepção dos profissionais de saúde sobre a influência da Espiritualidade/Religiosidade na saúde**

Rodrigo César Santiago, Hélydy Sanders Pinheiro 423-424

Artigos de Revisão da Literatura**Relações entre espiritualidade / religiosidade e Psiquiatria no Brasil**

Uriel Heckert, Rogério R. Zimpel 425-429

Suicídio e Espiritualidade

André C. Caribé, Juliana Socorro Casqueiro, Ângela Miranda-Scippa 431-436

Religiosidade madura e personalidade: uma revisão do conceito de religiosidade intrínseca em Allport Bases teóricas

Roger Taussig Soares, Letícia Oliveira Alminhana 437-446

Psiquiatria e espiritualidade: em busca da formulação bio-psico-socio-espiritual do caso

Fabício Oliveira, Alexandre de Rezende Pinto 447-454

Coleta de uma história espiritual: fundamentos para uma prática profissional culturalmente sensível

Camilla Casaletti, Felipe Moraes Toledo Pereira, Frederico Camelo Leão 455-460

Espiritualidade da criança e do adolescente na prática clínica

Vívian Hagen Antônio Oliveira, Márcia Helena Fávero de Souza 461-468

Religiosidade e espiritualidade na prática clínica da enfermagem: revisão da literatura e desenvolvimento de protocolo

Monalisa Silva, Luciano Magalhães Vitorino 469-479

Psicoterapia integrada à espiritualidade

Marianna Costa, Janaína Siqueira, Pedro Henrique Costa de Resende 481-489

Intervenções religiosas e espirituais em saúde física

Juliane Piasseschi de Bernardin Gonçalves, Homero Vallada 491-497

Assistência religiosa-espiritual hospitalar: os “porquês” e os “comos”

Marcelo Saad, Roberta de Medeiros, Mario Fernando Prieto Peres

499-505

Espiritualidade, saúde e suas aplicações práticas: desenvolvimento do Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade

Camilla Casaletti, Marina Aline de Brito Sena, Mario Fernando Prieto Peres, Katya Stubing, Maria Cristina de Barros, Frederico Camelo Leão

507-514

Ensino de “saúde e espiritualidade” na graduação em medicina e outros cursos da área de saúde

Rodolfo Furlan Damiano, Alessandra Lamas Granero Lucchetti, Giancarlo Lucchetti

515-525

Artigos Originais

RIME (Relaxamento, Imagens Mentais, Espiritualidade): psicoterapia breve por imagens alquímicas

Ana Catarina Araújo Elias

527-535

Relato de Experiência

Intervenção de saúde positiva em graduação de medicina

Leonardo Machado, Camila Santana

537-543

HU

Hospital Universitário da UFJF



Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Juiz de Fora é referência de atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para uma população superior a um milhão de habitantes de cerca de 37 cidades da Zona da Mata.

O Hospital possui duas unidades de atendimento, uma no bairro Santa Catarina, que concentra internações, cirurgias de grande porte, Unidades de Tratamento Intensivo e transplante de medula óssea; e a outra unidade situada no bairro Dom Bosco, onde são realizados desde 2007 atendimentos ambulatoriais e diagnósticos.

O HU é a única instituição de saúde reconhecida como hospital de ensino pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação em toda a Zona da Mata e Vertentes. Oferece em caráter permanente e contínuo programas de residência regulamentados e credenciados, possui Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos credenciado pela CONEP/MS e edita a HU Revista, revista científica de periodicidade trimestral há 36 anos.

Missão:

Formar Recursos Humanos, gerar conhecimentos e prestar assistência de qualidade na área de saúde à comunidade e região.

Visão:

O HU deverá nos próximos dois anos, ter autonomia na rede de serviços de saúde, com centro de referência para o desenvolvimento regional, formando e reciclando RH, consolidando pesquisa e prestando assistência humanizada à clientela da região, com qualidade e resolubilidade.

Negócio:

Assistência, Ensino e Pesquisa na área de saúde para o desenvolvimento da região.

mkt@coresolucoes.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Unidade Santa Catarina:

Rua Catulo Breviglieri s/nº Bairro: Santa Catarina - 36036110 - Fone: (32) 4009-5100

Unidade Dom Bosco:

Av. Eugênio do Nascimento s/nº Bairro: Dom Bosco - 36038330 - Fone: (32) 4009-5300

www.hu.ufjf.br - Juiz de Fora/ MG



©2018 Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF)
Av. Eugenio do Nascimento, s/n – Gerência de Ensino e Pesquisa – Dom Bosco -
Hospital Universitário
CEP 36038-330 - Juiz de Fora - Minas Gerais - Brasil
Telefone: +55 (32) 4009-5408 / E-mail: revista.hurevista@ufjf.edu.br
Divulgação eletrônica: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista> - ISSN - eletrônico:
1982-8047/ISSN - impressa: 0103-3123
Periodicidade: Trimestral
Indexação:
Index Medicus Latino Americano (LATINDEX)
Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS)
Google Scholar
Portal de Periódicos Capes/MEC
Diretório de Políticas Editoriais das Revistas Científicas Brasileiras (Diadorim)
Periódicos de Minas
National Library of Medicine (NLM Catalog)
Public Knowledge Project (PKP)

Dados internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

H874 HU Revista. – Vol. 11, n. 3 (set./dez. 1984) - .
– Juiz de Fora : Universidade Federal de Juiz
de Fora, 1984-
v. : il. ; 30 cm.

Continuação de: H.E. Revista.
ISSN 0103-3123

1. Ciências médicas - Periódicos. I. Univer-
sidade Federal de Juiz de Fora.

CDD 610.5

Conselho Editorial

Editora-chefe

Helady Sanders Pinheiro

Editores associados

Daniel Amaral Alves Marlière
Graciela Paula do Nascimento Duque
Rodrigo César Santiago

Comissão Editorial

Adriano Fernando Mendes Junior
Alexander Moreira-Almeida
Ana Carolina Apolônio
Ana Paula Boroni Moreira
Angélica da Conceição Oliveira
Clarice Lima Álvares da Silva
Daniel Godoy Martinez
Danielle Guedes Andrade Ezequiel
Fabiana Oliveira Bastos Bonato
Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov
Florence Mara Rosa
Isabelle Magalhães Guedes Freitas
Janaína Siqueira
Karina Lopes Devito
Maycon Moura Reboredo
Márcio José da Silva Campos
Mateus Camaroti Laterza
Pedro Henrique Costa de Rezende
Renata Maria Souza Oliveira e Silva
Sabrine Teixeira Ferraz
Simone Barbosa Pinho
Thiago César Nascimento

Editoração

Daniel Amaral Alves Marlière
Luã Dornella da Silva
Raiza Silva Campos

Capa

Luã Dornella da Silva

Divulgação eletrônica

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista>



Espiritualidade e Saúde: aplicações práticas

Pedro Henrique Costa de Resende^{1,2}
Janaína Siqueira^{2,3}
Hélady Sanders-Pinheiro^{3,4}
Alexander Moreira-Almeida^{2,3}

Embora nos últimos 150 anos tenham sido frequentes anúncios de declínio e mesmo desaparecimento da religião no mundo, segundo levantamento recente, cerca de 84% da população mundial possui alguma filiação religiosa. E as projeções até 2060 são de que esse número aumente para 87% (Pew, 2017). No Brasil, mais de 90% da população refere possuir uma religião e 84% consideram religião muito importante (Moreira-Almeida et al., 2010). Portanto, podemos supor com segurança, que, o tema da religiosidade é importante para a grande maioria da população mundial, especialmente a brasileira. Além disso, vale notar que a maioria dos que referem não ter uma filiação religiosa possuem alguma forma de espiritualidade, como crença em Deus, vida após a morte, espíritos ou práticas como oração.

Esses dados de alta religiosidade e espiritualidade (R/E) da população mundial se tornam relevantes para os clínicos e pesquisadores na área de saúde a partir do amplo e consistente corpo de pesquisas evidenciando o impacto da R/E sobre a saúde física e mental (Koenig et al, 2012). Com base nos altos níveis de R/E da população e seu impacto sobre a saúde, diversas organizações de saúde têm proposto a inclusão da R/E na prática clínica e incentivam pesquisas no campo. Por exemplo, a Organização Mundial de Saúde inclui a R/E como uma dimensão da qualidade de vida (WHO, 1998) e a Associação Mundial de Psiquiatria publicou uma declaração recomendando que a R/E sejam levadas em consideração na pesquisa, ensino e prática clínica em psiquiatria (Moreira-Almeida et al., 2016).

Embora o conhecimento sobre as interrelações entre saúde e R/E tenham se disseminado cada vez mais, talvez o maior desafio na atualidade nesta área seja o das implicações clínicas. Ou seja, como traduzir esse conhecimento em um melhor cuidado clínico? Nesse aspecto há uma grande barreira: a falta de treinamento dos profissionais de saúde sobre R/E e saúde e sua integração na prática clínica. Essa lacuna se agrava pela virtual ausência de publicações em português que abordem de modo abrangente, multidisciplinar e prático as implicações da R/E na clínica. Justamente para preencher essa lacuna a HU Revista preparou este volume especial. O objetivo é auxiliar clínicos, como médicos, enfermeiros, psicólogos e demais profissionais da saúde, a incluírem, de modo ético e baseado em evidências, a abordagem a R/E na sua prática cotidiana.

Esta edição temática começa com quatro artigos de natureza mais teórica, que preparam o terreno e contextualizam o que será apresentado nos demais 11 artigos que abordam uma ampla gama de aplicações práticas. A apresentação de bases teóricas começa com um panorama do desenvolvimento das relações entre R/E e psiquiatria no Brasil, escrito pelos psiquiatras Heckert e Zimpel, sendo aquele um dos pioneiros nesta integração. Em seguida, Sanders-Pinheiro discute as percepções de profissionais de saúde a respeito da R/E e Caribé revisa as evidências do impacto do R/E sobre comportamento suicida, uma das implicações mais importantes e bem estudadas da R/E sobre a saúde. Por fim, Alminhana discute um dos principais conceitos em R/E, a religiosidade intrínseca e sua relação com religiosidade madura e personalidade.

A seguir, temos pesquisadores e clínicos de diversas áreas discutindo e apresentando diretrizes para aplicações práticas da R/E na clínica e ensino. Oliveira e Rezende apresentam diretrizes práticas para a formulação bio-psico-socio-espiritual dos casos clínicos que atendemos. Etapa essencial na adequada aplicação clínica da R/E. Como a coleta da história espiritual é a ferramenta mais bem consolidada para integração da R/E na clínica, Braghetta, Pereira e Leão abordam como realiza-la no encontro clínico. Hagen e Tostes revisam a relação entre R/E e a saúde mental de crianças e adolescentes, um tema que tem despertado o interesse dos profissionais, porém, ainda escasso em informações sobre a aplicação na prática clínica e à prevenção de comportamentos de risco. Silva e Vitorino analisam as publicações sobre a R/E na prática clínica da enfermagem e propõem um protocolo de aplicação da R/E na prática clínica para enfermeiros. Costa, Siqueira e Resende destacam o gap existente entre o conhecimento da relevância da R/E para a saúde mental e a aplicação desse conhecimento na psicoterapia, através de uma revisão da integração da R/E em linhas terapêuticas buscam suprir essa carência no treinamento profissional.

Como exemplo prático de uma psicoterapia breve que integra R/E, Elias apresenta a RIME (Relaxamento, Imagens Mentais, Espiritualidade), que foi inicialmente desenvolvida para pacientes em cuidados paliativos, mas tem sido também utilizada em situações de possibilidades de cura. Ainda em relação a aplicações clínicas, Gonçalves e Vallada apresentam resultados de uma revisão sistemática sobre o impacto de intervenções espirituais/religiosas na saúde física. Saad, Medeiros e Peres discutem por que e como fazer a assistência religiosa-espiritual hospitalar. Também como exemplo prático, Casaletti e Leão apresentam o relato de experiência do Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade (ProSER), do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo (USP), descrevendo suas ações nas áreas de ensino, pesquisa e assistência.

No contexto do estudo acadêmico da R/E, o ensino tem recebido crescente atenção. Tanto em termos de saúde mental dos estudantes como no treinamento para uma correta abordagem da R/E. Machado e Santana relatam a experiência de uma intervenção de saúde positiva em aluno do curso de medicina. A saúde positiva tem também ganhado espaço nas últimas décadas e tem se relacionado de modo significativo com R/E. Por fim, Damiano, Luchetti e Luchetti apresentam um panorama do ensino de R/E na graduação em saúde no mundo, com ênfase na educação médica brasileira. Embora a maioria das escolas brasileiras ainda não tenha inserido de modo consistente a R/E em seus currículos, tem havido um crescente interesse no tema na graduação, em grande parte liderado pelas 45 ligas acadêmicas de saúde e espiritualidade já existentes no Brasil.

Assim, pode-se ter uma melhor ideia da diversidade de elementos da relação entre R/E e saúde que são abordados neste volume temático. Consideramos que o tema foi explorado de forma abrangente, sem, contudo, perder a complexidade tão necessária para a compreensão dessa interface, repleta de valores e significados de vida para indivíduos e coletividades. Dessa forma, trazemos nossa contribuição para o melhor entendimento e aplicação prática da R/E nos cuidados em saúde. Desejamos uma ótima leitura a todos e esperamos que esse volume seja útil como uma referência para o campo prático de aplicação da R/E na saúde.

Palavras chave: Espiritualidade/religiosidade, Prática Associada, Prática Profissional, Inovação.

Key words: Spirituality/religiosity, Partnership Practice, Professional Practice, Innovation

REFERÊNCIAS

KOENIG, H. G.; KING, D. E.; CARSON, V. B. Handbook of religion and health. Oxford: Oxford University Press, 2012.

Pew, April 5, 2017. The Changing Global Religious Landscape <https://www.pewforum.org/2017/04/05/the-changing-global-religious-landscape/>

MOREIRA-ALMEIDA, A.; PINSKY ILANA, Z. M.; LARANJEIRA, R. Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey. Revista Psiquiatria Clínica, v. 37, n. 1, p. 12-15, 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; Sharma, A.; VAN RENSBURG, BJ.; VERHAGEN, P. J.; COOK, C. C. H. WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. World Psychiatry, v. 15, n.1, p. 87-88, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) - report on WHO Consultation. Geneva; 1998. (WHO/MSA/MHP/98.2, 2-23).

¹ Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Departamento de Psicologia Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG.

² Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde NUPES (NUPES) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG.

³ Programa de Pós-Graduação em Saúde, Faculdade de Medicina Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG.

⁴ Núcleo Interdisciplinar de Estudos, Pesquisas e Tratamento em Nefrologia (NIEPEN) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG.

Rodrigo César Santiago¹
Hélady Sanders Pinheiro²

¹Especialista em Ortodontia/ Mestre em Saúde (UFJF/MG)
Doutor em Ortodontia (UFRJ/RJ)
Ortodontista/EBSERH/Serviço Buco-maxilofacial/ Hospital Universitário-UFJF/MG

²Editora-chefe da HU Revista e Chefe do Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica do HU-UFJF/EBSERH

✉ **Rodrigo Santiago**
Av. Barão do Rio Branco,
3470/601. Passos, Juiz de Fora/
MG.
CEP: 36025-020
✉ ortorodrigosantiago@gmail.
com

Submetido: 10/12/2019
Aceito: 10/12/2019

Na busca pela visão holística do homem e com o “rompimento” do modelo biomédico, a promoção da saúde passa a ser considerada a nova lei. Mas o corpo mortal ainda é visto como sagrado e a única fonte de doença e de cura. Em contrapartida, nunca se falou tanto em doenças espirituais e mentais como atualmente. A prevenção e o tratamento para tais problemas surgem com o advento das novas descobertas da Neurociência e de outras áreas das ciências, uma vez que não se pode mais negar a existência do “transcendental” e do “divino” na mente humana, sobretudo a sua atuação na existência do ser humano. Além do mais, encontrar um sentido na vida também pode ser considerado como uma promoção de saúde via espiritualidade, sendo que o sentido é uma realidade que está voltada para o futuro. A principal indagação a ser estudada é: como a espiritualidade pode atuar na promoção da saúde?¹

A literatura especializada vem identificando influências positivas e negativas de crenças religiosas e espirituais no enfrentamento de enfermidades, como no estudo de revisão descritiva, onde foram observados relevantes achados referentes às associações entre a espiritualidade/religiosidade e atividade imunológica, saúde mental, neoplasias, doenças cardiovasculares e mortalidade, além de aspectos de intervenção com uso de prece intercessória.²

Há evidências de que o envolvimento religioso está relacionado a melhores resultados na recuperação de doença física e mental, na manutenção da saúde mental, física e da longevidade. Por outro lado, também pode estar associado a resultados negativos, como o fanatismo, as mortificações e o tradicionalismo opressivo, e ao uso inadequado dos serviços de saúde.³

Existem desafios na identificação e definição do sofrimento espiritual e há complexidade na provisão de cuidados espirituais. Estudo prévio revelou que o foco no paciente de forma individual e o desenvolvimento de um relacionamento que permitisse atender às necessidades espirituais únicas dos mesmos foram altamente valorizados. Criar uma cultura em profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente compartilhem suas experiências de prestação de cuidados espirituais e discutam como isso pode ser documentado é necessário.⁵

Com o intuito de abordar a espiritualidade no cuidado de pacientes no final da vida, nas perspectivas de pacientes com câncer avançado, oncologistas e enfermeiros oncológicos, foi observado que os médicos tiveram percepções mais negativas sobre cuidados espirituais do que os pacientes e enfermeiros. As objeções ao cuidado espiritual frequentemente se relacionam a conflitos dentro dos papéis profissionais a serem exercidos. Entretanto, a análise qualitativa identificou os benefícios do cuidado espiritual, incluindo o apoio ao bem-estar emocional dos pacientes e o fortalecimento do relacionamento paciente-profissional da saúde. Concluíram que a maioria dos pacientes com câncer avançado, oncologistas e enfermeiros de oncologia valoriza o cuidado espiritual. Os temas descritos fornecem uma base empírica para envolver questões espirituais nos cuidados clínicos.⁶

Pesquisa prévia avaliou os efeitos da espiritualidade tanto em pacientes com câncer quanto em enfermeiras oncológicas. O cuidado espiritual coloca o paciente com câncer e a enfermeira oncológica no caminho do crescimento espiritual. A conquista da paz pelo paciente e pelo enfermeiro foi uma consequência comum do cuidado espiritual, auxiliando o enfermeiro a promover conforto e uma sensação de paz no paciente e, eventualmente, a obter satisfação interior. Considerando os efeitos transcendentais do cuidado espiritual, um plano sistemático deve ser elaborado para aumentar a sensibilidade dos enfermeiros oncológicos e incentivá-los a fazer do cuidado espiritual um componente dos planos de intervenção.⁷

A religiosidade tem sido associada a melhores desfechos tanto mentais quanto físicos em doenças crônicas, permeados por uma menor frequência de comportamentos de risco e maior aderência ao tratamento⁸⁻¹⁰. Estas crenças promoveriam melhor suporte social e entendimento do significado do tratamento e na maioria das vezes melhora o relacionamento com a equipe de saúde, a qualidade e vida e aceitação da doença.¹¹⁻¹³

Por outro lado, há outros comportamentos em relação à religiosidade e saúde. Foi observado que em alguns momentos os pacientes atribuem a piora do quadro clínico a causas externas, de cunho espiritual, e que nesses casos eles não se responsabilizam pelo tratamento, aguardando uma solução divina. Quando há compreensão da família de que a vivência religiosa do paciente está interferindo no tratamento, inicia-se um conflito onde o ponto mais vulnerável é o paciente.⁴ O número de evidências científicas sobre a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde física é cada vez maior. Entretanto, por existirem lacunas ainda não preenchidas, este se constitui em promissor campo de investigação, devendo os trabalhos abordarem não somente os efeitos destas crenças no processo saúde x doença, mas analisarem o ponto de vista dos profissionais sobre a importância que estes veem na influência da espiritualidade/religiosidade no estado geral de saúde dos pacientes, atentando para os possíveis fatores benéficos e não benéficos bem como no estabelecimento de diretrizes para a incorporação de práticas religiosas/espirituais no processo de cuidado do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Borges PP, Ferreira RS, Sousa IDT. A saúde permeada pela espiritualidade. *Multitemas*. 2017;22(51):7-21. doi: 10.20435/multi.v22i51.1309
2. Guimarães HP, Avezum A. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev. Psiq. Clín.* 2007; 34 (supl 1): 88-94. doi: 10.1590/S0101-60832007000700012
3. PARGAMENT KI, LOMAX JW. Understanding and addressing religion among people with mental illness. *World Psych. Londres*. 2013; 12 (1):26-32. doi: 10.1002/wps.20005.
4. Reinaldo, A.M.S., Santos, R.L.F. Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. *Saúde Debate*. 2016; 40 (110): 162-171. doi: 10.1590/0103-1104201611012.
5. Walker, H., Waterworth, S. New Zealand palliative care nurses experiences of providing spiritual care to patients with life-limiting illness. *Int J Palliat Nurs*. 2017; 23(1):18-26. doi: 10.12968/ijpn.2017.23.1.18.
6. [Phelps AC](#), [Lauderdale KE](#), [Alcorn S](#), [Dillinger J](#), [Balboni MT](#), [Van Wert M](#), [Vanderweele TJ](#), [Balboni TA](#). Addressing spirituality within the care of patients at the end of life: perspectives of patients with advanced cancer, oncologists, and oncology nurses. *J Clin Oncol*. 2012; 30(20):2538-44. doi: 10.1200/JCO.2011.40.3766. Epub 2012 May 21.
7. [Moosavi S¹](#), [Rohani C²](#), [Borhani F³](#), [Akbari ME⁴](#). Consequences of Spiritual Care for Cancer Patients and Oncology Nurses: a Qualitative Study. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2019; 6(2):137-144. doi: 10.4103/apjon.apjon_37_18.
8. Hatah E, Lim KP, Ali AM, Shah NM, Islahudin F. The influence of cultural and religious orientations on social support and its potential impact on medication adherence. *Patient Prefer Adherence* 2015; 9:589-96. doi: 10.2147/PPA.S79477. eCollection 2015.
9. Silva AN, Moratelli L, Tavares PL, Marsicano EO, Pinhati RR, Colugnati FA, Lucchetti G, **Sanders-Pinheiro H**. Self-efficacy beliefs, locus of control, religiosity and non-adherence to immunosuppressive medications in kidney transplant patients. *Nephrology (Carlton)*. 2016 Nov;21(11):938-943. doi: 10.1111/nep.12695.
10. Freire de Medeiros CM, Arantes EP, Tajra RD, Santiago HR, Carvalho AF, Libório AB. Resilience, religiosity and treatment adherence in hemodialysis patients: a prospective study. *Psychol Health Med*. 2017 Jun;22(5):570-577. doi: 10.1080/13548506.2016.1191658.
11. Grosseohme DH, Ragsdale JR, Cotton S et al. Using spirituality after an adult CF diagnosis: cognitive reframing and adherence motivation. *J Health Care Chaplain* 2012; 18:110-20. doi: 10.1080/08854726.2012.720544.
12. Shabany-Hamedan M, Mohamad-Aljha J. Relationship between immunosuppressive medications adherence and quality of life and some patient factors in renal transplant patients in Iran. *Glob JHealth Sci* 2014; 16:205-12. doi: 10.5539/gjhs.v6n4p205
13. Lucchetti G, Almeida LGC, Granero AL. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? *J Bras Nefrol* 2010; 32:128-32. doi: 10.1590/S0101-28002010000100020

Uriel Heckert¹
Rogério R. Zimpel²

1 Médico psiquiatra. Especialização/Residência pelo IPUB (UFRJ). Mestre em Filosofia pela UFJF. Doutor em Psiquiatria pela USP. Prof. de Psiquiatria e de Antropologia Médica da Faculdade de Medicina da UFJF (Aposentado).

2 Médico psiquiatra. Especialização/Residência em Psiquiatria pelo HCPA (UFRGS). Mestre e Doutor em Psiquiatria e Ciências do Comportamento (UFRGS).

✉ **Uriel Heckert**
Rua Rei Alberto, 103/1000
CEP 36016-300
✉ urielheck@gmail.com

RESUMO

As relações entre espiritualidade/religiosidade e Psiquiatria no Brasil passaram por momentos distintos. Os relatos estão fragmentados e distribuídos em diversas fontes. Em uma revisão narrativa esse artigo tem por objetivo oferecer uma visão geral dos protagonistas e principais fatos de cada etapa, desde o século XIX até os dias atuais. A nomeação de Juliano Moreira, em 1903, para a direção do Hospital Nacional dos Alienados (Rio de Janeiro/RJ) é o marco inicial da Psiquiatria científica brasileira. O pano de fundo é a visão Positivista do mundo e do ser humano, com a expectativa de que a ciência suplantaria todas as crenças religiosas e metafísicas. Foi preciso que o vigor da Modernidade esmaecesse para que outro entendimento aflorasse. Nas últimas décadas do século XX psiquiatras receptivos ao tema das crenças conseguiram abrir espaços em associações profissionais para debater sobre espiritualidade e somente a partir da década de 1990 as pesquisas nacionais em Psiquiatria começaram a incluir a espiritualidade. Desde então, o conjunto de evidências cresceu célere, mas consistentemente. Em nível mundial – e em menos de três décadas – o Brasil já está entre os cinco países com maior número de publicações sobre espiritualidade/religiosidade e saúde mental, com potencial para permanecer em posição de destaque, pois possui população com grande religiosidade, ao mesmo tempo em que surge uma nova geração de pesquisadores engajados no tema.

Palavras-chave: espiritualidade/religiosidade, psiquiatria brasileira, relações, histórico

ABSTRACT

The relations between spirituality / religiosity and psychiatry in Brazil went through different moments. Reports are fragmented and distributed across multiple sources. In a narrative review this article aims to provide an overview of the protagonists and key facts of each stage from the 19th century to the present day. The appointment of Juliano Moreira, in 1903, to the direction of the Alienados National Hospital (Rio de Janeiro/RJ) is the initial milestone of Brazilian scientific psychiatry. The background is the Positivist view of the world and human being, with the expectation that science would supersede all religious and metaphysical beliefs. The vigor of Modernity had to weaken for another understanding to emerge. In the last decades of the 20th century, psychiatrists receptive to the theme of beliefs were able to open spaces in professional associations to discuss spirituality and not until the 1990s did national research in psychiatry begin to include spirituality. Since then, the body of evidence has grown rapidly but consistently. Worldwide - and in less than three decades - Brazil is already among the five countries with the highest number of publications on spirituality/religiosity and mental health, with the potential to remain in a prominent position, as it has a highly religious population, while emerges a new generation of researchers engaged in the theme.

Keywords: spirituality/religiosity, brazilian psychiatry, relations, historical

Submetido: 28/05/2019
Aceito: 01/10/2019

INTRODUÇÃO

As relações entre espiritualidade/religiosidade e o campo psiquiátrico no Brasil segue o que acontece nos países considerados culturalmente centrais do Ocidente, com algumas particularidades. A Psiquiatria científica tem como marco o ato libertário de Philippe Pinel, datado de 1792, sob clara influência do Iluminismo. Pretendia-se estender as luzes da razão humana sobre o campo da insanidade mental. O entendimento religioso deveria ser suplantado, até mesmo desconsiderando intervenções anteriores notáveis (1).

Chegando ao Brasil, todo conhecimento ganhou a roupagem do Positivismo que marca a nossa formação cultural. Acreditou-se que as ciências eliminariam entendimentos místicos, metafísicos e religiosos. As vertentes humanistas e cristãs restaram aqui menos conhecidas. Foi preciso que o vigor da Modernidade esmaecesse para que outro entendimento aflorasse, como veremos.

PRIMÓRDIOS

Costuma-se datar o surgimento da Psiquiatria científica no Brasil em 1903. Isso coincide com a nomeação de Juliano Moreira (1873-1933) para a direção do Hospital Nacional dos Alienados, antigo Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, inaugurado em 1852 (2,3,4). A busca de similaridade com o ocorrido na França fica logo evidente: lá foi quando Pinel assumiu a direção do Hospital de Salpêtrière. Aqui entre nós, segundo entendem os céticos, a obscuridade teria dominado até o início do século XX, sobretudo pela ingerência da Igreja Católica Romana.

Tal visão desconhece a importância que as instituições religiosas tiveram durante os períodos colonial e imperial. De fato, foram as Santa Casas de Misericórdia que abrigaram, mesmo que em seus porões, os enfermos mentais, a começar pela de Santos, inaugurada ainda em 1543 (5). Registro formal dessa prática já se encontrou, datado de 1817, nos anais da Santa Casa de São João Del Rey (6,7). Quando se instalou o hospício do Rio de Janeiro, a única opção que se apresentou ao Imperador foi entregá-lo aos cuidados da Ordem da Misericórdia. Se hoje encontramos motivos para criticar práticas segregacionistas ocorridas, deve-se lembrar que a sociedade de então não oferecia qualquer exemplo e oportunidades para práticas diferentes (8).

Outro exemplo marcante da atuação religiosa junto aos enfermos mentais nos é dado pela Ordem Hospitaleira de São João de Deus, de longa atuação na Europa desde o século XVI. Entretanto, ela chegou ao Brasil somente em 1947, contando hoje com quatro instituições que aliam o trabalho técnico de profissionais leigos às marcas tradicionais da "caridade cristã".

Os cristãos ditos "protestantes", oriundos da Reforma Religiosa do século XVI, fixaram-se no Brasil somente no período imperial. Como lhes é característico, logo cuidaram de que, além das igrejas, fossem oferecidas ao povo instituições de ensino e de assistência (9). Projetos de maior porte demandaram união entre diferentes denominações, especialmente luteranos,

congregacionais, presbiterianos, batistas e metodistas. Foi assim que surgiu o Hospital Evangélico do Rio de Janeiro, inaugurado em 1887, pioneiro entre vários que se espalharam pelo país. No campo específico da Psiquiatria, cabe destacar o Hospital Evangélico de Anápolis, Goiás, pioneiro em receber enfermos mentais em enfermarias gerais, sem qualquer discriminação, chegando a dispor de até 30 leitos para tal fim. Isso se deu ainda na década de 60 do século passado, tendo à frente o psiquiatra Eldo Elias de Lima (1951- 2017). No sul do Brasil, registra-se ainda o esforço dos Menonitas em prestar serviços de saúde mental, a partir dos anos 30 do século passado.

Merece atenção a dedicação dos espíritas brasileiros na assistência aos portadores de transtornos mentais. De fato, a doutrina kardecista encontrou aqui solo fértil, seja entre a população mais culta, por sua proximidade ao Positivismo aqui reinante; seja entre a população geral, pelo sincretismo com o catolicismo popular e as crenças de origem africana e indígena. Desde sua chegada ao Brasil, ela relacionou-se ao Mesmerismo, prática terapêutica controversa que alguns consideram como precursora da moderna psicoterapia (10). Além disso, desde as primeiras décadas que se constroem hospitais psiquiátricos espíritas em diferentes cidades e regiões do país (11). Interessante que essas instituições tenham subsistido ao movimento antimanicomial, de forte influência nas últimas décadas; e se apresentam como opções de qualidade agora que a sociedade volta a demandar por tais serviços.

INFLUÊNCIAS EXTERNAS

Os pioneiros da nossa Psiquiatria tiveram sua formação influenciada pelas correntes de pensamento dominantes no Antigo Continente. Vários deles passaram por treinamentos na França e Alemanha, de onde voltaram dominados pelo mito do progresso e desenvolvimento humano, verdadeiro ídolo fomentado pelo Iluminismo, cristalizando-se especialmente no Positivismo francamente disseminado pelo Brasil. Mesmo quando atraídos pela Fenomenologia de Husserl, e especialmente de Karl Jasper, só a empregavam para a coleta e descrição dos sintomas. A pretendida "ciência do espírito" aqui se rendia também à objetividade científica.

Não é de estranhar que nos meios psiquiátricos brasileiros tenham predominado posições marcadamente antiespiritualistas e, especialmente, antirreligiosas. As manifestações religiosas só eram abordadas sob perspectivas antropológica e sociológica, como expressões de crenças populares e tradições culturais; e, no geral, com uma visão patologizante. Esse é o caso das publicações pioneiras de Raimundo Nina Rodrigues (1862-1906), que destacavam as influências africanas na cultura brasileira.

Mais à frente, Álvaro Rubim de Pinho (1922-1994) seguiu na direção acima, imergindo no amálgama religioso próprio da Bahia, sem o viés depreciativo anterior. Tudo convergiu para que no Congresso Brasileiro de Psiquiatria realizado em Florianópolis, em 1998, fosse criada a Associação Brasileira de Etnopsiquiatria, ou de Psiquiatria Cultural, a exemplo de Sessão já existente na Associação Mundial de Psiquiatria (WPA). À sua frente está,

desde então, o psiquiatra Marcos de Noronha Ribeiro, professor da Universidade Federal de Santa Catarina (12).

Certo está que sempre houve psiquiatras de destaque fiéis em suas crenças e práticas religiosas. Na tradição católica, podemos citar José Leme Lopes (1904-1990), catedrático de Psiquiatria da UFRJ, e Galdino Loreto, professor de Psiquiatria em Recife. Entre os protestantes, servem de exemplo Odon Ramos Maranhão (1924-1995), professor da USP, e José Maria Nascimento Pereira, também professor universitário em Fortaleza. Entretanto, não se verificavam movimentos explícitos para introduzir temas da religiosidade no âmbito das discussões profissionais.

DÉCADAS RECENTES

II Iniciativa organizada se deu em 1976, quando jovens psiquiatras se reuniram no que foi denominado Corpo de Psicólogos e Psiquiatras Cristãos (CPPC). A motivação foi criar um espaço de diálogo entre os saberes psi e o rico acervo cultural e religioso da fé cristã, promovendo estudos enriquecedores em ambas as direções. O entendimento é que há intersecções inevitáveis entre elas, doadoras de “insights” valiosos, sobretudo na construção de uma antropologia relevante para a clínica, eticamente consistente e socialmente desejável. Tal grupo tem estimulado inúmeras ações, constituindo um fórum ímpar de interação entre profissionais do campo psi, oriundos das diferentes denominações evangélicas e também católicos romanos. Nomes nacionais e internacionais têm participado de seus eventos, incluindo o Dr. Viktor E. Frankl (Áustria), Frank Lake (Inglaterra), Carlos J. Hernández e Ricardo Zandrino (Argentina) (13).

Podemos apontar o Congresso Brasileiro de Psiquiatria de 1994, realizado na Pousada do Rio Quente, Goiás, como marco sinalizador de uma nova etapa na consideração da espiritualidade/religiosidade entre os psiquiatras brasileiros. Ali, pela primeira vez, após árduo debate sustentado junto à Comissão Científica, foi incluída na programação uma mesa sobre Religião e Psiquiatria. Naquela ocasião, ali se apresentaram Adalberto Barreto (CE), Francisco Lotufo Neto (SP), Isaías Paim (MS) e Sebastião de Melo (SP), sob a coordenação de Uriel Heckert. Daí em diante, tendo em vista a ampla aceitação da iniciativa, todos os congressos da Associação Brasileira de Psiquiatria incluíram o tema em palestras, cursos e mesas.

NÚCLEOS DE PESQUISA

Francisco Lotufo Neto, psiquiatra e professor de Psiquiatria da USP defendeu em 1997 sua tese de Livre Docência. Tratou-se de um alentado trabalho com mais de 700 páginas, no qual fez ampla revisão da literatura sobre a relação da espiritualidade/religiosidade com a saúde mental. Em artigo resultante dessa tese, Lotufo observou que ministros religiosos cristãos não católicos – residentes em São Paulo – tem uma prevalência aumentada de transtornos afetivos e ansiosos e

menor de abuso e dependência de álcool e drogas. Destacou também que a religiosidade intrínseca (aquela onde a crença atribui significado à vida) parece ser benéfica à saúde mental (14). Lotufo seguiu publicando artigos esclarecedores sobre o tema em números sucessivos da Revista de Psiquiatria Clínica, alguns em parceria com Jorge Wohwey Ferreira Amaro, também professor do Departamento de Psiquiatria da USP. Com isso foram criadas as condições favoráveis para a criação do Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais e Religiosos (NEPER) junto ao Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas/Departamento de Psiquiatria da USP, que ganhou crescente reconhecimento e credibilidade.

Na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) o psiquiatra e professor Paulo Dalgalarrodo coordena a linha de pesquisa em Saúde Mental, Sociedade e Cultura, cujo foco são estudos antropológicos em saúde mental e religião. O interesse de Dalgalarrodo no tema começou na sua dissertação de mestrado, quando estudou variáveis sociodemográficas e clínicas que se relacionavam à duração das internações psiquiátricas. A afiliação religiosa era uma dessas variáveis: os pentecostais apresentaram menor tempo de duração de internação em comparação aos católicos. Ao mesmo tempo os pentecostais foram mais frequentemente diagnosticados com psicose funcional (15). Esse paradoxo aguçou sua curiosidade sobre as crenças e na sequência desenvolveu várias questões de pesquisa, como a diferenciação entre manifestações socioculturais religiosas e sintomas psicopatológicos com conteúdo religioso (16), aspecto aprofundado no livro intitulado Religião, Psicopatologia e Saúde Mental (17).

Também na UNICAMP o psiquiatra e professor Joel Giglio fomentou estudos envolvendo a espiritualidade, onde destaca-se sua orientação de mestrado e doutorado de Ana Catarina de Araújo Elias. Em seu trabalho Elias realizou intervenção em pacientes terminais com a aplicação de técnicas de imagens mentais e relaxamento visando a ressignificação da dor espiritual. O projeto incluiu também treinamento de profissionais de saúde para a utilização das técnicas (18,19) e resultou em diversas publicações (20).

Francisco Lotufo Neto, Paulo Dalgalarrodo e Joel Giglio destacam-se como pioneiros na produção de artigos científicos sobre espiritualidade e saúde mental. Eles também foram orientadores de uma segunda geração de pesquisadores que investigam a espiritualidade com rigor científico. Tudo isso ainda é recente mas já produz resultados significativos na produção científica: o Brasil é o 5º país em volume de publicações sobre espiritualidade (21), enquanto - que no comparativo com temas gerais de psiquiatria - a colocação é a 13ª (22).

A repercussão internacional da pesquisa brasileira sobre espiritualidade tem relação com a já segunda geração de pesquisadores do tema, especialmente com a liderança do jovem psiquiatra Alexander Moreira-Almeida. Ele formou-se especialista e doutor na Universidade de São Paulo, tendo sempre como orientador o Prof. Lotufo Neto. Posteriormente seguiu para o pós doutorado na Universidade de Duke (USA), sob a orientação do reconhecido pesquisador Dr. Harold G. Koenig. Alexander é hoje professor da Universidade Federal de Juiz de

Fora (MG), onde dirige o Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde (NUPES), que já alcançou profícua produção acadêmica através de vários artigos científicos e orientações de mestrado e doutorado (23). Além disso, foi ele o responsável pela proposição da Comissão de Estudos em Espiritualidade e Saúde Mental da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e hoje é o coordenador das instâncias equivalentes tanto na APAL como na WPA. São destaques para a Psiquiatria brasileira.

Experiências relevantes advieram também a partir do impacto global do grupo de pesquisa em qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) - World Health Organization Quality of Life (24). Trata-se de um projeto multicêntrico para pesquisa e construção de instrumentos de avaliação de qualidade de vida. Entrevistas com grupos focais de pacientes e pessoas saudáveis em todos os continentes incluíram a espiritualidade e religiosidade como dimensão de qualidade de vida, juntamente com aspectos físico, psicológico, nível de independência, social e ambiente. O constructo de qualidade de vida da OMS é transcultural e teve a espiritualidade incluída de modo curioso, a partir da escuta de pacientes e pessoas hígdas de suas comunidades. Esse fato se contrapõe à usual tendência acadêmica de construir instrumentos de pesquisa a partir da opinião de experts. Em um segundo momento o grupo WHOQOL desenvolveu um módulo mais abrangente para avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, o WHOQOL-SRPB (World Health Organization Quality of Life - Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs module), onde parte do banco de dados global da OMS é constituída de amostra brasileira (25). O Brasil participa como um dos centros colaboradores da OMS através do psiquiatra e professor Marcelo Fleck, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Sua linha de pesquisa em qualidade de vida e espiritualidade publica artigos e orienta alunos de mestrado e doutorado. Sua primeira orientação que incluiu espiritualidade foi da psiquiatra e então mestranda Neusa Sica da Rocha. Atualmente, Neusa é professora na UFRGS e também se dedica à pesquisa em saúde mental e espiritualidade, entre outros temas.

CONCLUSÃO

A Era Moderna, oriunda do Renascimento, alavancou-se com o surgimento da Ciência Moderna e a Revolução Industrial, culminando no Iluminismo e seu foco na razão e no progresso (26). Por outro lado, o clima cultural trazido pela pós-modernidade tem contribuído para a ampla expansão do interesse, das pesquisas e das práticas que aproximam espiritualidade/religiosidade e psiquiatria. Os tempos são outros, a cultura reinante favorece, os próprios enfermos e seus familiares demandam um entendimento maior do sofrimento psíquico. Diversos profissionais produzem dados e publicações sobre o impacto das crenças na saúde, isoladamente ou reunidos em núcleos de pesquisa. O preconceito quanto a tal aproximação vai ficando circunscrito, mesmo que robustecido por algumas conclusões preconceituosas e reducionistas oriundas das neurociências.

As instituições são meio importante para que novas perspectivas se concretizarem em ações. Nesse sentido, a Associação Mundial de Psiquiatria (WPA) mantém já há tempos uma Sessão de Religiosidade, Espiritualidade e Psiquiatria, por iniciativa de profissionais cristãos, especialmente holandeses e britânicos. Em nosso país, Associação Brasileira de Psiquiatria passou a abrigar um grupo de estudos sobre espiritualidade/religiosidade e saúde mental. O número de membros ainda é limitado e composto quase que inteiramente por profissionais de um mesmo credo religioso. Mesmo assim, representa um avanço que estimulou a criação de instância semelhante na Associação Psiquiátrica da América Latina (APAL), por iniciativa do seu atual presidente, o psiquiatra brasileiro Antônio Geraldo da Silva.

Fato alvissareiro é que o movimento verificado na psiquiatria brasileira nas duas últimas décadas abriu espaço para que espiritualidade/religiosidade figure como tema de estudo e pesquisa. O Brasil é um país com forte presença religiosa na sua população e uma melhor compreensão desse aspecto pode auxiliar na assistência aos portadores de sofrimento psíquico e até na promoção de intervenções preventivas em saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Van Walsum K L. Nos maledes: three examples of christian influences in care for the insane in pre-revolutionary France and Belgium. *The Journal of Psychology and Christianity*, 23 (3), 2004, 219-233.
2. Oda AMGR, Dalgalarrondo P. Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2000; 22(4), 178-9.
3. Carvalhal LA. Loucura e Sociedade: o pensamento de Juliano Moreira (1903-1930) [monografia de bacharelado em História]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1997.
4. Passos A. Juliano Moreira (vida e obra). Rio de Janeiro: Livraria São José; 1975.
5. Gabriel Figueiredo As origens da assistência psiquiátrica no Brasil: o papel das Santas Casas. *Rev. Bras. Psiquiatr.* vol.22 n.3 São Paulo Sept. 2000.
6. Coelho RS. Primeira unidade psiquiátrica em hospital-geral no Brasil. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico de São João del-Rei*, p. 4-9, 1973.
7. Gonçalves AM, Goulart MSB. História das Santas Casas na Assistência à Saúde Mental mineira no século XIX. *Tempos Gerais - Revista de Ciências Sociais e História - UFSJ*, Número #2 - 2015, pp. 04-26.
8. Piccinini WJ. História da Psiquiatria. *Psychiatry On-line*

Brazil, 2004: 9 (2).

9. Ribeiro B. Protestantismo e cultura brasileira. São Paulo: Casa Editora Presbiteriana, 1981.

10. Câmara FP. Pré-história da psicoterapia brasileira: a chegada do magnetismo animal no Brasil, 1823-1887. *Debates em Psiquiatria*, 3(3), 2013, 34-38.

11. <https://espiritismonomundo.wordpress.com/hospitais-psiquiatricos-espiritas-no-mundo/> Consulta em 21.08.2019.

12. Noronha M. *Terapia social*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2007, 200p.

13. www.cppc.org.br/ Consulta em 03.09.2019.

14. Lotufo Neto, F. *Psiquiatria e Religião: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos*. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 23/24, n.4/1-3, p. 32-33, 1996.

15. Dalgalarondo P, Gattaz WF. A psychiatric unit in a general hospital in Brazil: predictors of length of stay. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, v. 27, n. 3, 1992. p. 147-150.

16. Dantas CR, Pavarin LB, Dalgalarondo P. Sintomas de conteúdo religioso em pacientes psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21, n. 3, 1999.

17. Dalgalarondo P. *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

18. Elias ACA. (2003). Re-significação da dor simbólica da morte: relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 23, n. 1, p. 92-97.

19. Elias ACA, Giglio JS, Pimenta CAM, El-Dash LG. (2007). Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica "relaxamento, imagens mentais e espiritualidade" (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais, *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, n. 1, p. 60-72

20. Dias ALM, Silva TO. (2015) Saúde mental, Religião e espiritualidade na trajetória acadêmica de três psiquiatras brasileiros (1968-1999). *Revista Maracanan* n.13, Dezembro 2015, p. 34-49.

21. Lucchetti G, Lucchetti AL. (2014). Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research (1999-2013). *Int J Psychiatry Med* ;48(3):199-215. doi: 10.2190/PM.48.3.e. Review. PMID: 25492714

22. Moreira-Almeida A, Oliveira E Oliveira FHA. (2017). A brief panorama of Brazil's contributions to psychiatry. *Int Rev Psychiatry*. Jun;29(3):206-207. doi: 10.1080/09540261.2017.1285537. PMID:28587548

23. Moreira-Almeida A. (2019). Currículo Lattes. Disponível em: <<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4795639P9>>. Acesso em 14/09/2019.

24. WHOQOL Group. (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley, J. & Kuyken, W. (Eds.) *Quality of life assessment: international perspectives*. Springer Verlag, Heidelberg, pp.41-60.

25. WHOQOL SRPB Group. (2005). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science and Medicine* 62(6):1486-1497.

26. . Goudzwaard B. *Capitalismo e Progresso: um diagnóstico da sociedade ocidental*. Viçosa, MG: Ed. Ultimato, 2019.

André C. Caribé^{1,2}
Juliana Casqueiro²
Ângela Miranda-Scippa^{2,3}

¹Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA-Brasil.

²Programa de residência Médica em Psiquiatria - Complexo Universitário Professor Edgard Santos. Complexo-HUPES, Salvador, BA-Brasil. Universidade Federal da Bahia-UFBA

³Departamento de Neurociências e Saúde Mental - DNCSM-UFBA, Salvador, BA-Brasil.

✉ **André C. Caribé**

Hospital Universitário Professor Edgard Santos, Rua Augusto Viana, s/nº, 3º andar, Canela, CEP 40110-909, Salvador, BA.
✉ andrecaribe@terra.com.br

RESUMO

A religiosidade/espiritualidade (R/E) é um tema de grande interesse na atualidade, principalmente no que concerne à sua relação com a saúde mental. De fato, o efeito benéfico dessa associação tem sido descrito com níveis de bem-estar maiores, redução do uso de drogas, menores taxas de depressão e ansiedade, além de se apresentar como um fator protetor ao comportamento suicida (CS). Contudo, os mecanismos que possam explicar esses resultados ainda não foram adequadamente esclarecidos. Da mesma forma, existem muitas dificuldades em transpor esse conhecimento para a prática clínica, sendo este um dos maiores desafios deste campo de pesquisa. Assim, diante da relevância deste tópico, este artigo objetiva fazer uma atualização sobre as conexões entre R/E e CS, visando discutir não só os aspectos positivos, mas também os possíveis elementos negativos envolvidos nessa relação. Para tal, foi realizada uma revisão da literatura com ênfase em artigos publicados nas últimas duas décadas.

Palavras-chave: Espiritualidade; Suicídio; Ideação Suicida.

ABSTRACT

The relation between religiosity/spirituality (R/S) and health is a topic of great interest actually, especially regarding mental health. In fact, the beneficial effect of this association has been described with higher levels of well-being, reduction of drug use, lower rates of depression and anxiety, as well as being a protective factor specifically for suicidal behavior (SB). However the mechanisms that may explain these results have not yet been adequately clarified. Likewise, there are still many difficulties in transposing this knowledge into clinical practice, which is the biggest challenge related to this theme. Thus, in view of the relevance of the theme, this article aims to bring an update on the relation between R/S and SB, with an approach not only to the positive aspects, but also about the negative elements involved among them. To this end, we conducted a literature review with emphasis on articles published in the past two decades.

Key-words: Spirituality; Suicide; Suicidal Ideation.

Submetido: 12/02/2019
Aceito: 23/08/2019



INTRODUÇÃO

O comportamento suicida (CS) engloba uma gama de atitudes e ações, por parte do indivíduo, tais como automutilações, exposições a situações de risco de vida, ideação, tentativas e o suicídio consumado, constituindo-se em um grave problema de saúde pública. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que em 2030 aproximadamente 895 mil pessoas no mundo morrerão por suicídio e estima-se que, para cada suicídio, é provável que tenham ocorrido mais de 20 tentativas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Diante desse cenário crítico, a prevenção e o manejo desse comportamento torna-se um dos principais desafios aos profissionais que trabalham com saúde mental.

A maior parte das pesquisas sobre o CS tem-se concentrado nos chamados fatores de risco quais sejam, presença de doença mental, impulsividade, desesperança, diferenças sociodemográficas dos indivíduos, história familiar e condições médicas associadas a eles. Entretanto, há indicações de que apenas os estudos em torno dos "fatores clássicos" não têm sido suficientes para prever, confiavelmente, quem poderá tornar-se susceptível a apresentar CS, mesmo porque quase metade dos suicídios, ocorridos em um determinado espaço de tempo, são praticados por pessoas consideradas como de risco baixo (LARGE *et al.*, 2016). Essas constatações apontam para o fato de que, certamente, existem outros elementos, ainda não identificados, que atuam de forma efetiva sobre esse fenômeno.

Por outro lado, as pesquisas sobre os mecanismos de proteção ao CS, assim como a avaliação sistemática desses fatores na prática clínica, ainda são incipientes (MCCLATCHEY, 2018). Não obstante, é possível afirmar que esse cenário vem se modificando, aos poucos, no decorrer das duas últimas décadas. Podemos observar, por exemplo, que alguns estudos já incluem entre seus objetivos avaliar a questão da R/E como um dos mais importantes fatores de proteção ao CS (BONELLI; KOENIG, 2013; MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2016).

De fato, as evidências têm demonstrado que se estabelece uma relação inversa entre maiores níveis de R/E com menor CS. No entanto, apesar desses resultados, não se pode deixar de reconhecer que os mecanismos que atuam nessa relação ainda estão sendo investigados, tanto quanto as possíveis estratégias de intervenção clínica que possam surgir a partir desses conhecimentos (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2006; JACOB *et al.*, 2018).

Em face da grande relevância desse tema, será feita uma atualização sobre as principais evidências relativas à associação entre R/E e CS, seus desfechos positivos e negativos e os fatores de mediação que se estabelecem entre eles.

Embora este artigo seja uma revisão clássica da literatura sobre o tema RE e CS, foram pesquisados artigos relevantes nas bases de dados MEDLINE / Pubmed, SciELO e LILACS, seguindo parte das estratégias de busca de uma revisão sistemática. Além disso, foram feitas buscas manuais, explorando listas de

referências dos artigos selecionados para procura de estudos adicionais. Foram pesquisadas publicações no período de 2000 a 2018, escritas em inglês ou português. A estratégia de pesquisa incluiu uma combinação dos seguintes termos, agrupando sinônimos/operadores booleanos e usando *Medical Subject Heading* (MeSHs) quando disponíveis: "spirituality" or "religion" or "religiosity" or "religiouness" and "suicide" or "suicidal behavior" or "suicidal ideation" or "suicide attempts". Os mesmos descritores foram usados com o idioma português.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Efeitos positivos da espiritualidade no comportamento suicida

O primeiro método desenvolvido para abordar esse tema foi a investigação das relações entre a filiação a um grupo religioso e as taxas de suicídio. O trabalho clássico de Durkheim (1897), intitulado "O suicídio", foi o ponto de partida para a pesquisa acerca das relações entre religião e suicídio. Ele comparou as taxas de suicídio em diversos países, levando em conta a religião predominante em cada um deles. Seus achados, basicamente, apontaram para uma incidência de suicídios 50% maior nos países protestantes, em relação aos de maioria católica (DURKHEIM, 2000).

Importante salientar que a teoria sociológica e os estudos ecológicos iniciados por Durkheim têm produzido resultados controversos. Duas das principais críticas foram a ausência de controle de variáveis de confusão e o risco de se fazer inferências causais em relação a indivíduos tendo como base observações de agregados populacionais. De fato, após o controle de variáveis relevantes (taxa de desemprego, desenvolvimento socioeconômico e outros), os indivíduos pertencentes às religiões predominantemente católicas não têm se mostrado com taxas menores de suicídio comparadas àqueles de religiões protestantes (COLUCCI; MARTIN, 2008).

Nesta mesma linha de pesquisa, um trabalho recente, que acompanhou por nove anos mais de 1 milhão de pessoas, no intuito de avaliar a relação entre filiação religiosa e risco de suicídio (com controle de alguns fatores relevantes), mostrou que não houve diferença significativa no risco de suicídio quando comparados indivíduos com ou sem filiação religiosa, exceto em relação a subgrupos de religiosos mais conservadores que demonstraram estar sob menor risco de suicídio em relação aos demais (O'REILLY; ROSATO, 2015). Esses resultados corroboram a ideia de que muito mais importante do que a filiação, é a forma como o indivíduo vivencia sua espiritualidade, não necessariamente veiculado a instituições religiosas formais, fato cada vez mais comum nas sociedades contemporâneas seculares (STACK; LAUBEPIN, 2018).

Dessa forma, muitos estudos buscam avaliar não só a filiação, mas também outras dimensões da experiência religiosa. Essas dimensões podem compreender o conceito de *coping* religioso, R/E subjetiva, religiosidade intrínseca

(RI), religiosidade organizacional (RO) e religiosidade não organizacional (RNO).

A RI representa o quanto a religiosidade pode motivar ou influenciar comportamentos, decisões e, de forma geral, a vida do sujeito, enquanto a RO está relacionada aos comportamentos que ocorrem no contexto da instituição religiosa, como a frequência às atividades formais e o desempenho de cargos ou funções. A RNO é entendida como comportamentos religiosos privados ou informais, isto é, que ocorrem fora do contexto da instituição religiosa, sem local e tempo fixos e sem seguirem formas litúrgicas preestabelecidas, podendo incluir práticas de oração e meditação. Esses estudos constatam de forma consistente que, na maioria das vezes, a vivência da R/E atua como claro mecanismo de proteção ao amplo espectro do CS (BONELLI; KOENIG, 2013; BURSHEIN *et al.*, 2016).

Neste sentido, uma pesquisa realizada no Brasil, que avaliou pacientes adultos admitidos em uma emergência de hospital geral, Caribé *et al.* (2012), através um estudo de caso controle, compararam 110 indivíduos que tentaram suicídio por uso de substâncias com 114 indivíduos sem história de tentativa de suicídio (TS) e verificaram que, mesmo após o controle de variáveis sociodemográficas, presença ou ausência de doença mental e níveis de impulsividade, as dimensões da RO, RNO e RI foram inversamente associadas à ocorrência de TS. O mesmo grupo de pesquisadores, que trabalham com pacientes com transtorno bipolar (TB), avaliados sob critérios rígidos de eutímia, na tentativa de se eliminar as possíveis influências das alterações do humor na vivência religiosa, encontraram também uma relação inversa entre maiores níveis de RI e RNO, com história de CS, mesmo após controle de variáveis clínicas e sociodemográficas que poderiam interferir no desfecho em questão (CARIBÉ *et al.*, 2015).

Em outro estudo, realizado também no Brasil, Mosqueiro *et al.* (2015), identificaram em amostra de pacientes internados com depressão, que a RI foi associada com maior resiliência, melhor qualidade de vida (QV) e menos CS.

Vale ressaltar que pesquisas feitas em outras populações demonstraram resultados semelhantes. Estudos de Amit *et al.* (2014), em Israel; Toussaint *et al.* (2015), em Trinidad e Tobago; Hoffman e Marsiglia (2014), no México descreveram em jovens, pertencentes a culturas diferentes, que níveis maiores de religiosidade foram relacionados significativamente com menos automutilação, pensamento ou CS. Além disso, pesquisas que avaliaram idosos também apontaram benefícios da R/E, principalmente em relação à melhoria da QV e da saúde mental (VITORINO *et al.*, 2016; LUCCHETTI *et al.*, 2018).

Efeitos negativos da espiritualidade no comportamento suicida

Embora a maioria dos trabalhos realizados em diversos países mostre associações inversas entre maiores níveis de espiritualidade e menor CS, é indispensável referir que há outros estudos que apontam o contrário, ou seja, que há efeito nocivo da vivência religiosa sobre a saúde mental de

grupos de indivíduos, sobretudo, quando eles se utilizam de padrões de enfrentamento religioso negativo, igualmente conhecidos como *coping* religioso negativo. Dentre eles, destacam-se a delegação de toda responsabilidade sobre sua vida a Deus, atitude de, ao considerar-se abandonado, culpar a espiritualidade por seus possíveis fracassos e redefinir o estressor como punição divina ou como ação das "forças do mal" (O'BRIEN *et al.*, 2018).

Mais ainda, é necessário lembrar que a rigidez na vivência de práticas/dogmas e conflitos com os membros da instituição religiosa são fontes de sofrimento e estresse (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2006). Sem dúvida, essas condições geram tensão, ansiedade, ambivalência e podem se associar a desfechos negativos, tais como maiores níveis de depressão e CS (PIRUTINSKY *et al.*, 2011; TREVINO *et al.*, 2014).

Outros estudos feitos em populações clínicas indicam também que o binômio R/E pode atuar como fator de risco, aumentando o surgimento de ideação ou CS (LAWRENCE *et al.*, 2016). Como exemplo, citamos o estudo de Azorin *et al.* (2013) que comparou portadores de transtornos de humor com baixo e com grande envolvimento religioso e concluiu que, nestes últimos, o risco de CS era maior. Mais ainda, os autores sugerem que, nesses casos, é provável que o envolvimento religioso intensifique sentimentos de culpa ou aumente o caráter pecaminoso das experiências hipomaniacas pessoais, reforçando, assim, as tendências suicidas. No entanto, um ponto importante a ser considerado é que eles incluíram uma amostra heterogênea, compreendendo pacientes com depressão unipolar e outros pertencentes ao espectro bipolar (AZORIN *et al.*, 2013). Resultados deste tipo vão de encontro à maioria do que é descrito na literatura. Sendo assim, algumas hipóteses são formuladas para tentar explicá-los, tais como características específicas da amostra, mensurações transversais da espiritualidade e/ou avaliações em pacientes não eutímicos (sintomáticos).

Da mesma forma, pesquisas em populações não clínicas mostram que quando a religião é experimentada de modo rígido ou radical, costuma trazer resultados que se traduzem em malefícios à saúde mental e risco aumentado de suicídio em membros da comunidade, os quais, em geral, são pertencentes a grupos minoritários que não aderem ou não compactuam com alguns dogmas ou regras religiosas, sofrendo discriminações e exclusões sociais (TAYLOR *et al.*, 2011; SHEARER *et al.*, 2018).

Fatores de mediação

Embora as ligações entre R/E e saúde mental estejam claramente estabelecidas, pouco se sabe de que maneira os vários aspectos da R/E influenciam a saúde mental como um todo, e, mais especificamente, na ocorrência de CS. Portanto, é fundamental compreendermos a natureza dos processos que estabelecem as interações entre esses fenômenos. Uma das hipóteses é a de que elementos distintos ajam em sinergismo e atuem como possíveis mediadores: apoio social dos grupos religiosos, disponibilidade de um sistema de crenças para lidar

com o sofrimento, incentivo a estilos de vida saudáveis, senso de significado da vida, experiências de compaixão, gratidão, otimismo, dentre outros (PARK, 2007; ROBINS; FISKE, 2009; LI *et al.*, 2012; KRAUSE *et al.*, 2018).

De fato, as religiões, em geral, condenam enfaticamente a interrupção da vida, por vontade própria, considerada como um dom sagrado de Deus, do qual o ser humano não deveria dispor voluntariamente (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO, 2004). Diante disso, a objeção moral ao suicídio pode ser também um importante mediador (DERVIC *et al.*, 2011; VAN DEN BRINK *et al.*, 2018). Outro aspecto relevante nessa questão são as atividades espirituais. A meditação, a oração, a atitude devocional, o reforço do senso de controle interno, são práticas que têm repercussões fisiológicas no funcionamento cerebral e podem diminuir a expressão de atitudes impulsivas e agressivas que, por sua vez, fazem parte do amplo espectro dos comportamentos autodestrutivos (NEWBERG *et al.*, 2001; SEYBOLD, 2007; CARIBÉ *et al.*, 2012; CORYELL *et al.*, 2018)

Sabemos que a doença mental é um dos principais fatores de risco em relação ao CS. Por outro lado, algumas pesquisas apontam que há uma relação inversa entre R/E, com depressão, uso de álcool/drogas, ansiedade e gravidade da doença mental. Portanto, compreende-se porque uma maior R/E geralmente está associada a menor CS (MOSQUEIRO *et al.*, 2015; NORDFJÆRN, 2018). Apesar de dados animadores, essa é uma área que traz resultados não conclusivos e necessita de maior investimento.

Aplicações clínicas

Ao verificar-se que centenas de pesquisas confirmam a existência de uma relação inversa entre R/E e CS, pense-se, conseqüentemente, na possibilidade da aplicação prática deste conhecimento. No entanto, não se pode esquecer que a maioria desses estudos é observacional. Há poucos ensaios clínicos randomizados que testem as intervenções espirituais e, naqueles existentes, há uma falta de padronização das intervenções avaliadas (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Na maioria dos ensaios clínicos realizados, até o momento, em saúde mental, constata-se a ocorrência de intervenções baseadas em técnicas de meditação, psicoterapia integrada a conceitos espirituais e recursos audiovisuais com conteúdos e discussões sobre a espiritualidade (KELLY *et al.*, 2011; RICKHI B *et al.*, 2011; KOSZYCKI *et al.*, 2014). Essas técnicas, por sua vez, têm demonstrado resultados positivos e promissores que se expressam, principalmente, na redução de sintomas ansiosos, depressivos e na redução da dependência química. Infelizmente, em relação ao CS, até o momento, não se identificou qualquer intervenção específica que fosse testada efetivamente e que apresentasse condições para ser generalizada.

Contudo, é notório que as pessoas demonstram algum grau de espiritualidade e, frequentemente, manifestam aos profissionais de saúde o desejo de que esses aspectos sejam

considerados no âmbito dos seus processos terapêuticos (BEST *et al.*, 2015). Assim, um ponto fundamental na prática clínica é a coleta de dados sobre a história e a vivência espiritual dos indivíduos, para que seja possível a identificação de recursos espirituais positivos que possam ser utilizados no enfrentamento de sua doença mental, assim como na prevenção do CS (DEIN, 2018).

Tendo em vista a relevância do tema R/E, recomenda-se que os profissionais de saúde sejam treinados para que possam fazer sua abordagem centrada no paciente, livre de preconceitos em relação às crenças deles, mesmo que diverjam das suas. Essa conduta tem contribuído para melhorar a adesão ao tratamento, fortalecer a relação terapêutica e aumentar a satisfação com o cuidado recebido. Caso seja constatado em pacientes com risco de suicídio, ou mesmo em outros quadros psicopatológicos, que as práticas ou crenças religiosas e os apoios que eles recebem de suas instituições lhe são úteis no lidar com situações de estresse, essas práticas e apoios poderão ser incluídos no processo terapêutico (TOSTES *et al.*, 2013; MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2014).

CONCLUSÃO

O suicídio é um grave problema de saúde pública que ceifa milhões de vidas anualmente. Trata-se de um fenômeno complexo, multidimensional e de difícil prevenção. A R/E destaca-se na maioria das pesquisas como sendo um dos principais fatores de proteção a esse comportamento. Dessa forma, o objetivo final das pesquisas que avaliam R/E e CS é trazer benefícios ao maior número de indivíduos, além de poderem ser replicados e utilizados como estratégias de cuidado e de intervenção em portadores de doença mental. Porém, para que isso seja alcançado, há, ainda, um longo caminho a ser percorrido. O que se espera é que tal cenário sirva de estímulo a novos pesquisadores, visto que a possível aplicação clínica da R/E na prevenção ao suicídio permanece como um grande desafio.

REFERÊNCIAS

- AMIT, B. H. *et al.* Religiosity is a protective factor against self-injurious thoughts and behaviors in Jewish adolescents: Findings from a nationally representative survey. **European psychiatry**, [s.l.], v. 29, n. 8, p. 509-513, Oct. 2014.
- AZORIN, J. M. *et al.* Religious involvement in major depression: protective or risky behavior? The relevance of bipolar spectrum. **Journal of affective disorders**, [s.l.], v. 150, n. 3, p. 753-759, Sep. 2013.
- BEST M., BUTOW P., OLVER I. Do patients want doctors to talk about spirituality? a systematic literature review. **Patient education counseling**, v. 98, n 11, p. 1320-1328 2015, Nov. 2015.

- BONELLI, R. M.; KOENIG, H. G. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. **Journal of religion and health**, [s.l.], v. 52, n. 2, p. 657-673, Feb. 2013.
- BURSHTEIN, S. *et al.* Religiosity as a protective factor against suicidal behaviour. **Acta psychiatrica scandinavica**, [s.l.], v. 133, n. 6, p. 481-488, Apr. 2016.
- CARIBÉ, A. C. *et al.* Religiosity as a protective factor in suicidal behavior. **The journal of nervous and mental disease**, [s.l.], v. 200, n. 10, p. 863-867, Oct. 2012.
- _____. Is religiosity a protective factor against suicidal behavior in bipolar I outpatients? **Journal of affective disorders**, [s.l.], v. 186, p. 156-161, Nov. 2015.
- _____. Religiosity and impulsivity in mental health. **The journal of nervous and mental disease**, [s.l.], v. 203, n. 7, p. 551-554, Jul. 2015.
- COLUCCI, E.; MARTIN, G. Religion and spirituality along the suicidal path. **Suicide and life-threatening behavior**, [s.l.], v. 38, n. 2, p. 229-244, Apr. 2008.
- CORYELL, W. *et al.* Aggression, impulsivity and inflammatory markers as risk factors for suicidal behavior. **Journal of psychiatric research**, [s.l.], v. 106, p. 38-42, Nov. 2018.
- DEIN, S. Against the stream: religion and mental health: the case for the inclusion of religion and spirituality into psychiatric care. **Bjpsych bulletin**, [s.l.], v. 42, n. 03, p. 127-129, May. 2018.
- DERVIC, K. *et al.* Moral or religious objections to suicide may protect against suicidal behavior in bipolar disorder. **The journal of clinical psychiatry**, [s.l.], v. 72, n. 10, p. 1390-1396, Feb. 2011.
- DURKHEIM, É. **O suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- 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**, [s.l.], v. 45, n. 14, p. 2937-2949, Jul. 2015.
- HOFFMAN, S.; MARSIGLIA, F. F. The impact of religiosity on suicidal ideation among youth in central Mexico. **Journal of religion and health**, [s.l.], v. 53, n. 1, p. 255-266, Oct. 2012.
- JACOB, L.; HARO, J. M.; KOYANAGI, A. The association of religiosity with suicidal ideation and suicide attempts in the United Kingdom. **Acta psychiatrica scandinavica**, [s.l.], p. 1-10, Oct. 2018.
- KELLY, J. F. *et al.* Spirituality in recovery: a lagged mediational analysis of alcoholics anonymous' principal theoretical mechanism of behavior change. **Alcoholism: clinical and experimental research**, [s.l.], v. 35, n. 3, p. 454-463, Dec. 2010.
- KOENIG H. G.; KING D. E.; CARSON V. B. **Handbook of religion and health**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2012.
- KOSZYCKI, D. *et al.* A multifaith spiritually based intervention versus supportive therapy for generalized anxiety disorder: a pilot randomized controlled trial. **Journal of clinical psychology**, [s.l.], v. 70, n. 6, p. 489-509, Oct. 2013.
- KRAUSE, N.; IRONSON, G.; HILL, P. Religious involvement and happiness: assessing the mediating role of compassion and helping others. **The journal of social psychology**, [s.l.], v. 158, n. 2, p. 256-270, Aug. 2017.
- LARGE, M. *et al.* Meta-analysis of longitudinal Cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: heterogeneity in results and lack of improvement over time. **Plos one**, [s.l.], v. 11, n. 6, p. 1-17, Jun. 2016.
- LAWRENCE, R. E. *et al.* Religion as a risk factor for suicide attempt and suicide ideation among depressed patients. **The journal of nervous and mental disease**, [s.l.], v. 204, n. 11, p. 845-850, Nov. 2016.
- LI, D. *et al.* Gratitude and suicidal ideation and suicide attempts among Chinese adolescents: direct, mediated, and moderated effects. **Journal of adolescence**, [s.l.], v. 35, n. 1, p. 55-66, Feb. 2012.
- LUCCHETTI, A. *et al.* Spirituality in geriatric psychiatry. **Current opinion in psychiatry**, [s.l.], v. 31, n. 4, p. 373-377, Jul. 2018.
- MCCLATCHEY, K. *et al.* Protective factors of suicide and suicidal behaviour relevant to emergency healthcare settings: a systematic review and narrative synthesis of post-2007 reviews. **Archives of suicide research**, [s.l.], p. 1-32, Jul. 2018.
- 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**, [s.l.], v. 36, n. 2, p. 176-182, abr. 2014.
- MOREIRA-ALMEIDA, A. *et al.* WPA Position statement on spirituality and religion in psychiatry. **World psychiatry**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 87-88, Feb. 2016.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Revista brasileira de psiquiatria**, [s.l.], v. 28, n. 3, p. 242-250, ago. 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F. Religião e comportamento suicida: a cultura da morte. In: MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004, p. 53-60.

MOSQUEIRO, B. P.; ROCHA, N. S.; FLECK, M. P. A. Intrinsic religiosity, resilience, quality of life, and suicide risk in depressed inpatients. **Journal of affective disorders**, [s.l.], v. 179, p. 128-133, Jul. 2015.

NEWBERG, A. *et al.* The measurement of regional cerebral blood flow during the complex cognitive task of meditation: a preliminary SPECT study. **Psychiatry research: neuroimaging**, [s.l.], v. 106, n. 2, p. 113-122, Apr. 2001.

NORDFJÆRN, T. Religiosity and alcohol use: is religiosity important for abstinence and consumption levels in the second half of Life? **Substance use & misuse**, [s.l.], v. 53, n. 14, p. 2271-2280, Jun. 2018.

O'BRIEN, B. *et al.* Positive and negative religious coping as predictors of distress among minority older adults. **International journal of geriatric psychiatry**, [s.l.], v. 34, n. 1, p. 54-59, Oct. 2018.

O'REILLY, D.; ROSATO, M. Religion and the risk of suicide: longitudinal study of over 1 million people. **British journal of psychiatry**, [s.l.], v. 206, n. 06, p. 466-470, Jun. 2015.

PARK, C. L. Religiousness/spirituality and health: a meaning systems perspective. **Journal of behavioral medicine**, [s.l.], v. 30, n. 4, p. 319-328, May 2007.

PIRUTINSKY, S. *et al.* Does negative religious coping accompany, precede, or follow depression among Orthodox Jews? **Journal of affective disorders**, [s.l.], v. 132, n. 3, p. 401-405, Aug. 2011.

RICKHI, B. *et al.* A spirituality teaching program for depression: a randomized controlled trial. **The international journal of psychiatry in medicine**, [s.l.], v. 42, n. 3, p. 315-329, Oct. 2011.

ROBINS, A.; FISKE, A. Explaining the relation between religiousness and reduced suicidal behavior: social support rather than specific beliefs. **Suicide and life-threatening behavior**, [s.l.], v. 39, n. 4, p. 386-395, Aug. 2009.

SEYBOLD, K. S. Physiological mechanisms involved in religiosity/spirituality and health. **Journal of behavioral medicine**, [s.l.], v. 30, n. 4, p. 303-309, Jun. 2007.

SHEARER, A. *et al.* Religion, sexual orientation, and suicide attempts among a sample of suicidal adolescents. **Suicide and life-threatening behavior**, [s.l.], v. 48, n. 4, p. 431-437, Jul. 2017.

STACK, S.; LAUBEPIN, F. Religiousness as a predictor of suicide: an analysis of 162 European regions. **Suicide and life-threatening behavior**, [s.l.], p. 1-11, Jan. 2018.

TAYLOR, R. J.; CHATTERS, L. M.; JOE, S. Religious involvement and suicidal behavior among African Americans and black Caribbeans. **The journal of nervous and mental disease**, [s.l.], v. 199, n. 7, p. 478-486, Jul. 2011.

TOSTES, J. S. R. M.; PINTO, A. R.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade/espiritualidade na prática clínica: o que o psiquiatra pode fazer? **Revista debates em psiquiatria**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 20-26, mar. 2013.

TOUSSAINT, L. *et al.* Religiousness and suicide in a nationally representative sample of Trinidad and Tobago adolescents and young adults. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, [s.l.], v. 50, n. 9, p. 1441-1450, Mar. 2015.

TREVINO, K. M. *et al.* Negative religious coping as a correlate of suicidal ideation in patients with advanced cancer. **Psychoncology**, [s.l.], v. 23, n. 8, p. 936-945, Feb. 2014.

VAN DEN BRINK, B. D.; SCHAAP, H.; BRAAM, A. W. Moral objections and fear of hell: an important barrier to suicidality. **Journal of religion and health**, [s.l.], v. 57, n. 6, p. 2301-2312, Feb. 2018.

VITORINO, L. M. *et al.* Spiritual religious coping is associated with quality of life in institutionalized older adults. **Journal of religion and health**, [s.l.], v. 55, n. 2, p. 549-559, Dec. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Projections of mortality and causes of death, 2016-2060. Geneva, Oct. 2018. Disponível em: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/. Acesso em: 30 dez. 2018.

Roger Taussig Soares¹
Leticia Oliveira Alminhana²

¹ Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Grupo de Estudos em Religiosidade e Espiritualidade – São Paulo, SP.

² Laboratório de Estudos Avançados Multidisciplinares - LEAM. Universidade do Estado do Rio Grande do Sul -UERGS. Grupo de Trabalho Psicologia e Religião da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia - ANPPEP.

✉ **Roger Soares**
Rua Maestro Cardim, 560 – conjunto 161 – Bela Vista
São Paulo – SP – CEP: 01323-000
📧 roger-soares@hotmail.com

RESUMO

A escala de orientação religiosa, desenvolvida por Allport, explorou originalmente a ideia de que a religiosidade intrínseca poderia estar inversamente relacionada com comportamentos de preconceito e que a religiosidade extrínseca estaria diretamente relacionada com discriminação racial. Religiosidade intrínseca seria uma expressão de uma personalidade madura, menos propensa a atitudes discriminatórias. Nessa revisão investigamos a origem teórica da escala I/E no livro *The individual and his religion*, publicado por Allport. Identificamos que a Escala I/E não foi capaz de operacionalizar os conceitos originais do autor, o que resultou em afastamento da ideia de correlação entre desenvolvimento da personalidade e religiosidade. Os autores recuperam a noção de religiosidade como função autônoma integradora do comportamento desenvolvida na dependência do amadurecimento pessoal. Propõem o estudo metódico da interface personalidade-religiosidade com base no conceito de Allport como meio para investigar de que forma a orientação religiosa se relaciona com indicadores de maturidade e saúde mental.

Palavras-chave: Personalidade; Preconceito; Espiritualidade.

ABSTRACT

The religious orientation scale, developed by Allport, has explored the initial hypothesis that intrinsic religiousness could be inversely related to prejudice behavior and, on the other hand, extrinsic religiousness would directly correlate with racial discrimination. Intrinsic religiousness might represent the expression of a mature personality, less predisposed to bigotry. In this review the authors investigate the theoretical substract for the I/E Scale in the title *The individual and his religion*, written by Allport. It is pointed that the I/E Scale did not manage to operationalize the original concepts form its author, which resulted in alienation from the idea that there is a correlation between personality growth and religiosity. The authors engage in recovering the notion of religiosity as an autonomous integrative function of behavior, developed as consequence of personal maturation. They propose a methodic exploration of the interface personality/religiosity based on Allport's concepts as a means to investigate how religious orientation is related to indicators of maturity and mental health.

Key-words: Personality; Prejudice; Spirituality.

Submetido: 28/05/2019
Aceito: 23/08/2019

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento teórico do conceito de religiosidade intrínseca (RI) e religiosidade extrínseca (RE), por Gordon Allport (1897-1967), se estendeu por mais de 20 anos e culminou com a publicação em 1967 de uma Escala de Orientação Religiosa. Desde então, a Escala de Orientação Religiosa de Allport-Ross tem sido largamente utilizada em publicações na área de Psicologia da Religião (VOICI; BOSETTI; VENEZIANI, 2017).

Apesar de amplamente citada, replicada e adaptada por centenas de pesquisadores, a Escala de Orientação Religiosa foi também intensamente criticada em sua metodologia e validade enquanto constructo teórico. A polêmica se estendeu a ponto de Kirkpatrick e Hood (1990) questionarem se a mesma é benéfica ou danosa (boon or bane) para a área de estudo, recomendando o abandono dos conceitos em favor de outras medidas mais promissoras. Todavia, a ideia de RI e RE parece útil para outros pesquisadores, como Masters (2006) que responde a Kirkpatrick e Hood (1990) dizendo que as dificuldades podem ser superadas e os benefícios mantidos.

A despeito das controvérsias teóricas, os conceitos de religiosidade intrínseca e extrínseca continuam a motivar pesquisas e publicações, assim como adaptações transreligiosas e transculturais (BREWCZYNSKI; MACDONALD, 2006; DARVYRI et al., 2014; KHODADADY; BAGHERI, 2012; TAUNAY et al., 2012).

A proposta dessa revisão é recuperar os conceitos originais de Allport que levaram à construção da Escala I/E, como é mais conhecida (TILIOPOULOS et al., 2007). Com essa perspectiva, espera-se demonstrar que existe um hiato entre a fundamentação teórica desenvolvida por Allport e a construção prática da Escala I/E que, com poucas exceções, segue negligenciada pelos autores dedicados ao assunto.

REVISÃO DE LITERATURA

Este estudo é caracterizado como uma revisão narrativa de literatura, sendo que a busca de artigos foi feita entre agosto e setembro de 2018, nas bases de dados: Psychnet, Medline e Google Scholar. Os termos utilizados para a busca foram: "religious orientation" (N= 643) e "intrinsic relig*". (N=298). Além disso, também foi feita uma busca manual de artigos e livros citados nas referências dos estudos. Não foram utilizados limites de busca em termos de língua ou ano de publicação.

ORIENTAÇÃO RELIGIOSA E PRECONCEITO

A ideia de orientação religiosa de motivação intrínseca ou extrínseca foi a hipótese construída por Allport para justificar a presença de preconceitos e discriminação entre pessoas religiosas. Estudando religiosidade entre civis e militares, Allport evidenciou que a presença do preconceito racial era, de fato, maior entre religiosos do que entre não-religiosos (ALLPORT;

GILLESPIE; YOUNG, 1948; ALLPORT; KRAMER, 1946).

O autor identifica o preconceito com um pilar da sociedade secular, especialmente decorrente do autoritarismo, expressando-se na forma de nacionalismo e de exclusão. Reconhece que a existência de preconceito entre religiosos constitui um paradoxo, tendo em vista que os valores das religiões não aprovam comportamentos discriminatórios (ALLPORT, 1966).

Allport (1966, p.447) postulou que existem razões diferentes pelas quais os indivíduos aderem às religiões e suas práticas. Chamou essas predisposições de "orientação religiosa com base nos valores de motivação para o comportamento religioso". Os indivíduos de motivação intrínseca enxergam a religião como um valor em si, já os de motivação extrínseca têm a religião como um meio para um valor secundário, como a aceitação social e resolução de problemas pessoais. Esses últimos, segundo Allport (1966), estariam mais propensos a manifestarem preconceitos diversos porque não estão diretamente comprometidos com os princípios fundamentais da doutrina que professam.

A partir dessa perspectiva, Allport (1967) elaborou uma escala com itens para avaliar a predisposição de motivação intrínseca e extrínseca. Antes da publicação de *Personal religious orientation and prejudice* (ALLPORT; ROSS, 1967), o autor testou duas versões prévias da escala nas publicações de Feagin (1964) e Wilson (1960), ambos pesquisadores de seu grupo.

RELIGIOSIDADE INTRÍNSECA E EXTRÍNSECA SÃO DIMENSÕES INDEPENDENTES

Contrariamente ao esperado por Allport (1967), as análises estatísticas da Escala I/E mostraram que RI e RE não são dependentes entre si. Na idealização do autor, RI e RE corresponderiam aos dois polos extremos de uma única dimensão. Por essa razão, Allport (1967) antecipa que os respondentes que se identificam com itens intrínsecos não devem pontuar nos itens extrínsecos e vice-versa. Em tese, os valores intrínsecos e extrínsecos seriam mutuamente opostos e excludentes (ALLPORT; ROSS, 1967).

Todavia, a análise estatística de *Personal religious orientation and prejudice* (ALLPORT; ROSS, 1967) revelou uma disposição ortogonal entre RI e RE, ao invés da correlação negativa prevista pelo autor. Realizando uma meta-análise de 34 estudos publicados até 1985, Donahue (1985) confirma o achado de Allport (ano), encontrando uma correlação de -0,6 entre os escores I e E

A expectativa de Allport (1967) era que a orientação religiosa fosse uma dimensão única que se distribuiria ao longo de um espectro, tendo em um polo as pessoas puramente intrínsecas e, no seu extremo oposto, pessoas puramente extrínsecas. Entretanto, os dados obtidos com a aplicação clínica da Escala I/E evidenciaram que as opções por itens intrínsecos ou extrínsecos corriam de modo independente entre si. Com a correlação entre I e E insignificantes, formam-se quatro grupos que Allport (1967, p. 438) define como "tipologia quádrupla": religiosos intrínsecos, religiosos extrínsecos, indiscriminadamente pró-religiosos e indiscriminadamente anti-religiosos (tabela 1).

Quadro 1: Quatro tipologias de orientação religiosa

	Concorda com a escolha intrínseca	Discorda da escolha intrínseca
Concorda com a escolha extrínseca	Indiscriminadamente e Pró-religiosos	Consistentemente Extrínseco
Discorda da escolha extrínseca	Consistentemente Intrínseco	Indiscriminadamente e Anti-Religiosos

Fonte: ALLPORT; ROSS, 1967, p. 438.

Allport (1967) relata dificuldades em compreender como alguns indivíduos podem ser ao mesmo tempo intrínsecos e extrínsecos. Atribui a desvios na coleta dos dados ou a uma predisposição de alguns em dizer sim a tudo o que se relacione a religião, de modo irrefletido. Hunt e King (1971) reexam as publicações sobre a escala e concordam com Allport (1967) que RE e RI são independentes, reafirmando que a ideia de unidimensionalidade deveria ser abandonada.

Análises subsequentes mostraram que os itens intrínsecos apresentavam bastante consistência entre si, mas os extrínsecos não (DITTES, 1971; HOOD JR., 1971). A heterogeneidade observada nos itens extrínsecos levou a conceitualização de subdimensões da orientação extrínseca (KIRKPATRICK, 1989).

Considerando a maior confiabilidade da escala intrínseca, Hoge (1972) buscou criar uma escala específica para avaliar religiosidade intrínseca, enfatizando o aspecto de motivação. Para tanto, utilizou os 8 itens intrínsecos de maior consistência estatística e elaborou outros 14 itens que resultaram em uma escala de testes com 21 itens intrínsecos e 21 itens extrínsecos escolhidos por ministros religiosos. Após aplicação do questionário e análise dos dados obtidos, obteve-se uma escala de 10 itens validada para avaliação da motivação religiosa intrínseca. Hoge (1972) observou, pela primeira vez, que alguns itens extrínsecos avaliavam inclinações distintas: uns refletiam necessidades pessoais e outros, necessidades sociais.

Subsequentemente, Kirkpatrick (1989) avaliou a escala extrínseca de Feagin e a escala I/E de Allport-Ross para testar a consistência dos itens. Por meio de análise fatorial, discriminou os itens referentes a quatro grupos classificados intrínsecos(I), extrínsecos pessoais(Ep), extrínsecos sociais(Es) e extrínsecos residuais(Er).

Os intrínsecos mostravam-se independentes de Ep e Es. Contudo, observou-se uma correlação negativa entre I e Er, revelando que os itens extrínsecos residuais correspondiam a

inversões dos itens intrínsecos. A inclusão de tais itens em uma comparação ampla entre escala intrínseca e extrínseca total são fonte de distorções(KIRKPATRICK, 1989; KIRKPATRICK; HOOD, 1990).

Ainda em seus artigos, Kirkpatrick (1990; p. 450) considerou a presença dos indiscriminadamente pró-religiosos como algo possível, citando Pargament (1987) ao afirmar que algumas pessoas podem “viver” e “usar” a religião. De fato, pessoas que vivem a religião, tendem a utilizar a religião como apoio pessoal e terem suas relações sociais em torno da comunidade religiosa (Kirkpatrick; Hood, 1990).

Pargament (1987) explorou empiricamente os indiscriminadamente pró-religiosos e construiu uma escala de avaliação desse grupo, com base em itens para uma perspectiva pessoal (Pro-p) e outra congregacional (Pro-c) (PARGAMENT et al., 1987). A seguir, questionou se a religiosidade extrínseca, entendida enquanto meio, seria uma busca por significância; enquanto que a religiosidade intrínseca, entendida enquanto fim, seria a meta ou resultado da busca por significância (PARGAMENT, 1992).

A abrangência das orientações religiosas do tipo intrínseca e extrínseca parece não ser ampla o suficiente para abarcar todas as dimensões da religiosidade. Batson (1991) critica o afastamento de Allport do conceito original de religiosidade intrínseca como expressão da maturidade da personalidade e elabora uma escala para avaliar a religiosidade como busca (Quest scale) (BATSON; SCHOENRADE, 1991a; 1991b). A ideia de busca seria a terceira forma de orientação religiosa, depois da intrínseca e da extrínseca.

O aspecto de busca é definido com uma postura interacional, na qual o indivíduo enfrenta diretamente a complexidade das questões existenciais e resiste a respostas prontas fornecidas pela ortodoxia dogmática. Tal indivíduo tem a busca do transcendente como uma meta que pode ou não ser alcançada e admite conviver com a ausência de respostas definitivas (BATSON; SCHOENRADE, 1991b).

Na perspectiva de Batson (1991), a religiosidade como busca é expressão de uma personalidade madura e isso recupera o sentido original de Allport. Cabe apontar que em seu livro *The individual and his religion*, Allport (1950) dedicou um capítulo inteiro à religião como busca.

Religiosidade e desenvolvimento: um resumo do livro "The individual and his religion", de Gordon Allport

O germe para a concepção de RI e RE foi delineado por Allport na obra *The individual and his religion*, como reconhecem Hunt e King (1971). Para compreender plenamente a ideia de orientação religiosa, conforme concebida originalmente por Allport (1950), é necessário proceder a uma leitura minuciosa do referido texto. Apresentamos um resumo das principais ideias nele contida.

O livro *The individual and his religion* contém todo o arcabouço teórico que sustentou o desenho da escala de orientação religiosa por Allport e Ross (1967), bem como a formação da ideia segundo a qual a religiosidade extrínseca e intrínseca compõem extremos de uma linha dependente do desenvolvimento da personalidade, da infância até a vida adulta (ALLPORT, 1950).

A experiência religiosa é complexa e envolve múltiplos aspectos da personalidade. Compõe-se de aspectos cognitivos, emocionais, comportamentais, axiológicos e teleológicos (BATSON; RAYNOR-PRINCE, 1983; POWER; MCKINNEY, 2014; VOCI; BOSETTI; VENEZIANI, 2017). Mais ainda, o modo como cada indivíduo tem essa vivência é particular.

A percepção que Allport (ano) tem da complexidade da experiência religiosa foi alvo de críticas. A principal dificuldade apontada foi que sua escala de orientação religiosa tentou englobar a vasta abrangência de fenômenos relacionados à religiosidade e resultou em heterogeneidade entre seus itens. Autores como Donahue (1971) e Dittes (1985), denunciam que a escala é nomeada como de "orientação religiosa", mas não define exatamente o que seria o conceito. Em vez disso, avalia aspectos de motivação em alguns itens, comportamento em outros, crença e dogmatismo em mais alguns. A escala I/E tentou, com dificuldade, abarcar a pluralidade da experiência religiosa e isso gerou limitações metodológicas (DITTES, 1971; DONAHUE, 1985).

Na concepção original de Allport (ano), o ponto principal é que a religiosidade se desenvolve em estágios em função da maturidade psicológica. O autor (ano) descreve o desenrolar das capacidades cognitivas e emocionais necessárias para a maturidade da religião em cada etapa da vida com base em seus estudos anteriores de personalidade (ALLPORT, 1937; ALLPORT, 1946; ALLPORT; ODBERT, 1936; KEMP, 2005).

RELIGIOSIDADE NA INFÂNCIA

Em seu livro de 1950, Allport define que a percepção que a criança pequena tem do mundo é muito diferente daquela do adulto. Como a religiosidade é diretamente ligada a significados e interpretações, a religião da infância é, por consequência, limitada por suas capacidades cognitivas.

Allport (1950) declara que na primeira infância a religião é ausente, pois não há inteligência ou autoconsciência suficientes para desenvolver um sentimento religioso e sua complexidade. Por esse motivo, as primeiras manifestações de religiosidade de uma criança não são exatamente religiosas, mas um comportamento social compartilhado com os pais e família. Os rituais religiosos são aprendidos assim como os rituais de higiene, mas a compreensão do significado dos mesmos ocorrerá mais tarde.

A religiosidade infantil também é eminentemente voltada para o próprio eu, já que sua visão de mundo é fundamentalmente egocêntrica. Predominam nessa etapa do desenvolvimento o pensamento mágico, o egocentrismo e o antropomorfismo.

A imaturidade psicológica resultará em religiosidade imatura, do tipo extrínseca. A religião está a serviço da pessoa imatura, enquanto a pessoa madura se coloca a serviço dos ideais que a religiosidade representa.

RELIGIOSIDADE NA PUBERDADE

Ainda em *The individual and his religion*, Allport (1950) supõe que, ao longo da infância, o aprendizado social vai gradualmente penetrando e transformando o entendimento da criança. Nos anos que precedem a puberdade, o jovem começa a sofrer decepções ao verificar que suas preces não são atendidas a contento e certas ocorrências consideradas injustas contrariam a ideia de um Deus todo-poderoso, onipresente e onisciente.

Nesse período, a passagem de uma visão egocêntrica para uma desinteressada em relação a Deus é difícil e conflituosa. Muitos indivíduos abandonam completamente a religião ao verem que ela não é a solução mágica para suas aflições.

A teologia infantil vai se tornando cada vez mais próxima da do adulto no período da adolescência. De um lado o garoto aceita a condição de fé preconizada pelos pais sem muito questionamento, de outro seu envolvimento com as práticas ainda é casual, movido muito pelo interesse de pertencer a um grupo e ter aceitação social.

Nessa fase, poderá desenvolver atitudes de intolerância se não for explicitamente educado para o respeito às diferenças. Mais uma vez aqui vemos Allport (1950) atribuindo à imaturidade da religiosidade pessoal a causa do preconceito observado em adeptos de valores religiosos extrínsecos.

RELIGIOSIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Na adolescência, o rapaz ou a moça são compelidos a uma grande mudança: transformar suas atitudes herdadas para atitudes próprias de acordo com sua personalidade. Essa transformação deve ocorrer também no âmbito religioso, suas crenças não podem ser apenas as crenças de seus pais. Nessa fase, de acordo com Allport (1950), vemos frequentemente uma certa rebeldia e 2/3 dos adolescentes reagem contra os

ensinamentos dos pais e da cultura em que se inserem.

Às vezes, uma religião diferente da dos pais é adotada. Eventualmente, diante das dúvidas ou da culpa por conflitos sexuais, muitos abandonam a religião em favor de uma racionalização que lhes permita viver a vida com oportunismo e hedonismo como lhes convém. Outros experimentarão alguma forma de conversão religiosa decorrente de uma experiência em primeira pessoa.

RELIGIOSIDADE NA VIDA ADULTA

Allport (1950) afirma em *The individual and his religion* que, durante o crescimento, a criança renuncia a seus pensamentos egocêntricos em decorrência da pressão que sofre do meio para agir de maneira mais madura e socialmente adequada. Porém, como a religiosidade é muitas vezes considerada um assunto puramente individual, não existe muita cobrança nem pressão a respeito da postura religiosa que, em consequência, pode permanecer com a disposição da personalidade infantil indefinidamente.

Em outras palavras, muitos indivíduos levam para a vida religiosa adulta o pensamento mágico de satisfação de desejos da espiritualidade infantil, enxergando a religião como meio para apaziguar seus medos, ansiedade ou necessidade de pertencer a um grupo social.

A maturidade advém do desejo de se desenvolver um sentimento de acordo com o desenrolar de experiências relevantes ao longo da vida. Para muitas pessoas, essa demanda interna não existe em relação ao sentimento religioso. Percebendo que a religiosidade infantil ou juvenil os mantém em um estado de conforto e sem sofrer pressões externas, acomodam-se em um estágio de desenvolvimento interrompido.

Longe de querer determinar o que é religiosidade madura de uma maneira prescritiva, Allport (1950) propõe uma avaliação mais objetiva, sem entrar no mérito de quais crenças estão ou não corretas. Para tanto, recomenda que a maturidade da personalidade seja medida por 3 aspectos:

Uma variedade de interesses psicogênicos concernentes a valores e objetos ideais, além dos desejos puramente instintivos ou viscerogênicos;

A habilidade de objetificar a si mesmo, ser reflexivo e capaz de insights sobre a própria vida; e

Ter uma filosofia de vida que confira uma certa unidade e integração à personalidade e sua posição no mundo. Tal filosofia não precisa ser religiosa, nem explícita ou completa, mas deve gerar uma cosmovisão para a pessoa.

Evidentemente, não são todas as pessoas que desenvolvem um sentimento religioso. Nesses casos, outras crenças filosóficas podem ocupar o lugar de ordenação da vida e comportamento. Contudo, o sentimento religioso é, na visão de Allport (1950), o mais abrangente e abriga dentro de si todos os demais, incluindo concepções estéticas, morais, intelectuais e metafísicas.

RELIGIOSIDADE MADURA E IMATURA

Dada a imensa tarefa de integração que o sentimento religioso inclui, é natural que muitos não tenham a maturidade pessoal para desenvolvê-lo a contento. Allport (1950) acredita que a maioria das críticas às religiões são na verdade direcionadas às formas imaturas da experiência religiosa. De fato, estudos posteriores a Allport confirmam que a religiosidade extrínseca está mais relacionada a atitudes de preconceito, enquanto a religiosidade intrínseca se associa a melhores índices de saúde mental e menos preconceito (MAHMOODABAD et al., 2016).

Quando imatura, a religiosidade é muito dirigida à autogratificação, permanece irreflexiva, voltada a interesses egocêntricos. Por conseguinte, falha em prover um contexto de significado ou em dar uma característica de unidade integradora à personalidade. Por ser pequena, exclui grandes áreas da experiência e tende a atitudes exclusivistas e fanáticas por ser incapaz de dar visibilidade ao todo interno ou externo.

O sentimento religioso é algo amplo e compreende interesse, visão e sistema de crença. Decorre de funções cognitivas como motivação e organização, as quais, quando engrenadas em uma atividade específica, geram hábitos e traços de personalidade. Quando a organização do sentir e do pensar é direcionada a um valor, a isso Allport (1950) chama mais tecnicamente de sentimento. Define o sentimento religioso maduro como

uma disposição, construída através da experiência, a responder favoravelmente, e de certas formas habituais, a objetos e princípios conceituais que o indivíduo considera como de importância última ou final (ultimate) em sua própria vida, e tendo que ver com o que ele reconhece como permanente ou central na natureza das coisas. (ALLPORT, 1950, p. 56)

Como se pode observar, a religiosidade madura que Allport (1950) considera como apta a proporcionar a experiência da religiosidade intrínseca é fruto de uma diferenciação de grande riqueza e complexidade em termos de disposição mental e certamente inacessível a boa parte das pessoas que passa sua vida atrelada a interesses mais concretos. Por essa razão, nas estimativas de Allport (1950), apenas 10% das pessoas religiosas se incluíam no grupo de religiosidade intrínseca.

Considerando a formação do conceito de religiosidade madura, Dittes (1971) critica Allport afirmando que ele estaria mais preocupado em advogar em favor da religião do que da ciência. Entretanto, a ideia do desenvolvimento da personalidade em estágios, *pari passu* com o amadurecimento do sistema nervoso e das funções cognitivas é corrente nos trabalhos de Piaget e de Kohlberg, nos quais Fowler se baseia para teorizar sobre estágios do desenvolvimento da fé (LOTUFO NETO; LOTUFO JÚNIOR; MARTINS, 2003).

RELIGIOSIDADE COMO FUNÇÃO AUTÔNOMA DA PERSONALIDADE

Retornando ao texto *The individual and his religion*, Allport (1950) indica que a religião imatura, no adulto ou na criança, é voltada ao conforto, à auto justificação e está ainda ligada aos desejos e impulsos corporais. Por outro lado, a religião madura está na condução da vida da pessoa e não a serviço dela.

A religiosidade gera de si mesma propósito, significado e sentido para a existência. Por conseguinte, muitas vezes submete os desejos viscerogênicos aos seus ditames, voltando-os a um ideal maior que o simples autointeresse.

O sentimento religioso na personalidade madura tem um papel de protagonista, sendo responsável por hierarquizar os demais sentimentos e desejos. À medida que a religiosidade se desenvolve, adquire nos estágios mais avançados um certa independência de outras dimensões da personalidade, tornando-se autônoma.

Ainda para Allport (1950), a maturidade do sentimento religioso não se coaduna com fanatismo ou com atitudes compulsivas. O fanatismo é alimentado por forças inconscientes que penetram em um sentimento acrítico e indiferenciado, consubstanciando-se em atitude compulsiva de defender ideias pouco compreendidas como meio de evitar os conflitos que a crítica impõe no sentido da diferenciação até a religiosidade madura.

Uma visão religiosa bem construída e amadurecida é direcionadora para a vida e afeta o comportamento moral do indivíduo de uma maneira estável e consistente, diferente da imaturidade que vive de impulsos flutuantes e alberga contradições entre discurso e ação. É lógico, todavia, que a importância do sentimento religioso varie de acordo com a centralidade que esse valor tem na personalidade de cada indivíduo.

É possível constatar, com base nos argumentos expostos por Allport (1950), a origem de sua visão de religiosidade como uma função que distribui em um continuum que vai da imaturidade à maturidade, da religiosidade extrínseca até a religiosidade intrínseca, do valor religioso como meio até a religiosidade como um valor em si mesma.

No conceito original de Allport (1950), a ideia de religiosidade intrínseca é mais ampla do que os itens da Escala I/E foram capazes de operacionalizar. Pela escala, um indivíduo fundamentalista, de fé acrítica, seria classificado como intrínseco. Todavia, de acordo com o sentido original, sua religiosidade seria do tipo imatura e, portanto, extrínseca.

A RECUPERAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DE ALLPORT EM UMA NOVA ESCALA

Ao tentar traduzir na forma de uma escala os conceitos desenvolvidos previamente, Allport (1967) enfrentou dificuldades que se refletiram na inconsistência da Escala I/E (DITTES, 1971; DONAHUE, 1985; KIRKPATRICK; HOOD, 1990). De fato, a construção dos itens do questionário não parece ter feito jus à concepção original do autor. Comparando-se com o desenvolvimento do conceito de religiosidade madura, nota-se que os itens que correspondem à orientação intrínseca não discriminam

necessariamente a predisposição madura.

Batson e Ventis (1993) sugerem que o conceito clássico de religião madura de Allport desenvolvido em 1950 foi transformado em um conceito de religiosidade intrínseca menos carregado de valor na escala de 1967. Em função disso, uma importante dimensão do conceito original foi perdida (BATSON; RAYNOR-PRINCE, 1983).

Francis et al. (2016) relatam que a confusão se iniciou ainda com Allport que, em uma primeira instância, definiu RI e RE como motivações para a prática religiosa e em um segundo momento, relacionou RI com uma forma mais madura de religiosidade. Ainda segundo esse autor, a partir dos trabalhos de Batson consubstanciou-se uma segunda etapa teórica que tomou a interpretação teológica de Batson sobre o que é religião madura e, ao fundir-se com a linha discursiva de Allport, resultou nas três orientações mais aceitas atualmente: orientação intrínseca, orientação extrínseca e orientação de busca (quest) (FRANCIS et al., 2016).

Contudo, a leitura de textos de Allport (1937; 1946; 1950) anteriores à publicação da Escala I/E permite recuperar a ideia original de que a religiosidade é uma função da personalidade e que a maturidade psicológica resulta em uma fé amadurecida e de caráter intrínseco.

Os critérios que Allport (1950) determina para indicar quem tem uma religiosidade intrínseca são bastante elevados e dependem de um completo amadurecimento da personalidade autônoma. Em 1991, na publicação de um estudo sobre maturidade espiritual, Genia resumiu perfeitamente os critérios de Allport para RI da seguinte forma:

Relacionamento transcendente com algo maior que o si mesmo;

Estilo de vida, incluindo o comportamento moral, é consistente com os valores espirituais;

Comprometimento sem certeza absoluta;

Abertura para pontos de vista espirituais diversos;

A fé madura é despida de egocentricidade, pensamento mágico e conceitos antropomórficos de Deus;

Uma perspectiva espiritual madura inclui componentes emocionais e racionais;

Interesse social e preocupação humanitária;

A fé madura aumenta a vida e promove o crescimento;

Significado e propósito na vida; e

A fé madura não é dependente de um dogma particular, um conjunto de práticas ou uma estrutura religiosa formal.

Esses dez itens estão plenamente de acordo com a teorização de Allport (1950) e serviram de base para a construção de um Índice de Experiência Espiritual (GENIA, 1991).

DISCUSSÃO

O objetivo desse estudo foi avaliar a construção teórica que precedeu à formulação da Escala de Religiosidade Intrínseca e Extrínseca por Gordon Allport. Identificamos um hiato entre os conceitos que Allport (1950) desenvolveu no livro *The individual and his religion* e os itens da escala que deveriam servir para traduzir tais conceitos.

Em decorrência da dificuldade em operacionalizar a ideia de orientação religiosa na forma de uma escala,

surgiram problemas de ordem conceitual e metodológica que se refletiram em várias publicações posteriores que seguiram a referida escala sem recorrer aos conceitos originais do autor para aprimorá-la. No entanto, esse fato não impediu que a Escala de RI/E de Allport e Ross (1967) se tornasse um dos instrumentos mais utilizados e estudados no âmbito da psicologia da religião.

Um componente importante da ideia original de Allport (1950) é que a religiosidade intrínseca está relacionada ao amadurecimento pleno da personalidade, algo perdido na Escala I/E. Ao que tudo indica, Genia (1991) conseguiu recuperar os conceitos originais de Allport, formulando uma nova escala denominada "Índice de Experiência Espiritual".

A religiosidade é um aspecto bastante complexo do comportamento humano. Engloba amplas dimensões como a psicológica, a social, a cultural e a ética. O estudo de um tema tão rico pode ser abordado enquanto fenômeno de caráter coletivo ou caráter individual. Allport concentra-se no aspecto individual (LUNDH, 2015).

Na variedade da experiência religiosa cabe ainda observar que cada cultura comporta grande diversidade de religiões, assim como em cada segmento religioso a vivência de cada indivíduo tem características particulares. Desde 1902, William James apontava que a religião institucional não coincide necessariamente com a religião individual (JAMES, 1902; TAYLOR, 2002).

Segundo Emmons (1998), ressurgiu nas últimas décadas o interesse tanto pela psicologia da personalidade quanto pela psicologia da religião. Como pioneiro da psicologia da religião, Gordon Allport foi identificado por muitos como um "psicólogo da personalidade". Emmons (1998) considera a interface entre religiosidade e personalidade promissora e recomenda uma abordagem metódica da questão.

Allport (1950) compreende que a religiosidade é um comportamento complexo que se constitui paralelamente ao desenvolvimento psicológico do indivíduo. Foi o primeiro autor a sistematicamente distinguir entre religião como um meio para um fim (extrínseca) e religião como um modo de vida (intrínseca) (EMMONS, 1998).

A Escala de RI/E publicada por Allport e Ross (1967) tomou como hipótese central que a religiosidade imatura se manifesta como de característica extrínseca e a religiosidade madura como característica intrínseca. Considerando a oposição entre maturidade e imaturidade, os autores esperavam que religiosidade intrínseca e extrínseca se comportassem como polos extremos de uma única dimensão. Entretanto, a aplicação do questionário revelou que RI e RE são fatores independentes entre si, havendo inclusive a possibilidade de coexistência de ambos no mesmo indivíduo (ALLPORT; ROSS, 1967).

Na expectativa de esmiuçar o que seriam as variáveis medidas na Escala I/E, novos estudos discriminaram dois subtipos de religiosidade extrínseca – pessoal e social – além de permitir a conceituação de uma outra orientação religiosa voltada para a busca (quest), resultando em quatro orientações: intrínseca, extrínseca pessoal, extrínseca social e busca (JAUME; SIMKIN; ETCHEZHAR, 2013; KAHOE;

MEADOW, 1981; KIRKPATRICK, 1989).

É razoável pensar que sendo a religiosidade um aspecto tão complexo do comportamento humano, seu desenvolvimento mais profundo requeira um completo amadurecimento cognitivo e de personalidade. De fato, Allport (1950) considera a religiosidade como uma função autônoma de alta hierarquia que, uma vez desenvolvida, assume um papel de referencial para o comportamento do indivíduo, exercendo a integração da personalidade. Como função autônoma, a religiosidade se constrói a partir de elementos cognitivos e emocionais direcionados a um valor, mas adquire um certo grau de independência dos demais comportamentos (ALLPORT, 1950).

O constructo teórico de Allport sobre religiosidade está manifesto no livro *The individual and his religion*. A Escala I/E, publicada em 1967, não traduziu com fidelidade as intenções do autor, o que resultou em desvios nas pesquisas derivadas do artigo de Allport e Ross (1967).

Por exemplo, Allport esperava não mais que 10% de intrínsecos e, no entanto, obteve uma distribuição relativamente uniforme dos respondentes entre as categorias intrínsecos, extrínsecos e indiscriminadamente pró-religiosos. Essa discordância aponta para um erro na hipótese original do autor ou para uma dificuldade na construção da escala. Kirkpatrick e Hood (1990) chegam a propor a construção de um novo conjunto de itens para melhor avaliar a orientação religiosa.

Ainda ponderando sobre a ideia original do autor, não haveria sentido em fazer uma escala para avaliar orientação religiosa intrínseca ou extrínseca em crianças, exceto como medida para acompanhamento longitudinal do desenvolvimento da mesma. Entretanto, uma escala universal foi proposta por Gorsuch (GORSUCH; VENABLE, 1983; MALTBY; LEWIS, 1996).

É possível resumir os pontos cruciais de Allport (1950) a seguir:

A religiosidade é função complexa que depende do desenvolvimento da personalidade;

A religiosidade madura se manifesta como orientação religiosa do tipo intrínseca ou de busca;

A religiosidade madura estaria associada a melhores indicadores de saúde mental; e

A religiosidade é comportamento cognitivo e emocional direcionado a um valor que se constitui como função autônoma de alta hierarquia, capaz de integrar a personalidade e direcionar o comportamento.

CONCLUSÃO

O fundamento teórico para a Escala I/E de Allport é encontrado no livro *The individual and his religion* (1950). Contudo, a Escala I/E perdeu uma quantidade significativa da conceituação do autor no processo de operacionalização (BATSON et al., 1993).

Enquanto boa parte dos estudos sobre religiosidade intrínseca e extrínseca apenas deram seguimento ao constructo operacional na forma da Escala I/E, alguns poucos autores se debruçaram nas origens conceituais desenvolvidas por Allport

(1950). Esse esforço de recuperação resultou na exploração de religião como busca em Batson e Schoenrade (1991b) e no desenvolvimento de um Índice de Experiência Espiritual em Genia (1991).

Apesar da independência das variáveis denominadas religiosidade intrínseca e religiosidade extrínseca, boa parte das pesquisas posteriores continua testando ambas categorias e comparando seus efeitos em questões de saúde mental (BAHÇEKAPILI; YILMAZ, 2017; DAMAYANTI, 2018; KRYSINSKA et al., 2017; LEACH; GORE, 2017; LITMAN et al., 2017).

A presente revisão identifica a oportunidade de incentivar estudos que investiguem a relação entre maturidade de personalidade e orientação religiosa. Recomenda o estudo do impacto da religião madura, conforme avaliada por instrumentos como a Quest Scale de Batson (1991) e o SEI de Genia (1991), sobre indicadores de saúde mental.

Por fim, falta explorar a asserção de Allport (1950) que diz que a religiosidade é uma função autônoma da personalidade. Essa interpretação de Allport é importante e merece investigação para se discernir se os benefícios cognitivos e comportamentais associados a religiosidade madura são realmente fruto dessa orientação religiosa como variável isolada ou apenas marcadores substitutos de um amadurecimento pessoal global.

REFERÊNCIAS

- ALLPORT, G. W. Pattern and growth in personality. 1. ed. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1937.
- ALLPORT, G. W. Personality, a symposium: geneticism versus ego-structure in theories of personality. The British journal of educational psychology, v. 16, n. 1, p. 57-68, jun. 1946.
- ALLPORT, G. W. The individual and his religion: a psychological interpretation. [s.l.]: Macmillan, 1950.
- ALLPORT, G. W. The Religious Context of Prejudice. Journal for the scientific study of religion, v. 5, n. 3, p. 447, 1966.
- ALLPORT, G. W.; GILLESPIE, J. M.; YOUNG, J. The religion of the post-war college student. Journal of psychology: Interdisciplinary and Applied, v. 25, p. 3-33, 1948.
- ALLPORT, G. W.; KRAMER, B. M. Some Roots of Prejudice. Journal of psychology: Interdisciplinary and Applied, v. 22, n. 1, p. 9-39, 1946.
- ALLPORT, G. W.; ODBERT, H. S. Trait-names: a psycho-lexical study. Psychological monographs, v. 47, n. 1, p. i-171, 1936.
- ALLPORT, G. W.; ROSS, J. M. Personal religious orientation and prejudice. Journal of personality and social psychology, v. 5, n. 4, p. 432-443, 1967.
- BAHÇEKAPILI, H. G.; YILMAZ, O. The relation between different types of religiosity and analytic cognitive style. Personality and individual differences, v. 117, p. 267-272, 2017.
- BATSON, C. D.; SCHOENRADE, P.; VENTIS, W. L. Religion and the individual : a social-psychological perspective. [s.l.]: Oxford University Press, 1993.
- BATSON, C. D.; RAYNOR-PRINCE, L. Religious orientation and complexity of thought about existential concerns. Journal for the scientific study of religion, v. 22, n. 1, p. 38, mar. 1983.
- BATSON, C. D.; SCHOENRADE, P. A. Measuring religion as quest: 2) reliability concerns. Journal for the scientific study of religion, v. 30, n. 4, p. 430, 1991a.
- _____. Measuring religion as quest: 1) validity concerns. Journal for the scientific study of religion, v. 30, n. 4, p. 416, dez. 1991b.
- BREWCZYNSKI, J.; MACDONALD, D. A. Confirmatory factor analysis of the Allport and Ross religious orientation scale with a Polish sample. International journal for the psychology of religion, v. 16, n. 1, p. 63-76, jan. 2006.
- DAMAYANTI, T. W. Tax compliance: between intrinsic religiosity and extrinsic religiosity. Journal of economics, business & accountancy Ventura, v. 21, n. 1, p. 41-49, 2018.
- DARVYRI, P. et al. The revised intrinsic/extrinsic religious orientation scale in a sample of Attica's inhabitants. Psychology, v. 5, p. 1557-1567, Sep. 2014.
- DITTES, J. E. Typing the typologies: some parallels in the career of church-sect and extrinsic-intrinsic. Journal for the scientific study of religion, v. 10, n. 4, p. 375, 1971.
- DONAHUE, M. J. Intrinsic and extrinsic religiousness: review and meta-analysis. Journal of personality and social psychology, v. 48, n. 2, p. 400-419, 1985.
- EMMONS, R. A. Religion and personality. In: KOENIG, H. G. (Ed.). Handbook of religion and mental health. 1. ed. San Diego: Academic Press, 1998. p. 65-75.
- FEAGIN, J. R. Prejudice and religious types: a focused study of Southern fundamentalists. Journal for the scientific study of religion, v. 4, n. 1, p. 3, 1964.
- FRANCIS, L. et al. The new indices of religious orientation revised (NIROR): a study among Canadian adolescents attending a baptist youth mission and service event. Religions, v. 7, n. 5, p. 56, May 20 2016.
- GENIA, V. The spiritual experience index: a measure of spiritual maturity. Journal of religion & health, v. 30, n. 4, p. 337-347, 1991.

- GORSUCH, R.; VENABLE, G. Development of an "age universal" IE scale. *Journal for the scientific study of religion*, v. 22, n. 2, p. 181-187, 1983.
- HOGUE, R. A validated intrinsic religion motivation scale. *Journal for the scientific study of religion*, v. 11, p. 369-376, 1972.
- HOOD JR., R. W. A Comparison of the Allport and Feagin scoring procedures for intrinsic/extrinsic religious orientation. *Journal for the scientific study of religion*, v. 10, n. 4, p. 370-374, 1971.
- HUNT, R. A.; KING, M. The intrinsic-extrinsic concept: a review and evaluation. *Journal for the scientific study of religion*, v. 10, n. 4, p. 339, 1971.
- JAMES, W. *The varieties of religious experience : a study in human nature : being the Gifford Lectures on natural religion delivered at Edinburgh in 1901-1902*. New York; London: Longmans, Green, 1902, 1902.
- JAUME, L.; SIMKIN, H.; ETCHEZAHAR, E. Religious as quest and its relationship with intrinsic and extrinsic orientation. *International journal of psychological research*, v. 6, n. 2, p. 71-78, 2013.
- KAHOE, R. D.; MEADOW, M. J. A developmental perspective on religious orientation dimensions. *Journal of religion & health*, v. 20, n. 1, p. 8-17, 1981.
- KEMP, H. VANDE. Gordon Allport's the individual and his religion: a psychological interpretation (1950): an essay review. *Psyche en Geloof*, v. 16, n. 3, p. 139-143, 2005.
- KHODADADY, E.; BAGHERI, N. Construct validation of a modified religious orientation scale within an Islamic context. *International journal of business and social science*, v. 3, n. 11, p. 237-246, 2012.
- KIRKPATRICK, L. A. A Psychometric analysis of the Allport-Ross and Feagin measures of intrinsic-extrinsic religious orientation. In: LYNN, M.L.; MOBERG, D. O. (Ed.). *Research in the social scientific study of religion: a research annual volume 1*. 1st. ed. Stamford: JAI, 1989. p. 1-31.
- KIRKPATRICK, L. A.; HOOD, R. W. Intrinsic-extrinsic religious orientation : the boon or bane of contemporary psychology of religion? *Journal for the scientific study of religion*, v. 29, n. 4, p. 442-462, 1990.
- KRYSINSKA, K. et al. The roles of religion and spirituality in suicide bereavement and postvention. In: *Postvention in action: the international handbook of suicide bereavement support*. Krysinska, Karolina: School of Psychiatry, University of New South Wales, Hospital Road, Randwick, NSW, Australia, 2031, k.krysinska@unsw.edu.au: Hogrefe Publishing, 2017. p. 186-196.
- LEACH, E. C. D.; GORE, J. S. The link between time orientation and religious orientation among American college students. *Mental health, religion & culture*, v. 20, n. 2, p. 154-161, 2017.
- LITMAN, L.; ROBINSON, J.; WEINBERGER-LITMAN, S. L.; FINKELSTEIN, R. Both intrinsic and extrinsic religious orientation are positively associated with attitudes toward cleanliness: Exploring multiple routes from godliness to cleanliness. *Journal of religion and health* Litman, Leib: Department of Psychology, Lander College, 75-31 150th Street, Flushing, NY, US, 1 Geloof 1367, leib.litman@touro.edu Springer, , 2017.
- LUNDH, L.-G. The person as a focus for research. The contributions of Windelband, Stern, Allport, Lamiell and Magnusson. *Journal for person-oriented research*, v. 1, n. 1-2, p. 15-33, 2015.
- MAHMOODABAD, S. S. M. et al. Extrinsic and intrinsic religiosity. *Research journal of medical sciences*, v. 10, n. 4, p. 232-236, 2016.
- MALTBY, J.; LEWIS, C. A. Measuring intrinsic and extrinsic orientation toward religion: amendments for its use among religious and non-religious samples. *Personality and individual differences*, v. 21, n. 6, p. 937-946, 1996.
- MASTERS, K. S. Of boons, banes, babies, and bath water: a reply to the Kirkpatrick and Hood discussion of intrinsic-extrinsic religious orientation. *Journal for the scientific study of religion*, v. 30, n. 3, p. 312, 2006.
- LOTUFO NETO, F.; LOTUFO JÚNIOR, Z.; MARTINS, J. C. *Influências da religião na saúde mental*. 1. ed. Santo André: ESE Tec, 2003.
- PARGAMENT, K. I. Of means and ends: religion and the search for significance. *The international journal for the psychology of religion*, v. 2, n. 4, p. 201-229, 1992.
- PARGAMENT, K. I. et al. Indiscriminate proreligiousness: conceptualization and measurement. *Journal for the scientific study of religion*, v. 26, n. 2, p. 182, jun. 1987.
- POWER, L.; MCKINNEY, C. The effects of religiosity on psychopathology in emerging adults: intrinsic versus extrinsic religiosity. *Journal of religion and health*, v. 53, n. 5, p. 1529-1538, 2014.
- TAUNAY, T. C. et al. Development and validation of the intrinsic religiousness inventory (IRI). *Revista brasileira de psiquiatria*, v. 34, n. 1, p. 76-81, 2012.
- TAYLOR, C. *Varieties of religion today: William James revisited*. 1. ed. Cambridge: Harvard University Press, 2002.

TILIOPOULOS, N. et al. The means and ends of religiosity: a fresh look at Gordon Allport's religious orientation dimensions. *Personality and individual differences*, v. 42, n. 8, p. 1609-1620, 2007.

VOCI, A.; BOSETTI, G. L.; VENEZIANI, C. A. Measuring religion as end, means, and quest: the religious life and orientation scale. *TPM: testing, psychometrics, methodology in applied psychology*, v. 24, n. 1, p. 83-98, 2017.

WILSON, W. C. Extrinsic religious values and prejudice. *Journal of abnormal and social psychology*, v. 60, n. 2, p. 286-288, 1960.

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.

✉ **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

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.

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.

 Camilla Casaletti Braghetta¹
Felipe Moraes Toledo Pereira²
Frederico Camelo Leão³

¹Departamento de Psiquiatria,
Escola Paulista de Medicina,
Universidade Federal de São Paulo,
São Paulo, Brasil

²BP – A Beneficência Portuguesa de
São Paulo, São Paulo, Brasil

³Instituto de Psiquiatria, Hospital
das Clínicas, Faculdade de
Medicina, Universidade de São
Paulo, Brasil

✉ **Camilla Braghetta**
Rua Major Maragliano, 241, Vila
Mariana, São Paulo, Brasil
CEP 04017-030
📧 camillacasaletti@hotmail.com

RESUMO

Realizar a coleta de uma história espiritual é fundamental para se adotar, cotidianamente, práticas profissionais culturalmente sensíveis. Algumas razões para se considerar essa abordagem: religião e espiritualidade (R/E) são importantes para muitas pessoas, principalmente na realidade religiosa brasileira; R/E influencia desfechos de saúde, comumente por meio de associações positivas; a coleta de dados sobre a espiritualidade pode fornecer uma compreensão mais ampla da natureza e da relação entre a R/E e a sintomatologia do paciente. Já existem roteiros desenvolvidos para facilitar a obtenção de uma história espiritual pela equipe de saúde, mas também é possível ampliá-los e adaptá-los às características próprias de cada serviço de saúde. Essa identificação adequada das necessidades espirituais é central para que os profissionais possam tomar atitudes que facilitem aos pacientes a prática de suas crenças, particularmente diante de um momento de extrema vulnerabilidade, que é o adoecer.

Palavras-chave: Espiritualidade; Religião e Medicina; Entrevista.

ABSTRACT

Collecting a spiritual history is fundamental to adopting culturally sensitive professional practices. Some reasons to consider this approach: religion and spirituality (R/S) are important to many people, especially in the Brazilian religious context; R/S influences health outcomes, commonly through positive associations; collecting spirituality data can provide a broader understanding of the nature and relationship between R/S and patient symptomatology. There are already scripts developed to facilitate the obtaining of a spiritual history by the health team, but it is also possible to expand them and adapt them to the characteristics of each health service. This proper identification of spiritual needs is central for professionals to take actions that facilitate patients to practice their beliefs, particularly in the face of a moment of extreme vulnerability, which is getting sick.

Keywords: Spirituality; Religion and Medicine; Interviews.

Submetido: 28/05/2019
Aceito: 01/10/2019

INTRODUÇÃO

“Você tem uma religião?” Esta é, em geral, uma das poucas perguntas a respeito da religiosidade e da espiritualidade do paciente que é realizada em contextos assistenciais ambulatoriais e hospitalares. Esse tipo de pergunta, embora adequada, é limitada e pode levar o profissional de saúde a perder uma gama de informações sobre crenças e valores importantes, que podem influenciar o tratamento dos pacientes (PUCHALSKI; ROMER, 2000).

O processo de adoecimento, a admissão no sistema de saúde e a situação de internação hospitalar são frequentemente encarados como eventos traumáticos. É comum surgirem sentimentos como incerteza sobre o futuro, medo, solidão e desamparo, que podem consequentemente evocar necessidades espirituais (NELSON-BECKER *et al.*, 2005).

Por causa disso, cada vez mais pesquisadores e profissionais da área assistencial tem se atentado para a promoção de cuidados em saúde compassivos e culturalmente sensíveis (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2016), que incluem a consideração sobre o bem-estar espiritual dos pacientes. Tendo em vista esse crescente interesse sobre a relevância da R/E para questões de saúde, tanto física quanto mental, é necessário que os profissionais de saúde tenham elementos sobre como iniciar essa abordagem na prática clínica.

REVISÃO DA LITERATURA

Para destacar a relevância de uma história espiritual, foi realizada uma revisão da literatura na base de dados PUBMED, a partir do ano 2000, e selecionados artigos a partir do levantamento bibliográfico com as palavras-chaves “spiritual history” e “spiritual assessment”. Todos os artigos foram considerados, principalmente os mais atuais. Também foram selecionados outros artigos sobre espiritualidade e prática clínica que complementam e fornecem subsídios para debater essa temática.

A literatura recomenda que o perfil religioso, valores, crenças e necessidades espirituais dos pacientes sejam identificados em ambientes e cuidados em saúde por meio da realização da história espiritual. Esta pode ser compreendida como um conjunto de questões formuladas para convidar pacientes a compartilhar crenças e práticas que promovem significado às suas vidas. Preconiza-se que seja centrada no paciente e conduzida de forma a permitir a escolha do melhor momento de exposição das necessidades espirituais do entrevistado (BORNEMAN; PUCHALSKI, 2010).

Os objetivos de se colher uma história espiritual são: levantar um perfil religioso/espiritual do paciente, ou o que produz sentidos para sua vida; verificar como eles lidam com suas doenças; identificar redes de apoio disponíveis na comunidade religiosa; e verificar quaisquer crenças fortemente arraigadas que possam impactar, de alguma forma, no tratamento médico (KOENIG, 2004). A partir desta coleta, é que se pode determinar os passos apropriados para abordar as questões que emergem da entrevista (HODGE, 2013).

Alguns estudos questionaram profissionais a respeito da importância de se abordar essa dimensão da vida dos indivíduos durante seu tratamento de saúde. Estudos com psiquiatras, por exemplo, indicaram que os entrevistados concordam com a relevância e a necessidade de integrar aspectos religiosos/espirituais na prática clínica (BAETZ *et al.*, 2004; LAWRENCE *et al.* 2007; CHEQUINI *et al.*, 2016).

Há pelo menos três razões pelas quais os profissionais devem avaliar rotineiramente a espiritualidade de seus pacientes (PAYMAN, 2016). A primeira é que religião e espiritualidade são importantes para muitas pessoas, principalmente, levando-se em consideração o contexto cultural e religioso brasileiro. Um estudo realizado com uma amostra representativa, mostrou que 83% dos brasileiros consideram religião muito importante para suas vidas e que 37% frequentam um serviço religioso ao menos uma vez por semana. Além disso, confirmando o sincretismo religioso característico desta população, o levantamento identificou que 10% dos entrevistados frequentam mais de uma instituição religiosa (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2010).

A segunda razão é que a religião influencia desfechos de saúde, o que já está bem estabelecido em diversos estudos nacionais e internacionais (KOENIG, 2012). Este impacto se apresenta principalmente em desfechos positivos, ainda que, ocasionalmente, possam haver desfechos negativos. Por isso, é importante a identificação mais detalhada de como essas dimensões influenciam a saúde.

A terceira razão para se colher uma história espiritual é clarificar a relação, que alguns profissionais ainda reproduzem, da “religião como psicopatologia”. Algumas vivências, às quais os pacientes atribuem uma causa espiritual, tais como a escuta da voz de Deus, possessões pelo demônio ou por espíritos, ou uma doença atribuída a uma punição divina, exigem do profissional de saúde uma compreensão sensível sobre o contexto e sistema de crenças do paciente. Identificar comportamentos religiosos normais e patológicos, assim como mecanismos de *coping* religioso e espiritual, pode fornecer uma compreensão mais ampla da natureza de relação entre a religião e a sintomatologia do paciente, e de como isso pode beneficiar ou prejudicar o tratamento (PAYMAN, 2016).

Para facilitar a prática profissional nesse campo, foram desenvolvidas entrevistas e históricos espirituais por diversos autores e grupos, que podem ser adotadas nos mais diferentes contextos. Uma revisão sistemática sobre históricos espirituais existentes e já publicados foi realizada em 2013 por autores brasileiros. Após uma triagem inicial, 25 instrumentos foram analisados. Os autores avaliaram os instrumentos levantados mediante critérios como memorabilidade, questionamentos sobre afiliação religiosa, frequência religiosa, influência e significado da espiritualidade na vida e no adoecimento, aspectos negativos da religião, rituais/práticas religiosas e sua influência no tratamento, apoio religioso, práticas médicas não permitidas, experiências espirituais, como lidar com eventos terminais, opção para discutir questões religiosas e se referir ao líder religioso ou capelão; e, por fim, se a entrevista possuía estudo de validação. Segundo a análise realizada pelos autores, as entrevistas com as maiores pontuações foram o FICA, *Spiritual History*, FAITH, HOPE e o *Royal*

College of Psychiatrists Assessment (LUCCHETTI *et al.*, 2013). Estes aparecem como ferramentas mais adequadas para os profissionais que necessitam de uma abordagem mais breve e facilitada.

O FICA – *Faith, Importance and Influence, Community, and Address* – aborda as dimensões fé, importância/influência, comunidade e endereçamento. Foi desenvolvido e testado em contexto oncológico e de cuidados de fim de vida, para abordar necessidades e preocupações espirituais desta população (BORNEMAN; PUCHALSKI, 2010). O FAITH foi testado por médicos e estudantes de medicina em diversos contextos de saúde e avalia os domínios fé, crenças, aplicação, influência e importância, eventos terminais e apoio (NEELY *et al.*, 2009). O instrumento HOPE analisa

aspectos como: esperança, significado, conforto, impacto na assistência médica e questões de fim de vida (ANANDARAJH *et al.* 2001). Desenvolvido no âmbito da medicina de família, o *SPIRITual History* (MAUGANS, 1996) foi organizado após pesquisa da literatura e experiência clínica e pode ser utilizado para todo tipo de pacientes, pois se propõe a ser uma ferramenta ampla. Proposto por psiquiatras, o *Royal College of Psychiatrists Assessment* (RCPsych, 2015) foi formulado para uso de profissionais de saúde mental. Analisa aspectos espirituais e religiosos no passado, presente; e futuro da vida do paciente e os relaciona à saúde. A ferramenta também procura abordar o lado punitivo/negativo da religião. Não se aplica a contextos primários de saúde (LUCCHETTI *et al.*, 2013).

Tabela 1 - Questões da anamnese espiritual do ProSER

-
1. Nos momentos difíceis da vida, a que você se apegando e o faz seguir adiante?

 2. Você faz parte de alguma comunidade religiosa?
Sim _____ Não _____
 - 2a. Se sim:
Frequenta templo, quais atividades participa, qual a frequência?
De que modo suas crenças influenciam sua vida?
Você tem alguma crença ou prática independente da sua religião?
 - 2b. Se não:
Quais são os seus valores diante da vida?
De que modo seus valores influenciam sua vida?
Mesmo sem uma religião formal, você tem alguma crença ou prática espiritual?
 3. O que é Deus para você?
 4. Você costuma refletir sobre aspectos espirituais, como o sentido da existência, a vida após a morte?
 5. Você já teve alguma vivência espiritual que julga importante?
 6. Ficar doente afetou suas crenças, valores e práticas religiosas? De que forma?
 7. Sobre seu problema de saúde, qual a:
 - I) Sua visão
 - II) Da sua família
 - III) Sua religiãoComo isto te influencia?
 8. Sobre o tratamento médico psiquiátrico, qual:
 - I) Sua visão
 - II) Da sua família
 - II) Da sua ReligiãoComo isto te influencia?
 9. Você já pensou em suicídio, ou tentou?
Sobre o Suicídio, qual:
 - I) Sua visão
 - II) Da sua família
 - II) Da sua Religião
 10. Sobre o uso de drogas e álcool, qual a:
 - I) Sua visão
 - II) Da sua família
 - II) Da sua ReligiãoComo isto te influencia?
 11. Existe alguma prática religiosa ou crença que pode influenciar seu tratamento médico?
 12. Como profissional de saúde há algo que eu possa fazer para ajudar você a acessar os recursos que geralmente te apoiam nestes momentos difíceis?
 13. Você acha importante ter este tipo de conversa durante seu tratamento?
-

Há muitas semelhanças entre os históricos mencionados, no entanto é importante verificar que, dependendo do contexto de saúde no qual foi desenvolvido, é dada ênfase em determinados aspectos e domínios.

Roteiros como os levantados por este estudo, podem ser úteis para profissionais atarefados e para estudantes da área de saúde que precisam de um referencial de orientação para realizar a entrevista espiritual. O profissional com mais experiência nessa área pode se permitir ir além das ferramentas e desenvolver seu próprio estilo de história (PAYMAN, 2016).

O Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade (ProSER), nessa perspectiva, desenvolveu sua própria entrevista para avaliação das necessidades espirituais dos pacientes, que denominou de "Anamnese Espiritual". Este instrumento foi elaborado com base em levantamento bibliográfico sobre o tema e a partir da experiência obtida no cuidado de pacientes psiquiátricos, ao longo dos anos. Foram realizados pilotos das entrevistas com os pacientes e, com isso, as questões foram organizadas e aprimoradas.

No caso da anamnese espiritual do ProSER, foram formuladas questões específicas para o contexto de saúde mental, no qual foi desenvolvida. No entanto, é possível adaptá-la para outros âmbitos assistenciais, dentro de suas particularidades.

A postura de respeito pelo sistema de crenças do paciente é essencial para realizar uma história espiritual. Através dela são identificadas as necessidades espirituais e assim o profissional pode tomar medidas para facilitar a prática suas crenças, principalmente durante o período de vulnerabilidade inerente ao processo do adoecer (HODGE, 2015).

Caso o paciente não tenha envolvimento com a questão religiosa, perguntas sobre crenças e práticas espirituais podem dar lugar à questionamentos a respeito do contexto no qual ele está inserido e sobre princípios norteadores de vida. A anamnese espiritual do ProSER destaca a questão dos valores sobre os quais se baseia a vida do indivíduo. Podem surgir elementos importantes que fornecem propósito e significado às vivências dos entrevistados, como por exemplo "fazer o bem", "pensar no bem-estar coletivo", "otimismo" e "esperança". Puchalski (2000) também recomenda a pergunta "Qual é o seu contexto cultural? Me fale sobre isso", que pode ser interessante para mapear o sistema de crenças não religiosas e valores dos pacientes (PUCHALSKI; ROMER, 2000).

Outro aspecto bastante relevante a se abordar é o lado negativo da religiosidade. Na anamnese espiritual do ProSER, isso pode ser acessado através da pergunta "ficar doente afetou suas crenças, valores e práticas religiosas? De que forma?". Pessoas experimentam conflitos com a religião e a espiritualidade de vários modos, principalmente quando se deparam com circunstâncias desafiadoras, tais como o adoecimento. Dentre os conflitos que surgem no ambiente clínico, estão a dificuldade em confiar em Deus, o confronto com o mal, a tolerância (ou intolerância) em relação a outras perspectivas religiosas, a manutenção de regras baseadas em uma moral religiosa e o gerenciamento de dúvidas em torno de sua religiosidade. Conflitos religiosos/espirituais colocam uma importante questão para a associação geralmente

positiva entre religião e bem-estar (EXLINE; ROSE, 2013) e, por isso, devem ser cuidadosamente abordados no manejo clínico. Experimentar conflitos religiosos/espirituais pode promover crescimento, à medida que eles são considerados e ressignificados (STAUNER *et al.* 2016).

Apesar dos vários roteiros existentes, ainda se verificam dificuldades para a sua adoção e utilização. Um estudo recente implementou e avaliou o impacto de um programa educacional (treinamento) sobre as atitudes/práticas de médicos e outros profissionais em um serviço ambulatorial, em aplicar um histórico espiritual. Profissionais do sexo feminino, de idade mais avançada, especialistas em medicina de família, que tinha recebido treinamento prévio e consideravam a importância da religião, foram aqueles mais disponíveis a aplicar uma entrevista espiritual com os pacientes (KOENIG *et al.*, 2017).

Chequini *et al.* (2016) examinaram se os psiquiatras questionavam a religião/espiritualidade de seus pacientes e se as crenças dos próprios médicos influenciavam em seu trabalho. Dos 484 psiquiatras entrevistados, a maioria dos profissionais possuía uma afiliação religiosa (67,4%), porém mais da metade (55,5%) usualmente não questionava a espiritualidade dos pacientes. Observou-se que psiquiatras muito religiosos eram os mais propensos a perguntar sobre a religião/espiritualidade de seus pacientes.

Diversas barreiras se impõem para se obter uma história espiritual. Profissionais apontam a falta de tempo, preocupação sobre ser uma atividade fora da área de especialidade médica, desconforto com o assunto, preocupação com a imposição de crenças religiosas aos pacientes e falta de interesse. No estudo realizado com psiquiatras, estes destacaram que as principais dificuldades em se avaliar a espiritualidade dos pacientes foram "ter medo de ultrapassar o papel de médico" (30,2%) e "falta de treinamento" (22,3%) (CHEQUINI *et al.*, 2016).

Realizar treinamentos nessa área é, portanto, uma iniciativa imprescindível para contribuir para a implementação sistemática da abordagem espiritual. Um estudo realizado no Brasil (GONÇALVES *et al.*, 2016) avaliou a percepção de estudantes de saúde que realizaram a coleta de uma história espiritual. Foi oferecido um treinamento sobre como fazer uma entrevista espiritual e, posteriormente, pacientes foram avaliados. Ao final, os graduandos responderam a um questionário a respeito de suas percepções sobre essa avaliação. Do total de alunos, 60,1% sentiram-se à vontade para realizar a história espiritual, 85,1% acreditavam que os pacientes sentiam-se bem com esta abordagem e 72,1% apontaram que mais benefícios poderiam vir com um acompanhamento das necessidades levantadas.

Já existem iniciativas crescentes na educação médica, como disciplinas na graduação, ligas estudantis e cursos de pós-graduação, a fim de formar profissionais que fiquem atentos também para esta condição do ser humano, o que inclui seus propósitos de vida, valores e concepções de mundo (FERREIRA, 2016).

O Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade (ProSER) têm realizado palestras abertas e cursos de extensão direcionados à essa temática, como mais um iniciativa no

panorama brasileiro de incentivo à inserção da espiritualidade na prática clínica.

O cuidado em relação à espiritualidade dos pacientes pertence ao domínio de qualquer área da saúde. A entrevista espiritual aliada ao diálogo interdisciplinar pode ser bastante enriquecedora, pois os profissionais envolvidos podem interagir e compartilhar visões diferentes e, ao mesmo tempo, complementares: (PUCHALSKI; ROMER, 2000).

Determinados procedimentos não são recomendados ao se colher uma história espiritual. Em primeiro lugar, não se deve "forçar" uma história espiritual em pacientes que não são religiosos ou que não queiram ser abordados em relação ao conteúdo. Também não é indicado prescrever religião a pacientes não-religiosos, e nem oferecer conselhos espirituais aos pacientes, principalmente se as crenças do profissional e paciente são diferentes. Ou seja, qualquer atividade que não seja centrada no paciente deve ser desencorajada (KOENIG, 2004).

Alguns estudos têm mostrado que a maioria dos pacientes gostaria que seus médicos perguntassem a respeito de espiritualidade (EHMAN, 1999; McCORD, 2004). Isso poderia proporcionar maior empatia e confiança nos profissionais, o que resultaria no resgate de uma relação médico-paciente mais humanizada. Lembrando que a confiança depositada nos profissionais de saúde pode influenciar diretamente a adesão aos medicamentos; e, com isto, o sucesso ou fracasso no tratamento (LUCCHETTI *et al.*, 2010).

Outro aspecto importante de se enfatizar é que abordar a espiritualidade também pode dar sentido ao trabalho dos profissionais de saúde. Um estudo no contexto de cuidados paliativos avaliou profissionais, que apontaram que abordar esta dimensão contribuiu para seu fortalecimento como indivíduo, trouxe tranquilidade e entendimento do objetivo desta atenção em saúde, e levou a uma ressignificação de ações da equipe, o que impactou na atuação profissional de cada um (ARRIEIRA *et al.*, 2018).

Oferecer cuidado espiritual não é apenas colocar as questões certas, mas é saber ouvir e acolher, mostrar-se disponível e aberto, livre de estereótipos sobre diferentes culturas e religiões (PAAL *et al.*, 2015).

DISCUSSÃO

A tomada de uma história religiosa e espiritual tem múltiplos benefícios para a equipe multiprofissional e para o paciente. Os profissionais de saúde, no entanto, carecem de treinamento na interface religião/saúde e, conseqüentemente, ignoram a possibilidade e a relevância de abordar essa dimensão (PAYMAN, 2016).

Na presente revisão, foram mencionados históricos espirituais já desenvolvidos e publicados (LUCCHETTI *et al.*, 2013), que podem ser adotados para facilitar a prática de profissionais de saúde, a fim de concretizar propostas de avaliação da espiritualidade em seus campos assistenciais. Apresentou-se também a anamnese espiritual do ProSER, produzido no cenário brasileiro, que pode dar elementos sobre

como aliar espiritualidade com a prática clínica.

Lucchetti *et al.* (2013) apontam que ainda falta testar as entrevistas em diferentes configurações e conjunturas religiosas, afinal, todas as ferramentas mencionadas foram produzidas no contexto ocidental, e questiona-se se elas seriam válidas também em outros cenários.

Estratégias de educação em saúde e espiritualidade devem ser incentivadas para preparar profissionais de saúde e estudantes para avaliar mais frequentemente questões espirituais em seu cotidiano profissional. No estudo de Gonçalves *et al.* (2016), graduandos da área de saúde, após receber treinamento específico, sentiram-se à vontade para realizar avaliações espirituais e relataram impressões positivas sobre a aceitação dos pacientes em relação à entrevista.

A espiritualidade pode proporcionar também sentido à atuação profissional dos diferentes membros de uma equipe de saúde. Abordar algo tão significativo com o paciente pode proporcionar uma relação mais empática, que pode promover o encontro do profissional com as demandas da pessoa que está sendo cuidada.

Por fim, é importante enfatizar que a utilização de cada histórico espiritual deve ser adaptada a cada contexto, de acordo com a realidade profissional, o tempo disponível para a aplicação, o perfil do paciente e a configuração do serviço.

CONCLUSÃO

Uma das metas de atendimento de qualidade aos pacientes é atuar de forma a considerar seus interesses e sua autonomia. É fundamental ouvi-los com empatia e respeito, e aprender sobre suas necessidades. A história espiritual é dos meios de se atingir essa meta. Fortalecer o vínculo de confiança através de perguntas sobre o que é importante para a vida e para a saúde, é exercitar um cuidado mais compassivo.

Em síntese, considerar a espiritualidade como um componente de uma avaliação biopsicossocial-espiritual é uma prática que contribui para desenvolver um olhar mais sensível culturalmente, colaborando também para melhorar a eficácia da prestação de serviços na área da saúde (HODGE, 2013).

CONFLITO DE INTERESSE

Os pesquisadores afirmam que não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

- ANANDARAJAH, G.; HIGHT, E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. **American Family Physician**, v. 63, p. 81-92, 2001.
- ARRIEIRA, I. C. D. O. *et al.* Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, 2018.

- BAETZ, M. *et al.* Spirituality and psychiatry in Canada: psychiatric practice compared with patient expectations. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 49, p. 265-271, 2004.
- BORNEMAN, T.; FERRELL, B.; PUCHALSKI, C. M. Evaluation of the FICA tool for spiritual assessment. **Journal of pain and symptom management**, v. 40, n. 2, p. 163-173, 2010.
- EHMAN, J. W.-*et al.* Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? **Archives of Internal Medicine**, v. 159, n. 15, p. 1803-1806.
- EXLINE, J. J.; ROSE, E. D. Religious and spiritual struggles. In: PALOUTZIAN, R. F.; PARK, C. L. (Eds.). **Handbook of the psychology of religion and spirituality**. 2nd. ed. New York: Guilford, 2013. p. 380-298.
- Ferreira, A. G. C.; Oliveira, J. A. C.; Jordán, A. D. P. W. Educação em saúde e espiritualidade: uma proposta de transversalidade na perspectiva do estudante. **Interdisciplinary Journal of Health Education: IJHE**, v. 1, n. 1, 2016.
- Gonçalves L. M. *et al.* Learning from listening: helping healthcare students to understand spiritual assessment in clinical practice. **Journal of religion and health**, v. 55, n. 3, p. 986-999, 2016.
- Hodge DR. Administering a two-stage spiritual assessment in healthcare settings: a necessary component of ethical and effective care. **Journal of Nursing Management**, v. 23, n. 1, p. 27-38, 2015.
- KOENIG, H. G. Taking a spiritual history. **The Latest Medical Research, Reviews and Guidelines: JAMA**, v. 291, n. 33, p. 2881-2882, 2004.
- KOENIG, H. G. Effects of a 12-month educational intervention on clinicians' attitudes/practices regarding the screening spiritual history. **Southern Medical Journal**, v. 110, n. 6, p. 412-418, 2017.
- KOENIG, H. G.; King, D.; Carson, V. B. **Handbook of religion and health**. 2nd. ed. Oxford: Oxford University Press, 2012.
- LAWRENCE, R. *et al.* Clinicians' attitudes to spirituality in old age psychiatry. **International Psychogeriatrics**, v. 19, p. 962-973, 2007.
- LUCCHETTI, G. *et al.* Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 154-158, 2010.
- LUCCHETTI, G.; BASSI, R. M.; LUCCHETTI, A. L. G. Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments. **Explore: The Journal of Science and Healing**, v. 9, n. 3, p. 159-170, 2013.
- MAUGANS, T. A. The spiritual history. **Archives of Family Medicine**, v. 5, p. 11-16, 1996.-
- MCCORD, G. *et al.* Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. **The Annals of Family Medicine**, v. 2, n. 4, p. 356-361, 2004.
- MOREIRA-ALMEIDA, A. *et al.* Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 12-15, 2010.
- MOREIRA-ALMEIDA, A. *et al.* WPA position statement on spirituality and religion in psychiatry. **World Psychiatry**, v. 15, n. 1, p. 87-88, 2016.
- NEELY, D.; FAITH, M. E. Spiritual history-taking made easy. **The Clinical Teacher**, v. 6, p. 181-185, 2009.
- NELSON-BECKER, H. Religion and coping in older adults: a social work perspective. **Journal of Gerontological Social Work**, v. 45, n. 1/2, p. 51-67, 2005.-
- PAAL, P.; HELO, Y.; FRICK, E. Spiritual care training provided to healthcare professionals: a systematic review. **Journal of Pastoral Care & Counseling**, v. 69, n. 1, p. 19-30, 2015.
- PAYMAN, V. The importance of taking a religious and spiritual history. **Australasian Psychiatry**, v. 24, n. 5, p. 434-436, 2016.-
- PUCHALSKI, C.; ROMER, A. L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. **Journal of palliative medicine**, v. 3, n. 1, p. 129-137, 2000.-
- ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (RCPsych). Spirituality and mental health. 2015. Disponível em: <<https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/treatments-and-wellbeing/spirituality-and-mental-health>>. Acesso em: 02/04/2019.
- STAUNER, N.; EXLINE, J. J.; PARGAMENT, K. I. Religious and spiritual struggles as concerns for health and well-being. **Horizonte: Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião**, Belo Horizonte, v. 14, n. 41, p. 48-75, 2016.

Vívian Hagen Antônio Oliveira¹
Márcia Helena Fávero de Souza²

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora

✉ **Vívian Oliveira**
vhagantoli@gmail.com

Submetido: 20/03/2019
Aceito: 16/08/2019

RESUMO

Estudos têm confirmado a importância de se considerar a religiosidade e a espiritualidade (R/E) como fator de grande relevância na vida das pessoas, associadas a indicadores de bem-estar e com impacto sobre a saúde dos pacientes. No entanto, há uma escassez de conhecimentos sobre o impacto da R/E na saúde de crianças e adolescentes e sobre a aplicação de tais conhecimentos na prática clínica e quanto à prevenção de comportamentos de risco e de transtornos mentais. Esse artigo objetiva oferecer uma breve revisão da literatura sobre a relação do tema espiritualidade com a saúde mental na infância e adolescência e sobre a abordagem do mesmo na prática clínica.

Palavras-chave: Criança, Adolescente, Espiritualidade, Competência Clínica.

ABSTRACT

Studies have confirmed the importance of considering religiosity and spirituality (R/E) as a factor of great relevance in people's lives, associated with indicators of well-being and impact on patients' health. However, there is a shortage of knowledge about the impact of R/E on the health of children and adolescents and on the application of such knowledge in clinical practice and on the prevention of risk behaviors and mental disorders. This article aims to provide a brief review of the literature on the relationship between spirituality and mental health in childhood and adolescence and its approach to clinical practice.

Key-words: Child; Adolescent; Spirituality; Clinical Competence.

INTRODUÇÃO

Um corpo consistente de evidências demonstra a relação entre o tema da Religiosidade e Espiritualidade (R/E) e a saúde de adultos, ressaltando os impactos do mesmo sobre a saúde mental e as aplicações desse conhecimento na prática clínica (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006; PANZINI; BANDEIRA, 2007). No entanto, poucos são os estudos que abordam o tema da R/E na infância e adolescência, com a maior parte das evidências se relacionando à prática religiosa e espiritual dos pais em momentos de doença das crianças/filhos, e pouco se sabe sobre como efetivamente se dá o desenvolvimento espiritual a partir da infância e seus desdobramentos sobre a saúde infantil.

Considerando-se a relevância da abordagem do tema na prática clínica, estudos apontam que a R/E pode ter influências positivas, mas também negativas, no contexto de vida dos pacientes (PARGAMENT, 2002). Adicionalmente, a maioria das pessoas no contexto brasileiro consideram a R/E como muito importante em suas vidas (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2010), sendo que a maioria dos pacientes gostariam de ser inqueridos sobre suas práticas religiosas/espirituais na anamnese médica e psicológica (LUCCHETTI *et al.*, 2011). Contudo, revela-se nesse cenário a dificuldade dos profissionais de saúde quanto a essa abordagem, ou por receio em abordar o tema, ou mesmo por falta de conhecimentos sobre como aplicar os conhecimentos na prática clínica (LUCCHETTI *et al.*, 2010). A negligência da realidade espiritual do paciente e de sua família pode gerar conflitos de interesses e afetar a adesão ao tratamento, prejudicando os resultados e, por conseguinte, a saúde do paciente (KOENIG, 2007). Tentando nortear essa prática, a Associação Psiquiátrica Americana delimitou diretrizes que orientam os profissionais de saúde mental sobre como conhecerem os valores, as crenças culturais, religiosas/espirituais e pessoais dos seus pacientes. As decisões clínicas que partem desse pressuposto, com empatia, respeito e ética, parecem beneficiar ainda mais o tratamento, já que consideram o paciente em sua totalidade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2006).

A prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes tem sido cada vez mais alta, com taxa mundial de 13,4% (POLANCZYK *et al.*, 2015). Estudos brasileiros apontam taxas de prevalência de 7 a 12,7% (PAULA; DUARTE; BORDIN, 2007). Identificar potenciais fatores de risco e de proteção à saúde mental na infância, abre prerrogativas para o desenvolvimento de programas de intervenção que visam a prevenção ou a atenuação dos efeitos desses transtornos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Os transtornos mais frequentemente relatados são depressão, transtornos de ansiedade, transtorno de conduta, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtornos decorrentes do uso ou consumo de álcool e outras drogas (BORSA *et al.*, 2013; THIENGO; CAVALCANTE; LOVISI, 2014). Os transtornos aparecem associados à redução dos envolvimento sociais e interferem negativamente sobre o desenvolvimento emocional,

social e acadêmico dessa população (POLANCZYK; LAMBERTE, 2012).

Pesquisas apontam que a R/E influencia positivamente sobre bem-estar, felicidade e qualidade de vida (KLERING, 2007; KOENIG, 2012; MIZUMOTO, 2012). Mais recentemente, apresentam-se progressivamente estudos que fundamentam essas afirmações durante o período da infância e adolescência, embora com restritas possibilidades de aplicações para a prevenção de comportamentos de riscos e de transtornos mentais, além de limitada divulgação entre os profissionais da área de saúde.

Considerando-se a escassez de conhecimentos sobre o impacto da R/E na saúde de crianças e adolescentes e sobre a aplicação de tais conhecimentos na prática clínica nessa faixa etária, esse artigo objetiva oferecer uma perspectiva atual da relevância do tema *espiritualidade da criança e do adolescente* em sua relação com a saúde mental e de diretrizes para a abordagem do mesmo na atenção à saúde.

REVISÃO DE LITERATURA E DISCUSSÃO

Conceitos Básicos

A busca da literatura se deu em livros e também na base de dados Scopus, onde selecionamos artigos publicados até junho de 2019, utilizando-se como palavras-chave "Health" AND Child* OR Adolesc*; AND Spirituality OR Religio*. A busca resultou na identificação total de 109 artigos. Selecionamos textos e artigos mais pertinentes à nossa temática após revisar os achados e verificar se preenchiam os critérios do tema. Na base de dados optamos por pesquisas com dados empíricos originais (estudos epidemiológicos, estudos de caso ou revisões sistemáticas) sobre a associação entre R/E e saúde em crianças e adolescentes, sendo incluídos na revisão somente artigos que estavam disponíveis em formato completo e nas línguas português e inglês. A organização de todo o material digital obtido foi realizada através do gerenciador de referências ENDNOTE.

Há muitas definições para os termos espiritualidade, religiosidade e religião, contudo utilizaremos a proposta por Koenig, McCullough e Larson (2001) no *Handbook of Religion and Health*, na qual a religião é definida como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos que visam facilitar a proximidade com o sagrado ou o transcendente (Deus, poder mais alto, força maior, ou verdade suprema); a religiosidade como o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião – que pode ser organizacional (participação na igreja ou templo religioso) ou não organizacional (rezar, ler livros, assistir programas religiosos na televisão); e a espiritualidade como a busca pessoal para a compreensão das respostas às perguntas fundamentais sobre a vida, sobre o seu significado e sobre a relação com o sagrado ou transcendente, que pode (ou não) surgir ou levar a um desenvolvimento de rituais religiosos e à formação de uma comunidade.

O aprendizado das práticas e vivências religiosas se inicia desde os primeiros anos de vida e se altera durante todo o

ciclo de desenvolvimento, sendo que essa percepção inicial é basal e influencia as experiências posteriores, com uma tendência ao aumento da religiosidade com o avanço da idade (DALGALARRONDO, 2008).

As etapas de desenvolvimento espiritual, segundo Fowler (1992; 2008) iniciam-se no "pré-estágio", do nascimento até os 3 anos, quando o relacionamento mãe e filho são basais para a fé, pelos princípios de confiança, autonomia e esperança. O estágio 1 envolve a primeira infância (3 a 6 ou 7 anos), quando as crianças recorrem à imaginação e à fantasia para as relações pessoais. No estágio 2, de 7 aos 12 anos, as operações concretas ajudam a criança a distinguir o real do imaginário e a elaborar narrativas, com a imagem de Deus construída a partir da comparação com seus pais. Nessa fase a criança é capaz de praticar a empatia e o relacionamento com Deus baseia-se na reciprocidade, ou seja, a proteção como resultado da obediência e de boas ações. No estágio 3, que engloba a adolescência (a partir dos 13 anos), a personalidade se define e esta fase é marcada pela formação da identidade e da fé pessoal. O adolescente passa a buscar "um Deus que conheça, aceite e confirme profundamente o próprio eu".

Embora as crianças não distingam claramente entre religiosidade e espiritualidade (COLES, 1990; SANTOS, 2013), para os adolescentes essa distinção é particularmente importante. A adolescência representa um momento de transição para a independência, que pode incluir o exame da fé, a partir de experiências positivas e negativas, os questionamentos saudáveis sobre as crenças da própria família ou mesmo um movimento de afastamento das práticas religiosas familiares, que pode ser vivenciado com o apoio de grupos sociais ou com certo isolamento. Esse movimento é resultado de mudanças cognitivas e psicossociais que incluem o desenvolvimento do pensamento abstrato, maior tempo de memória, maior velocidade de processamento e metacognição, possibilitando o questionamento de ensinamentos já recebidos, o debate interno e a contemplação de hipóteses. Com o decorrer dessa exploração, delineiam-se a formação espiritual e as crenças pessoais do adolescente, com a resultante rejeição ou confirmação da fé familiar e comunitária. Em paralelo, enquanto a religião tradicional pode contribuir para que os jovens definam sua visão de mundo e consolidem um código moral, ocorre nessa transição a construção de uma moralidade própria, separada dos padrões convencionais, e que tende a permanecer por toda a vida (WEAVER; WRATCHFORD, 2017).

EVIDÊNCIAS DO IMPACTO DA R/E NA SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Felicidade/Bem-estar

Na mesma medida em que parece ser possível minimizar danos à saúde quando há um envolvimento religioso espiritual saudável, desenvolver habilidade de enfrentamento, coping, bem-estar, felicidade e qualidade de vida podem também estar

relacionados à R/E.

As pesquisas atestam que pessoas que se descrevem como religiosas ou espiritualizadas tendem a reportar maiores índices de felicidade e satisfação com a vida (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006). Acredita-se que existam motivos que justifiquem essa associação. A espiritualidade parece conceder um sentido, um propósito para a vida, provendo respostas para inquietações existenciais que geralmente levam à angústia e à infelicidade. Outro motivo seria a integração social que acontece quando se participa ativamente de atividades religiosas, com os indivíduos se sentindo menos solitários e, talvez por isso, mais felizes (LARSON, 2000).

Em uma revisão de mais de 800 artigos (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006), evidências suficientes apontam que a religiosidade pode contribuir gerando fatores protetivos contra transtornos mentais, aumentando os indicadores de bem-estar psicológico, tais como: satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral mais elevado, e diminuindo os índices de depressão, pensamentos e comportamentos suicidas e uso/abuso de álcool/drogas.

O mesmo impacto parece acontecer sobre a vida das crianças e dos adolescentes. Uma pesquisa realizada com 320 crianças com idade entre 8 e 12 anos evidenciou que dois domínios espirituais foram mais fortemente associados com a felicidade das crianças: o pessoal (significado e valor da própria vida) e o comunitário (qualidade e profundidade de relações interpessoais). Quanto ao temperamento das crianças, embora também seja preditor de felicidade, a espiritualidade permaneceu sendo fator preditor de felicidade, mesmo quando removida a variância de temperamento. Eles concluíram que as crianças mais espiritualizadas, referindo-se à espiritualidade e não às práticas religiosas, eram mais felizes (HOLDER; COLEMAN; WALLACE, 2010).

Uma série de estudos recentes têm evidenciado, especificamente entre adolescentes, uma associação da R/E com felicidade, satisfação com a vida e aspectos positivos da saúde (DAVIS; KIANG, 2016; HOLDER et al., 2016; PANDYA, 2017).

Merece destaque a pesquisa de Chen e VanderWeele (2018) que investigou, entre mais de 5 mil adolescentes, seguidos por mais de 10 anos, a influência da Religiosidade, medida enquanto frequência ao serviço religioso, mas também através de orações e meditações, sobre felicidade, bem estar, satisfação na vida, sentido de missão na vida, voluntariado, além de comportamentos como uso de álcool, drogas, início sexual precoce e depressão. A R/E, exercida como frequentar uma vez por semana um grupo religioso ou fazer oração/meditação uma vez ao dia, foi preditora de maiores índices em saúde positiva, menores índices em saúde negativa e comportamentos prejudiciais à saúde.

Depressão e comportamento suicida

Alguns estudos comprovam que na adolescência o

envolvimento religioso/espiritual tem impacto sobre os níveis de depressão. Um estudo prospectivo realizado com 145 indivíduos com idade entre 12 a 18 anos concluiu que parece haver uma correlação inversa entre a R/E e os sintomas depressivos nos adolescentes, especialmente pela percepção do suporte social promovido pela religião e a diminuição do uso de substâncias psicoativas, caracterizando a falta de fé como um preditor de prognósticos negativos da depressão em adolescentes (DEW *et al.*, 2010).

Outro estudo de grande impacto avaliou a importância da religiosidade e espiritualidade em 114 descendentes de adultos depressivos e não depressivos, por um período de 10 anos. Os autores encontraram que os descendentes que relataram alta importância para R/E tiveram 25% do risco de desenvolver depressão maior nos 10 anos seguintes, se comparados com outros participantes. Outro efeito visível foi evidenciado entre os filhos com maior risco, por terem um dos pais depressivos, sendo que aqueles com relato de atribuir grande importância para R/E tiveram somente 10% do risco de apresentar depressão maior, em comparação com aqueles que não o faziam. A frequência aos serviços religiosos e a denominação religiosa não predisseram resultados significativos (MILLER *et al.*, 2012).

Mais recentemente, um estudo de grande relevância apontou que a R/E dos pais pode impactar sobre a saúde dos filhos, reduzindo o risco de comportamentos suicidas em crianças. O estudo extraiu os dados de uma pesquisa transgeracional e incluiu uma amostra de 214 crianças, com idade entre 6 a 18 anos, de 112 famílias. A religiosidade foi definida por dois fatores primários: crença na importância religiosa e frequência ao atendimento religioso. Como resultado, os autores evidenciaram que a importância dada à religião pelos pais foi associada a menor risco de suicídio para os filhos, independente das crenças espirituais pessoais da criança. A frequência dos pais aos serviços religiosos não foi considerada um fator preditivo para o comportamento suicida dos filhos, e os achados foram independentes do estado civil dos pais, da depressão parental, ou da ideação suicida parental (SVOB *et al.*, 2018).

Abuso/dependência de álcool e outras drogas

O uso nocivo do álcool e outras drogas está relacionado a várias adversidades à saúde, como baixo bem-estar pessoal e familiar, transtornos mentais, suicídio e violência. Existe uma forte correlação inversa entre envolvimento religioso e uso/abuso de álcool e outras drogas, sendo esses dados consistentes entre adolescentes e adultos (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

Uma ampla revisão da literatura encontrou 278 estudos quantitativos que investigaram a R/E e o uso de álcool, sendo que 86% dos estudos apontaram menor consumo/abuso de álcool entre os mais religiosos. Com relação ao uso e/ou abuso de drogas ilícitas, na mesma revisão, foram encontrados 185 estudos, sendo que 84% apontaram menor uso/abuso de

drogas entre aqueles com maior R/E. Portanto, existem fortes e consistentes evidências sobre o uso e abuso de álcool/drogas ser menos frequente entre aqueles que têm níveis mais altos de envolvimento religioso (KOENIG; KING; CARSON, 2012). Alta religiosidade parece estar associada à abstinência alcoólica ao longo da vida e foi considerada protetora contra o consumo prejudicial de álcool e consumo de drogas na Pesquisa Nacional de Álcool, realizado no EUA em três ondas em 2000, 2005 e 2010 (DRABBLE; TROCKI; KLINGER, 2016).

Estudos brasileiros, envolvendo amostras representativas nacionais, mostram que envolvimento religioso está associado fortemente com menor frequência de uso de drogas, assim como indicam que indivíduos assíduos em serviços religiosos são menos suscetíveis a iniciar ou manter o hábito de fumar, fazer uso excessivo de álcool e outras drogas (BASTOS; BERTONI; HACKER, 2008; DALGALARRONDO *et al.*, 2004; TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2004).

Um estudo qualitativo levantou quais fatores poderiam proteger os adolescentes muito pobres (moradores de áreas violentas de São Paulo) do uso de drogas. Eles encontraram a religiosidade como o segundo principal fator de proteção, depois somente do fator família estruturada, que também parece estar associada com família religiosa. O estudo apontou que, entre os não usuários de drogas, 81% acreditam e praticam uma religião, enquanto, entre os usuários, somente 13% creem e frequentam um espaço religioso (SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2004).

Especificamente, receber educação religiosa na infância parece estar associado a menor consumo de drogas (DALGALARRONDO *et al.*, 2004). Mais recentemente, um estudo envolvendo mais de 500 dependentes de crack, admitidos em comunidades terapêuticas, evidenciou que o envolvimento religioso durante a infância e a adolescência está associado com o início de consumo de drogas menos frequente antes dos 18 anos, assim como com menor comportamento de *fissura* após interrupção do uso de crack (REZENDE-PINTO *et al.*, 2018).

Diretrizes para prática clínica

A forma como a família conduz as práticas religiosas e, muito mais importante, como essa família acredita e desenvolve suas crenças espirituais vai impactar de modo relevante sobre a avaliação médica e psicológica de uma criança ou adolescente, devendo ser abordada em uma primeira entrevista com o paciente e sua família.

É importante enfatizar alguns princípios gerais a serem considerados ao avaliar e abordar a R/E e que poderão ser aplicáveis ao atendimento de crianças, adolescentes e seus familiares (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014):

Limites éticos: a abordagem dos aspectos ligados e inerentes à R/E da criança e de sua família deve ser centrada no paciente; não podemos prescrever, impor, ou tentar influenciar as visões de mundo, espirituais ou antiespirituais do paciente (D'SOUZA, 2007; KOENIG, 2007).

Abordagem centrada na pessoa: apreciar os componentes

físicos, mentais e espirituais do paciente e seus contextos sociais e familiares (CLONINGER, 2013).

Contratransferência: estar atento sobre as reações que a presença ou a ausência de certas formas de R/E nos pacientes possa gerar sobre os clínicos (JOSEPHSON; PETEET, 2007).

Abordagem aberta e não dogmática: com interesse e respeito a crenças, valores e experiências dos pacientes. Pedir aos pacientes para compartilharem suas experiências e tradições de R/E é uma boa maneira de demonstrar preocupação com os pacientes e seus valores.

A exploração da R/E de um paciente pode ser iniciada após o mesmo indicar que isso é importante para ele ou perguntando-se diretamente sobre questões mais gerais e existenciais, como: "o que dá sentido à sua vida?", "quais são suas fontes de conforto e força quando você está lutando com problemas?", "o que te ajuda a lidar com sua doença?" (JOSEPHSON; PETEET, 2007). Se o paciente não é religioso ou vive alguma experiência espiritual com o transcendente, essas perguntas são úteis para explorar sua visão de mundo (WALSH, 2010).

Outra abordagem possível é fazer um levantamento breve da história espiritual ao avaliar o histórico sociocultural do paciente ou a história do seu desenvolvimento. A maioria das avaliações e diretrizes recomenda a cobertura dos seguintes tópicos básicos:

Fé e R/E geral: "você é religioso, espiritualizado ou uma pessoa de fé? A espiritualidade (ou religião) é importante em sua vida?";

Organizacional/comunidade: "você frequenta alguma comunidade religiosa/espiritual? Participa das reuniões R/E? Quais atividades? Com que frequência?";

Práticas privadas: "você realiza alguma prática privada, como oração, meditação, leitura de textos religiosos ou assisti/ouve programas ou músicas R/E? Quando? Com que frequência?";

Impacto: "sua R/E influencia a maneira como você vive sua vida e lida com seu problema atual? Como? Algumas pessoas dizem que R/E os ajuda a lidar com problemas, e outros acham que R/E está relacionado a problemas e conflitos. Como a R/E afeta a maneira como você lida com seu problema atual? Como sua fé e comunidade religiosa veem seu problema e tratamento? Eles o apoiam, se opõem ou são neutros?";

Abertura para outros aspectos ou necessidades de R/E: "existem outros aspectos da R/E em sua vida que você gostaria de compartilhar?" (LUNDER; FURLAN; SIMONIĆ, 2011).

Há alguns instrumentos já validados e disponíveis para a língua portuguesa, traduzidos, em sua maioria, ou desenvolvidos no Brasil, que podem nortear a anamnese no que se refere a inquirir sobre a R/E (LUCCHETTI, GIANCARLO; LUCCHETTI; VALLADA, 2013). No entanto, a avaliação dessa variável na população de crianças e adolescentes necessita de pesquisa adicional, não havendo questionários brasileiros específicos com esse objetivo. Recentemente, a validação da escala SHALOM (Spiritual Health and Life-Orientation Measure) (GOMEZ; FISHER, 2003) para medir espiritualidade e saúde espiritual nessa faixa etária foi conduzida por Valdivia (2017).

Curiosamente, a literatura dedicada aos cuidados paliativos destinados a crianças e adolescentes oferece ricas diretrizes para a abordagem do tema R/E, como um dos domínios de cuidados a serem oferecidos por uma equipe multiprofissional. Clayton e Aldridge (2018) recomendam "ouvir a voz da criança...", considerando que a mesma é perdida facilmente no contexto familiar, cabendo ao profissional ensinar essa escuta aos familiares, com sensibilidade. Adicionalmente, os autores ressaltam que as crianças nem sempre são capazes de expressar seus sentimentos, pensamentos ou crenças em linguagem clara, demonstrando-os através de ações, comentários breves e histórias. Considerando que as crianças rotineiramente priorizam as necessidades da família e mantêm seu foco nas vivências atuais, os profissionais devem valorizar a escuta do que as crianças escolhem compartilhar, em uma abordagem mais contemplativa do que averiguadora.

Weaver e Wratchford (2017) reúnem as seguintes recomendações para o atendimento das necessidades espirituais de pacientes adolescentes, que podem se relacionar aos profissionais de saúde e ao próprio adolescente. No primeiro grupo recomenda-se que o profissional: esteja ciente da própria espiritualidade e de preconceitos; familiarize a equipe com visões de mundo religiosas e culturais relevantes para a população de pacientes atendidos; reconheça a força da equipe interdisciplinar com várias culturas, profissões e crenças espirituais; mantenha conexões com consultores de várias perspectivas espirituais e religiosas; identifique quem na equipe está melhor equipado para avaliar e documentar as necessidades espirituais de cada paciente; utilize ferramentas de avaliação da espiritualidade como parte da triagem e documentação padrão; informe-se sobre a espiritualidade da família e como isso afeta a espiritualidade do adolescente. No segundo grupo, as recomendações se referem mais especificamente à relação entre o profissional e o paciente adolescente e sugerem que o profissional: adote uma postura de aprendiz, enquanto o adolescente o ensina sobre sua história espiritual e experiências espirituais; ouça com o objetivo de compreender e com a intenção de ouvir o significado do relato; assegure aos adolescentes que as conversas sobre espiritualidade são totalmente opcionais; pergunte se prefere conversar sobre o tema em separado da família; aguarde a passagem do tempo, enquanto o relacionamento é estabelecido e a confiança é construída; ofereça espaço para o adolescente questionar, processar ou afirmar suas crenças; e considere utilizar recursos artísticos para facilitar as oportunidades de engajamento mais profundo e ajudar a operacionalizar crenças e sentimentos.

Considera-se que, a partir de um lugar isento de preconceito, com o embasamento de um corpo de evidências, o profissional de saúde poderá vir a conhecer as potencialidades das dimensões da R/E, colocando-se disponível para atuar não somente nos momentos de proximidade com a morte. Observa-se na prática clínica que os familiares recebem com alívio e de forma positiva o interesse dos profissionais pela história espiritual do paciente. No entanto, também se espera que o avaliador esteja preparado para acolher dificuldades,

frustrações e desapontamentos, que podem resultar de contatos religiosos prévios, geradoras de crenças negativas a respeito de si, das pessoas ao seu redor e do mundo. Somente deste lugar de abordagem global do paciente e dos contextos nos quais ele está inserido poderemos propor os cuidados adequados e promover a saúde de forma integral.

CONCLUSÕES

Considerando a realidade de múltiplas variáveis que podem afetar ou interferir no desenvolvimento saudável, como fatores de promoção de saúde para crianças e adolescentes, enquanto observamos o aumento da prevalência de transtornos mentais nessa faixa etária, concluímos que a realidade espiritual e religiosa vivenciada pelos pacientes e seus familiares são relevantes tanto no processo de avaliação dos pacientes, quanto no planejamento terapêutico. Os dados apresentados nos permitem concluir sobre a relação da R/E com a saúde na infância e adolescência, em um cenário de carência de conhecimentos sobre o mecanismo dessas relações, as diretrizes de abordagem do tema e as aplicações do mesmo na prática clínica.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Steering Committee on Practice Guidelines. **American Psychiatric Association practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders**: compendium 2006. Arlington: American Psychiatric Association, 2006.
- BASTOS, F. I.; BERTONI, N.; HACKER, M. A. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 42, p. 109-117, 2008. Supl. 1. DOI: 10.1590/S0034-89102008000800013
- BORSA, J. C. et al. Caracterização da clientela infanto-juvenil de uma clínica-escola de avaliação psicológica de uma universidade brasileira. **Psico**, Porto Alegre, v. 44, n. 1, p. 73-81, 2013. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/10599>. Acesso em: 14 fev. 2019.
- CHEN, Y.; VANDERWEELE, T. J. Associations of religious upbringing with subsequent health and well-being from adolescence to young adulthood: an outcome-wide analysis. **American journal of epidemiology**, Cary, v. 187, n. 11, p. 2355-2364, 2018. DOI: 10.1093/aje/kwy142
- CLAYTON, M.; ALDRIDGE, J. Fifteen-minute consultation: not the whole story-considering children's spirituality and advance care planning. **Archives of disease in childhood**: education & practice edition, London, 2018. Disponível em: <http://ep.bmj.com/lookup/doi/10.1136/archdischild-2017-314525>. Acesso em: 13 fev. 2019. DOI: 10.1136/archdischild-2017-314525.
- CLONINGER, C. R. What makes people healthy, happy, and fulfilled in the face of current world challenges? **Mens Sana Monographs**, Mumbai, v. 11, n. 1, p. 16, 2013. DOI: 10.4103/0973-1229.109288
- COLES, R. **The spiritual life of children**. Boston: Houghton Mifflin, 1990.
- DALGALARRONDO, P. **Religião, psicopatologia e saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- DALGALARRONDO, P. et al. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 82-90, 2004. DOI: 10.1590/S1516-44462004000200004
- DAVIS, R. F. 3rd, KIANG, L. Religious identity, religious participation, and psychological well-being in Asian American adolescents. **Journal of youth and adolescence**, New York, v. 45, n. 3, p.532-546, 2016. DOI: 10.1007/s10964-015-0350-9
- DEW, R. E. et al. A prospective study of religion/spirituality and depressive symptoms among adolescent psychiatric patients. **Journal of affective disorders**, Amsterdam, v. 120, n. 1-3, p. 149-157, 2010. DOI: 10.1016/j.jad.2009.04.029
- DRABBLE, L.; TROCKI, K. F.; KLINGER, J. L. Religiosity as a protective factor for hazardous drinking and drug use among sexual minority and heterosexual women: Findings from the National Alcohol Survey. **Drug and alcohol dependence**, Limerick, v. 161, p. 127-134, 2016. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2016.01.022
- D'SOUZA, R. The importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice. **The medical journal of Australia**, Pyrmont, v. 186, n. 10, p. S57-59, 2007. Suppl.
- FOWLER, J. W. **Estágios da fé**: a psicologia do desenvolvimento humano e a busca de sentido. São Leopoldo: Sinodal, 1992.
- FOWLER J. H.; CHRISTAKIS, N. A. Dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study. **BMJ**: British medical journal, London, v. 337, p. a2338, 2008. DOI: 10.1136/bmj.a2338
- GOMEZ, R.; FISHER, J. W. Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. **Personality and individual differences**, Oxford, v. 35, n. 8, p. 1975-1991, 2003. DOI: 10.1016/S0191-8869(03)00045-X
- HOLDER, M. D.; COLEMAN, B.; WALLACE, J. M. Spirituality,

- religiousness, and happiness in children aged 8–12 years. **Journal of happiness studies**, Dordrecht, v. 11, n. 2, p. 131–150, 2010. DOI: 10.1007/s10902-008-9126-1
- HOLDER, M. D. *et al.* Well-being's relation to religiosity and spirituality in children and adolescents in Zambia. **Journal of happiness studies**, Dordrecht, v. 17, n. 3, p.1235–1253, 2016. DOI: 10.1007/s10902-015-9640-x
- JOSEPHSON, A. M.; PETEET, J. R. Talking with patients about spirituality and worldview: practical interviewing techniques and strategies. **Psychiatric clinics of North America**, Philadelphia, v. 30, n. 2, p. 181–197, 2007. DOI: 10.1016/j.psc.2007.01.005
- KLERING, J. R. **A disciplina de cultura religiosa como espaço integralizador da educação na universidade**. 2007. 202 f. Tese (Doutorado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
- KOENIG, H. G. **Spirituality in patient care: why, how, when, and what**. 2. ed. West Conshohocken: Templeton Press, 2007.
- KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde: um encontro da ciência e da espiritualidade**. Porto Alegre: L&PM, 2012.
- KOENIG, H. G. **Religion, Spirituality and Medicine: Research findings and implications for clinical practice**. Southern Medical Association, 2004.
- KOENIG, H. G.; KING, D. E.; CARSON, V. B. **Handbook of religion and health**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2012.
- KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University Press, 2001.
- LARSON, R. W. Toward a psychology of positive youth development. **The American psychologist**, Washington, v. 55, n. 1, p. 170–183, 2000.
- 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**, v. 131, n. 2, p. 112–122, 2013. DOI: 10.1590/S1516-31802013000100022
- LUCCHETTI, G. *et al.* Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? **Revista brasileira de clínica médica**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 154–158, 2010.
- LUCCHETTI, G. *et al.* Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. **Journal of rehabilitation medicine**, Stockholm, v. 43, n. 4, p. 316–322, 2011. DOI: 10.2340/16501977-0784
- LUNDER, U.; FURLAN, M.; SIMONIČ, A. Spiritual needs assessments and measurements **Current opinion in supportive and palliative care**, Emigsville, v. 5, n. 3, p. 273–278, 2011. DOI: 10.1097/SPC.0b013e3283499b20
- MARTINS, J. R. S. *et al.* **Religiosidade/espiritualidade na prática clínica: o que o psiquiatra pode fazer?** **Revista debates em psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.1 , n.2 , p. 20-26 , mar./abr. 2013.
- MILLER, L. *et al.* Religiosity and major depression in adults at high risk: a ten-year prospective study. **American journal of psychiatry**, Arlington, v. 169, n. 1, p. 89–94, 2012. DOI: 10.1176/appi.ajp.2011.10121823
- MIZUMOTO, S. A. **Dissociação, religiosidade e saúde: um estudo no Santo Daime e na Umbanda**. 2012. 297 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
- 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**, v. 36, n. 2, p. 176–182, 2014. DOI: 10.1590/1516-4446-2013-1255
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242–250, 2006. DOI: 10.1590/S1516-44462006005000006
- MOREIRA-ALMEIDA, A. *et al.* Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Archives of clinical psychiatry**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 12–15, 2010. DOI: 10.1590/S0101-60832010000100003
- PANDYA, S. P. Adolescents, well-being and spirituality: insights from a spiritual program. **International journal of children's spirituality**, Abingdon, v. 20, n. 1, p. 29–49, 2015. DOI: 10.1080/1364436X.2014.999230
- PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping. (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 34, p. 126–135, 2007. Supl. 1. DOI: 10.1590/S0101-60832007000700016.
- PARGAMENT, K. I. The bitter and the sweet: an evaluation of the costs and benefits of religiousness. **Psychological inquiry**, Mahwah, v. 13, n. 3, p. 168–181, 2002. DOI: 10.1207/S15327965PLI1303_02
- PAULA, C. S.; DUARTE, C. S.; BORDIN, I. A. S. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 11–17, 2007. DOI: 10.1590/S1516-44462006005000012

POLANCZYK, G. V. et al. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. **Journal of child psychology and psychiatry**, Oxford, v. 56, n. 3, p. 345–365, 2015. DOI: 10.1111/jcpp.12381

POLANCZYK, G. V.; LAMBERTE, M. T. M. R. **Psiquiatria da infância e adolescência**. Barueri: Manole, 2012. (Coleção Pediatria. Instituto da Criança. Hospital das Clínicas)

REZENDE-PINTO, A. *et al.* The effect of religiosity during childhood and adolescence on drug consumption patterns in adults addicted to crack cocaine. **BJPsych Open**, London, v. 4, n. 05, p. 324–331, 2018. DOI: 10.1192/bjo.2018.25

SANCHEZ, Z. V. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 43–55, 2004. DOI: 10.1590/S1413-81232004000100005

SANTOS, R. Z. **A espiritualidade e a religiosidade na prática pediátrica**. 2013. 100 f. Dissertação (Mestrado profissional em Educação nas Profissões de Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Sorocaba, 2013.

SVOB, C. et al. Association of parent and offspring religiosity with offspring suicide ideation and attempts. **JAMA Psychiatry**, Chicago, v. 75, n. 10, p. 1062, 2018. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.2060

TAVARES, B. F.; BÉRIA, J. U.; LIMA, M. S. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Revista de saúde pública**, v. 38, n. 6, p. 787–796, 2004. DOI: 10.1590/S0034-89102004000600006

THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p. 360–372, 2014. DOI: 10.1590/0047-2085000000046

VALDIVIA, L. J. **Associação entre felicidade e espiritualidade em crianças e adolescentes saudáveis de escolas de Porto Alegre**. 2017. 114 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

WALSH, F. Spiritual diversity: multifamily perspectives in family therapy. **Family process**, New York, v. 49, n. 3, p. 330–348, 2010. DOI: 10.1111/j.1545-5300.2010.01326.x

WEAVER, M. S.; WRATCHFORD, D. Spirituality in adolescent patients. **Annals of palliative medicine**, Hong Kong, v. 6, n. 3, p. 270–278, 2017. DOI: 10.21037/apm.2017.05.09

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who mental policy and service guidance package**: human resources and training in mental health. Geneva: World Health Organization, 2005.

Monalisa Claudia Maria da Silva¹
Luciano Magalhães Vitorino²

¹Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

²Faculdade de Medicina de Itajubá, Minas Gerais, Brasil.

✉ **Luciano Vitorino**
Av. Renó Júnior, 368 - São Vicente Itajubá, MG
CEP 37502-138
✉ lucianoenf@yahoo.com.br

Submetido: 28/05/2019
Aceito: 01/10/2019

RESUMO

Introdução: A religiosidade e espiritualidade (RE) suscitam debates na enfermagem desde Florence Nightingale, até os dias atuais com a prática clínica baseada em evidências. Nas últimas décadas aumentou consideravelmente tanto na quantidade e qualidade das evidências da associação da RE nos desfechos de saúde e qualidade de vida. Porém, ainda há poucas evidências do uso da RE na prática clínica da enfermagem. **Objetivos:** Analisar as publicações sobre a aplicabilidade da RE na prática clínica da enfermagem; e propor um protocolo para a prática da RE na enfermagem. **Métodos:** Foi realizada uma revisão da literatura de artigos científicos publicados em inglês, português ou espanhol nos últimos 10 anos nas bases eletrônicas SciELO, LILACS, BDNF e PubMed/Medline. O PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) foi utilizado para organizar os artigos relevantes. **Resultados:** Foram considerados elegíveis para análise nove artigos. A maioria dos estudos foi realizado nos EUA (n=5/9). Foram identificados 4/9 artigos publicados nos últimos quatro anos, as áreas que predominaram foram oncologia (n=4/9) e enfermagem generalista (n=4/9). Foi observada uma grande diversidade dos delineamentos empregados como recomendações práticas para o uso da religiosidade e espiritualidade na prática clínica da enfermagem (n=2/9), comentários de experts e recomendações práticas (2/9), aplicação de estudo piloto e proposta de melhoria na qualidade do cuidado religioso e espiritual realizado por enfermeiros (n=2/9), estudo qualitativo (n=2/9) e apenas um estudo quase-experimental. **Conclusão:** Após ampla revisão da literatura identificamos que há poucos estudos com a aplicabilidade da RE na prática clínica da enfermagem. Os estudos analisados possuem limitações ou baixo nível de prática da enfermagem baseada em evidências. Após esses achados, elaboramos recomendações e protocolo para o uso da RE na prática clínica da enfermagem baseados na literatura atualizada e especializada.

Palavras-chave: Espiritualidade; Religiosidade; Protocolo; Cuidado de enfermagem; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Religiosity and spirituality (RE) raise debates in nursing since Florence Nightingale to the present day with evidence-based clinical practice. In the last decades, there has been a considerable increase quantity and quality of evidence of the association of RE in health and quality of life outcomes. However, there is still little evidence of the use of RE in clinical nursing practice. **Objectives:** To review studies that used the RE in clinical nursing practice and propose a protocol for the applicability RE in clinical nursing practice. **Methods:** A literature review of scientific articles published in English, Portuguese or Spanish in the last 10 years was performed in the electronic databases SciELO, LILACS, BDNF and PubMed / Medline. PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) statement was used to organize the relevant articles. **Results:** Nine articles were considered eligible for analysis. Most studies were performed in the United States of America (n = 5/9). We identified 4/9 articles published in the last four years, the predominant areas were oncology nursing (n = 4/9) and generalist nursing (n = 4/9). There was a great diversity of designs used as practical recommendations for the use of RE in clinical nursing practice (n = 2/9), expert comments and practical recommendations (2/9), application of pilot study and proposal of improvement in the quality of religious and spiritual care performed by nurses (n = 2/9), qualitative study (n = 2/9) and only a quasi-experimental study. **Conclusion:** After a broad literature review, we identified few studies on the applicability of RE in clinical nursing practice. The studies analyzed have some limitations or low level of evidence-based nursing practice. After these findings, we developed recommendations and protocol for the use of RE in clinical nursing practice based on updated and specialized literature.

Keywords: Spirituality; Religiosity; Protocol; Nursing care; Nursing.

INTRODUÇÃO

A espiritualidade é intrínseca ao ser humano, e o debate sobre espiritualidade e a relação com a saúde vem crescendo nas últimas décadas (MOREIRA-ALMEIDA, 2016; CALDEIRA, BRANCO, VIEIRA, 2011). Para a Enfermagem, a espiritualidade é uma questão que se desenvolve desde Florence Nightingale, reconhecida como a responsável pela Enfermagem Moderna. Florence falava ter recebido um "chamado de Deus" que a induziu a concretizar os ensinamentos que nos foi deixado por Cristo, tais como a compaixão, a tolerância, a deposição de preconceitos, assim como o respeito pelo outro, além da manutenção da dignidade no cuidar do ser que sofre (COSTA et al., 2009).

Ao longo das décadas, o pensamento da Enfermagem quanto a dimensão espiritual passou por transformações, de uma tendência totalmente conectada à religião para reflexões mais amplas, contemplando a ética, o cuidado integral com objetivo de incluir a dimensão espiritual no plano de cuidados da enfermagem, assim como de toda a equipe (NASCIMENTO et al., 2016).

Revisões sistemáticas sugerem a importância da espiritualidade na promoção das dimensões física, psicológica e social da saúde (GONÇALVES et al., 2017; LEWINSON; MCSHERRY; KEVERN, 2015). Estudos mostram a associação positiva entre crenças e práticas religiosas/espirituais na saúde física, mental e qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas, agudas ou população geral (KOENIG; KING; CARSON, 2012; PANZINI et al., 2017; PUCHALSKI, 2007; VITORINO et al., 2018). Quando treinados e capazes de satisfazer as necessidades espirituais, os profissionais de saúde relatam melhorias em diversos desfechos de saúde de seus pacientes (BALDACCHINO, 2008). Blanchard et al., (2014) identificaram que enfermeiros americanos em oncologia apresentaram interesse em perguntas sobre crenças, RE na admissão de pacientes. Reforçam também que uma breve triagem facilita a identificação de angústia espiritual e o encaminhamento dos pacientes ao serviço de capelania (BLANCHARD; DUNLAP; FITCHETT, 2012). Enfermeiros de diferentes culturas, religiões e países como Espanha, Arábia Saudita, Inglaterra e Brasil descrevem a importância da inserção da RE na prática clínica (ALBAQAWI et al., 2019); IENNE et al., 2017; O'BRIEN et al., 2019; REBLIN et al., 2014). No mesmo sentido, muitos estudos reforçam a necessidade de treinamento em avaliação e intervenção da RE na prática clínica da enfermagem (FROUZANDEH; AEIN; NOORIAN, 2015; IENNE et al., 2017; REBLIN et al., 2014). A partir desses achados, evidencia-se a necessidade de integrar à dimensão espiritual aos cuidados em saúde, especialmente, na atualidade, pois quando usados inadvertidamente, poderão limitar as ações cotidianas do cuidar, fomentando a valorização dos aspectos biológicos e racionais. Portanto, associar a RE ao cuidado integral aponta para o completo bem-estar físico, psicológico, social e espiritual dos pacientes e familiares (HEFTI; ESPERANDIO; ESPERANDIO, 2016). Assim o presente estudo teve como objetivos analisar as publicações sobre a aplicabilidade da RE na prática clínica da enfermagem; e propor um protocolo para a prática da RE na enfermagem.

REVISÃO DE LITERATURA E DISCUSSÃO

Este é um estudo de revisão bibliográfica que teve como objetivo analisar os artigos científicos publicados nos últimos 10 anos (28 de fevereiro de 2009 a 28 de fevereiro de 2019) sobre o uso da RE na prática clínica da enfermagem. A busca foi realizada nas bases de dados Cientific Electronic Library Online (SciELO - <http://www.scielo.org/php/index.php>), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS - <http://www.bireme.br>), Base de dados em Enfermagem (BDENF - <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=BDENF&lang=p&form=F>) e PubMed/Medline (<http://www.pubmed.gov.br>).

ESTRATÉGIAS DE PESQUISA

Foram criadas as seguintes expressões Booleanas:

Em inglês para a base de dados PubMed/Medline: i) (Spiritual*OR religio* AND nurs*AND practice guideline); ii) (Spiritual* OR religio* AND nurs* AND evidence-based practice); iii) (Spiritual* OR religio* AND nurs* AND clinical protocols).

Em português para as bases de dados BDENF, LILACS e SciELO: i) Espiritualidade AND enfermagem AND prática clínica; ii) Religiosidade AND enfermagem AND prática clínica.

Critérios de inclusão e exclusão para os artigos

Foram selecionados para análise artigos nos idiomas em inglês, espanhol e português. Todos os títulos e resumos dos artigos recuperados foram lidos. Os artigos foram selecionados como relevantes se apresentassem no título e/ou resumo do estudo investigações sobre a aplicabilidade da religiosidade e/ou espiritualidade na prática clínica em qualquer área da enfermagem. Foram excluídos da seleção artigos sobre validação de escalas, diagnósticos de enfermagem e revisão de artigos de qualquer natureza. Artigos sem resumo e publicações redundantes também foram excluídos.

Seleção dos artigos e análise

O software EndNote X7 foi utilizado para armazenar os dados e descartar os artigos duplicados de acordo com as seguintes informações: autor, anos de publicação e título do artigo (BRAMER, 2017; LORENZETTI; GHALI, 2013; LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014). A primeira fase de seleção dos artigos, leitura e análise foi realizada pelo autor (LMV). A segunda fase foi realizada pela autora (MCMS) que revisou a coleta e análise da primeira fase.

No fluxograma PRISMA encontra-se detalhadamente as fases de inclusão dos artigos analisados (Figura 1) (MOHER, 2009). Na primeira fase foram identificados 226 artigos (PubMed/MedLine = 200; SciELO = 8; LILACS = 11 e BDENF = 7). O software EndNote X7 identificou 42 artigos duplicados. Foram incluídos na análise dos títulos e resumos 184 artigos, no qual 168 artigos foram excluídos por não estarem de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Foram considerados relevantes e selecionados para a leitura na íntegra 16 artigos, destes, sete artigos foram excluídos pois não estavam de acordo com os objetivos do estudo.

Tabela 1. Foram incluídos para análise final nove artigos (BRYMAN; BURGESS, 2002; CHEN et al., 2017; FRENCH; NARAYANASAMY, 2011; HANSON et al., 2017; KINCHELOE; STALLINGS WELDEN; WHITE, 2018; NASCIMENTO et al., 2016; REBLIN et al., 2014; SCHOENBECK, 2016; STRYKER, 2010; TAYLOR, 2011a).

A maioria dos estudos foi realizado nos EUA (n=5/9) (BLANCHARD; DUNLAP; FITCHETT, 2012; KINCHELOE; STALLINGS WELDEN; WHITE, 2018; REBLIN et al., 2014; STRYKER, 2010; TAYLOR, 2011b), apenas um (n=1/9) (NASCIMENTO et al., 2016) foi realizado no Brasil. Foram identificados 4/9 (HANSON et al., 2017; KINCHELOE; STALLINGS WELDEN; WHITE, 2018; NASCIMENTO et al., 2016; SCHOENBECK, 2016) artigos publicados nos últimos quatro anos, as áreas que predominaram foram oncologia (n=4/9) (BLANCHARD; DUNLAP; FITCHETT, 2012; HANSON et al., 2017; KINCHELOE; STALLINGS WELDEN; WHITE, 2018; REBLIN et al., 2014) e enfermagem generalista (n=4/9) (FRENCH; NARAYANASAMY, 2011; NASCIMENTO et al., 2016; SCHOENBECK, 2016; TAYLOR, 2011a).

Os desenhos dos estudos foram diversificados em relato de caso com recomendações práticas para o uso da religiosidade e espiritualidade na prática clínica da enfermagem (n=2/9) (STRYKER, 2010; TAYLOR, 2011a), comentários de experts e recomendações práticas (2/9)(FRENCH; NARAYANASAMY, 2011; SCHOENBECK, 2016), aplicação de estudo piloto e proposta de melhoria na qualidade do cuidado religioso e espiritual realizado por enfermeiros (n=2/9)(BLANCHARD; DUNLAP; FITCHETT, 2012; HANSON et al., 2017), estudo qualitativo (n=2/9) (KINCHELOE; STALLINGS WELDEN; WHITE, 2018; NASCIMENTO et al., 2016; REBLIN et al., 2014) e apenas um estudo quase-experimental (KINCHELOE; STALLINGS WELDEN; WHITE, 2018). A maioria dos estudos realizou recomendações para o uso da religiosidade e espiritualidade na prática clínica na enfermagem (n=5/9)(BLANCHARD; DUNLAP; FITCHETT, 2012; FRENCH; NARAYANASAMY, 2011; HANSON et al., 2017; SCHOENBECK, 2016; TAYLOR, 2011a), somente dois estudos utilizaram escalas específicas de religiosidade e espiritualidade (HANSON et al., 2017; KINCHELOE; STALLINGS WELDEN; WHITE, 2018).

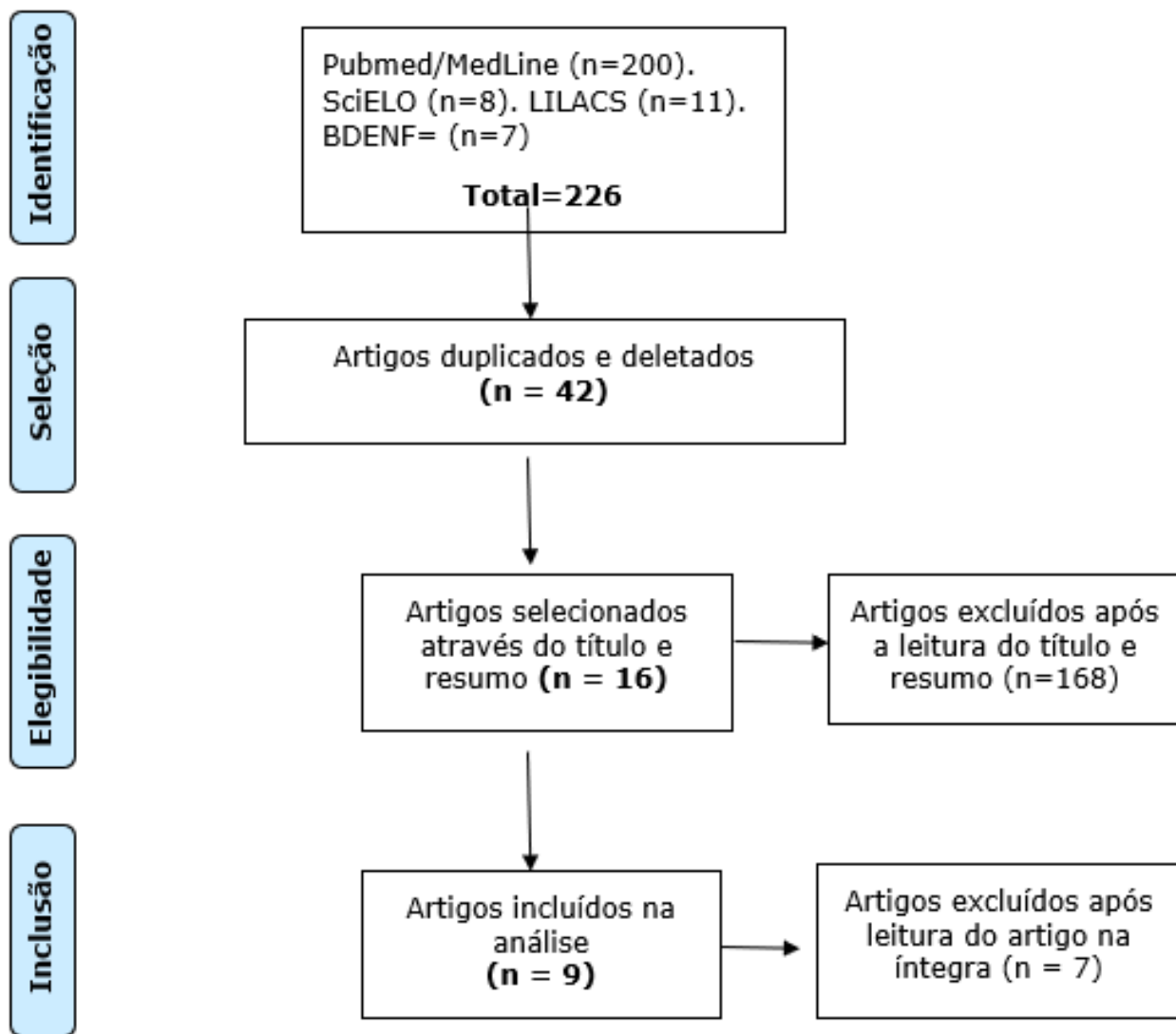


Tabela 1: Descrição dos artigos selecionados

Artigos	Nº de estudos	% dos estudos
País		
EUA	5	55.55
Inglaterra	1	11.11
Brasil	1	11.11
Polônia	1	11.11
Taiwan	1	11.11
Ano da publicação		
2010 – 2014	5	55.55
2015 – 2019	4	44.45
Área da enfermagem		
Terapia Intensiva	1	11.11
Oncologia	4	44.45
Generalista	4	44.45
Desenho do estudo		
Estudo de caso e recomendações práticas	2	22.22
Comentário e recomendações práticas	2	22.22
Estudo piloto de melhoria de qualidade do cuidado	2	22.22
Qualitativo	2	22.22
Quase-experimental	1	11.11
Aplicabilidade		
Elaboração de protocolo	1	11.11
Recomendações práticas	5	55.55
Descrever as evidências	3	33.34
Uso de escalas específicas		
Sim	2	22.22
Não	7	77.78

a 9 artigos selecionados.

Diversas revisões têm demonstrado o aumento na qualidade das evidências na relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde (ABDALEATI; MOHD ZAHARIM; MYDIN, 2016; ABU et al., 2018; GONÇALVES et al., 2015, 2017; KOENIG, 2015; LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014). O presente estudo investigou as publicações realizadas na última década sobre a aplicabilidade da RE na prática clínica da enfermagem. Pesquisas têm enfatizado que os enfermeiros devem inserir no processo de enfermagem a coleta espiritual e elaboração do plano de cuidado espiritual (TIMMINS; CALDEIRA, 2017a, 2017b; ZEHTAB; ADIB-HAJBAGHERY, 2014). Embora, a RE e saúde têm tornado mais popular na área da saúde, identificamos poucas evidências da sua aplicabilidade na enfermagem.

Os EUA se destacam como o país com maior número de publicações na área de RE (LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014) e também de acordo com os objetivos do presente estudo (BLANCHARD; DUNLAP; FITCHETT, 2012; KINCHELOE; STALLINGS WELDEN; WHITE, 2018; REBLIN et al., 2014; STRYKER, 2010; TAYLOR, 2011a). Dentre os cinco artigos publicados nos EUA, identificamos uma diretriz básica para o cuidado espiritual baseada na proposta de Carson e Koenig (KOENIG; CARSON, 2004). Essa diretriz é composta por cinco passos: 1º Desenvolva sua própria espiritualidade; 2º Escute cuidadosamente; 3º Observe; 4º Avalie e 5º Responda (com intervenções) (STRYKER, 2010). Os demais estudos exploraram a RE nos cuidados paliativos (BLANCHARD; DUNLAP; FITCHETT, 2012; KINCHELOE; STALLINGS WELDEN; WHITE, 2018), orientações éticas no cuidado espiritual, familiares (TAYLOR, 2011a) e pacientes em tratamento oncológico (BLANCHARD; DUNLAP; FITCHETT, 2012; KINCHELOE; STALLINGS WELDEN; WHITE, 2018). Em relação a RE e saúde o Brasil é o quinto país com maior número de publicações, ficando atrás de importantes países como EUA, Reino Unido, Canadá e Austrália (LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014). O Brasil foi único país da América Latina com publicação da aplicabilidade da RE na enfermagem. Apesar de não ser um estudo de intervenção, o estudo analisou a compreensão do enfermeiro acerca do cuidado espiritual e identificou que o cuidado espiritual era realizado por influência pessoal, religiosa e sem planejamento (REBLIN et al., 2014).

Identificamos que as áreas, enfermagem oncológica e enfermagem generalista foram as que se destacaram. A oncologia em geral sempre se destacou com uma das áreas com maior interesse em investigar o papel da religiosidade e espiritualidade e os desfechos de saúde física, mental e qualidade de vida dos pacientes com câncer e seus familiares (DAHER et al., 2017; JIM et al., 2015; PETEET; BALBONI, 2013). Embora haja interesse de importantes revistas científicas em oncologia, identificamos poucas investigações da aplicabilidade da RE na enfermagem.

Ao analisar a qualidade dos estudos selecionados, observamos uma ausência de estudos com melhor qualidade, como os ensaios clínicos randomizados controlados ou estudos longitudinais (SACKETT et al., 1996). O estudo com melhor qualidade metodológica foi um estudo quase-experimental realizado nos EUA com 132 pacientes em tratamento

oncológico, seus familiares e 54 enfermeiros. Os autores reforçam a importância de usar ferramentas válidas para avaliar o cuidado espiritual, baseadas em evidências para avaliar as necessidades espirituais de pacientes e familiares com evidência científica (KINCHELOE; STALLINGS WELDEN; WHITE, 2018). Contrapondo, outros estudos, que reforçam a importância de usar escalas válidas e confiáveis na prática clínica, a presente revisão identificou apenas dois estudos com uso de escalas baseadas em evidências (LUCCHETTI; BASSI; LUCCHETTI, 2013; LUCCHETTI; LUCCHETTI; VALLADA, 2013).

Após uma ampla revisão da literatura nacional e internacional, identificamos que há uma limitação de protocolos que guiem enfermeiros a aplicarem a avaliação e intervenção nas necessidades religiosas e espirituais na prática clínica. Pelo nosso conhecimento não há protocolos publicados na literatura que dê suporte com evidências a enfermeiros brasileiros e da América Latina.

O Protocolo de cuidado em enfermagem tem como objetivo fornecer informações, com base em uma avaliação das melhores evidências atuais de clínica e custo-efetividade, em relação às intervenções terapêuticas para determinadas condições clínicas (HEWITT-TAYLOR, 2004). No protocolo são apresentados dados de revisão da literatura para nortear as ações do enfermeiro no contexto do cuidado espiritual em enfermagem (MUSA, 2017). No entorno da assistência de enfermagem, quanto a atenção às demandas espirituais, é necessário um novo olhar do profissional, ao passo que avaliar e prover o cuidado espiritual durante a assistência, é tanto um modo de cuidado, quanto uma maneira de promover significado à prática do enfermeiro (KALISH, 2012; MUSA, 2017).

A inserção da RE na prática clínica da enfermagem precisa ser alicerçada em uma perspectiva abrangente, que não essencialmente relacionada a um tipo de religião ou cultura específica. Em geral, a maioria das pessoas é espiritualizada e/ou religiosas e consideram o assunto importante (NASCIMENTO et al., 2016; RAMEZANI et al., 2014; ROSS, 2006). Os estudos demonstram resultados de impacto positivo quando o paciente recebe cuidado religioso/espiritual pelos enfermeiros. (BALDACCHINO; BALDACCHINO; DONIA, 2015; CALDEIRA; TIMMINS, 2017; MCSHERRY; JAMIESON, 2011) Ressalta-se que efeitos negativos, embora menos incidente, segundo estudos (CHATTERS; LEVIN; ELLISON, 1998; KOENIG; KING; CARSON, 2012; VAN NESS, 1999) podem decorrer do uso da religião, principalmente quando usada de forma punitiva, e nesses casos o conhecimento facilitará a tomada de decisão do profissional (KOENIG, 2005; LUCCHETTI et al., 2010). Embora seja adequado o preparo dos enfermeiros para atender às necessidades espirituais dos pacientes, o que se observa é o argumento de despreparo do profissional para este tipo de abordagem (FROUZANDEH; AEIN; NOORIAN, 2015; IENNE et al., 2017; REBLIN et al., 2014).

Ainda que a literatura traga milhares de estudos sobre a associação da RE e melhores desfechos em saúde física e mental, bem-estar e qualidade de vida (GONÇALVES et al., 2017; KOENIG; KING; CARSON, 2012; PERES et al., 2018; VITORINO et al., 2018), identificamos no presente

estudo que ainda carece de informações que possam ajudar os enfermeiros a integrar na prática clínica a espiritualidade. As recomendações a seguir têm como objetivo guiar as ações dos enfermeiros durante a implementação do cuidado espiritual prestado aos pacientes e seus familiares nos diversos âmbitos dos serviços de saúde.

Recomendações da RE na prática clínica de enfermeiros

Para atender as necessidades espirituais, é necessário avaliar o bem-estar espiritual, a partir de então, a concretização do processo de enfermagem através de diagnósticos de caráter espiritual, que precedem a definição das intervenções e a avaliação dos resultados, completando, assim, o método científico de trabalho do enfermeiro que é o processo de enfermagem (CALDEIRA; CARVALHO; VIEIRA, 2014). Para tanto, a linguagem que descreve as respostas espirituais do paciente precisa ser validada em diferentes contextos e populações, uma vez que as características da espiritualidade são frequentemente consideradas como não definidas com facilidade, por ser uma dimensão subjetiva e complexa (CALDEIRA; CARVALHO; VIEIRA, 2014).

É relevante que a priori a obtenção da história espiritual do paciente, o profissional tenha claro o objetivo dessa abordagem, que deve acontecer com o objetivo de compreender suas crenças, bem como, a importância que elas têm no processo saúde/doença. De acordo com Koenig (2005), quatro questões básicas devem ser abrangidas ao se apanhar a história espiritual:

- 1) o paciente usa a religião ou a espiritualidade para ajudá-lo a lidar com a doença ou isso é uma fonte de estresse, e como?
- 2) o paciente é membro de uma comunidade de apoio espiritual?
- 3) o paciente tem alguma questão ou preocupação sobre problemas espirituais?
- 4) o paciente tem alguma crença espiritual que possa influenciar o tratamento médico?

É importante destacar que avaliação espiritual deve ser um processo contínuo no papel do enfermeiro (CALDEIRA; CARVALHO; VIEIRA, 2014), inicialmente será necessária uma breve coleta da história espiritual, que em um primeiro momento, poderá ser durante o acolhimento, admissão do paciente, consulta de enfermagem, ou na visita domiciliar, ou seja em qualquer âmbito dos serviços de saúde, que se mostre necessária (CALDEIRA; CARVALHO; VIEIRA, 2014; MCSHERRY, 2006). Assim, o profissional torna-se familiarizado com as crenças de seus pacientes e perceberão como eles encaram o tratamento, como eles percebem o papel da religião ao lidar com as doenças ou durante o estresse; identificar os tipos de comportamentos advindos das crenças, sejam eles, positivos ou negativos, e que possam necessitar de acompanhamento (BOUSSO et al., 2011).

O cuidado espiritual precisa ser transversal ao cuidado prestado nas 24 horas (CALDEIRA; CARVALHO; VIEIRA, 2014), para tanto, será necessário criar condições para o diálogo com o paciente, e de forma delicada, levá-lo a falar de suas demandas espirituais, sem que haja imposição de sua crença sobre a do outro. O enfermeiro precisa estar disponível para observar, escutar e compreender sinais verbais e não verbais

do paciente, pois podem sugerir alguma necessidade espiritual não atendida (EVANGELISTA et al., 2016).

Outro ponto relevante é o de ponderar a existência de qualquer oposição do paciente quanto a abordagem espiritual e reconhecer quando não deverá realizar qualquer intervenção que não seja aceita pelo paciente (KOENIG, 2005).

Compreender o raciocínio clínico relacionado à avaliação do processo de enfermagem, diagnóstico, intervenção e resultados, que podem ser utilizados na provisão de cuidados espirituais (CALDEIRA et al., 2017; CALDEIRA; CARVALHO; VIEIRA, 2014, 2013). Além de considerar os aspectos éticos do cuidado espiritual ao fornecer apoio ou ser direcionado a outro membro da equipe, um líder religioso, bem como a família do paciente que pode ter um papel importante na recuperação.

Quando incluir a dimensão espiritual?

Atender as necessidades espirituais quando for imperativo o apoio emocional, quando o paciente se encontra sem apoio familiar, demonstra baixa ou nenhuma expectativa para o futuro, demonstra entre outros, sentimentos como medo, solidão, ansiedade e depressão (KOENIG, 2005). É válido ressaltar que o apoio à família, pode ser utilizado como forma de confortá-los para melhor forma de enfrentamento ao adoecimento do seu ente querido, assim como, para que consigam apoiar seu familiar de forma efetiva durante o processo de adoecimento (BARBOSA et al., 2017).

Mesmo na ausência de apego religioso claramente definido, as pessoas continuaram a expressar necessidades espirituais, portanto, usar as suas experiências anteriores para prestar cuidado espiritual, como contar ao paciente o que outros em situações semelhantes vivenciaram, e o que e como fizeram para superar, poderá facilitar a abordagem (CALDEIRA; TIMMINS, 2017).

Como e qual a melhor hora para o enfermeiro atender à necessidade espiritual?

Como em qualquer área de atuação do enfermeiro, em primeiro lugar o uso do bom senso irá guiá-lo para suas ações. O próximo passo necessário concerne em criar vínculo entre profissional-paciente, que pode ser construído através da empatia, escuta qualificada ou quando se prestar assistência à família (FRANZOI et al., 2016).

Outro ponto relevante seria explicar o motivo da abordagem espiritual, acalmando seus pacientes, pois podem relacionar com a seriedade de seu estado de saúde, deixando claro que o intuito é o de prestar assistência de qualidade, sensível às crenças culturais e espirituais, e que faz parte da rotina assistencial (KOENIG, 2005).

Ressalta se que as intervenções devem ser implementadas com auxílio do paciente, sendo importante reconhecer quando a necessidade do paciente será melhor abordada por outro profissional, como o psicólogo, capelão/líder espiritual, ou ainda um familiar (BALDACCHINO; BALDACCHINO; DONIA, 2015; MCSHERRY; JAMIESON, 2011).

Para o atendimento da necessidade espiritual não basta obter a história espiritual, será necessário oferecer o cuidado espiritual concomitante com outras atividades, no caso do profissional de enfermagem, a interação efetiva, poderá ocorrer até mesmo quando se executa um procedimento

(ARRIEIRA et al., 2018; EVANGELISTA et al., 2016).

Quando poderá utilizar de várias ferramentas comuns ao relacionamento interpessoal, tais como: utilizar o toque terapêutico, dar um abraço, ouvir uma música, oferecer apoio religioso, falar de Deus, a oração e as leituras de textos sagrados, como a Bíblia, o Alcorão e a Torá, por exemplo, podem ser utilizados (EVANGELISTA et al., 2016). Permitir visitas à capela e de pessoas religiosas, oferecer missas/cultos e passeios em área de convívio, prestar assistência à família do paciente, além de oferecer a ela informações acerca do estado de saúde do paciente, falar com um líder da igreja ou assistir a uma cerimônia religiosa e criar vínculos com a família (NASCIMENTO et al., 2016).

A criação de redes de apoio espiritual com lideranças religiosas das diversas religiões será de extrema relevância para auxiliar aos profissionais em situações críticas, pois podem oferecer apoio para melhor adesão ao tratamento e também como auxílio, pois, nem todas as circunstâncias de sofrimento e ou angústia espiritual surgem dentro do contexto da religião / fé, mas são referidas aos capelães, cuja estrutura é baseada especialmente em uma tradição de fé, que não a de todos os pacientes. A rede também auxiliará o profissional, quando este não se sentir capacitado ou mesmo, não corroborar de forma alguma com a crença do paciente, impedindo o de fazer alguma intervenção (PARGAMENT, 2007).

Quais instrumentos podem ser utilizados para abordagem inicial?

Vários instrumentos têm sido criados com intuito de facilitar o desempenho do profissional que pretenda iniciar a abordagem espiritual, mas que, ainda encontra dificuldades e insegurança para tratar do assunto. A priori, o importante é que se use perguntas fáceis, com o objetivo de compreender a existência ou não de crenças do paciente, e como elas repercutem na saúde, sem que haja nenhum tipo de julgamento pelo profissional. Nesse aspecto, os instrumentos servirão como facilitadores do processo, ajudando na obtenção da história espiritual. É válido ressaltar que alguns instrumentos podem ser aplicados em poucos minutos, quando a falta de tempo é um problema, como no caso do Questionário FICA (PUCHALSKI; ROMER, 2000) e HOPE (ANANDARAJAH, 2001) observados a seguir:

Questionário FICA

F – Fé / crença

Você se considera religioso ou espiritualizado?

Você tem crenças espirituais ou religiosas que te ajudam a lidar com problemas?

Se não: o que te dá significado na vida?

I – Importância ou influência

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?

C – Comunidade

Você faz parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual?

Ela te dá suporte, como?

Existe algum grupo de pessoas que você “realmente” ama ou que seja importante para você?

Comunidades como igrejas, templos, centros, grupos de apoio são fontes de suporte importante?

A – Ação no tratamento

Como você gostaria que o seu médico ou profissional da área da saúde considerasse a questão religiosidade / espiritualidade no seu tratamento?

Indique, remeta a algum líder espiritual / religioso.

Questionário HOPE (esperança)

H– Fontes de Esperança, significância, conforto, força, paz, amor e conexão. Quais são as suas fontes de esperança, força, conforto e paz?

Ao que você se apegua em tempos difíceis? O que lhe sustenta mantendo que você siga adiante?

O - Religião organizada

Você faz parte de uma comunidade religiosa ou espiritual?

Ela lhe ajuda? Como?

Em quais aspectos a religião lhe ajuda e quais não ajuda?

P– Espiritualidade pessoal e prática

Você tem alguma crença espiritual que é independente da sua religião?

Quais aspectos da sua espiritualidade ou prática espiritual você acha que é mais prestativa à sua personalidade?

E– Efeitos no tratamento médico e assuntos terminais.

Ficar doente afetou sua habilidade de fazer coisas que o ajudam espiritualmente?

Como enfermeiro (profissional de saúde), há alguma coisa que eu possa fazer para ajudar você acessar os recursos que geralmente o ajudam?

Há alguma prática ou restrição que eu deveria saber sobre seu tratamento médico?

De acordo com Koenig (2005), nos casos, em que o paciente não seja religioso, o direcionamento poderá ser para perguntas a seguir:

Como você lida com a doença?

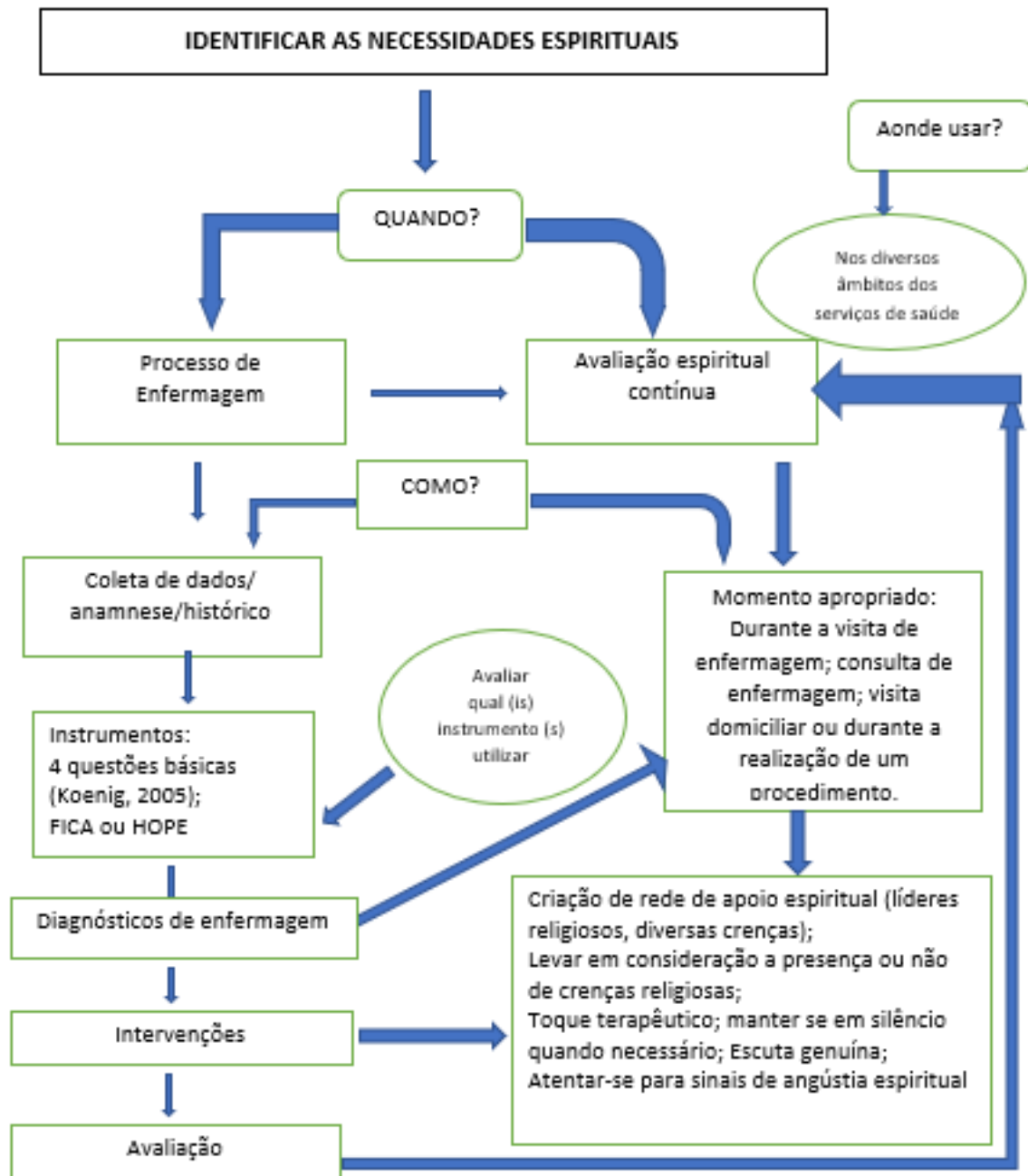
O que dá significado e propósito a sua vida?

Quais crenças culturais podem ter impacto no tratamento da sua doença?

Quais recursos sociais estão disponíveis para apoiá-lo em sua casa?

As recomendações e protocolo abaixo fazem parte de um importante passo para o aprimoramento do cuidado integral em enfermagem, que é fundamentar e estimular a prática clínica da RE baseada em evidências por enfermeiros de países de língua portuguesa e também da América Latina.

CONCLUSÃO



Fluxograma 1: Protocolo para o uso da RE na prática clínica de enfermeiros

Historicamente a enfermagem utiliza a RE na sua prática clínica, por outro lado, a sua prática acontece de forma desorganizada, com grande influência pessoal e com pouca ênfase da sua prática baseada em evidências. O presente estudo identificou que há poucos estudos na literatura nacional e internacional que avaliaram a aplicabilidade da RE na prática clínica da enfermagem. Após ampla revisão da literatura nacional e internacional, identificamos que há uma limitação de protocolos que guiam enfermeiros a aplicarem a avaliação e intervenção nas necessidades RE na prática clínica, assim como uma lacuna

nas publicações sobre a aplicabilidade do cuidado espiritual na enfermagem. Após essas evidências, elaboramos recomendações e protocolo para o uso da RE na prática clínica de enfermeiros baseados na literatura atualizada e especializada.

CONFLITO DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

- ABDALEATI, N. S.; MOHD ZAHARIM, N.; MYDIN, Y. O. Religiousness and Mental Health: Systematic Review Study. *Journal of Religion and Health*, v. 55, n. 6, p. 1929–1937, 28 dez. 2016.
- ABU, H. O. et al. Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Quality of Life Research*, v. 27, n. 11, p. 2777–2797, 11 nov. 2018.
- ALBAQAWI, H. et al. Workplace Spiritual Climate and Its Influence on Nurses' Provision of Spiritual Care in Multicultural Hospitals. *Religions*, v. 10, n. 118, 2019.
- ANANDARAJAH, E. H. G. American family physician. [s.l.] American Academy of Family Physicians, 2001. v. 63
- ARRIEIRA, I. C. DE O. et al. O sentido do cuidado espiritual na integralidade da atenção em cuidados paliativos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 38, n. 3, 12 abr. 2018.
- BALDACCHINO, D.; BALDACCHINO; DONIA. Spiritual Care Education of Health Care Professionals. *Religions*, v. 6, n. 2, p. 594–613, 8 maio 2015.
- BALDACCHINO, D. R. Teaching on the spiritual dimension in care: The perceived impact on undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, v. 28, n. 4, p. 501–512, maio 2008.
- BARBOSA, R. M. DE M. et al. A espiritualidade como estratégia de enfrentamento para familiares de pacientes adultos em cuidados paliativos. *Revista da SBPH*, v. 20, n. 1, p. 165–182, 2017.
- BLANCHARD, J. H.; DUNLAP, D. A.; FITCHETT, G. Screening for spiritual distress in the oncology inpatient: a quality improvement pilot project between nurses and chaplains. *Journal of Nursing Management*, v. 20, n. 8, p. n/a-n/a, 1 nov. 2012.
- BOUSSO, R. S. et al. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 2, p. 397–403, abr. 2011.
- BRYMAN, A.; BURGESS, B. Analyzing qualitative data. [s.l.] Taylor e Francis, 2002.
- CALDEIRA, S. et al. Clinical Validation of the Nursing Diagnosis Spiritual Distress in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *International Journal of Nursing Knowledge*, v. 28, n. 1, p. 44–52, jan. 2017.
- CALDEIRA, S.; CARVALHO, E. C. DE; VIEIRA, M. Between spiritual wellbeing and spiritual distress: possible related factors in elderly patients with cancer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 22, n. 1, p. 28–34, jan. 2014.
- CALDEIRA, S.; CARVALHO, E. C.; VIEIRA, M. Spiritual Distress-Proposing a New Definition and Defining Characteristics. *International Journal of Nursing Knowledge*, v. 24, n. 2, p. 77–84, jun. 2013.
- CALDEIRA, S.; TIMMINS, F. Implementing spiritual care interventions. *Nursing Standard*, v. 31, n. 34, p. 54–60, 19 abr. 2017.
- CHATTERS, L. M.; LEVIN, J. S.; ELLISON, C. G. Public Health and Health Education in Faith Communities. *Health Education and Behavior*, v. 25, n. 6, p. 689–699, 1998.
- CHEN, Y.-H. et al. The Relationship of Physiopsychosocial Factors and Spiritual Well-Being in Elderly Residents: Implications for Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, v. 14, n. 6, p. 484–491, dez. 2017.
- COSTA, R. et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 18, n. 4, p. 661–669, dez. 2009.
- DAHER, J. C. et al. Research on Experiences Related to the Possibility of Consciousness beyond the Brain: A Bibliometric Analysis of Global Scientific Output. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 205, n. 1, p. 37–47, 2017.
- EVANGELISTA, C. B. et al. Spirituality in patient care under palliative care: A study with nurses. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, v. 20, n. 1, p. 176–182, 2016.
- FRANZOI, M. A. H. et al. Peplau's interpersonal relations theory: an evaluation based on Fawcett's criteria. *Journal of Nursing UFPE on line*, v. 10, n. 4, p. 3653–3661, 8 ago. 2016.
- FRENCH, C.; NARAYANASAMY, A. To pray or not to pray: a question of ethics. *British Journal of Nursing*, v. 20, n. 18, p. 1198–1204, 13 out. 2011.
- FROUZANDEH, N.; AEIN, F.; NOORIAN, C. Introducing a spiritual care training course and determining its effectiveness on nursing students' self-efficacy in providing spiritual care for the patients. *Journal of education and health promotion*, v. 4, p. 34, 2015.
- 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*, v. 45, n. 14, p. 2937–2949, 23 out. 2015.
- GONÇALVES, J. P. DE B. et al. Complementary religious and spiritual interventions in physical health and quality of life: A systematic review of randomized controlled clinical trials. *PLOS ONE*, v. 12, n. 10, p. e0186539, 19 out. 2017.
- HANSON, L. C. et al. Integrating Palliative and Oncology Care for Patients with Advanced Cancer: A Quality Improvement Intervention. *Journal of Palliative Medicine*, v. 20, n. 12, p. 1366–1371, dez. 2017.

- HEFTI, R.; ESPERANDIO, M. R. G.; ESPERANDIO, M. R. G. The Interdisciplinary Spiritual Care Model – A holistic Approach to Patient Care. *HORIZONTE*, v. 14, n. 41, p. 13, 31 mar. 2016.
- HEWITT-TAYLOR, J. Clinical guidelines and care protocols. *Intensive & critical care nursing*, v. 20, n. 1, p. 45–52, fev. 2004.
- IENNE, A. et al. Does the spirituality of nurses interfere in the record of spiritual suffering diagnosis? *Escola Anna Nery*, v. 22, n. 1, 17 nov. 2017.
- JIM, H. S. L. et al. Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer*, v. 121, n. 21, p. 3760–3768, 1 nov. 2015.
- KALISH, N. Evidence-based spiritual care: a literature review. *Current opinion in supportive and palliative care*, v. 6, n. 2, p. 242–6, jun. 2012.
- KINCHELOE, D. D.; STALLINGS WELDEN, L. M.; WHITE, A. A Spiritual Care Toolkit: An evidence-based solution to meet spiritual needs. *Journal of Clinical Nursing*, v. 27, n. 7–8, p. 1612–1620, abr. 2018.
- KOENIG, H. Espiritualidade no cuidado com o paciente. Por quê, como, quando e o quê. São Paulo: Editora FE, 2005.
- KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: a review and update. *Advances in mind-body medicine*, v. 29, n. 3, p. 19–26, 2015.
- KOENIG, H.; KING, D.; CARSON, V. B. *Handbook of Religion and Health*. [s.l.] Oxford University Press, USA, 2012.
- KOENIG HG, CARSON VB. *Spiritual caregiving: Healthcare as a ministry*. United States of America: Templeton Foundation Press, 2004.
- LEWINSON, L. P.; MCSHERRY, W.; KEVERN, P. Spirituality in pre-registration nurse education and practice: A review of the literature. *Nurse Education Today*, v. 35, n. 6, p. 806–814, jun. 2015.
- LUCCHETTI, G. et al. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber. *Rev Bras Clin*, 2010.
- LUCCHETTI, G.; BASSI, R. M.; LUCCHETTI, A. L. G. Taking Spiritual History in Clinical Practice: A Systematic Review of Instruments. *EXPLORE*, v. 9, n. 3, p. 159–170, maio 2013.
- LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G. Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research (1999-2013). *International journal of psychiatry in medicine*, v. 48, n. 3, p. 199–215, 2014.
- 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. *Sao Paulo medical journal = Revista paulista de medicina*, v. 131, n. 2, p. 112–22, 2013.
- MCSHERRY, W. *Making sense of spirituality in nursing and health care practice : an interactive approach*. [s.l.] J. Kingsley, 2006.
- MCSHERRY, W.; JAMIESON, S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, v. 20, n. 11–12, p. 1757–1767, jun. 2011.
- MUSA, A. S. Spiritual Care Intervention and Spiritual Well-Being: Jordanian Muslim Nurses' Perspectives. *Journal of Holistic Nursing*, v. 35, n. 1, p. 53–61, 1 mar. 2017.
- NASCIMENTO, L. C. et al. Atenção às necessidades espirituais na prática clínica de enfermeiros. *Aquichan*, v. 16, n. 2, p. 179–192, 1 jun. 2016.
- O'BRIEN, M. R. et al. Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training. *Journal of Clinical Nursing*, v. 28, n. 1–2, p. 182–189, 29 jan. 2019.
- PANZINI, R. G. et al. Quality-of-life and spirituality. *International Review of Psychiatry*, v. 29, n. 3, p. 263–282, 4 maio 2017.
- PARGAMENT, K. I. (KENNETH I. *Spiritually integrated psychotherapy : understanding and addressing the sacred*. [s.l.] Guilford Press, 2007.
- PERES, M. F. P. et al. Mechanisms Behind Religiosity and Spirituality's Effect on Mental Health, Quality of Life and Well-Being. *Journal of Religion and Health*, v. 57, n. 5, p. 1842–1855, 25 out. 2018.
- PETEET, J. R.; BALBONI, M. J. *Spirituality and religion in oncology*. CA: A Cancer Journal for Clinicians, v. 63, n. 4, p. 280–289, jul. 2013.
- PUCHALSKI, C. M. Spirituality and the care of patients at the end-of-life: an essential component of care. *Omega*, v. 56, n. 1, p. 33–46, [s.d.].
- PUCHALSKI, C.; ROMER, A. L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of palliative medicine*, v. 3, n. 1, p. 129–37, mar. 2000.
- RAMEZANI, M. et al. Spiritual care in nursing: A concept analysis. *International Nursing Review*, v. 61, n. 2, p. 211–219, 2014.
- REBLIN, M. et al. Strategies to Support Spirituality in Health Care Communication. *Journal of Holistic Nursing*, v. 32, n. 4, p. 269–277, 25 dez. 2014.
- ROSS, L. *Spiritual care in nursing: An overview of the research to date* *Journal of Clinical Nursing*, jul. 2006.

SACKETT, D. L. et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, v. 312, n. 7023, p. 71-72, 13 jan. 1996.

SCHOENBECK, S. L. Guidelines for Appropriately Using Scripture at the Bedside. *Journal of Christian Nursing*, v. 33, n. 2, p. 108-111, 2016.

STRYKER, R. Spiritual care: an unexpected lesson. *Journal of Christian nursing : a quarterly publication of Nurses Christian Fellowship*, v. 27, n. 1, p. 28-31, 2010.

TAYLOR, E. J. Spiritual care: evangelism at the bedside. *Journal of Christian nursing : a quarterly publication of Nurses Christian Fellowship*, v. 28, n. 4, p. 194-202; quiz 203-4, 2011a.

TAYLOR, E. J. Spiritual care: evangelism at the bedside. *Journal of Christian nursing : a quarterly publication of Nurses Christian Fellowship*, v. 28, n. 4, p. 194-202; quiz 203-4, 2011b.

TIMMINS, F.; CALDEIRA, S. Understanding spirituality and spiritual care in nursing. *Nursing Standard*, v. 31, n. 22, p. 50-57, 25 jan. 2017a.

TIMMINS, F.; CALDEIRA, S. Assessing the spiritual needs of patients. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, v. 31, n. 29, p. 47-53, 15 mar. 2017b.

VAN NESS, P. H. Religion and public health. *Journal of Religion and Health*, v. 38, n. 1, p. 15-26, mar. 1999.

VITORINO, L. M. et al. The association between spirituality and religiousness and mental health. *Scientific reports*, v. 8, n. 1, p. 17233, 22 nov. 2018.

Marianna Costa¹
Janaína Siqueira²
Pedro Henrique Costa de
Resende³

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira, Departamento de Medicina, Juiz de Fora, MG.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, Departamento de Medicina, Porto Alegre, RS.

³ Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Departamento de Psicologia, Juiz de Fora, MG.

✉ **Marianna Costa**
Rua Ramiro Barcelos, 2400
Santa Cecília, Porto Alegre/RS
CEP 90035-003
📧 mariannacos@gmail.com

RESUMO

Sabe-se da importância do impacto da religiosidade e espiritualidade (R/E) sobre a saúde mental. Entretanto, existe um grande gap entre este conhecimento e a prática de psicólogos e psiquiatras. Parte deste gap se deve à falta de treinamento dos profissionais de saúde mental em temas dessa natureza. Desta forma, este estudo tem como objetivo oferecer uma breve revisão prática de linhas psicoterapêuticas que contemplam a R/E, visando, em parte, suprir essa carência de treinamento. A partir de uma revisão da literatura, realizou-se o levantamento e a descrição das principais técnicas psicoterapêuticas que contemplam a R/E. As linhas psicoterápicas com interface com a R/E descritas neste estudo são a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a terapia de orientação analítica e a terapia de orientação fenomenológica-existencial.

Palavras-chaves: Psicoterapia; Espiritualidade; Terapia Cognitivo-comportamental.

ABSTRACT

The impact of religiosity and spirituality (R/S) on mental health is well known. However, there is a large gap between this knowledge and the practice of psychologists and psychiatrists. Part of this gap is due to the lack of training of health professionals in topics of this nature. Thus, this study aims to report a brief practical review of psychotherapeutic lines that address R/S supplying part of this lack of training. First, we performed a literature review and, then, the description of the main psychotherapeutic techniques that contemplate the R/S issues. The psychotherapeutic lines that interface with R/S described in this study are Cognitive-behavioral therapy (CBT), Analytical oriented psychotherapy, and Phenomenological-existential oriented psychotherapy.

Keywords: Psychotherapy; Spirituality; Cognitive-behavioral Therapy.

Submetido: 14/03/2019
Aceito: 24/10/2019

INTRODUÇÃO

Há um aumento considerável no número de publicações de pesquisas abordando as implicações da religiosidade/espiritualidade (R/E) para a saúde física e mental (MOREIRA-ALMEIDA; STROPPA, 2012). Revisões recentes identificam mais de 3.000 pesquisas na área, que habitualmente encontraram correlação positiva entre R/E e satisfação com a vida, bem-estar psicológico, felicidade, menor ideação suicida, menores níveis de depressão e uso ou abuso de álcool e outras drogas (KOENIG; KING; CARSON, 2012). Aspectos negativos da R/E também são encontrados, porém, de forma menos prevalente (ZIMPEL et al. 2015).

Da mesma forma, observa-se o crescente interesse em conhecer os impactos da R/E sobre a saúde mental no contexto do trabalho psicoterapêutico. É notório que crenças e práticas religiosas são, frequentemente, pontos centrais na vida de diversos pacientes, pois criam significado de vida (PARGAMENT, 2011), são recursos de enfrentamento e desenvolvem resiliência (ZIMPEL et al., 2015), e, por vezes, podem ser causas de conflito e sofrimento (JOHNSON; HAYES; WADE, 2007). Justifica-se, ainda, abordar a R/E no tratamento psicoterapêutico pois crenças e práticas de R/E repercutem sobre o modo como as pessoas lidam com situações adversas de vida. Dependendo do tipo e do uso, as crenças e práticas de R/E podem proporcionar maior aceitação, firmeza e capacidade de adaptação a situações difíceis de vida ou podem gerar culpa, dúvida, apreensão, tristeza e insegurança.

Evidências consistentes sugerem que protocolos de psicoterapia adaptados à R/E podem ser tão eficazes (LIM et al., 2014) ou até mais eficazes do que os protocolos tradicionais (ANDERSON et al., 2015), especialmente em pacientes religiosos (KOENIG et al., 2015). A adequada abordagem da R/E pode reforçar a habilidade do paciente em lidar melhor com a doença, melhorar a relação paciente/terapeuta e fortalecer a adesão e, assim, aumentar a satisfação com o cuidado e acelerar a recuperação.

Tendo em vista a lacuna existente entre a importância de se abordar a R/E no setting psicoterapêutico e à carência de implementação desta prática devido, em parte, à falta de treinamento dos profissionais, este estudo visa a oferecer uma breve revisão bem como descrever de forma prática sobre linhas psicoterapêuticas diversificadas em que a R/E é contemplada, trazendo assim uma orientação de diretrizes básicas de abordagem da R/E no atendimento em psicoterapia.

REVISÃO DE LITERATURA E DISCUSSÃO

Com o objetivo de apresentar diferentes linhas psicoterapêuticas que contemplem a R/E, realizou-se uma revisão de literatura nas bases de dados do Google Scholar, Medline, PubMed e PsycINFO, por meio dos descritores em português: psicoterapia e analítica e religiosidade ou espiritualidade; psicoterapia e Jung e religiosidade ou espiritualidade; psicoterapia e fenomenologia e religiosidade

ou espiritualidade; terapia cognitivo-comportamental e espiritualidade ou religiosidade; e em língua inglesa: psychotherapy and analytic and religiosity or spirituality; psychotherapy and Jung and religiosity or spirituality; psychotherapy and phenomenology and religiosity or spirituality; cognitive-behavior therapy and spirituality or religiosity.

Para os estudos que abordam a terapia cognitivo-comportamental (TCC), selecionou-se as intervenções estudadas em ensaios clínicos randomizados. Devido à falta de ensaios clínicos randomizados que contemplem a psicoterapia de orientação analítica e a psicologia fenomenológica-existencial, selecionou-se os artigos que focaram na prática clínica e incluíram referências a utilização da R/E no setting terapêutico. Apesar de a intenção do trabalho ser uma visão panorâmica, incluímos alguns livros e capítulos de livros como forma de indicar os elementos de complexidade de cada abordagem e, dessa forma, incentivar leitores a aprofundamentos futuros. Também, como considerou-se que a psicoterapia de orientação analítica e a psicologia fenomenológica-existencial são linhas menos conhecidas, fez-se uma breve revisão de suas definições e origens.

Terapia cognitivo-comportamental (TCC) adaptada à fé

A TCC adaptada à fé consiste em inserir as crenças religiosas e espirituais do paciente em técnicas já consagradas da TCC tradicional. A maioria dos protocolos existentes utiliza o conteúdo religioso e espiritual do paciente para psicoeducação, reestruturação cognitiva e motivação de enfrentamento, e as suas práticas para ativação comportamental. Por vezes, faz-se também necessária a reestruturação de crenças disfuncionais relacionadas a fé bem como do uso de coping religioso e espiritual negativos, que culminam em maior sofrimento. É importante ressaltar que as crenças utilizadas nas sessões são aquelas do paciente, e não do terapeuta, evitando-se o proselitismo. Mesmo que o terapeuta compartilhe da mesma crença do paciente, ele deve estar atendo à forma como o paciente a compreende e interpreta. Outra questão importante é que o uso das técnicas adaptadas deve ser consentido pelo paciente. A decisão de utilizá-las não deve ser embasada simplesmente no fato de o paciente possuir uma religião ou fé.

Quais as evidências da TCC adaptada à fé?

A TCC é a técnica terapêutica adaptada à fé mais estudada. A literatura demonstra, através de ensaios clínicos e revisões sistemáticas que a TCC adaptada à fé pode ser tão ou mais eficaz do que os protocolos padrões (ANDERSON et al., 2015; LIM et al., 2014). Existem pelo menos 10 ensaios clínicos randomizados bem desenhados avaliando a TCC adaptada em transtornos mentais (ARMENTO, 2011; BOWLAND et al., 2012; PECHEUR, 1984; EBRAHIMI et al., 2013; JOHNSON; RIDLEY, 1992; KOENIG et al., 2015; PROPST et al., 1992; PROPST, 1980; RAZALI et al., 2002; ZHANG et al., 2002). Nesses, os transtornos depressivos são os transtornos mentais mais

estudados (ARMENTO, 2011; PECHEUR, 1984; EBRAHIMI), seguidos pelo transtorno de ansiedade generalizada (RAZALI et al., 2002; ZHANG et al., 2002) e transtorno de estresse pós-traumático (BOWLAND, 2012).

Os ensaios clínicos demonstram que os protocolos de TCC adaptados são superiores em relação à lista de espera ou ao tratamento de suporte para reduzir sintomas ansiosos e depressivos (ARMENTO, 2011; BOWLAND et al., 2012; EBRAHIMI et al., 2013; PROPST et al., 1992; PROPST, 1980). Em relação à TCC padrão, um estudo encontrou superioridade da intervenção adaptada à fé para sintomas depressivos (PROPST, 1980), enquanto outros, de forma geral, não encontraram superioridade (PECHEUR, 1984; EBRAHIMI et al., 2013; JOHNSON; RIDLEY, 1992; KOENIG et al., 2015; RAZALI et al., 2002). Especificamente, dois estudos encontram superioridade do protocolo adaptado à fé em relação ao padrão para redução de crenças irracionais em pacientes traumatizados (JOHNSON; RIDLEY, 1992) e para as atitudes subjacentes ao conteúdo cognitivo em sintomas depressivos (EBRAHIMI et al., 2013). Koenig et al. (2015) apenas encontraram essa superioridade em pacientes mais religiosos. Ainda, um estudo encontrou superioridade das técnicas adaptadas em relação aos antidepressivos (EBRAHIMI et al., 2013) e outro estudo encontrou que os pacientes melhoravam mais rapidamente dos seus sintomas ansiosos ao serem submetidos a protocolos adaptados quando comparado ao protocolo padrão (RAZALI et al., 2002).

Quais as práticas mais utilizadas na TCC adaptada à fé?

As técnicas comumente adaptadas são a avaliação, as sessões iniciais de psicoeducação e de estratégias motivacionais, intervenções comportamentais, reestruturação cognitiva e técnicas de coping.

A avaliação adaptada adiciona à anamnese tradicional informações referentes à história religiosa e espiritual do paciente. Busca-se compreender de que forma essas crenças, práticas e valores se relacionam com seu quadro atual (ARMENTO, 2011) bem como conhecer a linguagem e símbolos religiosos utilizados pelo paciente (KOENIG et al., 2015). Questionamentos do tipo “quais os aspectos da sua vida espiritual tem sido mais importantes para você? O que tem lhe ajudado? Tem algo que não lhe ajuda?” (BOWLAND et al., 2012, p. XX) são exemplos de como compreender a relação do paciente com sua religiosidade e espiritualidade. Ter o conhecimento de quais práticas religiosas privadas e comunitárias o paciente costuma ou costumava se engajar pode ser uma ferramenta útil para posteriores enfrentamentos fóbicos ou ativação comportamental. Os manuais também encorajam os terapeutas a consultarem literatura específica das crenças dos pacientes. Ainda, neste livro, pode-se consultar um capítulo específico intitulado “Coleta da história espiritual”.

Após a avaliação do paciente, segue-se a psicoeducação do transtorno bem como do racional do

tratamento. Com este intuito, alguns manuais utilizam o conteúdo religioso e espiritual do paciente para realização de uma psicoeducação adaptada (BOWLAND et al., 2012; PECHEUR, 1984; EBRAHIMI et al., 2013; PROPST et al., 1992; PROPST, 1980; RAZALI et al., 2002). Como exemplos, Pecheur e Edwards (1984) revisam os ensinamentos bíblicos sobre si, o mundo e o futuro (tríade cognitiva da depressão de Beck) na psicoeducação de pacientes cristãos deprimidos. Provérbios como “porque como ele (o indivíduo) pensa em seu coração, ele também é” (PROVÉRBIOS 23:7) podem ser utilizados para ilustrar a relação entre pensamentos e emoções (PEARCE et al., 2015), por exemplo. Também, pode-se utilizar provérbios para explicar o racional do tratamento. Em “e não se conforme com este mundo; mas seja transformado pela renovação da vossa mente, para que possas provar o que é bom, e aceitável, e perfeito, a vontade de Deus” (ROMANO 12:2) fica clara a importância da reestruturação cognitiva, por exemplo (PEARCE et al., 2015). Outra adaptação possível é informar ao paciente sobre os benefícios da religiosidade e espiritualidade na saúde mental (ARMENTO, 2011; ZHANG et al., 2002), embasando-se na literatura científica, sem se esquecer das consequências negativas como o uso do coping religioso e espiritual negativos (KOENIG, 2009).

O conteúdo religioso do paciente também pode ser utilizado para estratégias motivacionais adaptadas. Muitas tradições religiosas acreditam que a vida tem um propósito e que Deus espera que os indivíduos progredam. Essas crenças podem motivar o indivíduo a se engajar ao tratamento (KOENIG et al., 2015) e a realizar enfrentamentos em transtornos fóbicos ou a ativação comportamental. Um bom exemplo para motivar o paciente é o uso da oração da serenidade em paciente cristãos (ARMENTO, 2011): “Concedei-me, Senhor a serenidade necessária para aceitar as coisas que não posso modificar, coragem para modificar aquelas que posso e sabedoria para conhecer a diferença entre elas (...)” (NIEBUHR, 1951).

Atividades religiosas privadas ou em comunidade podem ser utilizadas para intervenções comportamentais adaptadas. Muitos protocolos utilizam como recursos para ativação comportamental tarefas como ler textos religiosos, meditar sobre passagens religiosas ou rezar (ARMENTO, 2011; BOWLAND et al., 2012; EBRAHIMI et al., 2013; JOHNSON; RIDLEY, 1992; KOENIG et al., 2015; RAZALI et al., 2002). Atividades comunitárias como buscar suporte em um grupo ou instituição religiosos ou se engajar em atividades de caridade também podem ser utilizadas (BOWLAND et al., 2012; KOENIG et al., 2015). Ainda, em consonância com as chamadas terapias comportamentais contextuais, muitos protocolos trabalham valores como perdão, generosidade, altruísmo e compaixão (BOWLAND et al., 2012; KOENIG, 2014; KOENIG et al., 2015; ZHANG et al., 2002).

A reestruturação cognitiva adaptada pode compreender o uso do conteúdo religioso e espiritual do paciente para reestruturação de pensamentos automáticos e crenças disfuncionais (PECHEUR, 1984; EBRAHIMI et al., 2013; KOENIG et al., 2015; PECHEUR, 1980; PROPST et al.,

1992; PROPST, 1980; RAZALI et al., 2002), a reestruturação de pensamentos automáticos negativos e crenças irracionais relacionadas à fé (RAZALI et al., 2002; ZHANG et al., 2002) e a modificação de cognições distorcidas pela imaginação (KOENIG et al., 2015; PEARCE et al., 2015; PROPST et al., 1992; PROPST, 1980). Assim como na TCC padrão, inicia-se pela identificação de pensamentos automáticos. Porém, nos protocolos adaptados, os terapeutas utilizam os ensinamentos, crenças e valores religiosos do paciente como recursos para a reestruturação cognitiva. Por exemplo, protocolos adaptados aos cristãos usam escrituras bíblicas, enquanto, para muçulmanos, usa-se o Sagrado Alcorão e o Hadith. Com esse intuito, no manual de Koenig et al. (2015), por exemplo, após a verificação dos pensamentos automáticos, questiona-se ao paciente “como sua visão de Deus, sua visão de mundo cristã, a Bíblia e os escritos religiosos, a sabedoria espiritual e outras fontes fornecem evidências que desafiam suas crenças negativas automáticas que você não pode lidar?”. Outro exemplo é utilizar os textos bíblicos, como o de Mateus, para reestruturar a visão negativa de si em pacientes cristãos deprimidos (PECHEUR, 1984): “Olhe para os pássaros do ar, porque nem semeiam, nem colhem nem se juntam em celeiros; ainda assim seu Pai celestial os alimenta. Você não tem mais valor do que eles?” (MATEUS 6:26). Logicamente, quaisquer exemplos de escrituras ou textos sagrados devem ser extraídos especificamente da tradição religiosa do paciente.

Além de reestruturar cognições distorcidas associadas ao transtorno mental em si, alguns protocolos sugerem a reestruturação de pensamentos e crenças negativos relacionados à fé do paciente (RAZALI et al., 2002; ZHANG et al., 2002). Ou seja, lutas e sofrimentos espirituais e o uso do coping religioso e espiritual negativo devem ser avaliados e reestruturados. Também, a modificação pela imaginação religiosa é uma técnica cognitiva que combina reestruturação cognitiva com técnicas sistemáticas de dessensibilização, visando à modificação de imagens depressivas através do conteúdo religioso (PROPST et al., 1992; PROPST, 1980). O paciente é encorajado a recordar imagens depressivas em detalhes, objetivando estar mais consciente dos seus pensamentos automáticos e distorções cognitivas. Após, incentiva-se que o paciente se imagine lindando com essa situação apoiado pela imagem de Cristo.

Por último, a correção de estratégias de coping religioso negativo pode se fazer necessária (BOWLAND et al., 2012; RAZALI et al., 2002; ZHANG et al., 2002), pois a dimensão espiritual pode, algumas vezes, ser um campo de conflito e sofrimento (PARGAMENT, 2011). Então, revisar o uso de estratégias de coping religioso negativo (por exemplo, ver Deus como punidor ou que abandona, incapaz de perdoar) e encorajar o uso de estratégias de coping religioso positivo (como suscitar crenças espirituais que dão sentido a questões existenciais e sofrimento, ter um relacionamento seguro com um Deus que perdoa e aceita ou ter um senso de conexão espiritual com os

outros) faz parte de alguns protocolos adaptados (RAZALI et al., 2002; ZHANG et al., 2002).

Terapia de orientação analítica que contemple a R/E

A psicologia analítica foi fundamentada por Carl Gustav Jung (1875-1961), psiquiatra e psicólogo suíço, ao longo de décadas de trabalho clínico (JUNG, 1961; JUNG, 2016). Apesar de várias biografias escritas sobre o autor (BAIR, 2003; FRANZ, 1997; HANNAH, 2003; JAFFÉ, 2014; POST, 1975; SHAMDASANI, 2005), direcionadas tanto ao público leigo como especializado, e o seu prestígio como um importante pesquisador do século XX (CAMBRAY; SAWIN, 2018), o conhecimento real de sua teoria e a obra permanecem restritos a alguns grupos de pesquisa e sociedades analíticas (SAMUELS, 2010). Neste tópico, nosso objetivo é apresentar o método psicoterápico analítico e demonstrar o seu entrelaçamento com a abordagem da R/E do paciente, algo presente desde os primeiros escritos acadêmicos de Jung (1902; 1983).

Prática psicoterápica e abordagem da R/E

Jung foi um dos primeiros terapeutas a incluir a abordagem à R/E em seu tratamento (INNAMORATI, 2013). Para o pensador suíço, especialmente, pacientes que estão na segunda metade da vida⁴ terão como norteadores terapêuticos alguma questão religiosa ou espiritual (SAWIN; CORBETT; CARBINE, 2014). A vinculação a uma crença religiosa também é vista pela abordagem como método eficaz de combate aos mais diversos tipos de neuroses, e não é incomum que se recomende ao paciente que retome, de forma séria, sua prática espiritual (ELLENBERGER, 1970; STEIN, 2014).

A terapia junguiana compreende vários estágios, nos quais, cada um poderia se constituir em um método próprio⁵. A primeira etapa, ou confissão, consiste em algo semelhante ao que as ordens religiosas manejam em suas organizações, com o intuito do aprimoramento espiritual (MAIN, 2013). Ellenberger (1970) destaca que essa prática muito comum na igreja católica, mas que também se apresenta nas igrejas protestantes, foi aos poucos secularizada e incorporada ao trabalho psiquiátrico e psicológico. Jung introduziu essa proposta em seu atendimento clínico após experimentos no Hospital Psiquiátrico Burghölzli da Universidade de Zurique, conseguindo resultados satisfatórios na melhoria da qualidade de vida de muitos pacientes (JUNG, 1961; JUNG, 2016). A proposta central desta etapa é, que, o paciente, sentindo-se seguro no setting clínico e vinculado ao terapeuta, confesse seus desajustes e inconformações e se conscientize dos elementos escuros de sua personalidade.

A etapa seguinte, esclarecimento, tem como pré-

⁴ Em seu artigo *The Stages of Life (Os Estágios da Vida)*, escrito em 1931, Jung enfatizou a transição psicológica que ele via ocorrer na segunda metade da vida, isto é, na meia-idade. Ele ilustra sua tese com farto material clínico (JUNG, 1931; JUNG, 1975; SAMUELS, 1986).

⁵ Jung (1958; 1970) nomeia esses diferentes momentos de: confissão, esclarecimento, educação e transformação. Ellenberger (1970), em seu tratado *The Discover of the Unconscious*, indica esses mesmos momentos como: tratamento do segredo patogênico, método analítico-redutivo, reeducação e encaminhamento a individuação. Esses momentos ou estágios não precisam acontecer em sequência, pois cada um deles possui certa autonomia (JUNG, 1935; 1976).

requisito o relato detalhado do paciente acerca da sua história de vida, seu desenvolvimento e sintomas de seu adoecimento psíquico. O terapeuta então deverá decidir se dará a seu paciente uma terapia analítico-redutora⁶ baseada em princípios freudianos ou adlerianos (JUNG, 1958; JUNG, 1970; JUNG, 1935; JUNG, 1976). No entanto, caso apareçam sonhos de caráter arquetípico⁷, há necessidade de mudar de procedimento e trabalhar com um princípio que Jung nomeou de hermenêutico-sintético⁸ (ELLENBERGER, 1970).

Para Jung o adoecimento psíquico está conjugado com um adoecimento do sistema de relações sociais, uma definição próxima à conceituação de Pierre Janet sobre a neurose (FORDHAM, 2018; JUNG, 1958; JUNG, 1970). Devido à projeção de seus pensamentos e sentimentos distorcidos, o paciente altera suas principais relações, seja com o cônjuge, pais, filhos ou amigos, e ele passa a se sentir envolvido em uma teia de intrigas e desentendimentos no qual ele e os outros se tornam vítimas. A transformação das dificuldades através da alteração de seu olhar sobre si mesmo e sobre o mundo é chamada de educação (FORDHAM, 2018).

No entanto, para certos pacientes, questões morais, existenciais e religiosas, alcançam um nível de desenvolvimento significativamente maior. O método hermenêutico-sintético é então introduzido (JUNG, 1921; JUNG, 1976). O terapeuta passa a estimular a atenção cuidadosa aos sonhos (ELLENBERGER, 1970). Um dos primeiros pesquisadores do tema, Hervey de Saint-Denis, destaca que o desenvolvimento da atenção aos sonhos começa por escrevê-los ao despertar, ou desenhar as imagens oníricas (HOLZINGER, 2009). Jung recomendava ambas as propostas, e, em alguns de seus estudos de caso clínico, são apresentadas as sequências de desenhos de sonhos que indicam o encaminamento do paciente à individuação⁹ (JUNG, 1939; JUNG, 1980). A etapa final do processo psicoterápico é a responsável pela vinculação do sujeito a uma nova proposta de vida, devido à articulação saudável de elementos inconscientes, analisados nos sonhos, e a consciência, essa etapa é chamada de transformação.

A abordagem da R/E perpassará os diferentes momentos do tratamento, o que está em acordo com as atuais evidências de que o envolvimento religioso está associado a uma melhor qualidade de vida e saúde mental (BRAGHETTA et al., 2011; HENNING-GERONASSO; MORE, 2015; MOREIRA-ALMEIDA; NETO; KOENIG, 2006).

Terapia de orientação fenomenológica-existencial que contemple a R/E

A fenomenologia, também chamada de ciência eidética¹⁰, é um método filosófico ou teoria do conhecimento fundamentada por Edmund Husserl (1859-1938), filósofo alemão de origem judaica. (RAFAELI, 2004). As suas obras completas, em grande parte ainda não publicadas, encontram-se nos Arquivos Husserl, da Universidade de Louvain (<https://hiw.kuleuven.be/hua>). Seu trabalho exerceu influência significativa sobre a obra de diversos pensadores, como Heidegger, Sartre e Merleau-Ponty (DARTIGUES, 2008).

No período contemporâneo, diversos psiquiatras e psicólogos passaram a utilizar a fenomenologia como ferramenta para renovação de suas perspectivas (BOSS, 1977; BOSS, 1994; JASPERS, 1913; JASPERS, 2000; MINKOWSKY, 1966; MINKOWSKY, 2015; TATOSSIAN, 1979; TATOSSIAN, 2006). Dessa forma, a fenomenologia adentrou o campo da saúde mental (GALIMBERTI, 2017; MOREIRA, 2007). Aliada a corrente existencialista, a fenomenologia-existencial se apresenta como uma abordagem que tem contribuído para a reflexão do fenômeno humano (GIORGI, 2008).

Prática psicoterápica e abordagem R/E

Como primeiro passo de sua aplicação prática, a psicologia fenomenológica-existencial prega o 'retorno às coisas mesmas', o chamado método da redução fenomenológica ou epoché, isto é, por entre parênteses pré-conceitos e pré-juízos, característicos da atitude natural do homem em seu cotidiano (CORBETT, 2000; LIMA, 2008).

A atividade da consciência, nesse processo, é eminentemente intencional. É ela que determina o tom e a forma da apreensão das experiências vivenciadas. Não existe objeto que não seja visado por uma consciência, e não existe consciência que não esteja ocupada com um objeto. Daí sujeito e objeto são chamados de noese e noema, pois só existem no contexto de suas relações (ABBAGNANO, 2007).

No setting clínico, portanto, o terapeuta fenomenológico-existencial recebe seu paciente enquanto fenômeno inteiramente novo. Seguindo a proposta da redução, todos os relatos do paciente devem ser recebidos

⁶ Existem, para Jung, pacientes cuja característica principal é uma espécie de hedonismo infantil e desejo de gratificação instintiva, enquanto outros são movidos pelo impulso ao poder e a superioridade. O primeiro grupo deve ser tratado por uma terapia orientada psicanaliticamente e o segundo pelos princípios adlerianos (JUNG, 1921; JUNG, 1976; JUNG, 1958; JUNG, 1970).

⁷ O arquétipo é a parte herdada da psique, padrões de estruturação do desempenho psicológico ligados ao instinto, uma entidade hipotética irrepresentável em si mesma e evidente somente através de suas manifestações, as imagens arquetípicas. Esses conteúdos apresentam características transpessoais (SAMUELS, 1986).

⁸ No método hermenêutico-sintético a interpretação de conteúdos inconscientes, principalmente sonhos, se dá por meio da análise simbólica. A assimilação de sentidos desse material em análise levaria o indivíduo ao desenvolvimento de sua personalidade (JUNG, 1921; JUNG, 1976).

⁹ Jung utilizava o termo individuação para o processo de uma pessoa tornar-se si mesma, inteira, indivisível e distinta de outras pessoas ou da psicologia coletiva (SAMUELS, 1986).

¹⁰ O termo eidético foi introduzido na filosofia contemporânea por Husserl a partir de Investigações lógicas (1900-01) para indicar tudo o que se refere às essências, que são objeto da investigação fenomenológica (ABBAGNANO, 2007).

como vivências inéditas à sua escuta (TAVARES; ANDRADE, 2009). Mesmo que sejam semelhantes a descrições de outros pacientes ou de suas próprias experiências, o terapeuta deve compreender que o contexto vivencial de cada indivíduo é único (EKSI; TAKMAZ; KARDAS, 2016). Somente assim, poderá compreender e analisar o olhar de seu paciente sobre a sua própria vida, avaliar as relações noético-noemáticas que ele estabelece em seu cotidiano, a intencionalidade dos seus comportamentos e o funcionamento da sua atitude natural. A partir disso, o terapeuta auxiliará o paciente, por meio de intervenções reflexivas, a mover a sua percepção da realidade e das relações que o paciente considera inadequadas, buscando conduzi-lo de uma postura não reflexiva para uma postura reflexiva ou atitude fenomenológica (FORGHIERI, 1999).

Os diversos pensadores que dão suporte a teoria fenomenológica-existencial podem ser auxiliares nesse processo de reflexão da realidade (ELKINS et al., 1988). Dentro do contexto clínico, cada terapeuta pode seguir por uma perspectiva específica de estruturação, seja uma abordagem heideggeriana, sartreana, kierkegaardiana, entre outras¹¹. A abordagem é, portanto, um campo vasto de teorias e conceitos. O que une as suas diferentes vertentes é uma postura compreensiva sobre os fenômenos e um olhar reflexivo sobre a existência (ERTHAL, 2004; MAY, 1991).

Em relação à inclusão da R/E no contexto fenomenológico-existencial, vamos encontrar diferentes perspectivas de atuação. Por exemplo, em relação à Logoterapia de Viktor Frankl, o tema é claramente trabalhado a partir da necessidade de contato do indivíduo com o transcendente, sendo esse encontro parte essencial da descoberta de sentido da vida humana (ARRIEIRA et al. 2017; FRANKL, 1988; FRANKL, 2007). O terapeuta, nesse caso, possui um suporte teórico que facilita a abordagem ao assunto (NETO, 2013). Da mesma forma, uma perspectiva terapêutica que utilize como base o modelo existencial kierkegaardiano tem um farto material teórico de suporte para a elaboração de questões espirituais/religiosas de seu paciente (FEIJOO; PROTASIO, 2011). Kierkegaard, inclusive, analisa toda a existência humana como uma passagem por três instâncias, chamadas de estética, ética e religiosa. A religiosidade autêntica seria o supremo valor da existência (KIERKEGAARD, 1843; KIERKEGAARD, 2001; KIERKEGAARD, 1843; KIERKEGAARD, 2017).

No entanto, mesmo aquelas perspectivas não centradas em temas religiosos ou espirituais abrem espaço para reflexões transcendentais e a busca por sentido do paciente (CORRÊA; BROJATO, 2016; CROATTO, 2007; VAZ, 2006). Dessa forma, uma conversão entre os mais recentes estudos sobre os benefícios à saúde provados pela abordagem espiritual/religiosa (KOENIG; KING; CARSON, 2012) encontrará receptividade e adesão dentro das correntes fenomenológico-existenciais.

CONCLUSÃO

A TCC adaptada à R/E possui técnicas já estruturadas e comprovadas em sua eficácia, como a avaliação, estratégias motivacionais, intervenções comportamentais, reestruturação cognitiva e estratégias de coping religioso. A terapia de orientação analítica, já em sua fundamentação por C. G. Jung contemplou a abordagem a R/E em suas diferentes etapas, confissão, esclarecimento, educação e transformação. Da mesma forma, a terapia de orientação fenomenológica-existencial tem como foco a busca de sentido, e muitas de suas vertentes, como a logoterapia, defendem a análise da R/E do paciente como elementos terapêuticos fundamentais.

Uma abordagem centrada no paciente, que contemple sua cultura e, por conseguinte, sua R/E, com respeito e sem proselitismo é fundamental na prática psicoterápica. Este artigo abordou três diferentes linhas psicoterapêuticas, em que a abordagem da R/E é, não somente possível, mas eficaz, demonstrando que independentemente da linha seguida pelo psicoterapeuta, este pode buscar ferramentas que o auxiliem a lidar com esta dimensão que é tão importante na saúde mental de seus pacientes.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. Dicionário de Filosofia. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Comissões. Disponível em: <www.abp.org.br/portal/comissoes-abp>. Acesso em: 18 de junho de 2019.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. Spirituality, religion and psychiatry caucus. Disponível em: <<http://spiritualityreligionpsychiatrycaucus.com>>. Acesso em: 18 de junho de 2019.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Society for the psychology of religion and spirituality. Disponível em: <www.apa.org/about/division/div36.html>. Acesso em: 19 de junho de 2019.
- ANDERSON, N. et al. Faith-adapted psychological therapies for depression and anxiety: systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, v. 176, p. 183-196, 2015.
- ARMENTO, M. E. A. Behavioral activation of religious behaviors: treating depressed college students with a randomized controlled trial. 2011. Doctoral Dissertation – University of Tennessee, Tennessee.
- ARRIEIRA, I. C. O. et al. O sentido da espiritualidade na transitoriedade da vida. *Revista de Enfermagem*, v. 21, n. 1, p. 1-6,

¹¹ As reflexões de diferentes filósofos (por exemplo: Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty, Kierkegaard) sobre a existência são utilizadas na clínica fenomenológica-existencial (EWALD, 2008). Diversos movimentos psicológicos, também se encontram sobre a definição fenomenológica-existencial, como a Gestalt terapia de Fritz Perls (PERLS, 1969), o Humanismo de Carl Rogers (ROGERS, 1961; ROGERS, 2017), a Logoterapia de Victor Frankl (FRANKL, 1977/2013), a Daseinsanalyse de Medard Boss (BOSS, 1987/2001), entre outros.

2017.

BAIR, D. Jung: uma biografia. São Paulo: Globo, 2003. (v. 1)

BERG, J. H. V. D. O paciente psiquiátrico: esboço de uma psicopatologia fenomenológica. São Paulo: Livro Pleno, 2000.

BOSS, M. Existential foundation of medicine and psychology. Maryland: Jason Aronson Inc., 1994.

BOSS, M. (Ed.) Martin Heidegger Zollikon Seminars. Evanston, Illinois: Northwestern University Press, 2001.

BOWLAND, S.; EDMOND, T.; FALLOT, R. D. Evaluation of a spiritually focused intervention with older trauma survivors. *Social Work*, v. 57, n. 1, p. 73-82, 2012.

BRAGHETTA, C. C. et al. Comentários sobre religiosidade e esquizofrenia. *Arquivos Médicos*, v. 56, n. 2, p. 112-113, 2011.

BROOKE, R. Jung's recollection of the life-world. In: BROOKE, R. (Ed.). *Pathways into the Jungian world: phenomenology and analytical psychology*. London: Routledge, 2000, p. 11-23.

BYGOTT, C. The red book and clinical practice. *Journal of Analytical Psychology*, v. 57, p. 455-461, 2012.

CAMBRAY, J.; SAWIN, L. (Eds.). *Research in analytical psychology*. New York: Routledge, 2018.

CORBETT, L. Jung's approach to the phenomenology of religious experience: a view from the consulting room. In: BROOKE, R. (Ed.). *Pathways into the Jungian world: phenomenology and analytical psychology*. London: Routledge, 2000, p. 103-120.

CORRÊA, P. A.; BROJATO, H. C. Experiência religiosa e saúde: uma perspectiva fenomenológica. *Revista Científica*, v. 1, n. 1, p. 1-16, 2016.

CROATTO, J. S. As linguagens da experiência religiosa: uma introdução à fenomenologia da religião. São Paulo: Paulinas, 2007.

DARTIGUES, A. O que é a fenomenologia? São Paulo: Centauro, 2008.

EBRAHIMI, A. et al. Controlled randomized clinical trial of spirituality integrated psychotherapy, cognitive-behavioral therapy and medication intervention on depressive symptoms and dysfunctional attitudes in patients with dysthymic disorder. *Advanced Biomedical Research*, v. 2, n. 53, 2013.

EKSI, H.; TAKMAZ, Z.; KARDAS, S. Spirituality in psychotherapy settings: a phenomenological inquiry into the experiences of turkish health professionals. *Spiritual Psychology and Counseling*, v. 1, n. 1, p. 89-108, 2016.

ELKINS, D. N. et al. Toward a humanistic phenomenological spirituality: definitions, description and measurement. *Journal of Humanistic Psychology*, v. 28, n. 4, p. 5-18, 1988.

ELLENBERGER, H. F. The discovery of the unconscious: the history

and evolution of dynamic psychiatry. New York: Basic Books, 1970.

ERTHAL, T. C. S. *Treinamento em psicoterapia vivencial*. São Paulo: Livro Pleno, 2004.

EWALD, A. P. Fenomenologia e existencialismo: articulando nexos, costurnado sentidos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 8, n. 2, p. 149-165, 2008.

FEIJOO, A. M. L. C.; PROTASIO, M. M. Análise existencial: uma psicoterapia de inspiração Kierkegaardiana. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 63, n. 3, p. 72-88, 2011.

FORDHAM, M. *Jungian psychotherapy: a study in analytical psychology*. London: Routledge, 2018.

FORGHIERI, Y. C. *Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisas*. São Paulo: Pioneira, 1999.

FRANKL, V. *A presença ignorada de Deus*. Petrópolis: Vozes, 2007.

FRANKL, V. *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*. Petrópolis: Vozes, 2013.

FRANZ, M. L., C. G. Jung: seu mito em nossa época. São Paulo: Cultrix, 1997.

GALIMBERTI, U. *Psiquiatria e fenomenologia*. Milão: Giangiacomo Feltrinelli Editore, 2017.

GIBBONS, B. *Spirituality and the occult*. London: Routledge, 2013.

GIORGI, A. Sobre o método fenomenológico utilizado como modo de pesquisa qualitativa nas ciências humanas: teoria, prática e avaliação. In: POUPART, J. (Org.). *A pesquisa qualitativa enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 386-409.

GOTO, T. A. *Introdução à psicologia fenomenológica: a nova psicologia de Edmund Husserl*. São Paulo: Paulus, 2014.

HANNAH, B. *Jung vida e obra: uma memória biográfica*. São Paulo: Artmed, 2003.

HENNING-GERONASSO, M. C.; MORE, C. L. O. Influência da religiosidade/espiritualidade no contexto psicoterapêutico. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 35, n. 3, p. 711-725, 2015.

HOLZINGER, B. *Lucid dreaming: dreams of clarity*. *Contemporary Hypnosis*, v. 26, n. 4, p. 216-224, 2009.

HUSSERL ARCHIVES LEUVEN. KU Leuven. Disponível em: <<https://hiw.kuleuven.be/hua>>. Acesso em: dia mês ano.

INNAMORATI, M. *Jung: Pensatori/34*. Roma: Carocci Editore, 2013.

JAFFÉ, A. *From the Life and Work of C. G. Jung*. Einsiedeln: DaimonVerlag, 2014.

JASPERS, K. *Psicopatologia geral: psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000.

- JOHNSON, C. V.; HAYES, J. A.; WADE, N. G. Psychotherapy with troubled spirits: a qualitative investigation. *Psychotherapy Research*, v. 17, p. 450-460, 2007.
- JOHNSON, W. B.; RIDLEY, C. R. Brief christian and non-christian rational-emotive therapy with depressed christian clients: an exploratory study. *Counseling and Values*, v. 36, n. 3, p. 220-229, 1992.
- JUNG, C. G. *Practice of psychotherapy*. Princeton: Princeton University Press, 1970.
- Psychology and religion. In: JUNG, C. G. *Psychology and religion west and east*. New York: Princeton University Press, 1973.
- The transcendent function. In: JUNG, C. G. *Structure and dynamics of the psyche*. Princeton: Princeton University Press, 1975.
- JUNG, C. G. The stages of life. In: JUNG, C. G. *Structure and dynamics of the psyche*. Princeton: Princeton University Press, 1975.
- _____. *Psychological Types*. Princeton: Princeton University Press, 1976.
- _____. The Tavistock lectures. In: JUNG, C. G. *The symbolic life*. Princeton: Princeton University Press, 1976.
- _____. *Conscious, unconscious and individuation*. In: JUNG, C. G. *Archetypes and the collective unconscious*. Princeton: Princeton University Press, 1980.
- _____. *Analytical psychology and education*. In: JUNG, C. G. *Development of personality*. Princeton: Princeton University Press, 1981.
- _____. *Psychophysical investigations with the galvanometer and pneumograph in normal and insane individuals*. In: JUNG, C. G. *Experimental researches*. Princeton: Princeton University Press, 1981.
- _____. *On the psychology and pathology of so-called occult phenomena*. In: JUNG, C. G. *Psychiatric studies*. Princeton: Princeton University Press, 1983.
- _____. *Memórias, sonhos e reflexões*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.
- KIERKEGAARD, S. *Ou – Ou, um fragmento de vida*. Lisboa: Relógio D'Água, 2017.
- _____. *Temor e tremor*. São Paulo: Hemus, 2001.
- KOENIG, H. G. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 54, n. 5, p. 283-291, 2009.
- KOENIG, H. G.; KING, D. E.; CARSON, V. B. *Handbook of religion and health*. Oxford: Oxford University Press, 2012.
- KOENIG, H. G. *Cognitive behavioral treatments for depression in patients with chronic illness (protocol)*. 2014. Disponível em: <<http://spiritualityandhealth.duke.edu/images/pdfs/Full%20Protocol.pdf>>.
- KOENIG, H. G. et al. Religious vs. conventional cognitive behavioral therapy for major depression in persons with chronic medical illness: a pilot randomized trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 203, n. 4, p. 243-251, 2015.
- LIM, C. et al. Adapted cognitive-behavioral therapy for religious individuals with mental disorder: a systematic review. *Asian Journal of Psychiatry*, v. 9, p. 3-12, jun. 2014.
- LIMA, B. L. Alguns apontamentos sobre a origem das psicoterapias fenomenológico-existenciais. *Revista da Abordagem Gestáltica*, v. 14, n. 1, p. 28-38, 2008.
- MAIN, R. Secular and religious: the intrinsic doubleness of analytical psychology and the hegemony of naturalism in the social sciences. *Journal of Analytical Psychology*, 58, p. 366-386, 2013.
- MAY, R. *A descoberta do ser: estudos sobre a psicologia existencial*. Rio de Janeiro: Rocco, 1991.
- MELLO, L. C. *Nise da Silveira: caminhos de uma psiquiatria rebelde*. Rio de Janeiro: Azougue Editorial, 2009.
- MELO, W. *Nise da Silveira*. São Paulo: Imago, 2001.
- MELO, W.; FERREIRA, A. P. Clínica, pesquisa e ensino: Nise da Silveira e as mutações na psiquiatria brasileira. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, v. 16, n. 4, p. 555-569, 2013.
- MINKOWSKY, E. *Trattato di psicopatologia*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2015.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; NETO, F. L.; KOENIG, H. G. Religious and mental health. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; STROPPIA, A. Espiritualidade e saúde mental: o que as evidências mostram? *Revista Debate em Psiquiatria*, v. 2, p. 34-41, 2012.
- 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*, v. 36, n. 2, p. 176-182, abr/jun. 2014.
- MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. WPA position statement on spirituality and religion in psychiatry. *World Psychiatry*, v. 15, n. 1, p. 87-88, Feb. 2016.
- MOREIRA, V. *De Carl Rogers a Merleau-Ponty: a pessoa mundana em psicoterapia*. São Paulo: Annablume, 2007.
- MÜLLER, W. *Deixar-se tocar pelo sagrado*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- NETO, V. B. L. *A espiritualidade em logoterapia e análise existencial*:

- o espírito em uma perspectiva fenomenológica e existencial. *Revista da Abordagem Gestáltica*, v. 19, n. 2, p. 200-229, 2013.
- PARGAMENT, K. I. *Spiritually integrated psychotherapy: understanding and addressing the sacred*. New York: The Guilford Press, 2011.
- PEARCE, M. J. et al. Effects of religious versus conventional cognitive-behavioral therapy on generosity in major depression and chronic medical illness: A randomized clinical trial. *Spirituality in Clinical Practice*, v. 2, n. 3, p. 202-215, 2015.
- PECHEUR, D. R. A comparison of the efficacy of secular and religious cognitive behavior modification in the treatment of depressed Christian college students. Doctoral Dissertation –Rosemead School of Psychology, California, 1980.
- PECHEUR, D. R.; EDWARDS, K. J. A comparison of secular and religious versions of cognitive therapy with depressed Christian college students. *Journal of Psychology and Theology*, v. 12, n. 1, p. 45-54, 1984.
- PERLS, F. *Gestalt: terapia explicada*. São Paulo: Summers editorial, 1969.
- PESSANHA, P. P.; ANDRADE, E. R. Religiosidade e prática clínica: um olhar fenomenológico-existencial. *Perspectivas*, v. 3, n. 10, p. 75-86, 2009.
- POST, L. V. D. *Jung and the story of our time*. New York: Pantheon Books, 1975.
- PROPST, L. R. The comparative efficacy of religious and nonreligious imagery for the treatment of mild depression in religious individuals. *Cognitive Therapy and Research*, v. 4, n. 2, p. 167-178, 1980.
- PROPST, L. R. et al. Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 60, n. 1, p. 94-103, 1992.
- RAFAELI, R. Husserl e a Psicologia. *Estudos de Psicologia*, v. 9, n. 2, p. 211-215, 2004.
- RAZALI, S. M.; AMINAH, K.; KHAN, U. A. Religious-cultural psychotherapy in the management of anxiety patients. *Transcultural Psychiatry*, v. 39, n. 1, p. 130-136, 2002.
- ROGERS, C. *Tornar-se pessoa*. São Paulo: Martins Fontes, 2017.
- ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. The spirituality and psychiatry special interest group (SPSIG). Disponível em: <www.rcpsych.ac.uk/spirit>. Acesso em: 15 de julho de 2019.
- SAMUELS, A. *Dicionário crítico de análise junguiana*. Rio de Janeiro: Rubedo, 1986.
- _____. New developments in the post-Jungian field. In: YOUNG-EISENDRATH, P. (Ed.). *The Cambridge companion to Jung*. Cambridge: Cambridge University Press, 2010, p. 1-18.
- SAWIN, L.; CORBETT, L.; CARBINE, M. Jung and aging: possibilities and potentials for the second half of life. *Journal of Analytical Psychology*. v. 60, n. 3, p. 419-423, 2014.
- SILVA, L. V.; SILVA, S. S. Uma abordagem fenomenológica na compreensão da mediunidade. *Interações: Cultura e Comunidade*, v. 9, n. 16, p. 266-292, 2014.
- SCHMIDT, M. Influences on my clinical practice and identity: jungian analysis on the couch – what and where is the truth of it? *Journal of Analytical Psychology*, v. 59, n. 5, p. 661-679, 2014.
- SHAMDASANI, S. *Jung stripped bare by his biographers, even*. London: Karnac, 2005.
- STEIN, M. *Minding the self: jungian meditations on the contemporary spirituality*. London: Routledge, 2014.
- STEVENS, A. *Jung*. São Paulo: L&PM Pocket, 2012.
- TATOSSIAN, A. *A fenomenologia das psicoses*. São Paulo: Escuta, 2006.
- TAVARES, J. P.; ANDRADE, C. G. A escuta fenomenológica comprometida pela ótica religiosa de uma gestalt-terapia. *Revista da Abordagem Gestáltica*, v. 15, n. 1, p. 21-29, 2009.
- VAZ, C. M. O sagrado e a experiência do sagrado na psicoterapia. *Revista da Abordagem Gestáltica*, v. 12, n. 2, p. 77-88, 2006.
- WORLD PSYCHIATRY ASSOCIATION. Section on religion, spirituality and psychiatry. Disponível em: <www.religionandpsychiatry.com>. Acesso em: 18 de junho 2019.
- ZIMPEL, R. R.; MOSQUEIRO, B. P.; ROCHA, N. S. Spirituality as a coping mechanism in mental disorders. *Debates em Psiquiatria*, p. 28-30, mar./abr. 2015.
- ZHANG, Y. et al. Chinese taoist cognitive psychotherapy in the treatment of generalized anxiety disorder in contemporary China. *Transcultural Psychiatry*, v. 39, n. 1, p. 115-129, 2002.

Juliane Plasseschi de Bernardin
Gonçalves¹
Homero Vallada¹

¹Instituto de Psiquiatria (LIM-23/
ProSER), Faculdade de Medicina
FMUSP, Universidade de São Paulo,
São Paulo, SP, Brasil.

✉ **Juliane Gonçalves**
Rua Ovídio Pires de Campos, 785
Cerqueira César. São Paulo/SP.
CEP: 05403-903.
📧 juliane.pbg@usp.br

RESUMO

Introdução: O crescimento de pesquisas na área de saúde e espiritualidade/religiosidade (E/R) tem sido exponencial. Mais recentemente pode-se observar também um desenvolvimento de estudos sobre intervenção espiritual/religiosa (IER) como tratamento complementar em saúde, cujo objetivo é estimular essa dimensão para benefícios clínicos. **Objetivo:** Revisar as pesquisas de IER em saúde física salientando os pontos mais importantes e relevantes. **Material e Métodos:** O presente trabalho foi fundamentado em uma recente publicação de revisão sistemática sobre IER em saúde física. **Resultados:** Após a triagem de mais 4000 artigos científicos, foram selecionados 30 que abordaram IER em desfechos físicos/clínicos utilizando metodologia científica rigorosa. As IER apresentaram foco espiritual ou religioso e suas técnicas de abordagem foram variadas. Os desfechos incluíram qualidade de vida, perda de peso e atividade física, dor, promoção de comportamento saudável e outros. Com relação aos resultados clínicos, os tamanhos de efeito variaram de insignificantes à relevantes, dependendo do desfecho e da população, porém nenhum estudo apresentou um desfecho negativo que contraindicasse a IER. A metodologia dos ensaios clínicos se mostrou adequada às propostas não-farmacológicas, com necessidade de atenção a itens específicos e relevante para minimizar vieses. **Conclusão:** Os resultados clínicos das IER parecem promissores como tratamento complementar em saúde. A diversidade de população, desfechos e protocolos de IER deve ser explorada e fundamentada em embasamento científico. Futuras pesquisas podem se basear em novas diretrizes resultantes dos atuais estudos com vistas a aprofundar e melhor caracterizar o impacto das IER nos tratamentos complementares em saúde.

Palavras-chaves: espiritualidade, religiosidade, IER, ensaios clínicos.

ABSTRACT

Introduction: The growth of religious/spiritual/ religious (R/S) research on health has been exponential. More recently, studies on R/S intervention (RSI) as a complementary health treatment can be observed, aiming to stimulate this dimension for clinical benefits. **Objective:** To review RSI research in physical health, highlighting the most important and relevant points. **Material and Methods:** The present work was based on a recent publication of a systematic review on RSI in physical health. **Results:** After screening more than 4000 scientific articles, 30 that addressed RSI in physical/clinical outcomes were selected, using rigorous scientific methodology. The RSI had a spiritual or religious focus and their approach techniques were varied. Outcomes included quality of life, weight loss and physical activity, pain, promotion of healthy behavior and others. Regarding clinical outcomes, effect sizes ranged from insignificant to relevant, depending on outcome and population, but no study showed a negative outcome that contraindicated RSI. The methodology of clinical trials was adequate to non-pharmacological proposals, requiring attention to specific items and relevant to minimize bias. **Conclusion:** The clinical results of the RSI seem promising as a complementary health treatment. The diversity of population, outcomes and RSI protocols should be explored and grounded in scientific background. Future research may be based on new guidelines resulting from current studies aimed at deeper the impact of RSI on complementary health treatments.

Keywords: spirituality, religiosity, clinical trials, RSI.

Submetido: 28/05/2019
Aceito: 03/09/2019

INTRODUÇÃO

Atualmente encontra-se na literatura científica uma vasta quantidade de publicações que fazem referências à tópicos de espiritualidade e religiosidade (E/R) como fatores benéficos e protetores para doenças (KOENIG; KING; CARSON, 2012). O interesse no assunto tem demonstrado um crescimento exponencial (LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014).

No entanto, a maioria das publicações são estudos observacionais, que como principal característica investigam relações de associação entre os desfechos (VANDENBROUCKE et al., 2014), no caso, da dimensão E/R com marcadores de saúde e doença. O tipo de desenho metodológico mais indicado para compreender relação causa e efeito são os ensaios clínicos controlados, no qual os participantes dos grupos são selecionados aleatoriamente e recebem diferentes intervenções que serão avaliadas ao final do estudo (MOHER et al., 2010).

Dessa forma, é possível compreender se os resultados encontrados são efeitos da intervenção em si. Diante disso, alguns autores propuseram intervenções baseadas em temas de E/R com a intenção de estimular a crença do indivíduo, bem como de remodelar seus pensamentos envolvendo-os em valores morais e espirituais e/ou na fé e conceitos de tradições religiosas específicas. O principal objetivo dessas propostas terapêuticas é avaliar a eficácia das intervenções espirituais e religiosas (IER) quando se trata de oferecê-las como tratamento complementar em saúde.

Encontram-se estudos que avaliam desfechos de saúde mental em portadores de doenças mentais ou de doenças físicas, assim como outros que avaliam desfechos clínicos e/ou biológicos em pacientes com doenças físicas e com doenças mentais. Essa possibilidade de desfechos e populações, aliada ao desafio metodológico de se construir um ensaio clínico, traz uma heterogeneidade importante às IER. Apesar disso, existem algumas revisões sistemáticas e metanálises sobre o assunto (GONCALVES et al., 2015; JOHNSON et al., 2000; OH; KIM, 2012; SMITH; BARTZ; RICHARDS, 2007). Os desfechos mais comuns de se encontrar sumarizados em metanálise são os de saúde mental, já que algumas escalas validadas para acessar essas dimensões são bem conhecidas e estabelecidas na literatura. No entanto, deve-se interpretar esses resultados com a devida atenção, pois os diagnósticos primários e os modelos de IER usualmente são diferentes para uma mesma população.

Em nossa revisão não foi possível realizar uma meta-análise de IER em desfechos físicos, uma vez que a heterogeneidade entre as populações primárias, os desfechos e as propostas de intervenção foi bastante relevante e passível de muitos vieses. Os dados foram, entretanto, agrupados e discutidos, a fim de trazer um panorama geral das publicações atuais de IER em saúde física.

O objetivo do presente artigo é salientar os pontos mais relevantes sobre as pesquisas de IER em saúde física, tomando como base a revisão sistemática que realizamos

recentemente (GONCALVES et al., 2017).

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma compilação e apresentação de dados a partir de uma revisão sistemática publicada em 2017 sobre IER em saúde física e suas nuances. Foram levantados e triados mais de 4000 artigos de revistas indexadas e foram incluídos estudos que seguiram as diretrizes metodológicas internacionais para preparação de um ensaio clínico (BOUTRON et al., 2008). Com isso, foram selecionados ao final 39 estudos com boa qualidade metodológica pelo processo adequado de randomização como critério de inclusão, o que trouxe mais robustez científica às análises dos estudos. Dois artigos foram publicados a partir dessa revisão, sendo um voltado para os desfechos em saúde mental (GONCALVES et al., 2015) e o outro para desfechos em saúde física (GONCALVES et al., 2017). Mais detalhes sobre a metodologia abordada na revisão encontram-se nos artigos citados.

RESULTADOS

Dentre os 39 estudos finais selecionados, 30 avaliaram algum tipo de desfecho clínico, independente do diagnóstico considerado como primário.

Há duas vertentes principais que foram utilizadas como estrutura das intervenções: as espirituais, na qual os autores utilizaram-se de foco em valores morais e espirituais (amor, fé, respeito, compaixão, etc.) (BREITBART et al., 2010; OMAN et al., 2008; PIDERMAN et al., 2014), e as religiosas, que são temas baseados em tradições religiosas conhecidas como catolicismo, judaísmo e islamismo aproveitando os textos sagrados e as preces (ANDERSON; PULLEN, 2013; BINAIEI et al., 2016; DURU et al., 2010).

Os modelos de intervenção são distintos e foram propostos e construídos pelos autores das pesquisas baseados nessas duas vertentes, espiritual e religiosa. Encontram-se propostas de psicoterapia convencional como terapia cognitiva-comportamental (TCC) e/ou terapia motivacional (ARRIOLA et al., 2010; BINAIEI et al., 2016; BREITBART et al., 2012; BURKHART; SCHMIDT, 2012; DJURIC et al., 2009; FITZGIBBON et al., 2005; JAFARI et al., 2013; KOENIG et al., 2015; MARGOLIN et al., 2006; MORITA et al., 2009; PIDERMAN et al., 2014; WU; KOO, 2016), meditação (BORMANN et al., 2006, 2008, 2009; FEUILLE; PARGAMENT, 2015; OMAN et al., 2008; OMAN; HEDBERG; THORESEN, 2006; WACHHOLTZ; PARGAMENT, 2005, 2008), abordagens em igrejas (ANDERSON; PULLEN, 2013; DURU et al., 2010; HOLT et al., 2012; HOLT; LEE; WRIGHT, 2008; KRUKOWSKI et al., 2010), recursos audiovisuais (MCCAULEY et al., 2011; ROSMARIN et al., 2010) e visualizações guiadas (ELIAS et al., 2015; GUILHERME et al., 2016).

As IER foram oferecidas pelos chamados facilitadores ou aplicadores. Quando esse era um profissional da saúde

sem conhecimento sobre tópicos E/R, o mesmo era treinado e preparado previamente à execução do protocolo (ARRIOLA et al., 2010; KRUKOWSKI et al., 2010; ROSMARIN et al., 2010; WACHHOLTZ; PARGAMENT, 2008). E o mesmo ocorreu para líderes religiosos que não tinham conhecimento sobre a técnica que seria utilizada na pesquisa ou sobre a doença em si (DJURIC et al., 2009; HOLT et al., 2012; HOLT; LEE; WRIGHT, 2008; WINGOOD et al., 2013).

A fim de facilitar a compreensão dos resultados clínicos, os desfechos foram agrupados em temas principais, sendo: qualidade de vida, perda de peso e atividade física, dor, promoção de comportamento saudável e outros desfechos.

A qualidade de vida foi abordada em 10 estudos somando 756 participantes. O diagnóstico mais encontrado foi câncer em quatro estudos, seguido de outros que avaliaram síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV+), estresse pós-traumático, dor de cabeça, falência cardíaca, pacientes portadores de demências e população saudável.

O predomínio das abordagens foi espiritual (90% dos estudos) e o restante foi baseado em tradições religiosas. A qualidade de vida apresentou benefícios da IER em comparação com outras técnicas complementares em seis dos dez estudos, mostrando tamanho de efeito grande em dois estudos (JAFARI et al., 2013; OMAN; HEDBERG; THORESEN, 2006), pequenos em outros três (BORMANN et al., 2006; PIDERMAN et al., 2014; WU; KOO, 2016) e insignificante em outro (BREITBART et al., 2012). O restante não teve diferença estatisticamente significativa (BINAEI et al., 2016; BORMANN et al., 2008; ELIAS et al., 2015; WACHHOLTZ; PARGAMENT, 2008).

O incentivo à perda de peso e à atividade física foram objetivos de outros cinco estudos, com 191 participantes. Nos diagnósticos de obesidade e população sedentária, os autores observaram variações na perda de massa corporal, na quantidade de atividade física (sessões e duração) e nos hábitos alimentares. Os resultados mostraram tamanho de efeito pequeno (ANDERSON; PULLEN, 2013) em somente uma pesquisa e insignificante em outras três pesquisas (DJURIC et al., 2009; DURU et al., 2010; FITZGIBBON et al., 2005; KRUKOWSKI et al., 2010). A maioria desses estudos foi realizado em ambiente de igreja (60%), trazendo um predomínio da vertente religiosa, enquanto o restante (40%) dos estudos utilizou propostas terapêuticas com foco espiritual.

A dor foi avaliada também em cinco artigos em portadores de doenças crônicas (64%) e em indivíduos saudáveis (37%), totalizando 403 indivíduos. A maioria das pesquisas foi de vertente espiritual (80%) e baseada em técnicas de meditação (60%), e avaliaram tolerância, frequência e severidade da dor. Os resultados desses desfechos a favor das IER foram encontrados em todos os artigos variando entre pequeno (FEUILLE; PARGAMENT, 2015; WACHHOLTZ; PARGAMENT, 2005, 2008) e muito pequeno (DURU et al., 2010; MCCAULEY et al., 2011) e apenas um dos desfechos em um estudo não apresentou diferença estatística (MCCAULEY et al., 2011).

A promoção de comportamentos e hábitos saudáveis por meio das IER foi avaliada em cinco estudos com um total

de 1039 indivíduos. As abordagens ocorreram em igrejas ou através de modelos de psicoterapia, sendo estimuladas a realização de exames preventivos para diagnóstico de câncer (HOLT et al., 2012; HOLT; LEE; WRIGHT, 2008), a doação de órgãos (ARRIOLA et al., 2010) e a prevenção ao HIV (MARGOLIN et al., 2006; WINGOOD et al., 2013). Os tamanhos de efeito variaram de pequeno a médio para os artigos de doação de órgãos e de prevenção ao câncer, sendo insignificantes para comportamento sexual de risco.

Outros desfechos clínicos foram acessados em indivíduos com doenças crônicas, sem um padrão de protocolos de intervenção. Níveis de cortisol salivar reduziram com a IER mostrando tamanho de efeito pequeno (BORMANN et al., 2009), enquanto manejo da doença, atividade diária, níveis de energia e medidas cardiovasculares foram insignificantes (DURU et al., 2010; GUILHERME et al., 2016; KOENIG et al., 2015; MCCAULEY et al., 2011).

Referente à metodologia, nenhum dos estudos preencheu o quesito duplo-cego pela própria característica de participação ativa do indivíduo. No entanto, somente 6 estudos mencionaram um avaliador cego (BORMANN et al., 2008; DURU et al., 2010; FEUILLE; PARGAMENT, 2015; HOLT; LEE; WRIGHT, 2008; KOENIG et al., 2015; MCCAULEY et al., 2011). A intensidade, duração e frequência foram descritas pela maioria dos autores, estando presente em mais 70% dos artigos.

DISCUSSÃO

Apesar do desafio metodológico de se construir uma IER, percebe-se a originalidade na criação e formatação desses modelos de intervenção, partindo de propostas de meditação espiritual até discussões terapêuticas convencionais emolduradas de tópicos E/R. Não obstante, essas inúmeras possibilidades aliadas ao desafio de desenhar e executar esse tipo de pesquisa, favoreceram uma miscelânea de publicações. Nas últimas décadas diversas alternativas complementares em saúde vêm sendo utilizadas em paralelo aos tratamentos médicos convencionais para auxiliar no tratamento de doenças crônicas, minimizando sintomas e melhorando qualidade de vida. Citamos como exemplo a psicoterapia, atividade física, acupuntura, yoga, etc. (ALLEN et al., 2006; CRAMER et al., 2014; KIRK-SANCHEZ; MCGOUGH, 2013; MCCULLOUGH, 1999). Segundo alguns autores, as terapias cognitivas baseadas em religiosidade podem ser mais eficaz que outras terapia seculares (HOOK et al., 2010).

Notoriamente, por ser a IER uma abordagem mais recente, os estudos publicados são ainda em um número limitado quando comparado com outras abordagens já estabelecidas, e portanto, tornando desafiadora a comparação entre os diferentes tipos de estudos.

Por outro lado, é importante reforçar que os estudos que compararam a IER com outras técnicas complementares em saúde procuram também demonstrar que essa pode ser mais uma opção dos tratamentos complementares à saúde oferecidos atualmente, principalmente para aqueles indivíduos

que se sentem mais confortáveis e esperançosos com a abordagem E/R. As IER podem ser indicadas por profissionais da área da saúde aos seus pacientes (MENEGATTI-CHEQUINI et al., 2016), porém, por ser uma escolha de cunho pessoal e particular, não devem ser caracterizadas como prescrição médica (SLOAN; BAGIELLA; POWELL, 1999). Diante disso, a superioridade dos resultados das IER não se faz primordial, mas sim a eficácia dessa como propulsora de benefícios à saúde, tanto quanto as outras técnicas complementares.

Seguindo nessa linha, nenhum estudo apresentou resultados negativos da IER quanto aos desfechos físicos avaliados. Não foram apresentadas contraindicações das IER pelos autores para nenhum dos públicos selecionados. Isso demonstra satisfação do profissional e dos participantes para com a aplicação da técnica e das abordagens escolhidas (FEUILLE; PARGAMENT, 2015; HUGUELET et al., 2011; OMAN et al., 2008; WACHHOLTZ; PARGAMENT, 2008).

Sobre os protocolos, destaca-se a questão dos facilitadores ou aplicadores das IER. São divididos basicamente em dois grupos: os profissionais de saúde com domínio e conhecimento sobre o assunto E/R ou líderes religiosos com preparo para lidarem com a doença em questão. Os estudos selecionados trouxeram relatos claros e concisos sobre o preparo oferecido aos facilitadores, mas de forma prática, não foram mensurados os efeitos desse trabalho de adequação dos facilitadores como parte resultante das abordagens, tal como outros estudos sobre o tema em saúde mental observaram (KELLY et al., 2011; PROPST et al., 1992). É possível que o conhecimento dos facilitadores possa intervir no efeito clínico, já vez que as intervenções não são duplo-cego (BOUTRON et al., 2008).

Ainda que o fator duplo-cego seja importante para minimizar vieses de seleção em ensaios clínicos, esse fato não invalida a qualidade metodológica dessas investigações, consideradas como ensaios clínicos não-farmacológicos (BOUTRON et al., 2008). No entanto, é necessária uma atenção especial para outros possíveis vieses quando se trata de IER. O avaliador cego, por exemplo, é um item relativamente fácil de ser considerado no desenho metodológico (LIBERATI et al., 2009) e que foi pouco encontrado nos ensaios clínicos selecionados. As futuras pesquisas devem se basear nas diretrizes internacionais de ensaios clínicos não-farmacológicos quando forem preparar uma IER. Além disso, os autores devem priorizar a transparência ao relatar o protocolo e a abordagem da IER utilizadas, de forma a facilitar futuras sumarizações e comparações de desfechos clínicos.

DIRETRIZES FUTURAS

De forma prática, três tópicos importantes devem ser considerados durante a construção metodológica de uma IER em ensaios clínicos.

Primeiramente, deve-se selecionar a população que receberá a intervenção e, então, discernir qual ou quais os desfechos que serão investigados como efeito da IER. A maioria dos autores avaliou se a IER foi capaz de reduzir algum

sintoma negativo, como sobrepeso e cortisol, ou se melhorou algum aspecto positivo da saúde, como qualidade de vida e hábitos saudáveis, por exemplo. Porém, poucos estudos buscam compreender se esses desfechos se relacionam com o incremento dos níveis de E/R através de escalas validadas. Apesar da proposta inicial de uma IER se basear no estímulo à dimensão espiritual/religiosa do ser, sabe-se que existem construtos diferentes dentro do assunto geral que podem ter também desfechos diferentes, como por exemplo, a fé, a religiosidade intrínseca, a religiosidade extrínseca, a espiritualidade e o coping (KOENIG; KING; CARSON, 2012).

Isso significa que a IER pode ter resultados diferentes em uma mesma população se, porventura, os efeitos nos diferentes construtos também forem verdadeiros. Kelly et al. (2011) em seu estudo comentaram sobre a possibilidade de um ponto de "despertamento espiritual", no qual o participante teve uma melhora mais significativa quando os níveis de E/R eram mais baixos quando comparados com outros considerados mais "espiritualizados" (KELLY et al., 2011). Para se compreender mais a fundo essa relação dos desfechos clínicos e dos níveis de E/R é necessário se atentar aos construtos que serão avaliados e desenhar uma proposta que contemple ao máximo os mesmos.

Em segundo ponto, o modelo de abordagem deve ser bem claro e criterioso, a fim de facilitar a futura comparação entre propostas similares. Alguns autores propuseram intervenções bem desenhadas do ponto de vista dos conceitos E/R, seja dentro do âmbito terapêutico ou educativo, que podem ser utilizadas em futuras pesquisas. Salienta-se que o modelo abrange a vertente selecionada (espiritual ou religiosa), a técnica em si utilizada para transmitir a mensagem central (TCC, meditação, recurso audiovisual com etapas estabelecidas etc.) e os facilitadores ou aplicadores das intervenções. Deve-se dar a devida atenção a cada um desses itens, elaborando ao máximo e elegendo os pontos mais importantes a serem considerados em cada pesquisa e objetivo central.

E por fim, a metodologia mais adequada a ser seguida é a que se baseia nas diretrizes internacionais de ensaios clínicos não-farmacológicos, conforme já mencionado previamente. Nesse tópico ressaltam-se a importância de um adequado processo de randomização para contrapor os possíveis vieses gerados por uma intervenção sem duplo-cego; o avaliador cego, já que esse item é facilmente adaptável em uma pesquisa e relevante na alocação oculta dos resultados; e a similaridade entre as frequências e durações das IER e das técnicas dos grupos comparativos, que devem ser o mais equivalente possível a fim de também minimizar vieses. Atentando-se a esses itens relevantes, a chance da IER apresentar maior rigor e robustez científica é maior.

CONCLUSÃO

Os resultados de ensaios clínicos envolvendo IER parecem promissores como tratamento complementar

em saúde, considerando a similaridade de benefícios com outras técnicas conhecidas e também considerando a qualidade metodológica dos estudos que seguiram diretrizes internacionais em seus desenhos.

A diversidade de população, desfechos e modelos de intervenção deve ser explorada em sua essência e alicerçada em suas bases para se possa compreender o assunto com embasamento científico.

Futuras pesquisas devem considerar diretrizes como as descritas acima, com vistas a avançar o conhecimento nessa área e assim melhor utilizar os efeitos benéficos da E/R nos tratamentos complementares em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALLEN, J. J. B. et al. Acupuncture for depression: a randomized controlled trial. **Journal of clinical psychiatry**, 2006.
- ANDERSON, K. J.; PULLEN, C. H. Physical activity with spiritual strategies intervention: a cluster randomized trial with older African American women. **Research in gerontological nursing**, v. 6, n. 1, p. 11–21, 2013.
- ARRIOLA, K. et al. Project ACTS: an intervention to increase organ and tissue donation intentions among African Americans. **Health education behavior**, v. 37, n. 2, p. 264–274, 2010.
- BINAEI, N. et al. Effects of hope promoting interventions based on religious beliefs on quality of life of patients with congestive heart failure and their families. **Iranian journal of nursing midwifery research**, v. 21, n. 1, p. 77–83, 2016.
- BORMANN, J. E. et al. Effects of spiritual mantram repetition on HIV outcomes: a randomized controlled trial. **Journal of behavior medicine**, v. 29, n. 4, p. 359–376, 2006.
- BORMANN, J. E. et al. A Spiritually Based Group Intervention for Combat Veterans with Posttraumatic Stress Disorder: feasibility study. **Journal of holistic nursing**, p. 109–116, 2008.
- BORMANN, J. E. et al. Effects of faith/assurance on cortisol levels are enhanced by a spiritual mantram intervention in adults with HIV: a randomized trial. **Journal of psychosomatic research**, v. 66, n. 2, p. 161–171, 2009.
- BOUSTRON, I. et al. Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: explanation and elaboration. **Annals of internal medicine**, v. 148, n. 4, p. 295–309, 2008.
- BREITBART, W. et al. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. **Psychooncology**, v. 19, n. 1, p. 21–28, 2010.
- BREITBART, W. et al. Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. **Journal of clinical oncology**, v. 30, n. 12, p. 1304–1309, 2012.
- BURKHART, L.; SCHMIDT, W. Measuring effectiveness of a spiritual care pedagogy in nursing education. **Journal of professional nursing**, v. 28, n. 5, p. 315–321, 2012.
- CRAMER, H. et al. Yoga for multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. **PLoS one**, v. 9, n. 11, p. e112414, 2014.
- DJURIC, Z. et al. A pilot trial of spirituality counseling for weight loss maintenance in African American breast cancer survivors. **Journal of the national medicam association**, v. 101, n. 6, p. 552–564, 2009.
- DURU, O. K. et al. Sisters in motion: a randomized controlled trial of a faith-based physical activity intervention. **Journal of the american geriatrics society**, v. 58, n. 10, p. 1863–1869, 2010.
- ELIAS, A. C. et al. The biopsychosocial spiritual model applied to the treatment of women with breast cancer, through RIME intervention (relaxation, mental images, spirituality). **Complementary therapies in clinical practice**, v. 21, n. 1, p. 1–6, 2015.
- FEUILLE, M.; PARGAMENT, K. Pain, mindfulness, and spirituality: a randomized controlled trial comparing effects of mindfulness and relaxation on pain-related outcomes in migraineurs. **Journal of health psychology**, v. 20, n. 8, p. 1090–1106, 2015.
- FITZGIBBON, M. L. et al. Results of a faith-based weight loss intervention for black women. **Journal of the national medical association**, v. 97, n. 10, p. 1393–1402, 2005.
- GONCALVES, 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**, v. 45, n. 14, p. 2937–2949, 2015.
- GONCALVES, J. P. D. et al. Complementary religious and spiritual interventions in physical health and quality of life: a systematic review of randomized controlled clinical trials. **Plos one**, v. 12, n. 10, p. 21, 2017.
- GUILHERME, C. et al. **Effect of the “spiritual support” intervention on spirituality and the clinical parameters of women who have undergone mastectomy: a pilot study.** *Religions*, v. 7, n.16, p. 1–11, 2016.
- HOLT, C. L. et al. Spiritually based intervention to increase colorectal cancer awareness among african americans: intermediate outcomes from a randomized trial. **Journal of**

health Communication, v. 17, n. 9, p. 1028–1049, 2012.

HOLT, C. L.; LEE, C.; WRIGHT, K. A spiritually based approach to breast cancer awareness: cognitive response analysis of communication effectiveness. **Health communication**, v. 23, n. 1, p. 13–22, 2008.

HOOK, J. N. et al. Empirically supported religious and spiritual therapies. **Journal of clinical psychology**, v. 66, n. 1, p. 46–72, 2010.

HUGUELET, P. et al. A randomized trial of spiritual assessment of outpatients with schizophrenia: patients' and clinicians' experience. **Psychiatric services**, v. 62, n. 1, p. 79–86, 2011.

JAFARI, N. et al. The effect of spiritual therapy for improving the quality of life of women with breast cancer: a randomized controlled trial. **Psychology health & medicine**, v. 18, n. 1, p. 56–69, 2013.

JOHNSON, B. R. et al. A systematic review of the religiosity and delinquency literature: a research note. **Journal of contemporary criminal justice**, v. 16, n. 1, p. 32–52, 2000.

KELLY, J. F. et al. Spirituality in recovery: a lagged mediational analysis of alcoholics anonymous' principal theoretical mechanism of behavior change. **Alcoholism: clinical experimental research**, v. 35, n. 3, p. 454–463, 2011.

KIRK-SANCHEZ, N. J.; MCGOUGH, E. L. Physical exercise and cognitive performance in the elderly: current perspectives. **Clinical interventions in aging**, v. 9, p. 51–62, 2013.

KOENIG, H. G. et al. Religious vs. conventional cognitive behavioral therapy for major depression in persons with chronic medical illness: a pilot randomized trial. **Journal of nervous and mental disease**, v. 203, n. 4, p. 243–251, 2015.

KOENIG, H.; KING, D.; CARSON, V. **Handbook of religion and health**. Oxford university press, 2012.

KRUKOWSKI, R. A. et al. Obesity treatment tailored for a Catholic faith community: a feasibility study. **Journal of health psychology**, v. 15, n. 3, p. 382–390, 2010.

LIBERATI, A. et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. **British medical journal**, v. 339, p. b2700, 2009.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research (1999–2013). **The international journal of psychiatry in medicine**, v. 48, n. 3, p. 199–215, 2014.

MARGOLIN, A. et al. A controlled study of a spirituality-focused

intervention for increasing motivation for HIV prevention among drug users. **AIDS education and prevention**, v. 18, n. 4, p. 311–322, 2006.

MCCAULEY, J. et al. A randomized controlled trial to assess effectiveness of a spiritually-based intervention to help chronically ill adults. **The international journal of psychiatry in medicine**, v. 41, n. 1, p. 91–105, 2011.

MCCULLOUGH, M. E. Research on religion-accommodative counseling: review and meta-analysis. **Journal of counseling psychology**, v. 46, n. 1, p. 92–98, 1999.

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. **British journal of psychiatry open**, v. 2, n. 6, p. 346–352, 2016.

MOHER, D. et al. CONSORT 2010 Explanation and elaboration: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. **Journal of clinical epidemiology**, v. 63, n. 8, p. e1–37, 2010.

MORITA, T. et al. Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a randomized controlled study. **Journal of pain and symptom management**, v. 37, n. 4, p. 649–658, 2009.

OH, P. J.; KIM, Y. H. Meta-analysis of spiritual intervention studies on biological, psychological, and spiritual outcomes. **Journal of Korean academy of nursing**, v. 42, n. 6, p. 833–842, 2012.

OMAN, D. et al. Passage meditation improves caregiving self-efficacy among health professionals: a randomized trial and qualitative assessment. **Journal of health psychology**, v. 13, n. 8, p. 1119–1135, 2008.

OMAN, D.; HEDBERG, J.; THORESEN, C. E. Passage meditation reduces perceived stress in health professionals: a randomized, controlled trial. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 74, n. 4, p. 714–719, 2006.

PIDERMAN, K. M. et al. Spiritual quality of life in advanced cancer patients receiving radiation therapy. **Psychooncology**, v. 23, n. 2, p. 216–221, 2014.

PROPST, L. R. et al. Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 60, n. 1, p. 94–103, 1992.

ROSMARIN, D. H. et al. A randomized controlled evaluation of a spiritually integrated treatment for subclinical anxiety in the Jewish community, delivered via the Internet. **Journal of anxiety disorders**, v. 24, n. 7, p. 799–808, 2010.

SLOAN, R. P.; BAGIELLA, E.; POWELL, T. Religion, spirituality, and medicine. **Lancet**, v. 353, n. 9153, p. 664–667, 1999.

SMITH, T. B.; BARTZ, J.; RICHARDS, P. S. Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: a meta-analytic review. **Psychotherapy research**, v. 17, n. 6, p. 643–655, 2007.

VAN TULDER, M. et al. Updated method guidelines for systematic reviews in the cochrane collaboration back review group. **Spine** v. 28, n. 12, p. 1290–1299, 2003.

VANDENBROUCKE, J. P. et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. **International journal of surgery**, v. 12, n. 12, p. 1500–1524, 2014.

WACHHOLTZ, A. B.; PARGAMENT, K. I. Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation, and relaxation on spiritual, psychological, cardiac, and pain outcomes. **Journal of behavioral medicine**, v. 28, n. 4, p. 369–384, 2005.

WACHHOLTZ, A. B.; PARGAMENT, K. I. Migraines and meditation: does spirituality matter? **Journal of behavioral medicine**, v. 31, n. 4, p. 351–366, 2008.

WINGOOD, G. M. et al. Comparative effectiveness of a faith-based HIV intervention for African American women: importance of enhancing religious social capital. **American journal of public health**, v. 103, n. 12, p. 2226–2233, 2013.

WU, L. F.; KOO, M. Randomized controlled trial of a six-week spiritual reminiscence intervention on hope, life satisfaction, and spiritual well-being in elderly with mild and moderate dementia. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 31, n. 2, p. 120–127, 2016.

Marcelo Saad¹
Roberta de Medeiros²
Mario Fernando Prieto Peres³

¹Associação Médico Espírita de São Paulo, São Paulo/SP, Brasil

²Centro Universitário São Camilo, São Paulo/SP, Brasil

³Hospital Israelita Albert Einstein e Instituto de Psiquiatria HCFM/USP, São Paulo/SP, Brasil

✉ **Marcelo Saad**
Rua Lima Barros 143
CEP 04503-030
São Paulo/SP, Brasil
✉ msaad@uol.com.br

RESUMO

A relação entre religiosidade-espiritualidade e a saúde física e mental adquire uma importância maior para pacientes internados em um hospital. Assim, os serviços de internação devem investir em ações que possam apoiar os recursos religiosos-espirituais e buscar formas para atender estas necessidades especiais. A assistência religiosa-espiritual hospitalar (AREH) se refere à atenção profissional aos mundos espirituais e religiosos subjetivos dos pacientes, mundos compostos de percepções, suposições, sentimentos e crenças sobre a relação do sagrado com sua doença, hospitalização e recuperação ou possível morte. Há pelo menos cinco razões para que uma instituição invista em um programa de AREH: 1. o bem-estar religioso-espiritual é prioritário durante uma internação; 2. a apreciação religiosa-espiritual é um padrão para a acreditação hospitalar; 3. pode desfazer mal-entendidos religiosos-espirituais que afetariam o tratamento; 4. os pacientes querem uma perspectiva religiosa-espiritual da instituição; e 5. os custos poderiam ser reduzidos com apoio religioso-espiritual. As formas de se oferecer AREH podem ser de modo individual ou coletivo; pode ser focado em uma denominação religiosa específica ou ser multifé. O apoio em um nível básico pode ser da alçada dos profissionais de saúde e, em um nível crescente de especialização, pode ser oferecido por um voluntário treinado, por um ministro religioso da comunidade ou por um capelão hospitalar. O público-alvo da AREH inclui não apenas o paciente internado, mas também seus familiares, seus cuidadores e os profissionais de saúde. Apesar da existência de leis que garantam o acesso do interno ao apoio religioso, o Brasil não possui regulamentação para a profissionalização desta atividade. O presente artigo explora todos os conceitos anteriores e descreve o que se espera de um programa de AREH.

Palavras-chave: Assistência Religiosa; Serviço Religioso no Hospital; Religião e Medicina; Espiritualidade; Humanismo.

ABSTRACT

The relationship between religiosity-spirituality and physical and mental health assumes greater importance for hospital inpatients. Thus, inpatient services should invest in actions that can support religious-spiritual resources and seek ways to address these special needs. Religious-spiritual hospital care (assistência religiosa-espiritual hospitalar - AREH) refers to the professional attention to the subjective spiritual and religious worlds of patients, worlds composed of perceptions, assumptions, feelings and beliefs about the relationship of the sacred with his/her illness, hospitalization and recovery or possible death. There are at least five reasons for an institution to invest in an AREH program: 1. Religious-spiritual well-being is yet higher priority during hospitalization; 2. Religious-spiritual appreciation is a standard for hospital accreditation; 3. It can undo religious-spiritual misunderstandings that would affect treatment; 4. Patients want a religious-spiritual perspective from the institution; and 5. Costs could be reduced with religious-spiritual support. The forms of offering AREH can be as individual or collective way; can be focused on a specific religious denomination or be multi-faith. Support at a basic level may be the responsibility of health professionals and, as the level of complexity increases, may be provided by a trained volunteer, community religious minister, or hospital chaplain. The target audience of the AREH includes not only the inpatient, but also their relatives, caregivers and health professionals. Despite the existence of laws that guarantee the inpatients access to religious support, Brazil does not have regulations for the professionalization of this activity. This article explores all the above concepts and describes what is expected from an AREH program.

Key-words: Religious Support; Hospital Religious Service; Religion and Medicine; Spirituality; Humanism

Submetido: 09/02/2019
Aceito: 28/05/2019

INTRODUÇÃO

Antes de começar a abordar o assunto específico deste artigo, é necessário que o leitor esteja familiarizado com alguns conhecimentos derivados de publicações científicas nas últimas décadas, listados abaixo. As referências bibliográficas sobre a associação entre bem-estar religioso-espiritual seriam muitas, mas uma opção de acesso aberto é Saad e De Medeiros (2017) que serão usados para familiarizar o leitor com alguns conhecimentos derivados de publicações científicas das últimas décadas:

Religiosidade e espiritualidade não são sinônimos, mas suas relações e sobreposições as juntam quando a questão se refere a significado, propósito, conexão e transcendência.

O bem-estar religioso-espiritual está associado positivamente a diversos parâmetros de saúde física e mental, colaborando para melhor qualidade de vida e maior longevidade.

Uma crise de saúde tem potencial para desafiar o sistema de crenças ou a visão da vida de uma pessoa e leva-la a pensar em fatos não cotidianos, como a própria mortalidade.

O enfrentamento religioso-espiritual é o uso construtivo de crenças ou práticas durante um momento adverso para reduzir o sofrimento, ou para ressignificar a situação.

Seu oposto é o sofrimento religioso-espiritual, a incapacidade de integrar significado e propósito à situação, gerando sentimentos negativos e comportamentos defensivos.

Este sofrimento pode ser derivado de necessidades especiais não satisfeitas e tem potencial para afetar a qualidade de vida e criar barreiras para aceitação do tratamento clínico.

Os fatos acima se referem a situações universais, mas adquirem uma importância maior para pacientes internados em um hospital. O simples fato de estar nesta situação pode afetar a capacidade da pessoa para lidar com uma doença, independentemente do impacto da própria doença em si. Os internos estão afastados de seus pilares de fé, têm contato reduzido com a família e entes queridos, estão despersonalizados no ambiente hospitalar e desconectados de sua rotina na comunidade. Assim, não conseguem empregar seus métodos tradicionais de enfrentamento religioso, como recorrer a literatura ou artefatos sagrados, trocar experiências, apreciar a natureza, ou desfrutar de momentos de silêncio e privacidade. Assim, os serviços de internação devem investir em ações que possam apoiar os recursos religiosos-espirituais e buscar formas para atender estas necessidades especiais. Isto pode fazer com que os pacientes tenham elementos para uma estratégia de enfrentamento eficiente (SAAD; DE MEDEIROS, 2012).

Para os propósitos deste artigo, foi adotado o termo "assistência religiosa-espiritual hospitalar" (AREH) dentre diversos outros que podem ser encontrados na literatura clínica em português (HEFTI; ESPERANDIO, 2016): conforto espiritual, cuidado das necessidades espirituais, dimensão espiritual do cuidado, assistência espiritual, espiritualidade na prática do cuidar, aspectos espirituais do cuidado,

espiritualidade no cuidado, cuidado na dimensão espiritual, intervenção espiritual, pastoral e cuidado pastoral. A AREH se refere à atenção profissional aos mundos espirituais e religiosos subjetivos dos pacientes, mundos compostos de percepções, suposições, sentimentos e crenças sobre a relação do sagrado com sua doença, hospitalização e recuperação ou possível morte (VANDECREEK, 2010).

Em muitos trechos deste artigo optou-se pelo termo "assistido" para se referir ao beneficiário da AREH. Isto se deve ao fato de que o público-alvo deste serviço não se resume apenas aos pacientes, mas também a seus familiares, seus cuidadores e também os profissionais de saúde da instituição. Também conceitualmente, o presente artigo usa em alguns trechos o termo "ofertador do serviço". Comumente a AREH é associada à figura do capelão, mas aqui não será focado apenas esta atuação, já que há diversas possibilidades de oferecer AREH. Os capelães são praticantes de cuidados espirituais, mas nem todos os praticantes de cuidados espirituais são capelães.

Este artigo tem por objetivo organizar o conhecimento atual sobre AREH. Os aspectos destacados são a importância da AREH, o que se pode esperar dela, como idealmente deve ser oferecida, as formas possíveis, e a situação deste campo no Brasil e no mundo.

REVISÃO DE LITERATURA E DISCUSSÃO

Entre 2009 e 2011, o primeiro autor deste artigo coordenou o Comitê de Espiritualidade do Hospital Israelita Albert Einstein (São Paulo, Brasil). O objetivo deste Comitê era preparar o Hospital para a certificação Planetree (uma entidade norte-americana que reconhece hospitais humanizados, com atendimento centrado no paciente). Este autor recolheu evidências de diversas fontes para embasar cientificamente a iniciativa. Após a certificação, este autor continuou engajado em promover este campo também fora da instituição, juntamente com os colaboradores que aqui são co-autores. As contínuas atualizações científicas coletadas sobre o assunto renderam diversas iniciativas, como conferências em congressos e publicações de alto nível. O presente artigo é derivado deste conhecimento cultivado ao longo de mais de 10 anos, e usa as referências obtidas para todos estes fins.

IMPORTÂNCIA DA AREH

Há pelo menos cinco razões para que um hospital invista em um programa de apoio religioso-espiritual (SAAD; DE MEDEIROS, 2016): 1. o bem-estar religioso-espiritual é prioritário durante uma internação; 2. a apreciação religiosa-espiritual é um padrão para a acreditação hospitalar; 3. pode desfazer mal-entendidos religiosos-espirituais que afetariam o tratamento; 4. os pacientes querem uma perspectiva

religiosa-espiritual da instituição; e 5. os custos poderiam ser reduzidos com apoio religioso-espiritual. Estes argumentos serão desenvolvidos a seguir.

O bem-estar religioso-espiritual é prioritário durante uma internação: as crenças religiosas-espirituais podem ter influência importante sobre a saúde mental e física das pessoas, particularmente em momentos críticos da vida. Para superar essas dificuldades, muitos pacientes utilizam estratégias de enfrentamento religioso-espiritual para reduzir o sofrimento de eventos estressantes, ou para dar-lhes um sentido e torna-los mais toleráveis. Alguns pacientes podem desenvolver sofrimento espiritual, associado com as necessidades espirituais não atendidas, que podem ter um impacto negativo no tratamento clínico e na qualidade de vida. As emoções negativas vivenciadas e expressas durante o sofrimento espiritual incluem: choque, ruptura, raiva, desesperança, ressentimento, culpa e abandono. Portanto, os hospitais devem ver os interesses religiosos-espirituais de seus pacientes como potenciais aliados ao tratamento médico. Com este foco, a assistência religiosa-espiritual também deve ser vista como um componente da assistência integral à saúde. Com base nessa premissa, muitos hospitais já passaram a integrar estes aspectos na rotina.

Apreciação religiosa-espiritual é padrão de qualidade para acreditação hospitalar: o respeito às crenças do paciente e o atendimento a suas necessidades especiais tem se tornado um item na avaliação do padrão de qualidade de hospitais. A *Joint Commission International* (JCI), por exemplo, tem como um de seus padrões a frase: "O hospital presta cuidados que respeitam os valores e crenças pessoais do paciente e responde a solicitações relacionadas a crenças espirituais e religiosas" (JCI, 2014, p. xxx). Esta organização criou vários padrões que exigem atenção religiosa-espiritual personalizada, com sugestões de ações citadas a seguir (GREENE, 2018). Os hospitais devem respeitar os valores, crenças e preferências culturais e pessoais dos pacientes, e acomodar os direitos dos pacientes de acordo com isto. Todos na equipe de cuidado interdisciplinar, em algum grau, são responsáveis por cumprir este padrão. Os hospitais fariam bem em usar um método padronizado para identificar quais pacientes e familiares que se beneficiariam mais de um serviço de AREH. O processo de avaliação espiritual pode mudar com base no diagnóstico ou prognóstico do paciente.

Pode desfazer mal-entendidos religiosos-espirituais que afetariam o tratamento: culturas, costumes e crenças religiosas afetam a interpretação das pessoas sobre o mundo, as experiências e os relacionamentos - e o que eles esperam quando buscam saúde e bem-estar. Às vezes, a informação clínica é passada de uma forma que, inadvertidamente, amedronta, ofende ou confunde o paciente. Em outras vezes, os valores religiosos do paciente podem ter potenciais conflitos com o tratamento proposto. Decisões sobre final de vida podem ser afetadas por algumas interpretações religiosas nas quais a vida é o valor derradeiro, sendo a qualidade de vida secundária. Um serviço de AREH pode avaliar como valores religioso-espirituais do paciente ou de um familiar podem

interferir com suas decisões sobre cuidados médicos, além de ajudar no processo de enfrentamento em tempos de incerteza. O AREH também pode mediar o diálogo entre pacientes, familiares e equipes clínicas, fazendo uma ponte entre o mundo religioso-espiritual e a cultura hospitalar. Isto pode ser útil para que cada lado tenha uma compreensão mais sutil da cultura do outro. A AREH pode criar um terreno comum, onde o respeito mútuo pode ser cultivado e aprimorado (HARRIS, 2018).

Os pacientes desejam uma perspectiva religiosa-espiritual da instituição: este item e o próximo são particularmente interessantes para gestores hospitalares. A AREH pode aumentar a disposição do paciente em recomendar o hospital, e os pacientes que recebem esta assistência ficam mais satisfeitos com seus cuidados gerais (MARIN *et al.*, 2015). Abordar as necessidades religiosas-espirituais não só impacta positivamente a satisfação geral do paciente, mas também aumenta a confiança na equipe médica (WILLIAMS *et al.*, 2011). Por outro lado, quando estas necessidades não são satisfeitas, a avaliação dos pacientes quanto à satisfação com os cuidados, bem como a qualidade do atendimento recebido, é significativamente menor (ASTROW *et al.*, 2007).

Os custos poderiam ser reduzidos com apoio religioso-espiritual satisfatório: o AREH é um recurso importante quando o paciente e os familiares precisam fazer escolhas relacionadas aos cuidados paliativos, *hospices* de longa permanência ou cuidados de fim de vida. Quando aqueles que enfrentam estas escolhas recebem cuidados religiosos-espirituais, eles são mais propensos a escolher cuidados de conforto em vez de cuidados agressivos. Pacientes que recebem apoio religioso-espiritual menor do que o adequado resultam em custos de cuidados mais altos, já que passam menos tempo em cuidados paliativos e mais tempo em cuidados agressivos, incluindo permanência exagerada na unidade de terapia intensiva (BALBONI *et al.*, 2011). A economia pela redução dos custos é ainda maior para pacientes pertencentes a minorias sociais e para pacientes que tendem a se apoiar no enfrentamento religioso positivo (BALBONI *et al.*, 2010).

COMO IDEALMENTE DEVE SER OFERECIDA

As descrições a seguir tiveram como base diversas referências da literatura sobre o assunto (WHO, 2002; SAAD; DE MEDEIROS, 2012a; SAAD; DE MEDEIROS, 2012b; MASSEY *et al.*, 2015; SAAD; DE MEDEIROS; MOSINI, 2017; SAAD *et al.*, 2017). O ofertador do serviço, ao apresentar-se, deve definir o seu papel como assistente e declarar os limites de sua atuação. Com treinamento para reconhecer o sofrimento religioso-espiritual em todas as suas formas, ele faz uma avaliação em profundidade. Seu recurso é a escuta empática ativa, com a qual demonstra hospitalidade, interesse e preocupação, ao mesmo tempo em que reafirma respeito, aceitação e compaixão. Com uma compreensão abrangente da pessoa em

angústia, promove uma atenção que independa das crenças do assistido, mesmo naqueles sem uma crença específica. Sendo uma presença calmante, procurará transmitir uma sensação de paz que poderá ajudar o assistido a se sentir reconfortado. Porém, não se omite de discutir e explorar preocupações e frustrações, dilemas éticos e conflito de valores, e sentimento de isolamento ou de falta de dignidade. O derradeiro objetivo envolve ajudar o assistido a encontrar significado e propósito, cultivar a esperança e a aceitação, reconhecer suas limitações e suas forças.

Durante a avaliação, vai explorar o bem-estar, as necessidades e os recursos do assistido. Também vai identificar como os valores culturais e religiosos do assistido impactam em suas escolhas. Com o paciente, ele vai discutir mecanismos de enfrentamento, incentivar o autocuidado e identificar suas relações de apoio. Firmado o relacionamento, o ofertador também presta companhia de apoio ou consultoria ética. O ofertador do serviço deve desenhar um plano de cuidado religioso-espiritual, que posteriormente vai ser discutido com a equipe multiprofissional. O objetivo é incorporar os valores e as necessidades culturais e religiosas do paciente ao plano de tratamento clínico. Se necessário, o ofertador do serviço pode educar a equipe de saúde sobre diversidade cultural e religiosa.

Neste processo de reafirmação de fé, deve fornecer ou encontrar itens e recursos que possam atender às suas necessidades religiosas-espirituais do assistido. Isto pode incluir sugerir músicas e leituras ao assistido, garantir seu acesso a um local calmo, compartilhar uma oração escrita ou acompanhar uma oração privada. Se o ofertador tem ordenação religiosa, ele pode também liderar cultos e ministrar sacramentos. Se não, ele vai contatar o clérigo da comunidade e coordenar as ações que serão oferecidas por ele, acompanhando o assistido em sua prática religiosa-espiritual longe de sua congregação de fé. De qualquer forma, o ofertador do serviço se propõe a caminhar com o assistido durante sua jornada clínica, aliviando sua angústia contribuindo para o bem-estar e a saúde global.

O ofertador do serviço pode facilitar a comunicação entre o paciente ou o familiar e a equipe de saúde, comunicar as necessidades e preocupações do assistido a outras pessoas. Se necessário, pode discorrer sobre conceitos de religiosidade-espiritualidade. Durante uma crise, as intervenções podem incluir deter a escalada de uma situação emocionalmente carregada ou ajudar a consertar relações rompidas. Em casos de extrema gravidade clínica, vai facilitar a preparação para o fim da vida, mediar a tomada de decisões e o planejamento de cuidados, incluindo diretivas antecipadas. Com o paciente, vai encorajar a autorreflexão e a revisão da vida e mediar sacramentos diversos. Com familiares, vai acompanhá-los no processo de luto, incluindo atividades em grupos de recuperação, ou promovendo um serviço memorial.

Em resumo, o ofertador vai ajudar o assistido a acessar seus próprios recursos de fé, mesmo ecléticos e diversos, para encontrar significado e conforto durante o período de doença. A prática ética deve guiar todo o processo, com elementos

como garantia de confidencialidade e respeito à diversidade. Com tudo isto, espera-se melhorar a satisfação do assistido, impactando os resultados clínicos e possivelmente poupando recursos neste processo.

FORMAS DE AREH

Individualmente X coletivamente: o serviço pode ser oferecido a um indivíduo por vez, com privacidade e customização, ou para grupos pequenos de apoio a pessoas com características comuns (como pacientes com o mesmo diagnóstico ou familiares enlutados). Uma variação coletiva inclui palestras abertas no hospital sobre temas relevantes (como a terminalidade da vida). Uma das vantagens da assistência individual é o anonimato de que muitos indivíduos precisam para declarar algumas de suas crenças e afiliações diferentes, longe do viés de desajustabilidade social, livre de julgamentos e preconceitos.

Denominação religiosa específica X ecumênico X interfé: uma recente pesquisa nacional (PERES *et al.*, 2018) encontrou uma distribuição de denominações religiosas muito similar às de outras fontes: católicos romanos 44%; evangélicos/protestantes 19,1%; nenhuma afiliação 12,4%; outras religiões 12,2%; espíritas 8,6%; religiões afro 2,2%; budistas 0,8%; judeus 0,7%. A AREH é frequentemente associada à imagem do ministro ordenado oferecendo rituais religiosos à beira do leito. Quando o clérigo é de uma denominação e o paciente de outra, porém ambos cristãos, o diálogo ecumênico é possível, pelas similaridades de conceitos. Mais além, nas sociedades pluralistas, surgiu também a figura da assistência interfé, para responder às necessidades universais de pacientes com qualquer religião. Estes profissionais passam por um programa de treinamento mais amplo, para que eles sejam capazes de cumprir um papel multifé, se solicitado. A limitação deste atendimento genérico é que ele não oferece rituais e sacramentos de uma fé diferente da sua. A vantagem é que no modelo interfé, o AREH deixa de ser um serviço periférico, aplicável apenas aos poucos pacientes religiosos, para ser um elemento disponível para mais pacientes (LEE, 2002).

AREH no agnosticismo ou mesmo no ateísmo: algumas pessoas não expressam sua espiritualidade através de religiões formais ou de crenças tradicionais. Estas pessoas sem afiliação a uma crença poderiam parecer candidatos improváveis a AREH. Mas elas ainda podem ter crenças espiritualistas não-religiosas, como acreditar em uma força superior. Outras ainda podem nutrir sua dimensão espiritual com elementos como a prática de ações éticas ou o contato com a natureza. As pessoas que se descrevem como "espirituais, mas não religiosas" podem ter questionamentos sobre significado e propósito que exigem reconhecimento e apoio. O reconhecimento da diversidade e a abertura para a versatilidade é importante para o ofertador do serviço nestes casos. Se a ação não for por uma vertente religiosa-espiritual, pode ser por argumentos da filosofia ou mesmo de uma denominação não-teísta, como o Budismo, com suas práticas contemplativas e meditativas.

Oferecido por profissionais da saúde da equipe institucional: o cuidado centrado no paciente requer que toda a equipe considere a dimensão espiritual ao decidir a melhor forma de promover a qualidade de vida do paciente. Enfermeiros, médicos e outros membros podem fazer uma avaliação geral das necessidades religiosas-espirituais e atender aquelas que forem mais mundanas, mas o cuidado aprofundado está fora de seu escopo tradicional de prática. O papel do clínico é avaliar as necessidades religiosas-espirituais que se relacionem com os cuidados de saúde, através de uma breve triagem, e depois acionar um recurso de AREH se necessário. Desta forma, pode-se dizer que o clínico é o generalista no cuidado religioso-espiritual e o capelão é o especialista (HANDZO; KOENIG, 2004).

Oferecido por voluntários especialmente treinados: o modelo laico de prestação de cuidado espiritual representa o surgimento de uma prática secularizada a partir de uma prática de base religiosa, com respeito ao pluralismo do cuidado contemporâneo da saúde. "Espiritual" é um rótulo estrategicamente empregado para estender o domínio de relevância ao sistema de crenças de qualquer paciente, independentemente de sua afiliação religiosa. O voluntário pode conectar o paciente ou o familiar a seu próprio referencial espiritual, não impondo nem doutrinando sobre nenhuma tradição específica. Assim, pode-se prestar cuidado espiritual a pessoas de qualquer tradição religiosa e até para aquelas que não possuam nenhuma.

Oferecido por líderes religiosos da comunidade: são um elo bem-vindo e crucial para visitar seus próprios fiéis no hospital, e podem oferecer cuidados pastorais a partir de sua tradição específica, fornecendo aconselhamento doutrinário e ritos apropriados. O clérigo da comunidade é ordenado ou autorizado por um corpo religioso para realizar rituais, ensinar, pregar e representar sua comunidade religiosa. Ele fornece cuidados que permitem que os pacientes e suas famílias permaneçam fiéis a crenças e práticas religiosas específicas enquanto enfrentam uma crise de saúde. Porém, eles não possuem instrução formal na área da saúde e não têm experiência em criar um plano de cuidado hospitalar. Eles podem não estar comprometidos com um código de ética que obrigue o respeito à diversidade e proíba o proselitismo. O clérigo da comunidade tende a não conhecer a literatura científica relacionada à espiritualidade e à saúde.

Oferecido por um capelão hospitalar: apesar do fato de que o termo "capelania" vir originalmente de uma herança católica, atualmente existem capelães de várias denominações religiosas. No campo médico-científico mundial, o termo capelania transcendeu as fronteiras da Igreja Católica. Apenas para ficar em alguns exemplos, em outros países é possível encontrar capelães judeus, islamitas e hindus. Ademais, os capelães hospitalares podem ou não ser clérigos ordenados. Eles são profissionais treinados teologicamente e clinicamente, com educação pastoral clínica e treinamento para o ambiente de cuidado à saúde. O capelão tem um vínculo formal com o hospital onde está especificamente comissionado para uma carga horária semanal. A necessidade de disponibilidade pode

exigir turnos de plantões entre diferentes indivíduos. Um diferencial positivo é que o capelão é um membro da equipe multidisciplinar; como tal, espera-se que ele faça anotações em prontuário e que participe das reuniões clínicas, oferecendo perspectivas sobre o estado religioso-espiritual dos pacientes.

Tendo como público-alvo os pacientes e seus familiares: muitas vezes o grau de sofrimento religioso-espiritual do paciente não tem uma relação direta com a gravidade clínica. Não é raro que um paciente com prognóstico favorável tenha um enfrentamento desfavorável, e vice-versa. Assim, é sempre útil diferenciar queixa principal de inquietação principal (em inglês, *chief complaint X chief concern*). Os pacientes que geralmente têm as maiores necessidades religiosas-espirituais tendem a ser aqueles com falta de vitalidade, com falta de apoio em diversas dimensões, e com falta de sustentação pela fé (WINTER-PFÄNDLER *et al.*, 2011). Um estudo com 369 pacientes ambulatoriais de oncologia em Nova York (ASTROW *et al.*, 2007) mostrou que suas necessidades religiosas-espirituais principais eram: encontrar significado na vida; encontrar esperança; superar medos; falar sobre o significado da vida; falar sobre a morte e o morrer; e encontrar paz de espírito. Situações terminais com pacientes em condição peri-óbito criam um grupo particular de pessoas necessitadas de apoio religioso-espiritual, incluindo familiares em processo de luto.

Tendo como público-alvo os profissionais de saúde: a religiosidade-espiritualidade do profissional de saúde costuma ser um tema negligenciado. Porém, o assunto deveria ser mais explorado, já que estas características podem afetar o exercício da profissão de várias maneiras: 1. a importância dada à religiosidade do paciente depende do nível de religiosidade do médico (VOLTMER *et al.*, 2014); 2. as orientações religiosas-espirituais do médico podem influenciar sua tomada de decisões clínicas (RAMONETTA *et al.*, 2011); 3. é um potencial recurso para controlar estresse, prevenir *burnout*, evitar comportamentos desajustados (SALMOIRAGO-BLOTCHER *et al.*, 2016). O serviço de AREH pode colaborar com o bem-estar religioso-espiritual do profissional de saúde, dando-lhes apoio em seus encargos estressantes, e aliviando suas tarefas ao servir como intermediário no diálogo entre os pacientes e a equipe clínica.

SITUAÇÃO NO BRASIL E NO MUNDO

No Brasil, a Lei Federal nº 9.982, de 14 de julho de 2000, garante o direito da prestação da assistência religiosa-espiritual nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares. Em resumo, ela assegura aos religiosos de todas as confissões o acesso aos hospitais para dar atendimento religioso aos internados, desde que em comum acordo com estes, ou com seus familiares no caso de doentes que já não mais estejam no gozo de suas faculdades mentais. Pela Lei, os religiosos chamados a prestar assistência deverão, em suas atividades,

acatar as determinações legais e normas internas de cada instituição, a fim de não pôr em risco as condições do paciente ou a segurança do ambiente hospitalar. Cada estado possui também suas leis regionais. Por exemplo, no estado de São Paulo, a Lei nº 10.066, de 21 de julho de 1998, dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva, e é regulamentada pelo Decreto nº 44.395, de 10 de novembro de 1999.

Apesar destas leis garantirem o acesso à assistência religiosa-espiritual, elas não especificam como isto deve ser feito. No Brasil, não existe a regulamentação legal da atividade de capelão como exercício profissional. No passado já foi tentado regulamentar a profissão de capelão cristão pelo Projeto de Lei Federal nº 6.817-A, de 2006, mas algumas inadequações da proposta levaram à rejeição do projeto pela Câmara dos Deputados. Assim, a atividade de capelania hospitalar no Brasil não conta com a estruturação profissional e legal que existe em outros países. Na América do Norte, por exemplo, existe a figura do capelão profissional de saúde. Como pré-requisito, ele deve ter uma educação teológica ou equivalente, com endosso por uma comunidade religiosa. Então, passa por uma educação pastoral clínica em formato de pós-graduação (em 1 ano, cumpre 100 horas teóricas e 300 horas práticas) (VANDECREEK; BURTON, 2001). Ao receber sua certificação, ele adere ao código de ética dos capelães profissionais. Periodicamente, ele passa por uma recertificação, onde deve demonstrar crescimento profissional através de atividades de educação continuada.

Pela falta de regulamentação no Brasil, os autores (citar autores) sugerem a seguir alguns valores que poderiam guiar qualquer serviço de AREH:

Missão: promover apoio humanitário, conforto e bem-estar ao paciente internado, usando valores espirituais universais para o fortalecimento da fé, otimismo, esperança e paciência.

Visão: ser, para o paciente internado, um lembrete do potencial da fé para sustentar, guiar e aliviar, durante a doença e seu tratamento.

Garantias: gratuidade (nenhum valor cobrado do assistido); sigilo (proteção das informações); humanismo (o assistido em primeiro lugar); neutralidade (não-interferência nas condutas clínicas); respeito (às normas do hospital e às limitações derivadas da internação).

PERSPECTIVAS E CONCLUSÕES

A associação entre bem-estar religioso-espiritual e saúde física e mental é particularmente importante durante uma internação hospitalar. Assim, o cuidado da saúde destes pacientes deve idealmente contemplar as dimensões física, mental, social e espiritual. Como pode haver diversas expressões religiosas ou não-religiosas da espiritualidade, a AREH deve ser customizada às necessidades presentes. Alguns pacientes podem estar em sofrimento religioso-espiritual por impactos negativos da doença, da incapacidade

e da perspectiva da morte. Isto pode ser contrabalanceado pelos impactos positivos da AREH. Importante lembrar que os clientes do apoio espiritual não são apenas os pacientes, mas também seus familiares e os profissionais de saúde. As formas de fornecer assistência religiosa-espiritual podem ser bem variadas: pode focar uma denominação religiosa específica ou ser interfé; pode ser ofertado por um ministro religioso ou por um voluntário treinado; pode vir de um capelão da instituição ou de um visitante externo.

O papel do hospital é atender a estas necessidades dentro de um programa abrangente de cuidado centrado no paciente, num conceito de humanização da experiência da internação. Alguns gestores ainda relutam em implantar um serviço de AREH, geralmente por experiências negativas do passado ou por temor de que isto prejudique a rotina clínica. Porém, devem entender que a visita ocasional de um clérigo da comunidade tem muitas limitações e não substitui uma iniciativa institucional. Os gestores devem ser informados de que a assistência religiosa-espiritual hospitalar tem relação com a satisfação do paciente e com padrões de qualidade. Os médicos também precisam entender que prestar atenção aos valores culturais e às crenças de fé dos pacientes, e adaptar a abordagem terapêutica às necessidades identificadas, é boa medicina.

Os autores do presente artigo esperam que estas informações fomentem ações que aproximem o Brasil de modelos de AREH já existentes em outros países. A profissionalização desta atividade pode ser um caminho para o avanço do oferecimento deste serviço. Sem desmerecer os esforços do trabalho filantrópico bem-intencionado, a assistência especializada e devidamente remunerada combina melhor com o padrão de qualidade esperado de um hospital. O curso ideal para a formação destes ofertadores deverá combinar conhecimentos originados de congregações de fé e de institutos de saúde.

REFERÊNCIAS

- ASTROW, A. B.; WEXLER, A.; TEXEIRA, K.; KAI, H. M.; SULMASY, D. P. Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? **Journal of Clinical Oncology**, v. 25; n. 36; p.5753-5757, dec. 2007.
- BALBONI, T. A.; PAULK, M. E.; BALBONI, M. J.; PHELPS, A. C.; LOGGERS, E. T.; WRIGHT, A. A.; BLOCK, S. D.; LEWIS, E. F.; PETEET, J. R.; PRIGERSON, H. G. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. **Journal of Clinical Oncology**, v. 28, p.445-52, 2010.
- BALBONI, T.; BALBONI, M.; PAULK, M. E.; PHELPS, A.; WRIGHT, A.; PETEET, J.; BLOCK, S.; LATHAN, C.; VANDERWEELE, T.; PRIGERSON, H. Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. **Cancer**, v. 117, n. 23, p.5383-91, dec. 2011.

- GREENE, A. Body, Mind, Spirit: Hospital Chaplains Contribute to Patient Satisfaction and Well-Being. **The Source for Joint Commission Compliance Strategies**, v. 16, n. 1, p. 6-12, jan. 2018.
- HANDZO, G.; KOENIG, H. G. Spiritual Care: Whose Job Is It Anyway? **Southern Medical Journal**, v. 97, n. 12, p. 1242-1244, 2004.
- HARRIS, S. Chaplains' Roles as Mediators in Critical Clinical Decisions. **AMA Journal of Ethics**, v. 20, n. 7, p. E670-674. 2018.
- HEFTI, R.; ESPERANDIO, M. R. G. O Modelo Interdisciplinar de Cuidado Espiritual – Uma Abordagem Holística de Cuidado ao Paciente. **Horizonte - Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião**, v. 14, n. 41, p. 13-47, jan./mar. 2016.
- JCI - Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. 5a edição. 2014.
- LEE, S. J. C. In a Secular Spirit: Strategies of Clinical Pastoral Education. **Health Care Analysis**, v. 10, n. 4, p. 339-356, 2002.
- MARIN, D. B.; SHARMA, V.; SOSUNOV, E.; EGOROVA, N.; GOLDSTEIN, R.; HANDZO, G. F. "Relationship between chaplain visits and patient satisfaction." **Journal of health care chaplaincy**, v. 21, n. 1, p. 14-24, 2015.
- MASSEY, K.; BARNES, M. J.; VILLINES, D.; GOLDSTEIN, J. D.; PIERSON, A. L. H.; SCHERER, C.; LAAN, B. V.; SUMMERFELT, W. T. What Do i Do? Developing a Taxonomy of Chaplaincy Activities and Interventions for Spiritual Care in Intensive Care Unit Palliative Care Palliative Care. **BMC Palliative Care**, v. 14, p.10, apr. 2015.
- PERES, M. F. P. et al. Religious landscape in Brazil: Comparing different representative nationwide approaches to obtain sensitive information in healthcare research. **SSM - population health**, v. 6, p. 85-90, sep. 2018.
- RAMONETTA, L.; BROWN, A.; RICHARDSON, G.; URBAUER, D.; THAKER, P. H.; KOENIG, H. G. et al. Religious and spiritual beliefs of gynecologic oncologists may influence medical decision making. **International journal of gynecological cancer**, 2011, v. 21, n. 3, p.573-81.
- SAAD, M.; DE MEDEIROS, R. Spiritual-Religious Coping – Health Services Empowering Patients' Resources. In: Saad, Marcelo (editor): *Complementary Therapies for the Contemporary Healthcare*. InTech Publisher, Rijeka, Croatia. 2012a.
- SAAD, M.; DE MEDEIROS, R. Alinhamento entre crenças religiosas do paciente e tratamento hospitalar. **Educação Continuada em Saúde Einstein**, v.10, n. 1, p. 36-7, 2012b.
- SAAD, M.; DE MEDEIROS, R. Programs of religious/spiritual support in hospitals - five "Whies" and five "Hows." **Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine**, v. 11, n. 1, p. 5, 2016.
- SAAD, M.; DE MEDEIROS, R. Implications for public health of the religiosity-longevity relation. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [s.l.], v. 63, n. 10, p.837-841, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.10.837>.
- SAAD, M. et al. Coalizão Inter-Fé em Saúde e Espiritualidade: uma experiência de diálogo inter-religioso. **Caminhos de Diálogo**, [s.l.], v. 5, n. 7, p.27-30, 13 dez. 2017. Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR.
- SAAD, M.; DE MEDEIROS, R.; MOSINI, A. C. Are We Ready for a True Biopsychosocial-Spiritual Model? The Many Meanings of "Spiritual". **Medicines**, v. 4, n. 4, p. 79. 2017.
- SALMOIRAGO-BLOTCHER, Elena., FITCHETT, George; LEUNG, Katherine; VOLTURO, Gregory; BOUDREAU, Edwin; CRAWFORD, Sybil; OCKENE, Ira; CURLIN, Farr. An exploration of the role of religion/spirituality in the promotion of physicians' wellbeing in Emergency Medicine. **Preventive medicine reports**. 2016, v. 3, p. 189-195.
- VANDECREEK, Larry, BURTON, Laurel. A White Paper. Professional chaplaincy: its role and importance in healthcare. **Journal of Pastoral Care**; v. 55, n. 1, p. 81-97. 2001.
- VANDECREEK, Larry. Defining and advocating for spiritual care in the hospital. **Journal of Pastoral Care & Counseling**; v. 64, n. 2, p. 1-10, 2010.
- VOLTMER, Edgar; BUSSING, Arndt; KOENIG, Harold G & ZABEN, Faten. Religiosity/Spirituality of German doctors in private practice and likelihood of addressing R/S issues with patients. **Journal of Religion and Health**, v. 53, n. 6, p. 1741-1752, 2014.
- WHO - World Health Organization (2002) Pastoral Intervention Codings, International Classification of Diseases. Geneva, ICD-10-AM. V. 10, 3rd Edition
- WILLIAMS, Joshua A., MELTZER, David; ARORA, Vineet; CHUNG, Grace & CURLIN, Farr A. Attention to inpatients' religious and spiritual concerns: predictors and association with patient satisfaction. **Journal of general internal medicine**, v. 26, n.11, p. 1265-1271. jul. 2011.
- WINTER-PFÄNDLER, Urs, MORGENTHALER, Christoph. Who needs chaplain's visitation in general hospitals? Assessing patients with psychosocial and religious needs. **Journal of Pastoral Care & Counseling**, v. 65, n. 1-2, p. 1-9, 2011.

Camilla Casaletti Braghetta^{1,2}
Marina Aline de Brito Sena²
Mario Fernando Prieto Peres²
Katya Stubing²
Maria Cristina de Barros²
Frederico Camelo Leão²

¹Departamento de Psiquiatria,
Escola Paulista de Medicina,
Universidade Federal de São Paulo,
São Paulo, Brasil.

²Programa de Saúde Espiritualidade
e Religiosidade (ProSER), Instituto
de Psiquiatria, Hospital das
Clínicas, Faculdade de Medicina,
Universidade de São Paulo, Brasil.

✉ **Camilla Braghetta**
Rua Major Maragliano, 241, Vila
Mariana, São Paulo, Brasil
CEP 04017-030
📧 camilla.braghetta@unifesp.br

RESUMO

O presente trabalho descreve o desenvolvimento e relato de experiências do Programa de Saúde Espiritualidade e Religiosidade – ProSER. O ProSER foi implantado em 2008, com a finalidade de promover uma atenção mais ampla às necessidades espirituais e religiosas no contexto de saúde, bem como produzir e difundir conhecimento na interface saúde, espiritualidade e religiosidade para centros acadêmicos e instituições de saúde. Esse estudo tem como objetivo descrever a trajetória e atuação do ProSER nas áreas de ensino, pesquisa e assistência. A atuação do ProSER tem promovido mudanças nos cuidados em saúde, por meio de suas modalidades de assistência, além da disseminação de conhecimento para outros profissionais de saúde e centros acadêmicos, através de trabalhos científicos e cursos.

Palavras-chave: Espiritualidade; Terapias Espirituais; Atenção Plena; Ioga.

ABSTRACT

This paper describes the development and reporting of ProSER - Spirituality and Religiousness Health Program's experiences. ProSER was founded in 2008 to promote broader attention to spiritual and religious needs in health context, as well as to produce and disseminate knowledge at the health, spirituality and religiosity interface for academic centers and health institutions. This study aims to describe the trajectory and performance of ProSER in the areas of training, research and care. ProSER's work has promoted changes in health care mindset through its assistance modalities, as well as the dissemination of knowledge to other health professionals and academic centers, through scientific articles, classes and courses.

Keywords: Spirituality; Spiritual therapies; Mindfulness; Yoga.

Submetido: 28/05/2019
Aceito: 01/10/2019

INTRODUÇÃO

O Brasil apresenta alta prevalência de praticantes de religiosidade/espiritualidade (R/E) possuindo, portanto, um potencial religioso/espiritual expressivo. Segundo dados do último Censo populacional, apenas 8% das pessoas não têm religião formal (IBGE, 2010). Um estudo representativo da população brasileira mostrou que 83% dos indivíduos consideram religião muito importante para suas vidas e 37% frequentavam um serviço religioso pelo menos uma vez por semana (MOREIRA-ALMEIDA, 2010).

Necessidades físicas, emocionais, sociais, existenciais e espirituais são necessidades humanas universais, fundamentais para pessoas saudáveis e de especial importância para indivíduos com algum tipo de doença. Indivíduos relatam recorrer à R/E em situações de adoecimento, como um recurso importante para o enfrentamento da situação (PANZINI; BANDEIRA, 2007). Os serviços de saúde, conseqüentemente, deveriam privilegiar um modelo biopsicossocial-espiritual de cuidados. No entanto, ainda existem várias limitações no sistema de saúde que dificultam tratar adequadamente todas essas necessidades (BUSSING; KOENIG, 2010).

Na área de psiquiatria e saúde mental em particular, levando-se em consideração que crenças e valores espirituais fazem parte da experiência cultural do paciente, estas podem se apresentar como um meio para lidar com os problemas emocionais, influenciando atitudes de pessoas em relação à sua experiência com o sofrimento psíquico, melhorando o sentimento de pertencimento e integração social. Abordar este tema também pode favorecer o relacionamento com os profissionais de saúde mental, bem como aumentar a confiança e a adesão ao tratamento. O objetivo de inserir a dimensão espiritual/religiosa é oferecer estratégias de prevenção/intervenção culturalmente sensíveis no contexto de saúde (MANDHOUJ; HUGUELET, 2016).

O interesse acadêmico pelo tema está se expandindo de maneira notável, em particular no contexto brasileiro. Um estudo realizado recentemente mostrou que o Brasil é o quinto país que mais publica artigos na área de E/R em todo o mundo (LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014). Este campo de pesquisa aumentou no país, assim como no panorama mundial, particularmente na última década. Também foi verificada uma predominância de questões relacionadas à saúde mental, com a maioria das publicações em jornais no campo da psiquiatria, da saúde pública e de enfermagem (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2014; DAMIANO *et al.*, 2016).

Outros exemplos de que este tópico tem tido relevância no meio clínico e científico são grandes associações de classe profissional e organizações mundiais abordando o tema, incorporando R/E em instrumentos de mensuração, manuais e outros tipos de orientações a profissionais e pesquisadores.

A *World Psychiatry Association* (WPA), em sua seção sobre Espiritualidade, Religiosidade e Psiquiatria, lançou recentemente uma declaração de posicionamento sobre R/E

em psiquiatria (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2016). Os autores propõem recomendações para a prática de psiquiatras em seu cotidiano profissional e aponta necessidades de aprofundamento nesta área. As recomendações englobam alguns dos seguintes tópicos: crenças e práticas religiosas/espirituais devem ser rotineiramente consideradas como um componente da história psiquiátrica; a compreensão da religião, espiritualidade e sua relação com transtornos psiquiátricos devem ser considerados como aspectos essenciais da formação psiquiátrica; há necessidade de mais estudos sobre R/E em psiquiatria, em especial sobre aplicações clínicas, que devem abordar a diversidade cultural dos indivíduos e comunidades; a abordagem da R/E deve ser centrada no indivíduo, ou seja, psiquiatras não devem se posicionar, seja através de proselitismo religioso ou sua visão secular de mundo e por fim, os profissionais devem conhecer benefícios e possíveis danos que R/E e outros tipos de crenças pessoais podem provocar, e devem estar dispostos a compartilhar essas informações com a comunidade. Estas orientações oferecem parâmetros cientificamente fundamentados sobre o que psiquiatras devem saber a respeito da R/E e como incluí-las dentro de uma prática culturalmente competente (BHUGRA, 2014).

No panorama brasileiro, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) formou um comitê específico para tratar de assuntos relacionados à incorporação da R/E e as suas implicações para a pesquisa, o ensino e a prática clínica, constituindo-se como uma referência nacional nesta área.

Por conseguinte, verifica-se que o campo R/E tem se expandido de forma consistente em âmbitos nacional e internacional, e encontra no Brasil, em particular, um terreno fértil para o desenvolvimento de estudos e aplicação de práticas fundamentadas com foco em espiritualidade. No presente trabalho, será descrito um relato de experiência do Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade – ProSER – no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, pertencente à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP), que tem por objetivo promover atenção às necessidades religiosas e espirituais dos indivíduos e produzir conhecimento acadêmico nesta área de conhecimento. Este artigo descreve a trajetória e atuação do ProSER desde sua fundação, e sua atuação nas áreas de ensino, pesquisa e assistência.

DESENVOLVIMENTO

Levando-se em consideração a diversidade religiosa do país, a relevância da R/E na saúde e a carência de estudos na área, no ano de 2000 foi fundado no IPq-HC-FMUSP o Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais e Religiosos (NEPER). Como objetivos iniciais, enfatizava-se o estudo e a pesquisa de questões religiosas e espirituais, de acordo com o enfoque científico da psiquiatria e de forma laica, ou seja, não vinculado a nenhuma corrente filosófica ou religiosa (ALMEIDA *et al.*, 2000).

O NEPER teve profícua atividade até o ano de 2006.

Após um período de pausa, retomou suas atividades em 2008 com o nome de ProSER – Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade. Nessa nova fase, o Programa abrange três áreas: pesquisa, ensino e assistência. Na área de pesquisa, prossegue com o trabalho realizado anteriormente, objetivando investigar o impacto da espiritualidade e religiosidade na saúde mental dos indivíduos, através da realização e publicação de estudos científicos e do ingresso de alunos em programas de pós-graduação. Na área de ensino, promove palestras, aulas abertas e cursos de extensão à alunos, residentes e profissionais da área de saúde sobre o campo da R/E. A particularidade desta nova fase foi a consolidação da área de assistência, que oferece atividades terapêuticas que promovem a atenção às necessidades e conflitos espirituais/religiosos em sua relação com a saúde mental. A maior ênfase do âmbito assistencial é abordar a dimensão da espiritualidade e das crenças pessoais dos indivíduos, reconhecendo e respeitando as diferentes formas pelas quais estes entendem e vivenciam a E/R e auxiliando-os na elaboração de recursos provindos de seu sistema de crenças e valores para melhor lidar com o impacto causado pela doença mental.

O ProSER adota referenciais teóricos para conceituar espiritualidade/religiosidade de forma a nortear suas práticas e pesquisas. Entende espiritualidade como uma busca pessoal para a compreensão de respostas a questões fundamentais sobre a vida, sobre sentido e sobre a relação com o sagrado ou transcendente, que pode (ou não) levar ao desenvolvimento de rituais religiosos e formação de comunidades. Já religião pode ser definida como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos que proporcionam a proximidade com o sagrado ou transcendente (Deus, força superior) (KOENIG *et al.*, 2001; LUCCHETTI *et al.*, 2015). Outra definição utilizada pelo grupo é mais abrangente, e compreende a espiritualidade como algo que permite à pessoa experimentar o sentido transcendente na vida, que pode se expressar através da relação com Deus, mas também da relação com a natureza, arte, música, família ou comunidade – qualquer que seja o sistema de crenças e valores que ofereça à pessoa um senso de significado e propósito na vida (PUCHALSKY; ROMER, 2005).

Diferentes modalidades de intervenções com foco em espiritualidade foram desenvolvidas no âmbito do ProSER. As práticas adotadas basearam-se em diversos estudos que apontam benefícios em suas utilizações (CRAMER *et al.*, 2013); (HUGUELET *et al.*, 2011); (FEUILLE; PARGAMENT, 2015).

Uma recente revisão sistemática apontou que determinados protocolos envolvendo intervenções focadas em R/E mostraram benefícios em sintomas clínicos, em especial em ansiedade e estresse, maior adesão ao tratamento e satisfação com os procedimentos. Os autores destacaram que este tipo de abordagem tem como metas agir na modificação do pensamento e comportamento de indivíduos, favorecer a aceitação de sua doença, obter maior apoio social, oferecer compreensão sobre sua existência e incentivo à crença e fé de cada um (GONÇALVES, 2015).

Levando-se em consideração que crenças e práticas religiosas/espirituais constituem uma parte importante da

cultura, em especial da população brasileira, o conhecimento e a valorização do sistema de crenças dos indivíduos colaboram com a aderência destes a abordagens terapêuticas e podem promover melhores resultados. A repercussão da religiosidade/espiritualidade na subjetividade, nos estados de consciência e na saúde mental dos sujeitos tem estimulado profissionais e pesquisadores a desenvolver modelos que potencializem as capacidades de superação (PERES *et al.*, 2007). É importante observar, no entanto, que para estas intervenções com componente espiritual serem aplicáveis em um amplo espectro da população, é necessário abordar a espiritualidade de uma forma não relacionada a uma religião particular (MORITZ *et al.*, 2011).

Uma das atividades mais proeminentes do ProSER foi o desenvolvimento e a aplicação da Anamnese Espiritual do ProSER. Diversos autores preconizam realizar uma avaliação espiritual como parte fundamental de um encontro entre o profissional de saúde e o paciente. É o primeiro passo para incluir esta dimensão na assistência. (ANANDARAJH; HIGH, 2001; HODGE, 2006; LUCCHETTI *et al.*, 2013). Essa anamnese é um questionário semiestruturado (figura 1) desenvolvido pela equipe para avaliar a relação entre espiritualidade/religiosidade e saúde, além de identificar outros tipos de crenças pessoais, permitindo abrir um canal de comunicação sobre o tema, proporcionando uma reflexão inicial sobre seus aspectos. A anamnese é realizada individualmente em entrevistas com duração aproximada de uma hora. Além de promover um mapeamento do perfil espiritual e religioso da população, possui um fim terapêutico, já que suscita reflexões que podem gerar mudanças no comportamento dos pacientes e inclusive sua adesão espontânea a atividades e tratamentos oferecidos na Instituição.

O ProSER realiza uma capacitação aos profissionais, composto de participação em aulas e palestras teóricas sobre o tema e de práticas supervisionadas de aplicação da Anamnese com os pacientes. O curso teórico prático intitulado “Espiritualidade no cuidado em saúde: como conduzir uma avaliação religiosa e espiritual na prática clínica” objetiva oferecer treinamento para a realização da Anamnese espiritual.

Após uma avaliação inicial através da anamnese, o programa oferece assistência, focada em cuidados integrativos, também conhecidos como complementares (ANDRADE; COSTA, 2010), que visa promover o contato com a espiritualidade de cada indivíduo através de uma atividade que incorpore conhecimentos e racionalidades de base tradicional, interagindo com os serviços convencionais médicos.

Dentre as modalidades de intervenção adotadas, uma delas é a meditação mindfulness. O uso dessa prática se apoia no amplo efeito terapêutico positivo da prática meditativa (FORTNEY; TAYLOR, 2010; MARS; ABBEY, 2010; KENG *et al.*, 2011; HULLET; ARMER, 2016). O programa utilizado na assistência do ProSER segue um protocolo adaptado de oito semanas de intervenção, com uma hora de prática semanal em grupo, incentivo de prática diária de pelo menos dez minutos e a manutenção de um diário de anotações. A meditação tem sido conceituada como um treino mental com o objetivo de acalmar

a mente e diminuir características obsessivas do fluxo caótico dos pensamentos, além de promover o controle voluntário do foco de atenção (FORTNEY; TAYLOR, 2010). A meditação *mindfulness* é uma abordagem definida como contendo três pilares: o treino da atenção, que pode ser focada ou ampla; a adoção de uma atitude menos julgadora, com mais aceitação e gentileza; e a intenção de cultivar uma atenção gentil (BISHOP *et al.*, 2004; SHAPIRO *et al.*, 2006). Por ter suas raízes em tradições religiosas, promove o contato com a dimensão espiritual e transcendente (ARIAS *et al.*, 2006). Wachholtz e Pargament (2005) realizaram estudo no qual compararam os resultados entre intervenções com meditação secular e meditação espiritual. Mesmo dentro do contexto de uma intervenção secular, verificaram que muitos dos participantes utilizaram estratégias religiosas ou espirituais para ajudá-los no processo, o que confirma que alguns processos como a meditação e o exercício do perdão carregam em si uma espiritualidade inerente que pode surgir mesmo em contextos seculares. Em um estudo de 2008, Carmody *et al.* encontraram aumento em indicadores de espiritualidade e melhora em índices de saúde correlacionados com o aumento da capacidade de prestar atenção, como treinado em protocolo utilizando meditação *mindfulness*. Outro estudo interessante pesquisou os efeitos de um protocolo de *mindfulness* em sintomas depressivos e o quanto a espiritualidade estaria mediando os efeitos. Os autores concluem que a prática de *mindfulness* produziu redução de sintomas depressivos em todos os indivíduos, independentemente de sua filiação religiosa, mas que o aumento da espiritualidade provocado pela prática também influenciou a redução dos sintomas (GRESSON *et al.*, 2015). A prática da meditação também proporciona melhora do humor, bem-estar espiritual e experiências espirituais (WACHHOLTZ; PARGAMENT, 2005).

A meditação *mindfulness* foi oferecida de forma pioneira na instituição à pacientes ambulatoriais, durante dois anos. Este trabalho se transformou em um projeto de mestrado com um ensaio clínico controlado. O estudo, realizado por Stubing (2015), desenvolveu e mensurou os efeitos de uma intervenção baseada em *mindfulness* para pacientes adultos, internados, com diagnóstico principal de transtorno alimentar em contraste com um grupo controle recebendo tratamento usual. O protocolo se compôs de dezesseis sessões semi-estruturadas, com exercícios de meditação formal mesclados com discussão de temas pertinentes à abordagem. As hipóteses primárias do estudo foram confirmadas, com redução significativa em medidas de ansiedade e efeito terapêutico robusto (BAI – *Beck Depression Inventory*; $p < 0,001$ e $d = 1,26$); e redução significativa em medidas de depressão e efeito terapêutico robusto (BDI – *Beck Depression Inventory I*; $p < 0,001$ e $d = 1,06$) apenas para o grupo intervenção. Conforme já mencionado, este estudo deu bases para outras intervenções que estão sendo realizadas na Instituição, o que inclui treinamento de profissionais envolvidos no tratamento a estes transtornos.

A Psicologia Transpessoal também tem papel significativo no ProSER. Segundo este referencial teórico,

formalizado a partir de 1968 nos Estados Unidos, a Transpessoal constitui-se a quarta força na Psicologia, depois do Behaviorismo, da Psicanálise e do Humanismo. Nessa abordagem, o homem é um ser biológico, psicológico, social e espiritual. A inclusão da dimensão espiritual diferencia a Transpessoal das outras linhas da Psicologia, especialmente as Racionalistas. A espiritualidade é considerada uma dimensão natural do ser humano, que o impele a buscar sentido para a vida e transcender, superando o sofrimento causado pela percepção parcial e dual da realidade. Segundo um de seus principais autores, Abraham Maslow, o ser humano desenvolve-se continuamente ao longo da vida, almejando alcançar estados mais unitivos e integrados de consciência (MASLOW, 1969). Entre os conceitos da Psicologia Transpessoal, há o princípio de transcendência, que indica o impulso em direção ao despertar espiritual por meio da valorização das experiências transpessoais. Tais experiências são sentidas como reais e possuem características como: maior intensidade de percepção da realidade, sensação de que todos os elementos que a compõem possuem vida e estão conectados, sensação de unidade e plenitude, compreensão intuitiva sobre as causas dos fenômenos e as relações entre eles, entre outros. A valorização e o trabalho com tais experiências podem promover a integração de aspectos sombrios e saudáveis no indivíduo, de forma complementar e harmoniosa, levando a transformações profundas. Indivíduos tocados pela dimensão espiritual ou transpessoal podem então desenvolver qualidades de resiliência, amorosidade, aceitação e a vivência de valores construtivos (SALDANHA, 2008).

A abordagem terapêutica da Psicologia Transpessoal é oferecida no ProSER, através de atendimentos individuais a pacientes adultos de ambulatório, que possuem interesse pelas questões espirituais. A partir das respostas obtidas pela anamnese espiritual é construído um plano de cuidados específico e individualizado, dentro do modelo de psicoterapia breve. Nas sessões são utilizados recursos de interação verbal, e também imaginação ativa, exercícios de visualização, relaxamento mental, grafismo, realização de mandalas, entre outros (BARROS; SPLENDORE, 2016), que garantem o trabalho com a dimensão espiritual de forma laica e dentro de uma linguagem psicológica.

Dentro do projeto de assistência oferecido pelo ProSER também há a intervenção em *yoga*, voltada apenas à funcionários da Instituição. O *yoga* é um sistema de conhecimentos teórico-prático de origem indiana, que possui viés filosófico, sem vínculo proselitista, ritualista ou dogmático. No ProSER a abordagem é através da linha chamada *Raja Yoga*, composta de posturas físicas (*ásanas*), exercícios respiratórios (*pranayamas*), exercícios de concentração (*dharana*) e de meditação (*sati/dhyana*), além da reflexão de textos clássicos que fundamentam a prática. O propósito dessa abordagem é promover ao praticante uma possibilidade de experimentação dos fenômenos físicos e psíquicos a partir de um estado de relaxamento e de interação entre os aspectos que compõe o indivíduo: mente, corpo e espírito. Uma revisão sistemática mostrou que a prática de *yoga* promove a

resposta de relaxamento, reduzindo significativamente efeitos patofisiológicos do estresse (BERNARDI, 2001; GALANTINO *et al.* 2008) e quando analisada dentro do contexto laboral, a prática de yoga está associada a diminuição de dores musculoesqueléticas, ao aumento do bem-estar emocional e da resiliência ao estresse: (HARTFIEL *et al.*, 2012; HARTFIEL *et al.*, 2011; TILBROOK *et al.*, 2011).

O grupo também desenvolve atividades no ambulatório de psiquiátrica geriátrica, as quais compreendem a aplicação da anamnese espiritual adaptada aos pacientes idosos e outros instrumentos de avaliação de espiritualidade e religiosidade. O objetivo é conhecer o perfil de R/E da população de idosos com transtornos psiquiátricos. Além disso, como intervenção terapêutica, os idosos também são convidados a participar de uma oficina de mandalas. O conceito de mandala é derivado da tradição budista e significa "círculo" em sânscrito. Ficou conhecida no ocidente devido a Carl Jung ter incorporado esta técnica na Psicologia. As mandalas possibilitam contato com a espiritualidade à medida que proporcionam maior consciência de estados subjetivos, maior contato com aspectos não racionais e intuitivos, maior clareza na avaliação do seu comportamento e do comportamento dos outros sobre si mesmos, reconhecimento de pontos fortes de sua personalidade e de suas limitações (MARSHALL, 2003).

Além disso, pesquisas acadêmicas têm sido desenvolvidas na pós-graduação do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, produzindo teses, dissertações e outras publicações com a orientação dos professores Homero Vallada, Mário Peres e Frederico Leão (KOZASA, 2012; LUCCHETTI, 2012; PERES *et al.*, 2012; PERES; NEWBERG, 2013; STUBING, 2015; LUCCHETTI, 2013; GONÇALVES, *et al.*, 2015; LUCCHETTI *et al.*, 2016; MENEGATTI-CHEQUINI *et al.*, 2016; BRAGHETTA, 2017; GONÇALVES *et al.*, 2017; PERES *et al.*, 2018; MENEGATTI-CHEQUINI, 2019). No campo do ensino, duas disciplinas são atualmente oferecidas na pós-graduação, a primeira intitulada como "Pesquisa em Religiosidade e Espiritualidade na Saúde Física e Mental"; e a segunda, como "Escrita e Publicação Científica em Saúde"; além disso o ProSER atua no curso "Residência em Área Uniprofissional – Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica" com a disciplina de "Religiosidade e Espiritualidade".

CONSIDERAÇÕES

O ProSER concretizou diversos projetos acadêmicos, assistenciais e na área de ensino. Na área de ensino, teve grande impulso através de suas reuniões abertas a profissionais de saúde; os cursos de formação, que visam capacitar profissionais a integrarem R/E na prática através do entendimento de como realizar uma anamnese religiosa/espiritual; e também seminários de metodologia de pesquisa em saúde e espiritualidade. Na área de pesquisa, ampliou linhas de estudo e tem contribuído com publicações em revistas de impacto, com especial interesse em temas como métodos

de avaliação de espiritualidade e religiosidade, mediunidade e outros fenômenos anômalos, práticas contemplativas e complementares.

A assistência oferecida pelo ProSER, da mesma forma, tem sido amplamente aceita por parte dos pacientes atendidos. Pode-se citar como exemplo o programa de meditação *mindfulness* implementado durante a pesquisa de uma das colaboradoras do Programa, que foi ampliado a pedido dos próprios professores e equipe da Instituição. Atualmente, o treinamento em meditação *mindfulness* é oferecido também a profissionais de saúde, que serão multiplicadores desta técnica para os pacientes. Isso corrobora com estudos que demonstram que o treinamento focado em R/E para alunos e profissionais da área da saúde melhora a relação paciente-médico e a compreensão das necessidades espirituais do paciente, através da atenção depositada para sua própria espiritualidade e até uma melhor satisfação com o trabalho (MARR *et al.*, 2007; LUCCHETTI *et al.*, 2012).

Apesar de as relações entre R/E e saúde física e mental já terem sido amplamente investigadas, a integração da experiência religiosa/espiritual dos pacientes aos cuidados em saúde ainda necessita de uma sistematização prática fundamentada que possa ser reproduzida em diversos ambientes institucionais, na construção de um atendimento integral e efetivo aos usuários dos serviços (FREITAS *et al.*, 2016).

CONCLUSÃO

Assim como o NEPER, em sua origem, pretendia colaborar para diminuir a insensibilidade cultural da psiquiatria, na produção e difusão do saber ligado aos problemas espirituais e religiosos (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2000), o ProSER avança em seu empenho de contribuir para a promoção de mudanças nos cuidados em saúde nessa Instituição. Isto, porém, exige maiores esforços de sua equipe, somado a um mais amplo envolvimento da Instituição na viabilização de modificações estruturais que favoreçam a construção efetiva de uma prática de atenção verdadeiramente integral ao paciente.

Pode-se citar outras frentes de atuação do ProSER, como as parcerias estabelecidas com outras instituições, participação em eventos e congressos nacionais e internacionais, contribuindo, portanto, na quebra de barreiras para a inserção da espiritualidade na prática clínica de profissionais.

Dentre as conquistas a serem buscadas, uma delas é a inserção da disciplina de espiritualidade e saúde para estudantes de graduação, incentivando a discussão sobre este tópico desde a formação de base do profissional de saúde. O ProSER também visa promover o desenvolvimento da competência cultural na prática clínica dos profissionais de saúde. Outro desafio é criar maior espaço para práticas integrativas no enfrentamento dos problemas de saúde, de uma forma complementar às práticas convencionais, visando,

entre outros objetivos, humanizar o cuidado e reduzir os custos em saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos voluntários que colaboram com o ideal e com os projetos do ProSER.

CONFLITO DE INTERESSE

Os pesquisadores afirmam que não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. M. *et al.*—Núcleo de estudos de problemas espirituais e religiosos (Neper). **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 27, n. 02, p. 113-115, 2000.
- ANANDARAJAH, G.; HIGHT, E. Spirituality and medical practice. **American Family Physician**, v. 63, n. 1, p. 81-88, 2001.
- ANDRADE, J. T.; COSTA, L. F. A.. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, v. 19, p. 497-508, 2010.
- ARIAS, A. J. *et al.*: Systematic review of the efficacy of meditation techniques as treatments for medical illness. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 12, n. 8, p. 817-832, 2006.
- BARROS, M.C.M.; SPLENDORE, L. Transpersonal integrative counseling for psychiatric outpatients in Brazil: caring for the spiritual needs of mental health patients. In: McMULLIN, I.; HESS, R. U.; BOUCOUVALAR, M. **Metamorphosis through conscious living: a transpersonal psychology perspective**. United Kingdom: Cambridge Scholars Publishing, 2016. p. 301-308.
- BERNARDI, L. *et al.* Breathing patterns and cardiovascular autonomic modulation during hypoxia induced by simulated altitude. **Journal of Hypertension**, v. 19, n. 5, p. 947-958, 2001.
- BISHOP, S. R.; *et al.* Mindfulness: a proposed operational definition. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 11, n. 3, p. 230-241, 2004.
- BHUGRA, D. The WPA Action Plan 2014-2017. **World Psychiatry**, v. 13, n. 3, p. 328 2014.
- BRAGHETTA C. C. **Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar espiritualidade**: Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade (ARES). 2017. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo de 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.sht>>. Acesso em: 30/03/2019.
- BÜSSING, A.; KOENIG, H. G. Spiritual needs of patients with chronic diseases. **Religions**, 2010.
- CARMODY, J.; REED, G.; KRISTELLER, J.; MERRIAM, P. Mindfulness, spirituality, and health-related symptoms. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 64, n. 4, p. 393-403, 2008.
- CRAMER, H. *et al.* Yoga for depression: a systematic review and meta-analysis. **Depression and Anxiety**. v. 30, n. 11, p. 1068-1083, 2013.
- DAMIANO, R. F. *et al.* Brazilian scientific articles on Spirituality, Religion and Health. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 11-16, 2016.
- FEUILLE, M.; PARGAMENT, K. Pain, mindfulness, and spirituality: a randomized controlled trial comparing effects of mindfulness and relaxation on pain-related outcomes in migraineurs. **Journal of Health Psychology**, v. 20, n. 8, p. 1090-1106, 2015.
- FORTNEY, L.; TAYLOR, M. Meditation in medical practice: a review of the evidence and practice primary care. **Clinics in Office Practice**, v. 37, n. 1, p. 81-90 2010.
- FREITAS, M.H.; TURRA, V.; ZANETI, N.B. Religiosidade, saberes tradicionais e saúde no Brasil. **Na Fronteira da Psicologia com os Saberes Tradicionais: Práticas e Técnicas**, São Paulo, v. 2, n.1, p 73-78.
- GALANTINO, M. L.; GALBAVY, R.; QUINN, L. Therapeutic effects of yoga for children : a systematic review of the literature. **Pediatric physical therapy** : the official publication of the Section on Pediatrics of the American Physical Therapy Association, n. 20, p. 66-80, 2008.
- 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**, v. 45, n. 14, p. 2937-2949, 2015.
- _____-. Complementary religious and spiritual interventions in physical health and quality of life: a systematic review of randomized controlled clinical trials. **PLoS One**, v. 12, n. 10, p. e0186539 2017.

- GREESON, J. M. *et al.* Decreased symptoms of depression after mindfulness-based stress reduction: potential moderating effects of religiosity, spirituality, trait mindfulness, sex, and age. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 21, n. 3, p. 166-174, 2015.
- HARTFIEL, N. *et al.* Yoga for reducing perceived stress and back pain at work. **Occupational Medicine**, v. 62, n. 8, p. 606-612, 2012.
- HARTFIEL, N. *et al.* The effectiveness of yoga for the improvement of well-being and resilience to stress in the workplace. **Scandinavian Journal of Work, Environment and Health**, p. 70-76, 2011.
- HODGE, D. R. A template for spiritual assessment: a review of the JCAHO requirements and guidelines for implementation. **Social Work**, v. 51, n. 4, p. 317-326, 2006.
- HUGUELET P. *et al.* A randomized trial of spiritual assessment of outpatients with schizophrenia: patients and clinicians experience. **Psychiatric Services**, v. 62, n. 1, p. 79-86, 2011.
- HULETT, J. M.; ARMER, J. M. A systematic review of spiritually based interventions and psychoneuroimmunological outcomes in breast cancer survivorship. **Integrative Cancer Therapies**, v. 15, n. 4, p. 405-423, 2016.
- KENG, S. L.; SMOSKI, M. J.; ROBINS, C. J. Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. **Clinical Psychology Review**, v. 31, n. 6, p. 1041-1056, 2011.
- KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M. E.; LARSON, D. B. Handbook of Religion and Health. [s.l.]: Oxford University Press, 2001.
- KOZASA, E.H. *et al.* The effects of meditation-based interventions on the treatment of fibromyalgia. **Currents Pain Headache Reports**, v. 16, n. 5, p. 383-387, 2012.
- LUCCHETTI, G. *et al.* Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). **Journal of Religion and Health**, v. 51, n. 2, p. 579-586, 2012.
- LUCCHETTI, G.; BASSI, R. M.; LUCCHETTI, A. L. G. Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments. **Explore The Journal of Science and Healing**, v. 9, n. 3, p. 159-170, 2013.
- LUCCHETTI, A. L. G. Descrição da terapia complementar religiosa em centros espíritas da cidade de São Paulo com ênfase na abordagem sobre problemas de saúde mental. 2013. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- LUCCHETTI, A.L. *et al.* Mental and physical health and spiritual healing: an evaluation of complementary religious therapies provided by spiritist centers in the city of São Paulo, Brazil. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 40, n. 3, p. 404-421, 2016.
- LUCCHETTI, G. *et al.* Spirituality or religiosity: Is there any difference? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 37, n. 1, p. 83-83, 2015.
- LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. Spirituality, religion and health: over the last 15 years of field research (1999-2013). **International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 48, n. 3, p. 199-215, 2014.
- LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; PUCHALSKI, C. M. Spirituality in medical education: global reality? **Journal of Religion and Health**, v. 51, n. 1, p. 3-19, 2012.
- LUKOFF, D.; LU, F. G.; TURNER, R. Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 18, n. 3, p. 467-485, 2018.
- LUKOFF, D.; LU, F.; TURNER, R. From spiritual emergency to spiritual problem: the transpersonal roots of the new DSM-IV category. **Journal of Humanistic Psychology**, v. 38, n. 2, p. 21-50, 1998.
- MANDHOIJ, O.; HUGUELET, P. Why It Is Important to Talk About Religion. Understanding Suicide: From Diagnosis to Personalized Treatment. Springer International Publishing. Switzerland, p. 259-268, 2016.
- MASLOW, A. Various meanings of transcendence. **Journal of Transpersonal Psychology**, v. 1, n. 1, p. 56, 1969.
- MARR, L.; BILLINGS, J. A.; WEISSMAN, D. E. Spirituality training for palliative care fellows. **Journal of Palliative Medicine**, v. 10, n. 1, p. 169-177, 2007.
- MARS, T. S.; ABBEY, H. Mindfulness meditation practise as a healthcare intervention: a systematic review. **International Journal of Osteopathic Medicine**, v. 13, n. 2, p. 56-66, 2010.
- MARSHALL, M. C. Creative learning: the mandala as teaching exercise. **The Journal Of Nursing Education**, v. 42, n. 11, p. 517-519, 2003.
- 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**, v. 2, n. 6, p. 346-352, 2016.
- MENEGATTI-CHEQUINI, M. C. *et al.* How psychiatrists think about religious and spiritual beliefs in clinical practice: findings from a university hospital in São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 41, n. 1, p. 58-65, 2019
- 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**, v. 36, n. 2, p. 176-182, 2014.
- MOREIRA-ALMEIDA, A. *et al.* Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 1, p. 12-15, 2010.
- MOREIRA-ALMEIDA, A. *et al.* WPA position statement on spirituality and religion in psychiatry. **World Psychiatry**, v. 15, n. 1, p. 87-88, 2016.
- MORITZ, S. *et al.* A spirituality teaching program for depression: qualitative findings on cognitive and emotional change. **Complementary Therapies in Medicine**, v. 19, n. 4, p. 201-207, 2011.
- PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n.1, p. 126-135, 2007.
- PERES, J. F. P.; SIMAO, M. J. P.; NASELLO, A. G.. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Revista de Psiquiatria clínica**, v. 34, n. supl. 1, p. 136-145, 2007.
- PERES, J. F. *et al.* Neuroimaging during trance state: a contribution to the study of dissociation. **PloS One**, v. 7, n. 11, p. e49360, 2012.
- PERES, J. F. P.; NEWBERG, A. Neuroimaging and mediumship: a promising research line. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 40, n. 6, p. 225-232, 2013.
- PERES, M. P. P. *et al.* Religious landscape in Brazil: comparing different representative nationwide approaches to obtain sensitive information in healthcare research. **SSM: Population Health**, v. 6, p. 85-90, 2018.
- PUCHALSKI, C.; ROMER, A. L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. **Journal of Palliative Medicine**, v. 3, n. 1, p. 129-137, 2005.
- SALDANHA, V. **Psicologia Transpessoal: abordagem integrativa: um conhecimento emergente da psicologia da consciência**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2008.
- STUBING, K. **Uma intervenção com meditação para pacientes internados com transtorno alimentar**. 2015. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo-
- SHAPIRO, S. L. *et al.* Mechanisms of mindfulness. **Journal of Clinical Psychology**, v. 62, n. 3, p. 373-386, 2006.
- SMITH, T. B.; BARTZ, J.; RICHARDS, P. S. Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: a meta-analytic review. **Psychotherapy Research**, v. 17, n.6, p. 643-655, 2007.
- TILBROOK, H. E. *et al.* Yoga for chronic low back pain: a randomized trial. **Annals of Internal Medicine**, v. 155, n. 9, p. 569-578, 2011.
- TURNER, R. P. *et al.* Religious or spiritual problem: a culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 183, n. 7, p. 435-444, 1995.
- WACHHOLTZ, A. B.; PARGAMENT, K. I. Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation, and relaxation on spiritual, psychological, cardiac, and pain outcomes. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 28, n. 4, p. 369-384, 2005.
- WHO SRPB GROUP. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. **Social Science and Medicine**, v. 62, n. 6, p. 1486-1497, 2006.

Rodolfo Furlan Damiano¹
Alessandra L. G. Lucchetti²
Giancarlo Lucchetti²

¹Universidade de São Paulo,
Instituto de Psiquiatria – São
Paulo, SP.

² Universidade Federal de Juiz
de Fora, Faculdade de Medicina,
Departamento de Clínica Médica –
Juiz de Fora, MG.

✉ **Giancarlo Lucchetti**
Federal University of Juiz de Fora
Av. Eugênio do Nascimento s/n
Dom Bosco, Juiz de Fora – MG
CEP: 36038-330,
📧 g.lucchetti@yahoo.com.br

Submetido: 29/03/2019
Aceito: 28/05/2019

RESUMO

Introdução: Paralelamente ao avanço da interface “Saúde e espiritualidade” (E/R) no campo de pesquisa, há um crescimento no ensino dessa temática em universidades brasileiras e internacionais. **Objetivo:** O objetivo desse estudo é fornecer um panorama do ensino de temas relacionados a “saúde e espiritualidade” na graduação em saúde no mundo, com particular enfoque na educação médica brasileira. **Material e Métodos:** Revisão narrativa baseada na busca em bases de dados nacionais e internacionais, assim como na experiência dos autores. **Resultados:** Nas últimas décadas houve um crescimento importante na área de ensino em E/R, com um nítido predomínio de países de língua inglesa. Países como Estados Unidos, Canadá e Reino Unido apresentam-se com destaque tanto em pesquisa como no ensino da temática, sendo que as diretrizes seguidas mundialmente partem predominantemente do continente norte-americano. No Brasil, encontramos estudos que abordam a temática na educação médica Brasileira, com um predomínio marcante de estudos transversais abordando professores e estudantes de medicina. A maioria das escolas brasileiras ainda não possui uma inserção consistente da temática na grade curricular, apesar de um levantamento recente mostrar a existência de quarenta e cinco ligas acadêmicas de saúde e espiritualidade pelo Brasil. **Conclusão:** O tripé acadêmico de pesquisa, ensino e extensão é de vital importância para a produção e disseminação de novos conhecimentos. Na área de E/R não é diferente, com a literatura nacional e internacional mostrando não apenas um crescimento do interesse, mas também do número de escolas médicas que estão inserindo a temática nas bancadas de graduação. Importante para o futuro que o ensino não seja focado apenas no conteúdo teórico, mas que sejam formados profissionais capacitados para lidar com as questões E/R na prática clínica diária.

Palavras-chaves: Estudantes de Medicina; Educação Médica; Espiritualidade; Religião.

ABSTRACT

Introduction: In parallel with the advancement of the interface “Health and spirituality” (S/R) in the research field, there is a growth of this subject in Brazilian and international universities. **Objective:** The objective of this article is to provide a panorama of the teaching of topics related to S/R in Brazilian and international health education, focusing in Brazilian medical schools. **Material and Methods:** Narrative review using national and international databases, as well as on the authors’ experiences. **Results:** On last decades there is a growth on the field of teaching S/R, with a clear predominance of English-speaking countries. United States, Canada, and the United Kingdom present themselves as a the most prominent countries both on teaching and researching and most of guidelines come from North American continent. In Brazil, we found some studies addressing S/R in Brazilian medical education, with a marked predominance of cross-sectional studies with teachers and medical students. Most of the Brazilian medical schools does not yet present a consistent insertion of the subject on formal curriculum, even though a recent data shows the existence of forty-five academic student groups studying S/R throughout Brazil. **Conclusion:** The university areas of research, teaching and extension is of vital importance for the production and dissemination of new knowledges. In the area of S/R this is not different, with the national and international literature showing not only a growth of interest, but also in the number of medical schools including the theme in graduation setting. Important to stress that the future teaching should not focus only on theoretical content but also in preparing students able to deal with S/R issues in daily clinical practice.

Key-words: Students, Medical; Education, Medical; Spirituality; Religion.

INTRODUÇÃO

Pesquisadores de especialidades médicas e não médicas têm se atentado ao crescente número de publicações na área de saúde, espiritualidade e religiosidade (E/R) (KOENIG, 2013; LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014; KOENIG, 2015). No Brasil, recente revisão apontou um crescimento exponencial a partir do ano de 2003, tanto em pesquisas com foco central em E/R, bem como em pesquisas que utilizam a E/R como uma de suas variáveis (DAMIANO *et al.*, 2016), tendo temas como uso de substâncias, escalas em E/R e educação em saúde entre os mais frequentes (DAMIANO *et al.*, 2016).

No quesito de educação em saúde, diversas são as entidades regulamentadoras que incentivam e sugerem fortemente a inclusão do ensino da E/R em alguma parte do currículo formal ou mesmo adoção de um currículo mínimo em E/R. Dentre elas podemos citar a Associação de Escolas Médicas Americanas (AAMC) (COLLEGES, 1999), a Organização Mundial da Saúde (WHO) (GROUP, 2006), a Associação Mundial de Psiquiatria (WPA) (ASSOCIATION, April 2016), a NANDA (INTERNACIONAL, 2018), assim como a divisão 36 da Associação Americana de Psicologia (ASSOCIATION, 2019). A partir dessas orientações, diversas instituições Brasileiras e Mundiais passaram a adotar a E/R como parte de seu currículo de forma obrigatória ou eletiva (LUCCHETTI *et al.*, 2011; LUCCHETTI; LUCCHETTI; PUCHALSKI, 2012; PUCHALSKI *et al.*, 2014).

Entretanto, apesar das evidências mostrando a importância da E/R na saúde (o que será coberto em outros artigos desta edição da revista) e da crescente inclusão da temática nas escolas médicas e não médicas, há ainda um certa lacuna no ensino dessa temática associada a um receio por parte de diversos professores e diretores ao considerar e abordar a relação entre E/R e as universidades (MARIOTTI *et al.*, 2011).

Nesse sentido, o objetivo dessa revisão é demonstrar por meio de uma literatura atualizada o atual *status* da temática em saúde, espiritualidade e religiosidade nas universidades nacionais e internacionais. Além disso, forneceremos através de exemplos e diretrizes atuais, métodos para educadores interessados poderem iniciar, de modo formal ou informal, uma abordagem sistemática com seus alunos no contexto da E/R.

REVISÃO DE LITERATURA E DISCUSSÃO

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura com ênfase no ensino de saúde e espiritualidade na graduação em medicina e outras áreas de saúde no Brasil e no mundo. Fez-se valer da experiência prévia dos autores, somados a busca recente (março de 2019) em bases de dados como PubMed e SciELO, sem restrição de data e com limitação de artigos em português, espanhol e inglês. Foram usados os descritores (em português e inglês), com variadas combinações booleanas: "espiritualidade", "religião", "religiosidade", "educação médica", "estudantes de medicina", "estudantes de enfermagem", "estudantes de fisioterapia",

"estudantes de psicologia", "estudantes", "educação" e "saúde".

Ensino de saúde e espiritualidade no mundo

Diversos estudos têm investigado o panorama do ensino de saúde e espiritualidade ao redor do mundo. Segundo levantamento recente (LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014), a maioria dos estudos atuais em saúde, espiritualidade e religiosidade provem dos países de língua inglesa, como Estados Unidos e Inglaterra. No campo da educação médica, seguimos o mesmo padrão da língua inglesa, porém com um predomínio de Estados Unidos e Canadá (LUCCHETTI; LUCCHETTI; PUCHALSKI, 2012).

Segundo revisão prévia realizada em 2012 (LUCCHETTI; LUCCHETTI; PUCHALSKI, 2012), seis estudos investigaram o número de escolas médicas que possuem em seu currículo cursos relacionados à espiritualidade e saúde. Dos seis estudos, cinco abordam dados americanos (PUCHALSKI; LARSON, 1998; BROKAW *et al.*, 2002; GHOSH, 2003; FORTIN; BARNETT, 2004; MCCLAIN *et al.*, 2008) e apenas um avalia escolas médicas do Reino Unido (NEELY; MINFORD, 2008). Após a publicação desse estudo, outros dois abordaram a temática até o momento, o primeiro avaliando escolas médicas da Nova Zelândia (LAMBIE *et al.*, 2015) e o mais recente atualizando dados do Reino Unido (CULATTO; SUMMERTON, 2015).

Os Estados Unidos, provavelmente, é o país com o maior número de escolas médicas fornecendo conteúdo programático em saúde e espiritualidade. De acordo com diferentes autores (PUCHALSKI; LARSON, 1998; FORTIN; BARNETT, 2004), no ano de 1993, somente três escolas médicas americanas ofereciam currículos em saúde e espiritualidade. Onze anos depois esse número para 84 (GHOSH, 2003), tendo chegado a um número surpreendente de 100 das 150 escolas médicas americanas oferecendo algum tipo de curso em saúde, espiritualidade e religiosidade (LUCCHETTI; LUCCHETTI; PUCHALSKI, 2012). Esses dados são corroborados por um inquérito realizado por Koenig em 2010 que identificou que 90% das escolas norte-americanas possuíam conteúdo em "saúde e espiritualidade", apesar de apenas 7% possuírem cursos obrigatórios (KOENIG *et al.*, 2010). Quando examinamos apenas os cursos de medicina osteopática os números são um pouco menores, mas ainda animadores. De acordo com McClain *et al.* (2008), cerca de 55% das escolas osteopáticas tinham algum tipo de curso sobre espiritualidade e religiosidade no currículo formal.

Os dados referentes ao Reino Unido também se mostram promissores. De acordo com levantamento de 2008 realizado por Neely e Minford (2008), da *Queen's University*, cerca de 59 das escolas médicas britânicas oferecia algum tópico relacionado ao ensino da espiritualidade e religiosidade em seu currículo. Desses, cerca de 50% oferecia conteúdos referentes a matérias obrigatórias, enquanto 80% possuía algum tipo de ensino eletivo. Importante frisar que aproximadamente 40% das universidades que possuíam formação em E/R incluíam em seu programa o ensino da anamnese espiritual.

Com relação a outros cursos da saúde, os estudos

foram inicialmente publicados em países de língua inglesa, tradicionalmente os Estados Unidos. Dados americanos reportaram que menos da metade (49%) dos cursos de fisioterapia possuíam conteúdos relacionados a saúde e espiritualidade. Por outro lado, 56% dos professores investigados julgava ser importante incluir o estudo da E/R em seu currículo (PITTS, 2008). Outro estudo que investigou cursos de enfermagem avaliou os temas mais prevalentemente ensinados. Os temas mais abordados são a abordagem de necessidades espirituais, as necessidades de indivíduos com doenças em estágios terminais, e a dimensão espiritual como componente holístico e da cultura (LEMMER, 2002).

Ensino de saúde e espiritualidade no Brasil

Como já dissemos acima, o Brasil é um país com grande produção no campo de pesquisa em saúde, religião e espiritualidade (E/R) (LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014). Ao se comparar os anos de 2004 e 2014, o país teve um crescimento de cerca de 280% na produção de pesquisas relacionadas a E/R, com uma forte predileção para publicações na temática de psiquiatria e saúde pública/coletiva (cerca de 40% das pesquisas) (DAMIANO *et al.*, 2016). Comparado ao resto do mundo, ainda temos uma vasta diversidade, haja vista que, segundo revisão sistemática do ano de 2012 (KOENIG, 2012), cerca de 80 % das pesquisas mundiais relacionadas a E/R envolvem saúde mental. Ademais, dentro do campo de estudos com foco central em E/R, a temática sobre educação é a décima mais pesquisada no Brasil, acima de áreas como cuidados paliativos, pediatria e epidemiologia, conhecidas por serem foco de temáticas relacionadas à E/R (DAMIANO *et al.*, 2016).

Fazendo um breve resumo das pesquisas sobre educação relacionadas à E/R no Brasil encontradas em bases de dados de saúde (PubMed/MEDLINE, SCOPUS, Biblioteca Virtual em Saúde, e Web of Science), utilizando a estratégia de busca previamente publicada por nosso grupo (DAMIANO *et al.*, 2016), encontramos que a grande maioria é relacionada à área médica (LUCCHETTI *et al.*, 2011; MARIOTTI *et al.*, 2011; LUCCHETTI *et al.*, 2012; BANIN *et al.*, 2013; BORGES *et al.*, 2013; LUCCHETTI *et al.*, 2013; GONÇALVES *et al.*, 2016; DAMIANO *et al.*, 2017; OSÓRIO *et al.*, 2017; GONÇALVES *et al.*, 2018; ZANETTI *et al.*, 2018), com apenas alguns envolvendo estudantes das áreas de enfermagem (PILLON *et al.*, 2011; TOMASSO *et al.*, 2011; ESPINHA *et al.*, 2013; CHAVES *et al.*, 2015; CALDEIRA *et al.*, 2016; GONÇALVES *et al.*, 2016; OSÓRIO *et al.*, 2017; CORDERO *et al.*, 2018; GONÇALVES *et al.*, 2018; ZANETTI *et al.*, 2018), psicologia (COSTA *et al.*, 2010; CAVALHEIRO; FALCKE, 2014; GONÇALVES *et al.*, 2016; OSÓRIO *et al.*, 2017; ZANETTI *et al.*, 2018), fisioterapia (CHAVES *et al.*, 2015; GONÇALVES *et al.*, 2016; OSÓRIO *et al.*, 2017; ZANETTI *et al.*, 2018) e demais áreas da saúde (CHAVES *et al.*, 2015; ZANETTI *et al.*, 2018). Apesar do foco do artigo ser o ensino de E/R em diversas áreas da saúde, há em nosso grupo de pesquisa uma maior experiência na formação médica. Nesse sentido, a tabela 1 resume os principais estudos

envolvendo o ensino médico no Brasil e relacionados a área de saúde, espiritualidade e religiosidade (E/R). Vale a pena ressaltar alguns dos achados mais importantes.

Onze foram os estudos encontrados relacionando educação médica brasileira e a temática predominante de E/R (tabela 1). Genericamente, podemos ressaltar que a maioria dos estudos encontrou uma alta taxa de importância dada pelos alunos e professores de escolas médicas brasileiras à temática de E/R, muito embora a maioria sente-se despreparado para abordar na prática clínica ou mesmo em salas de aula. O único estudo experimental (OSÓRIO *et al.*, 2017) encontrou dados promissores; comparado ao grupo controle, o grupo que participou do treinamento teórico-prático em E/R sentiu-se significativamente mais preparado e mais confortável para a abordagem da E/R na prática diária ($p < 0,001$). Além disso, no teste com pacientes simulados, o grupo intervenção teve média significativamente maior quando comparado ao grupo controle (pré=6,17; pós=14,12).

Outros estudos investigaram dados de outras profissões em saúde. Avaliando cursos de psicologia, encontrou que, apesar do intenso debate dentro da academia, 84% das faculdades investigadas (84% de todas as faculdades brasileiras) não tinham em seu currículo um espaço destinado ao ensino da E/R (COSTA *et al.*, 2010). Dados semelhantes, apesar de mais animadores, foram encontrados quando observamos cursos de enfermagens do Brasil e Portugal (CALDEIRA *et al.*, 2016). Ao se questionar professores universitários sobre se o ensino da E/R era incluído no currículo de sua instituição, 38,8% disseram que sim, 34,9% responderam que não, enquanto 26,4% escolheram a opção "não tenho certeza".

De todos os estudos com estudantes de medicina, dois se destacam por serem multicêntricos e abrangerem diversas escolas médicas pelo país. O primeiro avaliou a opinião de diretores e o status do ensino em S/E nas principais escolas médicas brasileiras (LUCCHETTI *et al.*, 2012). O estudo teve aderência de 47,7% das escolas médicas e importantes conclusões podem ser obtidas. Uma pequena maioria dos diretores (54%) referiu ser importante o ensino da E/R na graduação médica, enquanto cerca de 40,7% referiram ter algum conteúdo dedicado ao ensino da E/R e apenas 10,4% uma disciplina específica para ensino de E/R. Contrastando com o estudo acima, Lucchetti *et al.* (2013) conduziram outro estudo avaliando a opinião de estudantes das mais variadas escolas médicas pelo país, atingindo um total de 3.630 estudantes de 12 escolas médicas. Em contraste com os diretores, a grande maioria (75,3%) dos estudantes entrevistados acreditam que a abordagem da E/R na graduação era importante e que o assunto deveria ser incorporado no currículo (62,6%). Entretanto quase metade (48,7%) sentia-se despreparado para a abordagem de E/R com o paciente e cerca de 80% nunca havia participado de uma atividade voltada ao ensino de E/R. Tais achados supracitados (i.e. baixo preparo de professores e alunos apesar do interesse e importância referida pelos mesmos) foram corroborados por demais estudos avaliando populações brasileiras (MARIOTTI *et al.*, 2011; BANIN *et al.*, 2013) e revelam uma importante lacuna para a incorporação dessa temática (LUCCHETTI; GRANERO, 2010).

O pouco preparo dos estudantes observado através das pesquisas supracitadas, leva muitas vezes ao desenvolvimento de atividades extracurriculares que aprimorariam a lacuna existente na formação. Dentre as várias atividades possíveis, no Brasil surgem as ligas acadêmicas. Ligas acadêmicas são entidades estudantis voltadas à pesquisa, ensino e extensão de um determinado assunto de interesse dos estudantes (TORRES *et al.*, 2008). Geralmente são geridas e planejadas por acadêmicos, tendo como supervisão um professor mais experiente. Especificamente no campo da E/R foi fundada em 2018, durante o II Encontro Nacional de Ligas Acadêmicas de Saúde e Espiritualidade (ENLASE), a Associação Acadêmica de Ligas e Grupos de Estudo em Espiritualidade e Saúde (AALEGREES). O principal objetivo da AALEGREES é facilitar a comunicação entre os acadêmicos, fomentando, apoiando e construindo o movimento de ensino, pesquisa e extensão em saúde e espiritualidade no Brasil. Nesse sentido, diversas ligas acadêmicas já foram catalogadas e estão em andamento atualmente no Brasil. Os dados atualizados obtidos com a própria associação (AALEGREES) pelos autores deste artigo encontram-se apresentados na tabela 2. Entretanto, apesar do esforço que uma atividade extracurricular demanda (ex. tempo e dedicação), essa é uma atividade paralela ao currículo e que não é obrigatória, fazendo com que muitos estudantes não se inscrevam. Da mesma forma, tal comprometimento extracurricular pode gerar uma falta de tempo para demais atividades acadêmicas, sociais e culturais, gerando diversos impactos para a saúde mental dos estudantes (SHAH *et al.*, 2010; MATHESON *et al.*, 2016; GAZZAZ *et al.*, 2018). Por conta disso, faz-se urgente a integração das prioridades dos estudantes e dos diretores, facilitando a presença de atividades voltadas a E/R na grade curricular formal, e não apenas no currículo informal, haja vista o imenso campo de conhecimento advindo do estudo da temática em questão.

Currículo Formal em Saúde e Espiritualidade

Diversos são os currículos mínimos propostos para o ensino de saúde e espiritualidade na formação do médico e do especialista (PETTUS, 2002; KOENIG, 2013; MCGOVERN *et al.*, 2017). A Associação de Escolas Médicas Americanas (AAMC) definiu no ano de 1999 (COLLEGES, 1999) alguns objetivos de aprendizagens que os estudantes de medicina deveriam completar antes de se tornarem médicos generalistas, dos relacionados à espiritualidade podemos destacar:

Habilidade de realizar uma anamnese espiritual;

Entender que a dimensão espiritual do indivíduo é um caminho para o cuidado compassivo;

Habilidade de aplicar as crenças espirituais no contexto clínico apropriado;

Conhecimento das pesquisas em saúde e espiritualidade;

Respeito e conhecimento aos clérigos e outros líderes espirituais e o reconhecimento de como se referir a eles quando necessário;

Entendimento de sua própria espiritualidade e como ela pode ser nutrida como parte de seu crescimento espiritual, promoção de seu bem-estar, e como base do seu chamado (*calling*) como médico.

A partir de tais diretrizes da AAMC (PUCHALSKI *et al.*, 2014), agrupou-os em 6 grupos de competências principais as quais os graduandos devem desenvolver durante o ensino médico. Tais competências são destrinchadas em comportamentos, os quais sugerimos que o leitor consulte no artigo original para maiores detalhes. Abaixo descreveremos as competências e alguns exemplos principais de como poderemos trabalhar-las nos estudantes de medicina:

1ª competência – sistemas de saúde: nesta competência o aluno deverá conhecer o sistema de saúde de sua cidade, estado e país, procurando identificar os recursos disponíveis na rede relacionadas ao cuidado religioso/espiritual e como tais recursos impactam a saúde da comunidade em seus mais diversos níveis. A partir desse momento os estudantes mais afins com a área poderão advogar para o estabelecimento de mais recursos religiosos/espirituais em suas localidades.

2ª competência – conhecimento: neste item o aluno deverá conhecer a história do longo embate entre a ciência e religião e como a ciência atual está tentando mudar esse paradigma. A partir disso, conhecer superficialmente as diversas tradições religiosas e como cada uma enxerga o modo de adoecer. Somado a isso, conhecer os principais autores e estudos atuais que estudam a interface entre saúde, religiosidade e espiritualidade.

3ª competência – cuidado com o paciente: para o ensino da espiritualidade não basta conhecer se não colocarmos em prática. Por isso, esta competência estimula e desenvolve nos alunos a capacidade de conhecer os principais problemas enfrentados por cada paciente, a realizar uma história espiritual e a abordar os principais conflitos que emergem da abordagem da E/R na prática clínica, sabendo respeitar o espaço e o momento de cada indivíduo.

4ª competência – presença compassiva: ser compassivo faz parte de um profissional que deseja tratar seus pacientes na totalidade. Isso envolve estar presente no momento presente, entendendo como cada comportamento pode impactar em sua relação consigo e com o próximo, em nosso caso, o paciente. Por fim, ter a habilidade de discutir o porque estar a serviço do outro é um privilégio, podendo trata-los assim como desejaríamos ser tratados em nossa vida pessoal e profissional.

5ª competência – desenvolvimento pessoal e profissional: indo de encontro com a competência anterior; nesta devemos trabalhar o que chamamos de *calling* (ou chamado), o qual deve ser entendido como a motivação que inicialmente emergiu e que nos permitiu que tornássemos profissionais de saúde. Aqui, além disso, devemos trabalhar o que a formação até aqui impactou no modo de nos enxergar quanto médicos e indivíduos, compreendendo as fraquezas, dificuldades e potencialidades as quais emergiram durante o período em questão. Por fim, dar um passo adiante, procurando reconhecer a espiritualidade de cada estudante, e como ela poderá dar força para superar os obstáculos da profissão.

6ª competência – comunicação: a comunicação verbal já

é desenvolvida durante toda formação médica. Portanto, aqui devemos dar um enfoque na escuta, na percepção não verbal, no silêncio e na capacidade do indivíduo de se conectar com esse silêncio interior, podendo levar isso para sua prática clínica diária.

A partir dessas referências, alguns modelos foram propostos que integrem a saúde, a espiritualidade e a religiosidade na formação em saúde. Koenig (2013), em seu livro *Espiritualidade no cuidado com o paciente*, propõe um modelo de dez sessões (com formato, conteúdo e material de apoio) que podem ser facilmente integradas ao currículo médico e de outras profissões de saúde. Abaixo iremos resumir os pontos principais de cada encontro proposto pelo autor:

1ª sessão: introdução ao tema (formato: palestra e discussão);

2ª sessão: por que abordar a espiritualidade na assistência ao paciente? (formato: apresentação de um caso seguido de palestra e discussão);

3ª sessão: a pesquisa (formato: palestra e discussão);

4ª sessão: a perspectiva do paciente (formato: apresentação de um caso ao vivo, com perguntas e discussão);

5ª sessão: como lidar com a espiritualidade (formato: palestra e interpretação de papéis);

6ª sessão: quando abordar a espiritualidade (formato: palestras, debate e role-play);

7ª sessão: consequências de abordar a espiritualidade (formato: apresentação de caso, palestra e discussão);

8ª sessão: barreiras e fronteiras (formato: palestra e discussão);

9ª sessão: possibilidade de dano (formato: apresentação de caso, palestra e discussão);

10ª sessão: dirigindo a espiritualidade em um ambiente multicultural, multireligioso (formato: apresentação de caso, palestra e discussão).

Outro grupo de autores propuseram um curso estruturado de saúde, espiritualidade e religiosidade para estudantes de medicina, fisioterapia, enfermagem e psicologia (OSÓRIO *et al.*, 2017). O treinamento teve duração de 24 horas (10 horas de treinamento prático e 14 horas de aulas teóricas) divididos em 7 encontros semanais e resultou, em nosso conhecimento, no primeiro ensaio randomizado e controlado de intervenções educacionais em E/R comparadas a um grupo controle (não submetidos ao treinamento). Os resultados apontaram para excelentes desfechos no grupo intervenção, com os alunos sentindo-se mais preparados para a abordagem da E/R na prática clínica, com melhor conhecimento e atitudes e boa satisfação. O módulo prático de 10 horas consistiu em 4 horas de treinamento com pacientes simulados e 6 horas de treinamento com pacientes reais hospitalizados em diferentes hospitais. Já o módulo teórico consistiu em 7 aulas dadas por vídeo (com conteúdo interativo em que os alunos eram orientados por um tutor presencial) abordando os seguintes temas: [Sugestão: descrever os temas em um quadro]

1º encontro: conceitos baseados na espiritualidade e saúde – por que incluir a espiritualidade no cuidado com o paciente?

2º encontro: pesquisas na área de saúde e espiritualidade.

3º encontro: quando e como realizar essa abordagem

e o que pode resultar quando lidamos com a espiritualidade e religiosidade dos pacientes?

4º encontro: limites e barreiras da abordagem espiritual e quando a religião pode ser prejudicial?

5º encontro: pacientes terminais e espiritualidade: pontos relevantes a serem considerados.

6º encontro: habilidades de comunicação em saúde e comunicação de más notícias.

7º encontro: lidando com a espiritualidade na prática: método FEPICATA para a obtenção da história espiritual.

Apesar da ampla gama de estratégias educacionais para o ensino da E/R nos cursos de saúde, ainda são poucos os estudos que tenham avaliado os resultados práticos desses cursos e ainda existe uma carência de estudos que avaliem qual seria o melhor método e o melhor momento da graduação para incorporar essa temática. Os estudos publicados tendem a mostrar que os estudantes não só valorizam tais intervenções como se beneficiam delas na prática médica (FONSECA *et al.*, 2014). Ademais, os maiores beneficiados são indubitavelmente os pacientes, os quais merecem e desejam profissionais capacitados para cuidar de sua saúde em sua totalidade, não apenas como partes que não interagem dentro de um sistema complexo e dinâmico que é a vida.

CONCLUSÃO

A literatura científica brasileira e mundial avança cada vez mais em direção à uma saúde mais humanizada, buscando o olhar sobre o outro de uma maneira que integre todas suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais. Nesse sentido, entidades tem se mobilizado para estimular uma crescente introdução da temática em saúde, espiritualidade e religiosidade nos currículos das universidades ao redor do mundo. O Brasil, um dos países pioneiros nesse campo, ainda carece de uma maior atenção dos professores e diretores, convergindo seus interesses com o crescente interesse e necessidade dos alunos e pacientes em estudar, abordar e olhar aspectos religiosos e espirituais dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

ASSOCIATION, A. P. Society for the psychology of religion and spirituality: division 36. United States. 2019. Disponível em: <<https://www.apadivisions.org/division-36>>. Acesso em: 26 mar. 2019.

ASSOCIATION, W. P. Position statement on spirituality and religion in psychiatry. April 2016. Disponível em: <https://www.wpanet.org/uploads/Public_Education/WPA_position_statement.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

BANIN, L. B. *et al.* Spirituality: do teachers and students hold the same opinion? **The clinical teacher**, v. 10, n. 1, p. 3-8, feb. 2013.

- BORGES, D. C. *et al.* Health, spirituality, and religiosity: medical students' views. **Revista brasileira de clínica médica**, v. 11, n. 1, p. 6-11, 2013.
- BROKAW, J. J. *et al.* The teaching of complementary and alternative medicine in U.S. medical schools: a survey of course directors. **Academic medicine**, v. 77, n. 9, p. 876-881, Sep 2002.
- CALDEIRA, S. *et al.* Spirituality in the undergraduate curricula of nursing schools in Portugal and São Paulo-Brazil. **Religions**, v. 7, n. 11, p. 1-9, 2016.
- CAVALHEIRO, C. M. F.; FALCKE, D. Espiritualidade na formação acadêmica em psicologia no Rio Grande do Sul. **Estudos de psicologia**, v. 31, n. 1, p. 35-44, 2014.
- CHAVES, E. D. C. L. *et al.* Ansiedade e espiritualidade em estudantes universitários: um estudo transversal. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 68, n. 3, p. 504-509, 2015.
- COLLEGES, A. O. A. M. **Report III: contemporary issues in medicine: communication in medicine**. p. 34. 1999.
- CORDERO, R. D. *et al.* Opinions and attitudes on the relationship between spirituality, religiosity and health: a comparison between nursing students from Brazil and Portugal. **Journal of clinical nursing**, v. 27, n. 13-14, p. 2804-2813, jul. 2018.
- COSTA, W.; NOGUEIRA, C.; FREIRE, T. The lack of teaching/study of religiosity/spirituality in psychology degree courses in Brazil: the need for reflection. **Journal of religion and health**, v. 49, n. 3, p. 322-32, sep. 2010.
- CULATTO, A.; SUMMERTON, C. B. Spirituality and health education: a national survey of academic leaders UK. **Journal of religion and health**, v. 54, n. 6, p. 2269-75, dec. 2015.
- DAMIANO, R. F. *et al.* Brazilian scientific articles on spirituality, religion and health. **Archives of clinical psychiatry**, v. 43, n. 1, p. 11-16, 2016.
- DAMIANO, R. F. *et al.* Empathy is associated with meaning of life and mental health treatment but not religiosity among Brazilian medical students. **Journal of religion and health**, v. 56, n. 3, p. 1003-1017, Jun 2017.
- ESPINHA, D. C. M. *et al.* Opinião dos estudantes de enfermagem sobre saúde, espiritualidade e religiosidade. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 34, p. 98-106, 2013.
- FONSECA, M. S. M. *et al.* Espiritualidade e estudantes de medicina: contribuições para o ensino médico. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 16, n. 2, p. 55-58, 2014-06-26 2014.
- FORTIN, A. H.; BARNETT, K. G. Medical school curricula in spirituality and medicine. **Jama**, v. 291, n. 23, p. 2883, jun. 2004.
- GAZZAZ, Z. J. *et al.* Perceived stress, reasons for and sources of stress among medical students at Rabigh Medical College, King Abdulaziz University, Jeddah, Saudi Arabia. **BMC medical education**, v. 18, n. 1, p. 29, feb. 2018.
- GHOSH, A. K. The role of religion/spirituality in the medical curriculum. **Minnesota medical**, v. 86, n. 2, p. 5, feb. 2003.
- GONCALVES, J. R. L. *et al.* Religiousness is associated with lower levels of anxiety, but not depression, in medical and nursing students. **Revista da Associação Médica Brasileira (1992)**, v. 64, n. 6, p. 537-542, jun. 2018.
- GONCALVES, L. M. *et al.* Learning from listening: helping healthcare students to understand spiritual assessment in clinical practice. **Journal of religion and health**, v. 55, n. 3, p. 986-999, jun. 2016.
- GROUP, W. S. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. **Social science & medicine**, v. 62, n. 6, p. 1486-97, mar. 2006.
- INTERNACIONAL, N. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020**. 11a. Porto Alegre: Artmed, 2018.
- KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **ISRN psychiatry**, v. 2012, p. 278730, 2012.
- _____. **Espiritualidade no cuidado com o paciente**. 3. ed. São Paulo: editora, 2013.
- _____. Religion, spirituality, and health: a review and update. **Advances in mind-body medicine**, v. 29, n. 3, p. 19-26, 2015.
- KOENIG, H. G. *et al.* Spirituality in medical school curricula: findings from a national survey. **International journal of psychiatry in medicine**, v. 40, n. 4, p. 391-8, 2010.
- LAMBIE, D. *et al.* How spirituality is understood and taught in New Zealand medical schools. **Palliat support care**, v. 13, n. 1, p. 53-58, feb. 2015.
- LEMMER, C. Teaching the spiritual dimension of nursing care: a survey of U.S. baccalaureate nursing programs. **Journal of nursing education**, v. 41, n. 11, p. 482-490, nov. 2002.
- LUCCHETTI, G. *et al.* Spirituality in medical education: new initiatives in Brazil. **The clinical teacher**, v. 8, n. 3, p. 213, sep. 2011.

- LUCCHETTI, G. *et al.* Medical students, spirituality and religiosity--results from the multicenter study SBRAME. **BMC medical education**, v. 13, p. 162, dec. 2013.
- LUCCHETTI, G.; GRANERO, A. Integration of spirituality courses in Brazilian medical schools. **Medical Education**, v. 44, n. 5, p. 527, may. 2010.
- LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research (1999-2013). **International journal of psychiatry in medicine**, v. 48, n. 3, p. 199-215, 2014.
- LUCCHETTI, G. *et al.* Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. **BMC medical education**, v. 12, p. 78, aug. 2012.
- LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L.; PUCHALSKI, C. M. Spirituality in medical education: global reality? **Journal of religion and health**, v. 51, n. 1, p. 3-19, mar. 2012.
- MARIOTTI, L. G. *et al.* Spirituality and medicine: views and opinions of teachers in a Brazilian medical school. **Medical Teacher**, v. 33, n. 4, p. 339-40, 2011.
- MATHESON, K. M. *et al.* Experiences of psychological distress and sources of stress and support during medical training: a survey of medical students. **Academic psychiatry**, v. 40, n. 1, p. 63-8, feb. 2016.
- MCCLAIN, E. K. *et al.* Spirituality and medicine: prevalence of spirituality-in-medicine instruction at osteopathic medical schools. **The journal of the American Osteopathic Association**, v. 108, n. 4, p. 197-202, apr. 2008.
- MCGOVERN, T. F. *et al.* A descriptive study of a spirituality curriculum for general psychiatry residents. **Academic psychiatry**, v. 41, n. 4, p. 471-476, aug. 2017.
- NEELY, D.; MINFORD, E. J. Current status of teaching on spirituality in UK medical schools. **Medical Education**, v. 42, n. 2, p. 176-82, feb. 2008.
- OSÓRIO, I. H. S. *et al.* Effect of an educational intervention in "spirituality and health" on knowledge, attitudes, and skills of students in health-related areas: a controlled randomized trial. **Medical teacher**, v. 39, n. 10, p. 1057-1064, 2017.
- PETTUS, M. C. Implementing a medicine-spirituality curriculum in a community-based internal medicine residency program. **Academic medicine**, v. 77, n. 7, p. 745, jul. 2002.
- PILLON, S. C. *et al.* Uso de álcool e espiritualidade entre estudantes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 100-107, 2011.
- PITTS, J. Spirituality in the physical therapy curriculum: effects on the older adult. **Topics in Geriatric Rehabilitation**, v. 24, n. 4, 2008.
- PUCHALSKI, C. M. *et al.* Spirituality and health: the development of a field. **Academic medicine**, v. 89, n. 1, p. 10-16, jan 2014.
- PUCHALSKI, C. M.; LARSON, D. B. Developing curricula in spirituality and medicine. **Academic medicine**, v. 73, n. 9, p. 970-974, Sep 1998.
- SHAH, M. *et al.* Perceived stress, sources and severity of stress among medical undergraduates in a Pakistani Medical School. **BMC Medical Education**, v. 10, n. 1, p. 2, jan. 2010.
- TOMASSO, C. D. S.; BELTRAME, I. L.; LUCCHETTI, G. Knowledge and attitudes of nursing professors and students concerning the interface between spirituality, religiosity and health. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 1205-1213, 2011.
- TORRES, A. R. *et al.* Ligas acadêmicas e formação médica: contribuições e desafios. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 12, p. 713-720, 2008.
- ZANETTI, G. C. *et al.* Percepção de acadêmicos de medicina e de outras áreas da saúde e humanas (ligadas à saúde) sobre as relações entre espiritualidade, religiosidade e saúde. **Revista brasileira de educação médica**, v. 42, n. 1, p. 67-74, 2018.

TABELAS

Tabela 1 - Estudos relacionados à educação médica brasileira e saúde, espiritualidade e religiosidade (E/R).

Estudo	Revista	Ano de publicação	Autor principal	Universidade do autor principal	Tipo de estudo	Principais achados
Spirituality in medical education: new initiatives in Brazil.	Clinical Teacher	2011	Lucchetti, G.	Universidade Federal de Juiz de Fora	Carta ao Editor	Os autores apresentam os dois principais estudos Brasileiros na área de educação médica e E/R que estavam em andamento.
Spirituality and medicine: views and opinions of teachers in a Brazilian medical school.	Medical Teacher	2011	Mariotti, L.G.	Universidade Estadual Paulista	Carta ao Editor	Dos 53 professores entrevistados, 72% acreditava que a fé e/ou a espiritualidade podem influenciar positivamente o tratamento de seus pacientes, embora apenas 43,4% se disse preparado para abordar a temática com seus alunos. 92,3% sentia que as escolas médicas brasileiras não dão aos seus alunos a formação necessária na temática.
Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil.	BMC Medical Education	2012	Lucchetti, G.	Universidade Federal de Juiz de Fora	Transversal Multicêntrico	A maioria dos diretores (54%) referiu ser importante o ensino da E/R na graduação médica e cerca de 40,7% referiu ter algum conteúdo dedicado ao ensino da E/R e apenas 10,4% uma disciplina específica para ensino de E/R em suas universidades.
Spirituality: do teachers and students hold the same opinion?	Clinical Teacher	2013	Banin, L.B.	Universidade Lusíadas	Transversal Unicêntrico	O estudo encontrou uma relação direta entre maiores graus de religiosidade e a abordagem da E/R na prática clínica diária. Além disso, estudantes de anos mais antigos e professores tendem a abordar mais a temática que estudantes mais novos, embora a grande maioria de todos os grupos disse não se sentir preparado para abordar a E/R na prática clínica.
Medical students, spirituality and religiosity--results from the multicenter study SBRAEME.	BMC Medical Education	2013	Lucchetti, G.	Universidade Federal de Juiz de Fora	Transversal Multicêntrico	A grande maioria (75,3%) dos estudantes entrevistados acreditam ser relevante a abordagem da E/R na graduação e que o assunto deve ser enquadrado no currículo (62,6%). Entretanto quase metade (48,7%) sente-se despreparado para a abordagem de E/R e cerca de 80% nunca participou de uma atividade voltada ao ensino de E/R.
Saúde, espiritualidade e religiosidade na visão dos estudantes de medicina	Revista Brasileira de Clínica Médica	2013	Borges, D.C.	Faculdade de Medicina de Jundiá	Transversal Unicêntrico	O estudo procurou primariamente investigar os conceitos dos estudantes frente à espiritualidade. Cinco diferentes conceitos foram identificados, tendo como principais a "crença em algo transcendente à matéria", "crença e relação com Deus/Religiosidade" e "busca do sentido e significado para a vida humana".
Learning from Listening: Helping Healthcare Students to Understand Spiritual Assessment in Clinical Practice.	Journal of Religion and Health	2016	Gonçalves, L.M.	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul	Transversal Unicêntrico	Os autores encontraram que a grande maioria dos estudantes se sentiu confortável durante a entrevista espiritual (85,4%) e que quase metade deles (47,5%) referiu sentir os pacientes se sentirem melhor após a abordagem de sua E/R. As maiores dificuldades relatadas pelos mesmos foram falta de abertura dos pacientes (25,6%) e timidez (20,8%).

Empathy is Associated with Meaning of Life and Mental Health Treatment but not Religiosity Among Brazilian Medical Students.	2017	Damiano, R.F.	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	Transversal Unicêntrico	Contrariando a hipótese inicial dos autores, religiosidade não esteve associada a maiores índices de empatia entre os estudantes avaliados; a qual esteve relacionada significativamente ao sentido e propósito na vida, um possível constructo da espiritualidade humana.
Effect of an educational intervention in "spirituality and health" on knowledge, attitudes, and skills of students in health-related areas: A controlled randomized trial.	2017	Osório, I.H.S.	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul	Experimental	Ensaio randomizado e controlado com o objetivo de avaliar a efetividade de um treinamento da abordagem da E/R. O grupo que participou do treinamento se sentiu significativamente mais preparado, mais confortável, e apresentou maiores médias no teste teórico desenvolvido pelos autores.
Religiosity is associated with lower levels of anxiety, but not depression, in medical and nursing students.	2018	Gonçalves, J.R.L.	Universidade Federal do Triângulo Mineiro	Transversal Unicêntrico	A despeito de diversos estudos relacionando E/R e depressão e ansiedade, o presente estudo encontrou unicamente a religiosidade organizacional como associada a menores índices de ansiedade na amostra estudada.
Percepção de Acadêmicos de Medicina e de Outras Áreas da Saúde e Humanas (Ligadas à Saúde) sobre as Relações entre Espiritualidade, Religiosidade e Saúde	2018	Zanetti, G.C.	Universidade Federal do Triângulo Mineiro	Transversal Unicêntrico	Cerca de 78,6% dos alunos referiu ter uma afiliação religiosa, 85,7% considerou importante a abordagem dos temas em sua graduação, e 31,4% de que a R/E influenciou em sua escolha profissional.

Tabela 2 - Ligas acadêmicas de saúde e espiritualidade no Brasil

Nome	Universidade	Cidade
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE)	Centro-Oeste	
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade	Universidade Federal do Mato Grosso	Cuiabá/MT
Liga Acadêmica de Medicina e Espiritualidade (LIAME)	Universidade Federal do Mato Grosso	Rondonópolis/MT
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE)	Universidade do Estado de Mato Grosso	Cáceres/MT
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE)	Escola Superior de Ciências da Saúde	Brasília/DF
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE)	Universidade de Brasília	Brasília/DF
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE)	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul	Campo Grande/MS
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE)	Nordeste	
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE)	Universidade Federal de Pernambuco	Recife/PE
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE)	Universidade Tiradentes	Aracaju/SE
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE)	Universidade Federal de Alagoas	Maceió/AL
Liga de Saúde e Espiritualidade (LISAES)	Não Informada	Não informada/CE
Liga Acadêmica de Saúde, Espiritualidade e Dor do Cariri	Universidade Federal do Cariri	Barbalha/CE
Liga Acadêmica de Cuidado Espiritual em Saúde (LACES)	Universidade Federal do Ceará	Fortaleza/CE
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE)	Norte	
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE)	Universidade Federal do Pará	Belém/PA
Liga Acadêmica de Saúde, Espiritualidade e Humanização (LIASE+H)	Centro Universitário São Lucas	Porto Velho/RO
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE) Dr. Décio Iandoli Jr.	Sudeste	
Liga Acadêmica de Medicina Integrativa e Espiritualidade (LAMIE)	Universidade São Francisco	Bragança Paulista/SP
Liga de Saúde, Espiritualidade e Práticas Integrativas e Complementares (LEPIC)	Centro Universitário São Camilo	São Paulo/SP
Núcleo Acadêmico Multidisciplinar de Saúde, Tanatologia e Espiritualidade (NAMASTE)	Universidade Cidade de São Paulo	São Paulo/SP
Liga de Saúde e Espiritualidade	Faculdade Santa Marcelina	São Paulo/SP
Liga de Meditação e Saúde (LISAE)	Universidade Federal de São Paulo	São Paulo/SP
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE)	Universidade de São Paulo	São Paulo/SP
Liga de Espiritualidade e Saúde	Universidade de Santo Amaro	São Paulo/SP
Liga Acadêmica de Medicina e Espiritualidade (LIAME)	Universidade de Franca	Franca/SP
Liga de Saúde, Ciência e Espiritualidade (LISCE)	Universidade de Taubaté	Taubaté/SP
Liga Acadêmica Multidisciplinar em Espiritualidade e Saúde (LAMES)	Faculdade de Medicina de Catanduva	Catanduva/SP
	Universidade do Oeste Paulista	Presidente Prudente/SP

Liga de Saúde e Espiritualidade (LISAE)	Universidade Estadual Paulista	Botucatu/SP
Liga Acadêmica de Medicina e Espiritualidade (LAME)	Centro Universitário Atenas	Paracatu/MG
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE)	Universidade Federal de Minas Gerais	Belo Horizonte/MG
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE)	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri	Não Informada/MG
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE)	Faculdade de Saúde e Ecologia Humana	Vespasiano/MG
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE)	Faculdade de Minas	Belo Horizonte/MG
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE)	Universidade Vale do Rio Doce	Gov. Valadares/MG
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE)	Universidade Federal de Juiz de Fora	Gov. Valadares/MG
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE)	Universidade Federal de Ouro Preto	Ouro Preto/MG
Liga Acadêmica de Psicologia e Espiritualidade (LAPE)	Universidade Estácio de Sá	Rio de Janeiro/RJ
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LASE)	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro	Rio de Janeiro/RJ
Liga Acadêmica de Medicinas e Espiritualidade (LIAME)	Universidade Estadual do Rio de Janeiro	Rio de Janeiro/RJ
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE)	Sul	
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE)	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Porto Alegre/RS
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE)	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	Porto Alegre/RS
Liga de Espiritualidade e PICs em Saúde (LEPICS)	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	Porto Alegre/RS
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE)	Universidade Federal do Rio Grande	Rio Grande/RS
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE)	Universidade do Vale do Taquari	Lajeado/RS
Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE)	Universidade de Caxias do Sul	Caxias do Sul/RS
Liga Acadêmica de Saúde, Espiritualidade e Humanização (LIASEH)	Universidade Federal de Pelotas	Pelotas/RS
Liga Acadêmica de Espiritualidade e Medicinas (LAEM)	Pontifícia Universidade Católica do Paraná	Curitiba/PR

*Informação obtida com a Associação Acadêmica de Ligas e Grupos de Estudo em Espiritualidade e Saúde (AALEGREES) em 26 de março de 2019.

Ana Catarina Araújo Elias¹

¹Universidade Paulista – UNIP.

✉ **Ana Elias**
R. Sampaio, 45, Cambuí,
13025-300, Campinas, SP, Brasil.
✉ anacatarinaelias@uol.com.br

Submetido: 09/07/2019
Aceito: 01/10/2019

RESUMO

Dentro da temática 'psicoterapia e espiritualidade em saúde', este artigo apresenta a Intervenção RIME (Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade) a qual foi desenvolvida e aperfeiçoada pela autora por dezoito anos, através de estudos de mestrado, doutorado e pós-doutorado, tanto em pacientes em cuidados paliativos na terminalidade, como em pacientes com possibilidades de cura. Objetivamos apresentar ao leitor a psicoterapia breve por imagens alquímicas RIME, descrevendo o passo a passo para a sua aplicação. A metodologia utilizada para o desenvolvimento da RIME, ao longo dos estudos, compreendeu a abordagem qualitativa e a quantitativa. A Intervenção RIME é uma psicoterapia breve, de caráter complementar, desenvolvida para ambiente hospitalar, que integra as técnicas de relaxamento, imaginação dirigida e elementos da espiritualidade, em uma abordagem simbólica e transpessoal. Embora tenha sido desenvolvida para ambiente hospitalar, pode ser utilizada como uma técnica adjuvante no processo psicoterapêutico clássico, no consultório, frente à determinação de um foco de trabalho. Observamos que a RIME promove a conexão com a sabedoria interna, com o Sagrado, para minimizar angústias, ressignificar a dor psíquica, a dor espiritual, ou um foco de sofrimento definido pelo paciente. Possibilita o fortalecimento dos recursos psíquicos saudáveis e da resiliência, promovendo qualidade de vida frente ao adoecer. Por ser uma psicoterapia breve pode ser aplicada por todos os profissionais da área de saúde, tanto em situação de *cuidados paliativos*, como em situação de *possibilidades de cura*.

Palavras-chave: Imagens (Psicoterapia); Medicina Psicossomática; Psicoterapia Breve; Qualidade de vida; Espiritualidade.

ABSTRACT

Within the theme 'psychotherapy and spirituality in health', this article presents the RIME Intervention (Relaxation, Mental Images and Spirituality) that was developed and perfected by the author for eighteen years, through master's, doctoral and postdoctoral studies, both in patients in palliative care, in the terminal phase, as well as in patients with possibilities of cure. Our goal is introduce to the reader to the brief psychotherapy by alchemical images RIME, describing the step by step for its application. The methodological approach used for the development of RIME, throughout the studies, comprised the qualitative and the quantitative method. The RIME Intervention is a brief psychotherapy, of a complementary character, developed for a hospital environment, which integrates the techniques of relaxation, directed imagination and elements of spirituality, in a symbolic and transpersonal approach. Although it was developed for the hospital environment, it can be used as an adjuvant technique in the classic psychotherapeutic process in the clinic. It has been observed that RIME promotes the connection with the Inner Wisdom, with the Sacred, in order to minimize anguish, to re-signify psychic pain, spiritual pain, or a focus of suffering, defined by the patient. It allows strengthening the healthy psychic resources and the resilience, promoting the quality of life in the process of the disease. Because it is a brief psychotherapy, it can be applied by all health professionals, both in situations of the palliative care and in situations of healing possibilities.

Keywords: Imagery (Psychotherapy); Psychosomatic Medicine; Psychotherapy, Brief; Quality of Life; Spirituality.

INTRODUÇÃO

Dentro da temática “psicoterapia e espiritualidade em saúde”, este artigo apresenta a Intervenção RIME (Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade) a qual foi desenvolvida e aperfeiçoada pela autora por dezoito anos, através de estudos de mestrado, doutorado e pós-doutorado (ELIAS, 2018), tanto em pacientes em cuidados paliativos na terminalidade, como em pacientes com possibilidades de cura. No projeto piloto (ELIAS, 2003), que deu origem ao estudo de mestrado, a autora trabalhou com crianças e adolescentes com câncer no estado fora de possibilidades de cura. Os resultados encontrados evidenciaram qualidade de vida no processo de morrer destas crianças e adolescentes, assim como possibilidade de resignificação do luto dos pais e demais familiares, o que levou a autora a desenvolver de forma sistemática a RIME.

Na dissertação de mestrado (ELIAS; GIGLIO, 2002; ELIAS; GIGLIO, 2001) a autora delineou sistematicamente a RIME visando resignificar o sofrimento diante da morte, o qual denominou de “dor simbólica da morte” representada pela dor psíquica (medo do sofrimento e humor depressivo manifestado através de tristezas, angústias e culpas) e pela dor espiritual (medo da morte, medo do pós-morte, ideias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e à espiritualidade e culpas diante de Deus) e estudou, qualitativamente, a eficácia desta intervenção em mulheres com câncer de útero e de mama, no estado fora de possibilidades de cura. Os resultados indicaram que a Intervenção RIME minimiza o sofrimento do doente diante da morte e promove qualidade de vida no processo de morrer. Também foi observado que, frente à iminência da morte, a dor espiritual é prevalente e mais relevante que a dor psíquica e que a sua resignificação é suficiente para que o paciente possa ter uma morte digna.

Visando o ensino da Intervenção RIME para outros profissionais de saúde, a autora desenvolveu no doutorado (ELIAS; GIGLIO; PIMENTA, 2008; ELIAS *et al.*, 2007; ARAÚJO ELIAS *et al.*, 2006) um programa de treinamento para enfermeira, médica, psicólogos e terapeuta, que foram selecionados por convite e, que são, todos eles, muito experientes e/ou estudiosos na área de cuidados paliativos. Foi estudada a experiência do profissional no uso da Intervenção RIME e a experiência de resignificação da dor espiritual dos pacientes terminais, durante a aplicação da RIME.

O programa de treinamento para aplicação da RIME mostrou-se eficaz para preparar profissionais de saúde para o seu uso, capacitando-os para o cuidar e para prestar assistência psicoespiritual dentro de uma perspectiva acadêmica, na área de saúde/hospitalar. A análise qualitativa e quantitativa indicou que a Intervenção RIME promoveu, para os pacientes, qualidade de vida no processo de morrer, assim como mais serenidade e dignidade perante a morte. Os resultados também indicaram que é viável a aplicação da RIME por profissionais de saúde de diferentes áreas, que tenham afinidade com os fundamentos teóricos e técnicos que

norteiam esta intervenção.

Foi observado também que todos os profissionais referiram sentir-se muito bem na aplicação da RIME, apresentaram melhor enfrentamento do luto pessoal e crescimento psicoespiritual tanto na esfera profissional; como na pessoal, o que indicou que esta modalidade de intervenção proporcionou benefícios, não só aos pacientes, mas também aos profissionais. Além disto, também observamos que a aplicação da Intervenção RIME nos pacientes, aliada às sessões de orientação familiar, favorece a elaboração do luto dos familiares.

No estudo de pós-doutorado (ELIAS *et al.*, 2015; ELIAS *et al.*, 2017) a autora objetivou promover através da RIME transformações sociopsicoespirituais em mulheres com câncer de mama, com possibilidades de cura, que fizeram mastectomia e estavam em processo de reconstrução mamária, tendo como foco para transformação um sofrimento psicológico escolhido pela paciente, não necessariamente relacionado ao câncer de mama, de forma a contribuir para a qualidade de vida, a autoestima e minimizar a desesperança destas pacientes. Nesta pesquisa a aplicação da RIME, enquanto psicoterapia breve por imagens alquímicas, foi comparada com a psicoterapia breve por meio de palavras aplicada no Grupo Controle, e observamos, frente à análise estatística, que a RIME tem mais força de estruturação psíquica e fortalecimento egóico que a psicoterapia breve por meio de palavras, pois promoveu melhora significativa tanto na percepção da qualidade de vida, como na autoestima das pacientes.

Em relação à promoção de esperança e a transformação do foco (sofrimento psicológico escolhido pela paciente para ser trabalhado) os resultados entre a RIME e a psicoterapia breve por meio de palavras foram similares, porém observamos que **a RIME tem força de transformação mais rápida**, pois foram aplicadas três sessões de RIME, e na psicoterapia breve por meio de palavras do Grupo Controle foram aplicadas uma média de seis sessões.

Embora a psicoterapia breve por meio de palavras seja uma intervenção consagrada em psico-oncologia, os resultados alcançados neste estudo são relevantes para indicação da RIME para tratamento psicológico em situação de crise em ambiente hospitalar e de tratamento oncológico, considerando-se tanto a internação, o pré e pós-cirúrgico e o tratamento ambulatorial.

As pacientes do Grupo RIME também passaram por psicoterapia breve por meio de palavras (média de 05 sessões), após a aplicação das três sessões de RIME e não foram encontradas melhoras significativas na psicoterapia breve por meio de palavras das pacientes do Grupo RIME, comparadas às melhoras alcançadas pela própria RIME, o que sugere que as três sessões de RIME são suficientes para promover a transformação do foco definido.

Observamos que a RIME não traz uma solução cognitiva, racional, para os problemas e sofrimentos das pacientes, e sim facilita a percepção da força da própria pulsão de vida para resolver o problema, ou seja, a capacidade para

reconhecer o próprio potencial, a própria força energética, a possibilidade de ser capaz de construir uma vida melhor, mais integrada, a autovalorização.

Em resumo, os resultados do pós-doutorado da autora sugeriram que a Intervenção RIME favorece que a libido, como força construtiva, seja potencializada, em pacientes com possibilidades de cura.

Além dos estudos da autora, outros seis profissionais de saúde estudaram a RIME em situações clínicas diversas.

A enfermeira Daniele Corcioli Mendes Espinha em dissertação de mestrado (ESPINHA, 2015) estudou a melhoria, em vários aspectos, da qualidade de vida, através da aplicação da RIME, em pacientes com câncer de cabeça e pescoço durante as sete sessões de radioterapia, comparando-os com o grupo controle, que não recebeu tal monitoramento. Os resultados sugeriram que os participantes do grupo RIME tiveram menor uso de analgésicos comuns, os opióides, menor redução de peso e melhora significativa na maioria das áreas de qualidade de vida. Ou seja, os resultados mostraram que a RIME proporcionou benefícios na qualidade de vida, independentemente de toxicidades resultantes de radioterapia para câncer de cabeça e pescoço.

A psicóloga Roberta Oliveira Ribeiro em uma pesquisa no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) (RIBEIRO *et al.*, 2014) estudou os benefícios da Intervenção RIME para melhorar o bem-estar emocional dos pacientes no pós-operatório mediato de ostomias. Através de análise descritiva observou-se que a RIME foi a única variável que foi estatisticamente significativa, o que confirmou que a RIME contribuiu para melhorar o bem-estar emocional das pessoas portadoras de ostomia.

A psicopedagoga Raíssa de Almeida Pereira em tese de doutorado (PEREIRA, 2017) desenvolveu um dispositivo psicopedagógico para ressignificar a dor espiritual da perda de jovens enlutados, de forma a auxiliá-los a lidarem com a dor destas perdas provocadas por mortes de figuras de afeto ocorridas de maneira violenta. Os caminhos metodológicos para o desenvolvimento do trabalho foram a história de vida e formação através de um ateliê biográfico e a aplicação da Intervenção RIME. Os resultados indicaram que embora a ruptura do vínculo por morte provoque dores inevitáveis, foi possível a estes jovens ressignificá-las através do ateliê biográfico e da RIME e adquirir um sentido nutridor de novas formas de se viver, amar e lidar com a finitude.

O fonoaudiólogo Rodrigo Daniel de Paula Ernesto em pesquisa de iniciação científica, com bolsa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), (ERNESTO; ELIAS; AVEJONAS, 2010) estudou os benefícios alcançados com a aplicação da RIME em doentes com demência de Alzheimer e em seus cuidadores, e foram observadas melhorias na comunicação interpessoal e nos aspectos socioemocionais e espirituais dos pacientes e cuidadores. Os resultados mostraram que esta intervenção mudou alguns dados na avaliação dos pacientes com a doença de Alzheimer e ajudou a aliviar o estresse de quadros encontrados em cuidadores, contribuindo assim para uma melhor comunicação

entre paciente e cuidador.

O psicólogo Paulo Sérgio Costa Crespolini estudou, através de iniciação científica (CRESPOLINI; ELIAS, 2015), se as experiências religiosas atuais, que façam referência a atitudes típicas propostas pelo Clero na Idade Média, têm contribuído para o desenvolvimento de transtornos mentais, devido à constelação de uma polaridade terrível do divino, no presente, e se esta possível percepção ameaçadora pode ser minimizada, a partir da aplicação de três sessões da RIME. Os resultados indicaram que foi possível estabelecer a correlação entre as experiências religiosas hodiernas, verificadas pela pesquisa, junto a atitudes típicas de um passado medieval, atemporal em seus processos e constelado sob a roupagem dos transtornos mentais: cuja dor não é só psíquica nem apenas física, mas espiritual e integral, e foi possível, através da RIME, amenizá-la.

No presente momento, 2019, outro estudo de doutorado sobre a RIME está em andamento na Universidade Federal de São Carlos. A enfermeira e professora Carlene Souza Silva Manzini estuda a comparação da qualidade de vida relacionada à saúde e à resiliência de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico antes e após a intervenção RIME, pareados com grupo controle por idade, sexo e escolaridade em um desenho transcultural, com população brasileira e portuguesa. O estudo encontra-se em fase final.

Este artigo objetiva apresentar ao leitor a psicoterapia breve por imagens alquímicas RIME, descrevendo o passo a passo para a sua aplicação.

REVISÃO DA LITERATURA

A Intervenção RIME fundamenta-se na teoria junguiana (JUNG, 2007; JUNG, 2001; JUNG, 1986) e nos estudos sobre as experiências de quase morte (EQM) (FENWICK, 2013; GREYSON, 2007; GREYSON, 2003; GREYSON, 2000; KÜBLER-ROSS, 2003; KÜBLER-ROSS, 1998; MOODY JR, 1989; MORSE; PERRY, 1997; PARNIA; FENWICK, 2002; TRENT-VON; BEAUREGARD, 2013; VAN LOMMEL, 2013; VAN LOMMEL, 2004; VAN LOMMEL *et al.*, 2001). É uma psicoterapia breve, de caráter complementar, desenvolvida para ambiente hospitalar, que integra as técnicas de relaxamento, imaginação dirigida e elementos da espiritualidade, em uma abordagem simbólica e transpessoal. Embora tenha sido desenvolvida para ambiente hospitalar, pode ser utilizada como uma técnica adjuvante no processo psicoterapêutico clássico, no consultório, frente à determinação de um foco de trabalho.

A RIME promove a conexão com a sabedoria interna, com o Sagrado, para minimizar angústias, ressignificar a dor psíquica, a dor espiritual, ou um foco de sofrimento definido pelo paciente. Possibilita o fortalecimento dos recursos psíquicos saudáveis e da resiliência, promovendo qualidade de vida frente ao adoecer. Por ser uma psicoterapia breve pode ser aplicada por todos os profissionais da área de saúde, tanto em situação de *cuidados paliativos*, como em situação de *possibilidades de cura*.

Descreveremos abaixo os passos para a aplicação da RIME de forma sucinta. O manual de aplicação completo pode ser encontrado em forma de *e-book* (ELIAS, 2018) no site www.intervencaoime.com.br, com *download* gratuito.

Roteiro para aplicação da RIME: passo a passo.

Passo 1 - identificação do foco a ser trabalhado:

a identificação do foco de trabalho para a aplicação da RIME se diferencia de acordo com o estado clínico do paciente e os objetivos do trabalho.

A RIME foi desenvolvida em analogia ao simbolismo do processo alquímico proposto por Jung (1986), que em última instância refere ao diálogo do *self* com o ego, do inconsciente com a consciência, de forma que a personalidade possa ser enriquecida e fortalecida pela própria essência do indivíduo, ou seja, que a personalidade possa ser transformada, no sentido de alcançar sua plenitude (Edinger, 2006). Jung (1986) afirmou que adoecemos porque nos distanciamos de quem realmente somos

Parte-se da matéria prima *nigredo*, de acordo com o processo alquímico proposto por Jung (1986). O negrume ou *nigredo* é um estado inicial, sempre presente no início, como uma qualidade da *prima materia*, que é o material a ser “descoberto” pela análise clínica do psicólogo, frente à queixa do paciente e a ser trabalhado na psicoterapia.

Nigredo é uma palavra em latim que significa escuro. Na simbologia alquímica significa a matéria prima que será transformada. De acordo com Jung (1986), o negrume ou *nigredo* é um estado inicial, sempre presente no início como uma qualidade da *prima materia*, do caos ou da massa confusa. Segundo Edinger (2006), o termo *prima materia* remonta a uma ideia arquetípica dos filósofos pré-socráticos, os quais acreditavam que o mundo é gerado de uma matéria única original. Em paralelo com a psicoterapia, esta *prima materia* é o material a ser “descoberto” pela análise clínica do psicólogo, frente à queixa do paciente e a ser trabalhado na psicoterapia.

No nosso trabalho com a RIME, o *nigredo* em cuidados paliativos refere-se a dor simbólica da morte representada pela dor psíquica e pela dor espiritual. A dor psíquica se manifesta através do medo do sofrimento e do humor depressivo (tristezas, angústias e culpas). A dor espiritual é compreendida como medo da morte, medo do pós-morte, ideias e concepções negativas em relação ao sentido da vida e à espiritualidade; e culpas perante Deus. Em nossos estudos observamos que a dor espiritual é prevalente e tem maior relevância que a dor psíquica frente à iminência da morte. Além disto, quando o profissional que aplica a RIME não for um psicólogo ou um médico com formação em psicoterapia, deve ser trabalhada apenas a dor espiritual.

Em pacientes com possibilidades de cura o *nigredo* é representado pelo foco psicológico a ser trabalhado, definido entre terapeuta e paciente, que pode ou não estar relacionado com a doença e suas sequelas emocionais.

Passo 2 – escolha da música, da imagem inicial e definição do Ser de Luz:

antes do início da aplicação da RIME deve ser definido junto ao paciente qual música ele prefere para a indução do relaxamento mental. Em nossos estudos,

para a aplicação da RIME, utilizamos as do compositor Aurio Corrá.

Para o início da visualização das imagens, na RIME, o paciente deve escolher previamente de qual imagem ele deseja partir. Esta imagem será utilizada para se realizar a *solutio* de forma a se chegar a *albedo*. No processo alquímico proposto por Jung (1986) a *solutio* refere-se ao dissolver o sofrimento; e *albedo*, ou seja, o tornar esbranquiçado, no contexto simbólico da alquimia significa a purificação. Edinger (2006) refere que a *solutio* traz dois resultados em sua operação: provoca o desaparecimento de uma forma e o surgimento de uma nova forma, isto é, conforme explicou Jung (1986), através da *solutio* (dissolução do sofrimento) a matéria prima psicológica é transformada, aparecendo a *albedo* que é a aurora, o novo dia, o caminho para a ressignificação e a abertura para novas possibilidades, frente às experiências de sofrimento.

O profissional deve oferecer ao paciente através de um *tablet* ou um *laptop* ou um celular ou de forma impressa em papel, as imagens disponibilizadas no site www.intervencaoime.com.br, solicitando que ele escolha a que prefere, para se iniciar a imaginação dirigida na RIME. As imagens oferecidas para escolha são: jardim de flores com cachoeira suave, ao pé de montanhas um lago sereno, um campo por onde passa um rio tranquilo e uma praia tranquila com mar sereno.

A RIME é uma intervenção que, em suas considerações éticas, respeita a religião do paciente e, frente às nossas pesquisas, pode ser aplicada em pacientes de qualquer religião e em ateus. Antes do início da aplicação da RIME deve ser definido, junto ao paciente, quem representa para ele um ser espiritual de luz, de acordo com a sua religião. Em pacientes ateus utilizamos como alternativa para o ser de luz, parentes ou amigos que inspirem amor, confiança, proteção para o paciente, podendo estes parentes ou amigos, estarem vivos ou já terem morrido. Trabalha-se com a lembrança destes entes queridos. Também trocamos, em pacientes ateus, a visão do mundo espiritual, citado pelos pacientes que passaram por uma EQM, pela integração com a natureza.

Observa-se que o paciente deve identificar o ser espiritual de luz escolhido, como um ser que emana amor incondicional; absoluto. Este ser espiritual irá acompanhar o paciente em toda a vivência da RIME.

Passo 3 – indução do relaxamento mental:

pede-se ao paciente que deite-se em uma maca ou sente-se confortavelmente, preferencialmente em uma poltrona, mantenha a coluna ereta de forma confortável, não cruze os braços ou as pernas e mantenha os braços e mãos apoiados na mesma altura. Coloca-se a música escolhida pelo paciente para tocar. Deve-se repeti-la até o fim da aplicação da Intervenção RIME. Pede-se ao paciente que feche os olhos e respire profundamente, com o diafragma, procurando ritmar a respiração de forma lenta e profunda e imaginando o oxigênio sendo inalado na cor azul do céu, que é uma cor fria, calmante. Em seguida pede-se ao paciente que foque sua atenção na música suave e imagine-se no lugar escolhido previamente por ele: jardim de flores com cachoeira suave, –ao pé de

montanhas um lago sereno, um campo por onde passa um rio tranquilo uma praia tranquila com mar sereno. Neste lugar escolhido pelo paciente pede-se que ele relaxe os músculos, da cabeça para os pés, das extremidades para o centro. Em seguida estimula-se a percepção dos cinco sentidos através da imaginação. Orienta-se ao paciente que ele sinta a temperatura do local confortável e agradável. A voz do terapeuta deve ser suave, doce e sempre no mesmo tom.

Passo 4 – indução da visualização de imagens mentais no local escolhido (imagem inicial) pelo paciente: no lugar escolhido pelo paciente, após a indução do relaxamento mental, pede-se que o paciente visualize o ser de luz escolhido por ele, que caminha por este local escolhido ao encontro dele, paciente, emanando profundo amor e proteção. Orienta-se que o paciente visualize este ser de luz abraçando-o, olhando em seus olhos, e o envolvendo em amor e proteção. Sugere-se que o paciente sinta este amor e proteção nos braços do ser de luz. Que olhe em seus olhos; nutrindo-se deste amor incondicional. Antes de se dirigir a imaginação do paciente para o passo 5, a *solutio*, para se chegar a *albedo*, pode-se, neste lugar escolhido pelo paciente, trabalhar algum conflito específico à história deste paciente, que ele tenha relatado na sua entrevista inicial.

Passo 5 – *solutio* para se chegar a *albedo* (dissolver o sofrimento): neste momento da RIME começa-se propriamente o processo de natureza alquímica, realizando-se a *solutio* para se chegar a *albedo*, ou seja, dissolver o sofrimento através de duas imagens:

Primeira imagem – **água** representada por cachoeira, ou mar, ou rio, ou lago, onde o paciente lava, dissolve, o seu sofrimento, o seu conteúdo sombrio, ou seja, o foco escolhido para transformação.

Segunda imagem – túnicas das cores do arco-íris e suas composições, as quais o paciente experimenta todas, e depois escolhe a túnica da cor que sente preferir, em referência aos *chakras* postulados pelas tradições orientais.

Esta segunda imagem também refere-se a *solutio* para se chegar a *albedo*. Na RIME, após a *solutio* na primeira imagem, ou seja, a dissolução do sofrimento pela visualização da imersão simbólica na água pela imagem da cachoeira, ou mar, ou rio, ou lago, o paciente é orientado a visualizar-se vestindo túnicas das cores do arco-íris e algumas de suas derivações, as quais ele experimenta todas, e depois escolhe a túnica da cor que sente preferir, de forma a equilibrar o corpo espiritual, em referência aos *chakras* postulados pelas tradições orientais.

As cores dos principais *chakras* postulados pelas tradições orientais (que também são as cores do arco-íris), na sua integração, resultam no branco conforme o disco de Newton, e assim, experimentar todas estas cores que na sua integração resultam no branco, também é uma forma de *solutio* para se chegar a *albedo* na compreensão desta autora, que desenvolveu a RIME.

Ainda no entendimento desta autora que desenvolveu a RIME, a primeira imagem refere a *solutio* para se chegar a *albedo* através da dissolução simbólica do sofrimento no

corpo físico (a água lava o corpo e dissolve simbolicamente o sofrimento), e a segunda imagem refere a *solutio* para se chegar a *albedo* através da dissolução simbólica do sofrimento no corpo espiritual mediado pelos *chakras*, através da visualização das cores dos *chakras* de forma vibrante e cintilante.

O processo para a aplicação das duas primeiras imagens acima referidas acontece da seguinte forma: após o encontro amoroso do paciente com o ser de luz no local escolhido, orienta-se o paciente para visualizar o ser de luz convidando-o a entrar na água (cachoeira, lago, rio ou mar), para dissolver o seu sofrimento, o foco escolhido para transformação. Orienta-se que o paciente, protegido pelo ser de luz, entre na água e dissolva seu sofrimento, nomeando-se o foco escolhido para transformação. Em seguida orienta-se ao paciente que saia da cachoeira, ou lago, ou rio, ou mar, acompanhado do ser de luz e sinta o calor suave do sol e em temperatura agradável aquecendo-o. Em seguida orienta-se ao paciente que veja o ser de luz oferecendo-lhe túnicas de todas as cores, brilhantes, para experimentar e que após vestir cada uma delas, irá escolher/sentir, qual é a sua cor. A ênfase no brilho da cor está em referência a energia prânica, processada pelos *chakras*, referidos pela tradições orientais. Fenwick (2013) relatou que a energia prânica cósmica condiciona as formas evolutivas e está intimamente ligada à própria consciência universal e, dessa forma, liga consciência e matéria em um sistema único. Os *chakras* processam a energia prânica cósmica e ao se trabalhar com a visualização de suas cores de forma brilhante, ou seja luminosa, símbolo da espiritualidade elevada, favorecemos a ligação do paciente com o Sagrado, de forma a estimular a ressignificação do sofrimento, fortalecer a resiliência e a abertura para novas possibilidades de sentido na vida.

Passo 6 – *coagulatio* para se chegar a *citrinitas* (constelar as qualidades pelo dourado): após orientar o paciente para sentir qual é a cor da sua túnica, o terapeuta dirige a imaginação deste para se sentir vestido com esta túnica e também imaginar que calça sandálias confortáveis, ou mesmo fica descalço, se preferir. Em seguida o terapeuta convida o paciente a perceber que neste local há uma escadaria branca, segura e imensa, muita alta, que inspira harmonia, suavidade, amor e proteção, que alcança o espaço além da terra, e que liga este lugar onde o paciente está a uma estrela da cor da **túnica do paciente**. E o terapeuta com voz suave dirige a imaginação do paciente para subir esta escadaria branca, protegido e amparado pelo ser de luz. Chegando à estrela acompanhado do ser de luz, o terapeuta direciona a imaginação do paciente para sentir-se em casa. Respirar o ar puro do local. Observar e sentir a beleza, a luminosidade, a paz que este local oferece.

Com o paciente na estrela da cor da sua túnica, em contato com sua alma (seu *self*), começa-se a dirigir a imaginação do paciente para realizar a operação alquímica *coagulatio* para se chegar ao estágio *citrinitas*, através da terceira imagem alquímica: sementes douradas que são depositadas pelo ser espiritual de luz, que emana amor absoluto incondicional,

na testa (para iluminar os pensamentos do paciente), na garganta (para iluminar as palavras do paciente), no coração (para iluminar os sentimentos do paciente), no umbigo (para iluminar as emoções do paciente), nas mãos (para iluminar as ações do paciente), e nos pés (para iluminar o caminhar do paciente). O terapeuta, com voz suave, deve dirigir a imaginação do paciente para sentir e absorver cada semente dourada nos pontos acima mencionados. E para finalizar este sexto passo, o terapeuta orienta o paciente para que, ao absorver as sementes douradas, sentir o amor incondicional do ser de luz o envolver, nutrindo todas estas sementes douradas e constelando a qualidade, ou valor, ou sentimento que ele necessita e que foi mencionada em cada semente dourada de luz.

Esta terceira imagem representa simbolicamente a transição ente a dissolução do sofrimento (primeira e segunda imagem) e a comunicação da consciência com o Sagrado (quarta imagem). *Citrinita* é uma palavra em latim que significa amarelado e representa na alquimia o despertar, ou seja, a possibilidade de se constelar potencialidades adormecidas. Por trazer como simbolismo central "sementes douradas", está relacionada com a operação alquímica *coagulatio*, a qual pertence ao simbolismo do elemento terra. Segundo Edinger (2006), a *coagulatio* é o processo que transforma as coisas em terra, a qual é pesada e permanente, a terra tem forma e posição fixas. Desta forma tornar-se terra significa concretizar-se em uma forma localizada particular, isto é, tornar-se ligada a um ego.

Através desta imagem simbólica o potencial criativo, que emergiu após a *albedo*, pode ser fixado ao ego, de forma a transformar os pensamentos, as palavras, os sentimentos, as emoções, a ação e o caminhar do paciente. Também nesta imagem simbólica o elemento Amor é adicionado, fortalecendo a transformação psico-espiritual, pois é dito para o paciente que quem entrega as sementes de luz é um ser espiritual personificado de acordo com a religião do paciente, que irradia amor incondicional, e que, quanto mais, ele, paciente, compartilhar estas sementes de luz, mais elas se fortalecerão e crescerão na vida dele. Observa-se que este ser espiritual apresenta um aspecto simbólico e um aspecto transpessoal. Simbólico, pois representa o *self*, e transpessoal, pois representa mitologicamente Deus, o supremo ser divino, cuja energia arquetípica se personifica no ser espiritual da religião do paciente.

Passo 7 – *coniunctio* para se chegar a *rubedo* (integração dos opostos para se chegar ao vermelho, sangue, vida): após o paciente ter recebido e absorvido as sementes douradas, o terapeuta direciona a imaginação para a quarta imagem, que finaliza o processo alquímico da RIME, que é uma caixa vermelha contendo um presente, que o ser espiritual de luz que emana amor absoluto, incondicional, entrega para o paciente, como referência simbólica a um específico aspecto do potencial criativo que deve ser desenvolvido, vivenciado pelo paciente. Esta quarta imagem representa a operação alquímica *coniunctio*, para se chegar ao estágio *rubedo*.

Jung (1986) considera que, segundo os alquimistas,

a *albedo* é a aurora, mas só a *rubedo*, o enrubescimento, é o nascer do sol. O processo alquímico para ser completo precisa terminar na *rubedo*, que é uma palavra em latim que significa avermelhado. O vermelho representa o sangue que em sentido figurado representa o viver, o estar vivo, a existência. É o quarto e último estágio da alquimia, representa a iluminação, e só pode ocorrer através da *coniunctio*; que, segundo Edinger (2006), é o ponto culminante da *opus*. A *coniunctio* refere à integração dos opostos, ou seja, na RIME refere ao diálogo entre o *self* e o ego, pois o presente na caixa vermelha é uma mensagem simbólica do inconsciente para a consciência, sobre as questões que estão sendo trabalhadas. A *coniunctio* é a conexão do ego consciente com o Sagrado, com a sabedoria interna, o que ocorre através do simbolismo do presente da caixa vermelha.

O terapeuta orienta para que o paciente visualize nas mãos do ser de luz uma caixa vermelha contendo um presente para ele, paciente, que pode ser algo concreto ou abstrato; e é uma mensagem simbólica para a vida do paciente. Após direcionar a visualização da entrega da caixa vermelha contendo o presente, o terapeuta deve deixar a música tocando por alguns minutos, de forma que o paciente possa sentir a representação simbólica deste presente para a sua vida. Para finalizar esta etapa da RIME na estrela, o terapeuta orienta que o paciente sinta e visualize que o ser de luz lhe coloca um manto azul de proteção.

Para terminar a RIME o terapeuta deve afirmar ao paciente que ele pode voltar a esta estrela sempre que desejar, deve sentir que está envolto no manto azul, que absorveu as sementes douradas e que está com o seu presente da caixa vermelha, integrado à mensagem que este presente transmite para a sua vida.

O terapeuta, por fim, orienta ao paciente que respire mais uma vez o ar puro deste lugar e comece a descer a escadaria branca, amparado e protegido pelo ser de luz, em direção ao local de onde partiu: jardim de flores com cachoeira suave, ou ao pé de montanhas um lago sereno, ou um campo por onde passa um rio tranquilo, ou uma praia tranquila com mar sereno.

Ao se visualizar a chegada ao local de partida o terapeuta orienta o paciente para imaginar que tirou a túnica e sandálias e visualizar que está com suas roupas e sapatos. Sugere mais uma vez para o paciente se sentir envolto no manto azul, que as sementes douradas foram absorvidas e que está com o seu presente da caixa vermelha, cuja mensagem que este presente transmite para a sua vida, está integrada na sua consciência. Afirma que o ser de luz continuará com ele, mesmo quando voltar para o estado de vigília. Para encerrar, o terapeuta orienta que quando ele disser três, o paciente devesse vagarosamente abrir os olhos.

Após o término da RIME recomenda-se que, sempre que possível, se converse com o paciente sobre como ele vivenciou a RIME de forma geral. E, de maneira específica, como foi esta experiência com o ser de luz, como foi a experiência na água (praia, cachoeira, rio ou lago), qual foi a cor da túnica que ele escolheu, como foi a subida na escadaria branca, como sentiu as sementes douradas, qual foi o presente

e como o sentiu, enquanto mensagem para a sua vida.

Em cuidados paliativos o paciente acamado pode adormecer durante a RIME. Neste caso, deve-se deixar o paciente dormindo, com a afirmativa de que ao despertar ele se sentirá protegido, em paz, fortalecido e transformado. Na sessão seguinte, conversa-se com o paciente sobre o que ele vivenciou.

No *e-book* (ELIAS, 2018) são explicados os aspectos técnicos quanto ao número total de sessões, a frequência de aplicação, o tempo de duração das sessões, a especificidade da introdução das imagens em cuidados paliativos, as orientações em relação aos dados sócio demográficos, as recomendações técnicas para a indução da visualização, os cuidados na observação do impacto das imagens no paciente, os cuidados em relação às condições clínicas e as especificidades para aplicação individual ou grupal.

DISCUSSÃO

Observamos, ao longo dos dezoito anos no desenvolvimento da RIME, que é viável a aplicação desta psicoterapia breve por todas as categorias de profissionais de saúde, através de um foco definido relacionado à doença e seus tratamentos, para a transformação do bem-estar e da qualidade de vida ou do processo de morrer dos pacientes, em ambiente hospitalar (ELIAS, 2018).

Observamos que a RIME beneficia não só os pacientes, mas também os profissionais que aplicam esta intervenção, no que se refere à maturidade psicoespiritual. Os profissionais muitas vezes relataram vivenciarem elementos positivos da espiritualidade, referentes a uma experiência de quase morte, o que em geral integrou suas personalidades de forma saudável e construtiva. (ELIAS; GIGLIO; PIMENTA, 2008; ELIAS *et al.*, 2007; ARAÚJO ELIAS *et al.*, 2006).

Observamos que a aplicação da RIME resulta em uma aproximação da "essência" ou "alma" do profissional, com a "essência" ou "alma" do paciente, ou em termos psicanalíticos, uma aproximação inconsciente entre terapeuta e doente. Por esta razão consideramos que a RIME não é uma intervenção simples de ser aplicada, pois ela, ao unir profissional e doente em um único sentimento, requer disponibilidade interna e entrega por parte deste profissional. (ELIAS; GIGLIO; PIMENTA, 2008; ELIAS *et al.*, 2007; ARAÚJO ELIAS *et al.*, 2006).

Nossos estudos mostraram que a RIME proporciona dignidade, serenidade e qualidade de vida no processo de morrer. Ressignifica a dor simbólica da morte relacionada aos complexos constelados e manifestados no sofrimento psicoespiritual frente à morte e ao morrer, assim como favorece a integração na consciência de material arquetípico relacionado à natureza espiritual do ser humano. (ELIAS, 2018; ELIAS *et al.*, 2015; ELIAS *et al.*, 2017; ELIAS; GIGLIO; PIMENTA, 2008; ELIAS *et al.*, 2007; ARAÚJO ELIAS *et al.*, 2006; ELIAS, 2003; ELIAS; GIGLIO, 2002; ELIAS; GIGLIO, 2001).

A RIME facilita a introdução na consciência da força arquetípica de vida, a força curativa, tanto em pacientes com possibilidades de cura, como em pacientes terminais, que deslocam

esta força de vida para sua dimensão psicoespiritual, independente de seus corpos estarem se desintegrando. (ELIAS, 2018; ELIAS *et al.*, 2015; ELIAS *et al.*, 2017; ELIAS; GIGLIO; PIMENTA, 2008; ELIAS *et al.*, 2007; ARAÚJO ELIAS *et al.*, 2006; ELIAS, 2003; ELIAS; GIGLIO, 2002; ELIAS; GIGLIO, 2001).

No que se refere à pacientes com possibilidades de cura ou com doenças crônicas, observamos que após a aplicação da RIME, de maneira geral, há uma quebra do estigma da doença e o emergir da individualidade, da identidade do sujeito, e principalmente de uma força interna para enfrentar o obstáculo, que no caso se apresenta como a doença específica. (ELIAS *et al.*, 2015; ELIAS *et al.*, 2017).

A aplicação da RIME não traz a solução para os problemas e sofrimentos dos pacientes e sim introduz na consciência a força de vida para resolver o problema, ou seja, a boa esperança. A capacidade de se acessar o próprio potencial interno, a força da vida, o potencial energético, uma disposição para se construir uma vida melhor, mais integrada. A RIME facilita a introdução na consciência dos recursos autocurativos e minimiza a memória traumática (ELIAS, 2018; ELIAS *et al.*, 2015; ELIAS *et al.*, 2017).

A RIME, enquanto uma intervenção psicoterapêutica breve por meio de imagem alquímicas, mostrou-se eficaz para tratamento em situação de crise, em ambiente hospitalar, contribuindo para uma melhor qualidade de vida e ampliação da autoestima do paciente, assim como para a transformação do foco de sofrimento definido (ELIAS, 2018; ELIAS *et al.*, 2015; ELIAS *et al.*, 2017; ELIAS; ; PIMENTA, 2008; ELIAS *et al.*, 2007; ARAÚJO ELIAS *et al.*, 2006; ELIAS, 2003; ELIAS; GIGLIO, 2002; ELIAS; GIGLIO, 2001).

CONCLUSÃO

Por meio da revisão da literatura apresentada neste artigo, observamos que a RIME é uma psicoterapia breve que foi desenvolvida através de rigorosa metodologia científica, e que através das referências indicadas a RIME está disponível para ser estudada e aplicada pelos profissionais de saúde que apresentem afinidade com as bases epistemológicas e ontológicas que sustentam esta intervenção.

Apesar da RIME já ter sido significativamente estudada e ter se consolidado como uma intervenção que promove a conexão com a sabedoria interna, com o Sagrado, para minimizar angústias, resignificar a dor psíquica, a dor espiritual, ou um foco de sofrimento definido pelo paciente, possibilitando o fortalecimento dos recursos psíquicos saudáveis e da resiliência, promovendo qualidade de vida frente ao adoecer. Novos estudos podem e devem ser realizados para a compreensão dos possíveis benefícios desta intervenção em situações clínicas diversas, principalmente as que não foram ainda pesquisadas através de metodologia científica.

REFERÊNCIAS

CRESPOLINI, P. S. C.; ELIAS A. C. A. A psicopatologia do religioso constelada em uma polaridade devoradora do divino: fenômeno associado e possível suscitador de transtornos

mentais. In: XVII ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA UNIP/ PIBIB-PIBITI-CNPq. **Anais...** São Paulo: 2015.

EDINGER, E. F. **Anatomia da psique: o simbolismo alquímico na psicoterapia.** 5. reimpr. 1. ed. São Paulo: Editora Cultrix, 2006.

ELIAS, A. C. A. Manual para aplicação: RIME: psicoterapia breve por imagens alquímicas. Campinas: UnicampBFCM, 2018. Disponível em: <www.intervencao.rime.com.br>. **Acesso em 10 de outubro de 2019.**

ELIAS, A. C. A. *et al.* Development of a brief psychotherapy modality entitled RIME in a hospital setting using alchemical images. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 34, n. 4, p. 534-547, 2017.

_____. The biopsychosocial spiritual model applied to the treatment of women with breast cancer, through RIME Intervention: relaxation, mental images, spirituality. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 21, n. 1, p. 1-6, 2015.

ARAÚJO ELIAS, A. C. Therapeutical intervention, relaxation, mental images, and spirituality (RIME) for spiritual pain in terminal patients. A training program. **The Scientific World Journal**, v. 6, p. 2158-2269, 2006.

ELIAS, A. C. A.; GIGLIO, J. S.; PIMENTA, C. A. M. Analysis of the nature of the spiritual pain in terminal patients and the process of its re-signify through the Relaxation, Mental Images and Spirituality (RIME) Intervention. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 6, p. 959-965, 2008.

ELIAS, A. C. A. *et al.* Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 60-72, 2007.

ELIAS, A. C. A. Re-significação da dor simbólica da morte: relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 23, n. 1, p. 92-97, 2003.

ELIAS, A. C. A.; GIGLIO, J. S. Intervenção psicoterapêutica na área de cuidados paliativos para re-significar a dor simbólica da morte de pacientes terminais através de relaxamento mental, imagens e espiritualidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 116-129, 2002.

_____. A questão da espiritualidade na realidade hospitalar: o psicólogo e a dimensão espiritual do paciente. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 18, n. 3, p. 23-32, 2001.

ERNESTO, R. P. D.; ELIAS, A. C. A.; AVEJONAS, D. R. M. Aplicação da técnica RIME em pacientes com demência de Alzheimer e em seus cuidadores. VI SEMINÁRIO DE PESQUISA

EM GERONTOLOGIA E GERIATRIA. **Anais...** Campinas: SESC, 2010.

ESPINHA, D. C. M. **A intervenção terapêutica RIME (Relaxamento, Imagens Mentais, Espiritualidade) em pacientes submetidos ao tratamento radioterápico para câncer de cabeça e pescoço:** ensaio clínico randomizado. 2015. Dissertação (Mestrado em Biologia e Envelhecimento) – Faculdade de Medicina de Marília, São Paulo.

FENWICK P. **Can near death experiences (NDEs) contribute to the debate on consciousness?** **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 203-207, 2013.

GREYSON B. Near-death experience: clinical implications. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 116-125, 2007.

_____. Near-Death Experiences in a psychiatric outpatients clinic population. **Psychiatric Services**, v. 54, n. 12, p. 1649-1151, 2003.

_____. Dissociation in people who have near-death experiences: out of their bodies or out of their minds? **The Lancet**, v. 355, n. 9202, p. 460-463, 2000.

JUNG, C.G. **O segredo da flor de ouro:** um livro de vida chinês. 12. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

_____. Memórias, sonhos, reflexões. 21. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2001.

_____. Obras completas. Petrópolis: Editora Vozes, 1986. (vol. V, vol. VIII/1, vol. VIII/2, vol. IX/2, vol. XI/1, vol. XII, vol. XV)

KÜBLER-ROSS, E. O túnel e a luz. Campinas: Verus Editora, 2003.

_____. A roda da vida. Rio de Janeiro: Sextante Editora, 1998.

MOODY JR, R. A luz do além. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Nórdica, 1989.

MORSE, M.; PERRY, P. Transformados pela luz. Rio de Janeiro: Editora Nova Era, 1997.

PARNIA, S.; FENWICK, P. Near death experiences in cardiac arrest: visions of a dying brain or visions of a new science of consciousness. **Resuscitation**, n. 52, p. 5-11, 2002.

PEREIRA, R. A. Jovens enlutados: um estudo sobre a (re) significação da dor espiritual da perda. 2017. Tese de Doutorado (Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira) – Faculdade de Educação da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

RIBEIRO, R. O. B *et al.* A Intervenção RIME como recurso

para o bem-estar de pacientes ostomizados. **Psicologia Hospitalar**, v. 12, n. 2, p. 83-102, 2014.

TRENT-VON H. N.; BEAUREGARD M. Near-death experiences in cardiac arrest: implications for the concept of non-local mind. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 197-202, 2013.

VAN LOMMEL, P. Non-local consciousness: a concept based on scientific research on near-death experiences during cardiac arrest. **Journal of Consciousness Studies**, v. 20, n. 1-2, p. 7-48, 2013.

_____. About the continuity of our consciousness. In: MACHADO, C.; SHEWMON, D. A. Brain death and disorders of consciousness. New York: Boston: Dordrecht: London: Moscow, Kluwer Academic/ Plenum Publishers, 2004. p. 115-32.

VAN LOMMEL P. et al. Near-death experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands. *The Lancet*, v. 358, n. 9298, p. 2039-2045, 2001.

Leonardo Machado¹
Camila Santana²

¹ Programa de pós-graduação em neuropsiquiatria, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal de Pernambuco.

² Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal de Pernambuco.

✉ **Leonardo Machado**
Rua Sen. José Henrique, 199, sala 602 (Empresarial Charles Darwin) Ilha do Leite, Recife/PE
CEP 50070-460
✉ leonardo.machadot@ufpe.br

Submetido: 01/07/2019
Aceito: 08/11/2019

RESUMO

Introdução: A prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é globalmente alta e esse grupo tende a ter estratégias de enfrentamento mais perigosas. Revisões sistemáticas trouxeram suporte científico para a realização de intervenções que visam melhorar o bem-estar e a saúde mental dos estudantes de medicina. O presente artigo traz a análise dos relatos fornecidos pelos estudantes de medicina da Universidade Federal de Pernambuco que participaram de um treinamento emocional baseado na psicologia positiva, uma área da psicologia fundada na década de noventa que visa estudar o bem-estar e as potencialidades humanas, afim de ampliar a avaliação da intervenção. **Relato da experiência:** Inicialmente, os alunos se apresentaram surpresos em relação à abordagem nova. A surpresa se deveu à dinâmica em si, mas também ao fato de desconhecerem a psiquiatria positiva e a psicologia positiva, abordagens que visam o estudo e a promoção da saúde mental positiva por meio de fatores vinculados ao bem-estar. Antes da intervenção, cerca de 32,3% dos estudantes tinham escore de risco para transtornos mentais comuns, conforme aferição realizada pela escala Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). E, apesar da estranheza inicial, tanto os que estavam com alguma condição psiquiátrica, quanto os que não estavam, sentiram benefício direto da intervenção que focou na saúde mental positiva. **Conclusão:** A análise dos relatos dos estudantes de medicina da Universidade Federal de Pernambuco que receberam uma intervenção focada em estimular aspectos da saúde mental positiva por meio da psicologia positiva complementa o entendimento dos resultados quantitativos encontrados em publicação prévia. Tanto os alunos que estavam com alguma condição psiquiátrica no momento da intervenção, quanto os que não estavam, sentiram benefício direto da intervenção que focou na saúde mental positiva. Houve também percepção de que a intervenção influenciou positivamente a formação médica deles e não somente a saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental; Estudantes de Medicina; Prevenção Primária; Transtornos Mentais.

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of mental disorders in medical students is globally high and this group tends to have more dangerous coping strategies. Systematic reviews have provided scientific support for interventions aimed at improving the well-being and mental health of medical students. This article presents the analysis of the reports provided by the medical students of the Federal University of Pernambuco who participated in an emotional training based on positive psychology, an area of psychology founded in the nineties that aims to study human well-being and potentialities, in order to extend the evaluation of the intervention. **Experience report:** Initially, students were surprised at the new approach. The surprise was due to the dynamics themselves, but also to the fact that they are unaware of positive psychiatry and positive psychology, approaches aimed at the study and promotion of positive mental health through factors linked to well-being. Before the intervention, about 32.3% of the students had a risk score for common mental disorders, as measured by the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). And despite this initial strangeness, both those with some psychiatric condition and those who were not felt direct benefit from the intervention that focused on positive mental health. There was also a perception that the intervention positively influenced their medical education and not only their own mental health, with the wish that the training had taken place before the course. **Conclusion:** The analysis of the reports of medical students from the Federal University of Pernambuco who received an intervention focused on stimulating aspects of positive mental health through positive psychology complement the understanding of the quantitative results found in a previous publication. Both students who were in some psychiatric condition at the time of the intervention, as well as those who were not, felt direct benefit from the intervention that focused on positive mental health. There was also a perception that the intervention positively influenced their medical education and not just their own mental health.

Key-words: Mental Health; Students, Medical; Primary Prevention; Mental Disorders.

INTRODUÇÃO

A prevalência de transtornos de ansiedade, de depressão e de síndrome de burnout em estudantes de medicina é globalmente alta (BORE; KELLY; NAIR, 2016; DYRBYE et al., 2014; WOOD, 2016). Entre os fatores de risco se encontram variáveis associadas à própria personalidade do estudante (YUSOFF et al., 2013), aos desafios inerentes ao processo de se tornar médico (TEMPSKI et al., 2012) e a estresses excessivos da graduação (WOOD, 2016; YUSOFF et al., 2013). Em geral, a saúde mental dos estudantes de medicina piora ao longo da formação médica e esses estudantes tendem a ter estratégias de enfrentamento mais perigosas, como o uso de álcool e a procurar menos ajuda médica para seus problemas psíquicos, apesar de estarem inseridos em ambientes de saúde (SCHWENK; DAVIS; WIMSATT, 2010).

Em um artigo recente do JAMA, Rotenstein et al. encontraram uma prevalência de 27,2% de depressão ou sintomas depressivos entre estudantes de medicina. Outra meta-análise conduzida por Puthran et al. e publicada no início de 2016 encontrou prevalência semelhante de 28%. Ambos estudos evidenciaram que a proporção média de estudantes de medicina com depressão que estava se tratando era apenas quase a metade, ou seja, 15,7% (ROTENSTEIN et al., 2016) e 12,9% (PUTHRAN et al., 2016), respectivamente.

Esses dados são preocupantes, pois estudantes de medicina deprimidos e não tratados podem ter grandes prejuízos no desempenho acadêmico (NURIA; ATILIO; MARCELA, 2011; YUSOFF et al., 2013), dificuldades na relação médico-paciente (NURIA; ATILIO; MARCELA, 2011; SHI et al., 2016) e problemas na construção humanística de suas identidades médicas. Desta maneira, essa problemática deve ser vista não apenas como uma questão educacional, mas também como uma preocupação de saúde pública, uma vez que influenciará na relação médico-paciente e na qualidade assistencial dos futuros médicos. Por isso, esforços para manejo de fatores estressantes durante a graduação médica têm sido empreendidos (SHIRALKAR et al., 2013).

A psicologia positiva (PP) é um novo campo que procura entender as emoções positivas, as potencialidades psicológicas e o funcionamento humano/social/institucional saudável, aplicando esse conhecimento para ajudar as pessoas e as instituições, tendo sobretudo o enfoque na prevenção e na promoção da saúde mental (HUTZ, 2014; SELIGMAN et al., 2005; SIEGEL PSYD, [s.d.]).

Desde o início, os teóricos da PP se preocuparam não só em desenvolver técnicas psicoterapêuticas mas também em mensurar, quantificar e avaliar cientificamente a eficácia destas (SELIGMAN et al., 2005). Na atualidade, são descritas intervenções em grupo, individuais, institucionais e que utilizam a internet (KOBAN et al., 2011; KREJTZ et al., 2016; LINLEY et al., 2013; PROYER et al., 2015; RAMSEY, 2015; SELIGMAN, 2012).

Embora a espiritualidade não tenha sido um escopo inicial direto da PP (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000), vários conceitos abordados nas intervenções da PP também são encontrados em estudos da espiritualidade e na chamada quarta onda de psicoterapias (PETEET, 2018). Deste modo, atualmente a espiritualidade em si é vista como um dos temas relevantes a serem estudados pela psiquiatria positiva (JESTE; PALMER, 2015).

A eficácia de intervenções baseadas na psicologia positiva em aumentar bem-estar subjetivo e em diminuir sintomas psiquiátricos, sobretudo depressivos, tem sido demonstrada em vários ambientes (PROYER et al., 2015; SELIGMAN et al., 2005) e em pelo menos duas meta-análises (BOLIER et al., 2013; SIN; LYUBOMIRSKY, 2009). Na população de estudantes de medicina, porém, há poucos relatos de uso da psicologia positiva. Um desses utilizou uma intervenção baseada basicamente em forças e virtudes. Uma limitação grande deste trabalho é que não foi feita nenhuma avaliação estatística da eficácia (SEOANE et al., 2016).

Como forma de complementar os resultados quantitativos expressos anteriormente (MACHADO et al., 2019) em outro artigo, serão transcritos aqui alguns dos relatos feitos pelos alunos do grupo intervenção. Não se pretende fazer uma análise qualitativa rigorosa, mas apenas ampliar o foco da avaliação da intervenção. A descrição detalhada do treinamento emocional também pode ser encontrada no artigo supracitado (MACHADO et al., 2019).

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Após a realização de uma pesquisa conduzida no início de 2016 pelo autor L. Machado e a constatação dos baixos níveis de bem-estar subjetivo (BES) e dos altos níveis de preocupação ansiosa dos estudantes de medicina dos quatro primeiros anos do curso de medicina da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) (MACHADO et al., 2018), o autor L. Machado elaborou um treinamento emocional baseado na psicologia positiva sendo avaliada a eficácia da referida intervenção dentro da grade curricular do curso de medicina da UFPE (MACHADO et al., 2019). Pode-se dizer que se tratou de uma intervenção preventiva. O foco foi aumentar fatores protetores como satisfação com a vida e emoções positivas (BES) e não diminuir diretamente fatores de risco como sintomas psiquiátricos. A realização da intervenção foi realizada no segundo semestre de 2016.

Desenvolveu-se, assim, um programa de sete semanas que foi incluído dentro da grade do curso de medicina da UFPE. A estrutura de cada encontro semanal pode ser vista na tabela 1. Para as aferições foi construído um questionário autoaplicável com os seguintes componentes: dados sociodemográficos e dados sobre atividades extracurriculares; escala de satisfação com a vida (SWLS) (DIENER; EMMONS, 1985; LARANJEIRA, 2009; ZANON et al., 2014); escala de afetos negativos e positivos (PANAS) (DE CARVALHO et al., 2013; GIACOMONI; HUTZ, 1997; WATSON; CLARK; TELLEGEN, 1988); self-reporting questionnaire (SRQ-20) (ALI; RYAN; DE SILVA, 2016; SANTOS et al., 2010). As escalas SWLS, PANAS e SRQ-20 foram aplicadas antes e depois do estudo, no grupo controle e no grupo intervenção. O grupo que recebeu a intervenção de sete semanas baseada na PP apresentou aumento significativo de emoções positivas e de satisfação com a vida quando comparados os momentos antes e após a intervenção. Além disso, o grupo intervenção teve uma redução de estudantes com escores maiores ou iguais a 8 na escala SRQ-20 (escore de maior risco para a presença de transtornos mentais). Antes da intervenção, 32,3% dos estudantes tinham escore de risco para transtornos comuns; depois da intervenção esse número caiu para 23,5%. No grupo controle, esses três parâmetros não apresentaram diferenças

significativas quando comparados antes e depois do experimento. Na comparação entre os grupos intervenção e controle, o aumento da pontuação na escala de emoções positivas e de satisfação com a vida, bem como a diminuição no escore da escala SRQ-20 permaneceram estatisticamente significativos. Comparado ao grupo controle, o grupo intervenção apresentou: um aumento

médio de 2,85 pontos na escala de emoções positivas; um aumento médio de 2,53 pontos na escala de satisfação com a vida; e uma diminuição média de 1,79 pontos na escala SRQ-20. O tamanho de efeito da intervenção, avaliado pelo teste de Cohen, foi moderado (MACHADO et al., 2019).

Tabela 1: Estrutura do treinamento emocional baseado na psicologia positiva

Encontro	Objetivo	Conteúdo	Técnicas	Questões norteadoras
1º encontro	Introduzir a intervenção Dar embasamento científico à intervenção	Apresentação da intervenção Saúde mental de estudantes de medicina e de médicos Neurociência das emoções negativas e positivas Regulação emocional Prevenção em psiquiatria	Exposição teórica com recursos audiovisuais Debate em sala Entrega de dois artigos científicos: um sobre felicidade em psiquiatria e outro sobre saúde mental em estudantes de medicina	Por qual motivo uma intervenção quando se está bem? É possível falar em prevenção em saúde mental?
2º encontro	Dar embasamento científico à intervenção	Psicologia positiva Modelo de Personalidade de Cloninger Genética do comportamento e das emoções	Debate sobre os artigos entregues no 1º encontro Exposição teórica com recursos audiovisuais Debate em sala Entrega de artigo científico sobre genética do otimismo	Como o ambiente, a genética e a personalidade influenciam os estados emocionais?
3º encontro	Estimular emoções positivas	Empatia afetiva e cognitiva Emoções positivas ligadas ao passado segundo a psicologia positiva: gratidão	Debate sobre os artigos entregues no 2º encontro Contar as bênçãos Visita da gratidão	Por qual motivo fazer técnicas da psicologia positiva e não apenas estudar e pensar sobre bem-estar? É possível diminuir o impacto de memórias negativas em relação ao passado?
4º encontro	Estimular emoções positivas	Emoções positivas ligadas ao presente segundo a psicologia positiva: apreciação Emoções positivas ligadas ao futuro segundo a psicologia positiva: otimismo	Debate sobre o sofrimento humano Otimismo x Pessimismo x Distorções cognitivas Apreciação de músicas Diminuir o tempo de tela Em busca de apreciação	Otimismo e pessimismo são consequências diretas do sofrimento que se passa ou não se passa? Como saborear melhor os acontecimentos prazerosos?
5º encontro	Pensar em passos que facilitam uma postura resiliente	Resiliência Sentido de vida	Exercício de otimismo de Seligman Aprender com pessoas resilientes	Como as emoções positivas e o sentido de vida podem contribuir para a resiliência?
6º encontro	Estimular forças, virtudes e qualidades	Forças, virtudes e qualidades segundo a psicologia positiva	Vídeos com exemplos de vivência das virtudes Questionário VIAS para identificar forças pessoais	Como virtudes pessoais podem contribuir para o bem-estar, para a resiliência e para a atividade profissional?

Tabela 1: Continuação

7º encontro	Estimular forças, virtudes e qualidades	Forças, virtudes e qualidades segundo a psicologia positiva Resumo da intervenção e estímulo para que os participantes continuem praticando as técnicas	Vídeos com exemplos de vivência das virtudes Questionário VIAS para identificar forças em familiares e/ou pessoas que servem de referência Texto com resumo dos tópicos e das técnicas	Como virtudes pessoais podem contribuir para o bem-estar, para a resiliência e para a atividade profissional? Perceber as qualidades dos outros pode contribuir para melhorar os relacionamentos?
-------------	---	--	--	--

Curiosamente, mesmo não sendo eficaz em diminuir escores da escala de emoções negativas, a intervenção mostrou eficácia na diminuição de escore da escala SRQ-20 (MACHADO et al., 2019). Talvez esse seja um caminho para diminuir transtornos mentais comuns nessa população. Ou seja, investir no aumento do bem-estar e não especificamente na diminuição de sintomas psiquiátricos.

Embora alguns pontos da intervenção possam ser encontrados em estudos relacionados à espiritualidade/religiosidade (E/R), durante a referida intervenção, não houve menção direta sobre E/R. Além disso, não foram propostas técnicas vinculadas à E/R.

Ao final do treinamento emocional baseado na psicologia positiva, visando proporcionar um espaço em que os alunos pudessem fazer algum registro qualitativo da experiência pela qual passaram, foi feito o seguinte pedido aos alunos do grupo intervenção: “abaixo, escreva algum comentário sobre como você se sentiu com esta experiência”.

Em alguns relatos, percebe-se que muitos alunos iniciaram a intervenção com “um ar de surpresa” ou “um ar de desconfiança” que ao longo das semanas foi sendo diluído e transformado em vontade de participar mais. Estando à frente da intervenção, foi possível perceber isso. Os relatos abaixo parecem descrever bem essa sensação e essa mudança:

“Trata-se de uma aula absolutamente diferente de qualquer tipo de atividade oferecida pelo curso médico. Eu, particularmente, não sabia que existia um ramo da psiquiatria destinado ao incentivo do bem-estar. No começo eu não entendi direito como isso poderia funcionar e realmente ajudar o aluno de medicina. Hoje eu enxergo que se trata de uma intervenção válida, uma vez que me ajudou do ponto de vista psicológico em relação a como encarar algumas situações.” [Relato de um(a) aluno(a)]

“O novo modelo de aula proposto pela disciplina mudou bastante algumas antigas concepções minhas. Pude notar que é possível melhorar habilidades e o bem-estar com atividades simples do cotidiano e que, muitas vezes, apenas olhar uma imagem/foto com mais atenção ou ouvir uma música sem fazer mais nada pode modificar meu estado de humor. Também achei interessante a forma como foram motivadas as explicações/teorias, através de artigos e de ensaios sérios, de forma que até mesmo pessoas mais céticas pudessem

comprovar que realmente realizar essas atividades modificava a maneira de vivenciar várias coisas, mostrando que nem tudo é determinado pela genética.” [Relato de um(a) aluno(a)]

Alguns alunos estavam passando por problemas psicológicos e/ou psiquiátricos e referiram que as intervenções contribuíram para que eles não piorassem mais ou que se mantivessem mais estáveis no curso. Percebeu-se isso também em alguns debates em sala de aula, por meio de exemplos pessoais que foram dados, bem como em contatos pessoais com o autor. O depoimento abaixo exemplifica a situação:

“Tenho certeza que as aulas me ajudaram muito, pois mesmo não estando em um momento bom da minha vida, para essas aulas eu gostei de ter vindo, de ter participado. Aprendi muito e ao colocar as propostas do professor em prática, vi que tenho capacidade de me melhorar. Sem essas aulas com certeza eu estaria pior. Hoje, mesmo estando mal, eu tenho ânimo de melhorar e o que eu aprendi com as aulas tem papel importante. Eu não vim para as aulas por obrigação, mas porque realmente gostei de apreciar, principalmente porque foram aulas leves. Como eu disse em uma das atividades, essas aulas foram como a ‘Caverna de Platão’, tirou-me da escuridão. O conhecimento me tirou da ignorância, parei de ver sombras e comecei a ver luz. Agora é colocar em prática o conhecimento.” [Relato de um(a) aluno(a)]

Em vários relatos, os alunos demonstram ter percebido a intervenção como sendo útil não só para o lado pessoal deles, mas também do ponto de vista profissional:

“Foi bastante enriquecedor, tanto profissionalmente, quanto pessoalmente. Acredito que atividades/abordagens como essas deveriam ser mais presentes e frequentes desde o início da graduação. A forma com que passamos a entender e a sentir o mundo em seus pequenos detalhes com as atividades foi muito satisfatória. Uma frase que sempre vi e que agora entendo melhor seria: o verdadeiro sentido do encontro está na busca, e é preciso buscar muito para se encontrar o que está perto. Essa frase resume o que a disciplina nos proporcionou, encontrar algo que, por mais simples que seja e presente no cotidiano, não dávamos tanto sentido antes.” [Relato de um(a) aluno(a)]

No depoimento acima, percebe-se também o desejo que os alunos demonstraram de que essa proposta fosse iniciada mais precocemente ao longo do curso de medicina, conforme fica mais explícito nesses trechos transcritos abaixo:

“Queria ter sido estimulado(a) nos primeiros períodos a olhar mais para esses pontos, pois acredito que teria me ajudado a encarar e a resolver melhor algumas situações” [Relato de um(a) aluno(a)]

“Se nós tivéssemos tido esse contato desde o primeiro período penso que, talvez, minha forma de encarar o curso tivesse sido outra.” [Relato de um(a) aluno(a)]

Alguns pontos são importantes e devem ser anotados:

Alguns alunos escreveram e outros falaram pessoalmente que, devido à carga horária muito elevada do curso de medicina, não conseguiram realizar todas as atividades terapêuticas semanais propostas para casa. Sugeriram que essas atividades pudessem ser diminuídas ou melhor distribuídas;

Alguns alunos relataram que gostaram mais dos/das encontros/aulas em que as trocas foram mais intensas e os conteúdos expositivos foram mais enxutos. Sugeriram, então, não desfocar da parte dinâmica.

As sugestões foram aproveitadas e inseridas na segunda metade da turma (turma B de 38 alunos) que passou pela intervenção em um momento posterior. Nessa segunda metade da turma não foi feita mensuração quantitativa. Porém, também se pediu para que os alunos escrevessem o que acharam da experiência (os relatos transcritos aqui, porém, foram apenas os relatos da subturma A, ou seja, do grupo intervenção).

De maneira surpreendente para o autor, de 75 alunos (grupo intervenção + turma B) que participaram da intervenção, apenas 4 alunos (3 do grupo intervenção + 1 da turma B) não participaram efetivamente da proposta, referindo que não se sentiram à vontade com o método ou que não se sentiram estimulados ou que não gostam de se expor. No entanto, mesmo esses 4 alunos escreveram e/ou conversaram com o autor que achavam a proposta da intervenção importante.

Assim, o trecho do relato abaixo acabou sendo a tônica geral dos relatos feitos pelos 75 alunos (grupo intervenção + subturma B):

“Pessoalmente foi proveitoso o conhecimento teórico passado nas aulas-sessões. Ver estudos científicos sobre aspectos tão importantes das nossas vidas, mas que na maioria das vezes ficam um pouco esquecidos no dia a dia, mostrou pontos de vistas novos e reforçou muito daquilo que já penso e até prático. O intuito da intervenção proposta durante as sete semanas foi sensacional. Trazer para a realidade aquilo que há de melhor em nós e ainda tentar fazer florescer as forças positivas é algo inovador para a nossa realidade, e é certo que é praticamente unânime essa opinião entre as pessoas da turma.” [Relato de um(a) aluno(a)]

DISCUSSÃO

O relato de experiência do presente artigo aponta que, inicialmente, os alunos se apresentaram surpresos em relação à abordagem nova. A surpresa se deveu à dinâmica em si, mas também ao fato de desconhecerem a psiquiatria positiva e a psicologia positiva, abordagens que visam o estudo e a promoção da saúde mental positiva por meio de fatores

vinculados ao bem-estar. Muitos alunos estavam passando por transtornos psiquiátricos ou por momentos de grande sofrimento mental. E, apesar dessa estranheza inicial, tanto os que estavam com alguma condição psiquiátrica, quanto os que não estavam, sentiram benefício direto da intervenção que focou na saúde mental positiva. Houve também percepção de que a intervenção influenciou positivamente a formação médica deles e não somente a própria saúde mental, havendo o desejo de que o treinamento tivesse ocorrido antes no curso.

Outras intervenções focadas na saúde mental de estudantes de medicina foram propostas ao redor do mundo. Uma primeira revisão sistemática (SHIRALKAR et al., 2013) sobre programas para ensinar os estudantes de medicina a gerenciarem estresse avaliou 13 estudos controlados randomizados e controlados não randomizados,11 incluindo meditação, mindfulness, debates, mudanças no tipo de currículo e alterações na grade curricular. Em geral, as intervenções tiveram um resultado positivo na redução de estresse. De modo semelhante, o periódico JAMA trouxe uma segunda revisão sistemática sobre intervenções para estudantes de medicina aprenderem a lidar com o ambiente e aumentarem seu bem-estar (WASSON et al., 2016). Foram incluídos 28 estudos englobando uma grande variedade de intervenções que mostraram alguma eficácia. Com relação a intervenções focando na saúde mental positiva na população de estudantes de medicina, pelo menos uma intervenção baseada na psicologia positiva, basicamente em forças e virtudes, já foi proposta (SEOANE et al., 2016).

A intervenção relatada no presente artigo ocorreu durante aulas da graduação, ou seja, dentro do currículo. Até o presente momento, contudo, não é possível dizer qual o melhor cenário para se promover essas intervenções: se dentro da grade curricular, como nosso estudo propôs; ou se fora do currículo acadêmico. Atualmente, o autor principal (L. Machado) está desenvolvendo outros estudos para investigar em que formato seria melhor realizar intervenções para promover saúde mental em estudantes de medicina: dentro da grade curricular (tendo a vantagem de não aumentar a carga horária extra dos estudantes e de envolver todos os alunos, mesmo os que julgam que aumentar bem-estar e prevenir adoecimento não seriam a princípio necessário) ou como atividade extracurricular (tendo a vantagem de serem feitos grupos menores e que tendem a começar a intervenção bem motivados). Além disso, estas investigações também estão tentando avaliar qual o formato mais eficaz de treinamento emocional: baseado na PP, baseado na terapia cognitiva comportamental ou uma mescla.

Por outro lado, como se percebeu no relato de estudantes que já estavam em adoecimento mental e conseguiram se beneficiar da intervenção, nosso estudo parece corroborar uma das principais propostas da psicologia positiva: o efeito protetor das emoções positivas e do bem-estar (FREDRICKSON, 2004; SELIGMAN, 2010). Essas dimensões parecem ter um efeito de diminuir o impacto negativo das emoções negativas na saúde mental, bem como o sofrimento associado aos transtornos mentais e a outros adoecimentos

clínicos. Dessa maneira, atuar nessa dimensão positiva parece ser mais uma janela de oportunidade para o estabelecimento de esforços preventivos dentro da psiquiatria, não só para estudantes de medicina, mas também para outras populações.

Por fim, o relato dos alunos de que a intervenção focada na saúde mental positiva deles teve um impacto positivo também na formação médica deles parece vir ao encontro de dados da literatura que apontam o contrário: adoecimento mental em estudantes de medicina afeta não só a vida pessoal, mas igualmente a vida profissional (NURIA; ATTILIO; MARCELA, 2011; SHI et al., 2016; YUSOFF et al., 2013).

Vale ressaltar ainda que futuros estudos poderão avaliar a possibilidade da integração da E/R nas intervenções positivas em estudantes de medicina, uma vez que essas duas áreas parecem guardar relações.

CONCLUSÃO

A análise dos relatos dos estudantes de medicina da UFPE que receberam uma intervenção focada em estimular aspectos da saúde mental positiva por meio da psicologia positiva complementam o entendimento dos resultados quantitativos encontrados em publicação prévia. Tanto os alunos que estavam com alguma condição psiquiátrica no momento da intervenção, quanto os que não estavam, sentiram benefício direto da intervenção que focou na saúde mental positiva. Houve também percepção de que a intervenção influenciou positivamente a formação médica deles e não somente a própria saúde mental. O relato desta experiência pode estimular novas propostas de intervenção e publicações na área, em busca da melhora da saúde mental dos estudantes de medicina enfocando em desfechos positivos e não somente em diminuição de sintomas.

REFERÊNCIAS

ALI, G.-C.; RYAN, G.; DE SILVA, M. J. Validated Screening Tools for Common Mental Disorders in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review. *PLoS ONE*, v. 11, p. 1-14, 2016.

BOLIER, L. et al. Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC public health*, v. 13, n. 1, p. 119, 2013.

BORE, M.; KELLY, B.; NAIR, B. Potential predictors of psychological distress and well-being in medical students: a cross-sectional pilot study. *Advances in Medical Education and Practice*, v. 7, p. 125-135, 2016.

DE CARVALHO, H. W. et al. Structural validity and reliability of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Evidence from a large Brazilian community sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 35, n. 2, p. 169-172, 2013.

DIENER, E.; EMMONS, R. The satisfaction with life scale. *Journal of personality ...*, n. June 2013, p. 37-41, 1985.

DYRBYE, L. N. et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, v. 89, n. 3, p. 443-51, 2014.

FREDRICKSON, B. L. The broaden-and-build theory of positive emotions. *The Science of Well-Being*, v. 359, p. 1367-1377, 2004.

GIACOMONI, C.; HUTZ, C. A mensuração do bem-estar subjetivo: escala de afeto positivo e negativo e escala de satisfação de vida [abstract]. [s.l.: s.n.].

HUTZ, C. *Avaliação em Psicologia Positiva*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

JESTE, D. V.; PALMER, B. W. *Positive Psychiatry: A Clinical Handbook*. 1. ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2015.

KOBAU, R. et al. Mental health promotion in public health: perspectives and strategies from positive psychology. *American journal of public health*, v. 101, n. 8, p. e1-9, ago. 2011.

KREJTZ, I. et al. Counting One's Blessings Can Reduce the Impact of Daily Stress. *Journal of Happiness Studies*, v. 17, n. 1, p. 25-39, 2016.

LARANJEIRA, C. A. Preliminary validation study of the Portuguese version of the satisfaction with life scale. *Psychology, health & medicine*, v. 14, n. 2, p. 220-6, mar. 2009.

LINLEY, P. et al. Two simple, brief, naturalistic activities and their impact on positive affect: feeling grateful and eating ice cream. *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice*, v. 3, n. 1, p. 6, 2013.

MACHADO, L. et al. Subjective well-being, religiosity and anxiety: a cross-sectional study applied to a sample of Brazilian medical students. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, v. 40, n. 3, p. 185-192, 2018.

MACHADO, L. et al. Common mental disorders and subjective well-being: Emotional training among medical students based on positive psychology. *PLOS ONE*, 2019.

NURIA, P. G.; ATTILIO, R. R.; MARCELA, B. C. Aplicando psicología positiva en educación médica. *Rev Med Chile*, v. 139, p. 941-949, 2011.

PETEET, J. R. A fourth wave of psychotherapies: Moving beyond recovery toward well-being. *Harvard Review of Psychiatry*, v. 26, n. 2, p. 90-95, 2018.

PROYER, R. T. et al. Strengths-based positive psychology interventions: A randomized placebo-controlled online trial on long-term effects for a signature strengths- vs. A lesser strengths-intervention. *Frontiers in Psychology*, v. 6, n. MAR, p. 1-14, 2015.

PUTHRAN, R. et al. Prevalence of depression amongst medical students: A meta-analysis. *Medical Education*, v. 50, n. 4, p. 456-468, 2016.

- RAMSEY, M. A. Savoring with Intent: Investigating Types of and Motives for Responses to Positive Events. *Journal of Happiness Studies*, 2015.
- ROTENSTEIN, L. S. et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students. *Jama*, v. 316, n. 21, p. 2214, 2016.
- SANTOS, K. O. B. et al. Avaliação de um Instrumento de Mensuração de Morbidade Psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 34, n. 3, p. 544-560, 2010.
- SCHWENK, T. L.; DAVIS, L.; WIMSATT, L. A. Depression, Stigma, and Suicidal Ideation in Medical Students. *JAMA*, v. 304, n. 11, p. 1181-1190, 2010.
- SELIGMAN, M. E. P. et al. Positive psychology progress - empirical validation of interventions. *American Psychologist*, v. 60, n. 5, p. 410-421, 2005.
- SELIGMAN, M. E. P. Felicidade autêntica: usando a nova psicologia positiva para a realização permanente. 1. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2010.
- SELIGMAN, M. E. P. Florescer: uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem-estar. 1. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.
- SELIGMAN, M. E. P.; CSIKSZENTMIHALYI, M. Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, v. 55, n. 1, p. 5-14, 2000.
- SEOANE, L. et al. Virtues education in medical school: the foundation for professional formation. *Ochsner Journal*, v. 16, n. 1, p. 50-55, 2016.
- SHI, M. et al. Prevalence of depressive symptoms and its correlations with positive psychological variables among Chinese medical students: an exploratory cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, v. 16, n. 3, p. 1-8, 2016.
- SHIRALKAR, M. T. et al. A systematic review of stress-management programs for medical students. *Academic Psychiatry*, v. 37, n. 3, p. 158-164, 2013.
- SIEGEL PSYD, R. D. Positive psychology: harnessing the power of happiness, mindfulness and personal strength (Harvard Medical School Special Health Report Book 4). 1. ed. Boston: Harvard Health Publications, [s.d.].
- SIN, N. L.; LYUBOMIRSKY, S. Enhancing Well-Being and Alleviating Depressive Symptoms With Positive Psychology Interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, v. 65, n. 5, p. 467-487, 2009.
- TEMPSKI, P. et al. What do medical students think about their quality of life? A qualitative study. *BMC medical education*, v. 12, n. 106, p. 1-8, jan. 2012.
- WASSON, L. T. et al. Association Between Learning Environment Interventions and Medical Student Well-being. *Jama*, v. 316, n. 21, p. 2237, 2016.
- WATSON, D.; CLARK, L.; TELLEGEN, A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol.*, v. 54, n. 6, p. 1063-1070, 1988.
- WOOD, D. F. Mens sana in corpore sano: Student well-being and the development of resilience. *Medical Education*, v. 50, n. 1, p. 20-23, 2016.
- YUSOFF, M. S. B. et al. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among prospective medical students. *Asian Journal of Psychiatry*, v. 6, n. 2, p. 128-133, 2013.
- ZANON, C. et al. Validation of the Satisfaction with Life Scale to Brazilians: Evidences of Measurement Noninvariance Across Brazil and US. *Social Indicators Research*, v. 119, n. 1, p. 443-453, 2014.

HU Revista