

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

PEDRITA REIS VARGAS PAULINO

**Religiosidade/Espiritualidade em uma amostra nacional de psicólogos
brasileiros: perfil e implicações na prática profissional**

**Juiz de Fora
2019**

Pedrita Reis Vargas Paulino

**Religiosidade/Espiritualidade em uma amostra nacional de psicólogos
brasileiros: perfil e implicações na prática profissional**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia como requisito parcial a obtenção do grau de Doutor em Psicologia. Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde.

Orientador: Prof. Doutor Alexander Moreira-Almeida.

**Juiz de Fora
2019**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Paulino, Pedrita Reis Vargas.
Religiosidade/Espiritualidade em uma amostra nacional de psicólogos brasileiros: perfil e implicações na prática profissional / Pedrita Reis Vargas Paulino. -- 2019.
237 f. : il.

Orientador: Alexander Moreira-Almeida
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2019.

1. Psicologia. 2. Religiosidade. 3. Espiritualidade. 4. Saúde mental. I. Moreira-Almeida, Alexander, orient. II. Título.

Pedrita Reis Vargas Paulino

Religiosidade/Espiritualidade em uma amostra nacional de psicólogos brasileiros: perfil e implicações na prática profissional

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia como requisito parcial a obtenção do grau de Doutor em Psicologia. Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde.

Aprovada em 27 de setembro de 2019

BANCA EXAMINADORA

--

Dr. Alexander Moreira-Almeida
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dr. Lélío Moura Lourenço
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dra. Marta Helena de Freitas
Universidade Católica de Brasília

Dra. Márcia Helena Fávero de Souza
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dr. Geraldo José de Paiva
Universidade de São Paulo

A religião, com seus símbolos em parte sublimes, em parte encantadores, com seu esplendor poético e suas avassaladoras interpretações da realidade, com seus personagens arrebatadores, que atraem por suas ações e seus sofrimentos comoventes e que, por suas falhas e fraquezas, alertam por um lado e, por outro, novamente insuflam o ânimo na pessoa abatida para com novas forças perseguir seu ideal [...] (Pfister, 1928/2003, p.52).

AGRADECIMENTOS

Àquele que era, que é e que há de vir. Autor e consumidor da minha fé. A quem consagro tudo o que sou, pois dEle, por Ele e para Ele são todas as [minhas] coisas. Deus, muito obrigada pelo dom da vida!

Aos meus pais, por desde sempre, e talvez sem saber, incentivar a busca por conhecimento, a curiosidade, a criatividade, o estudo e a leitura, fosse com Barsa, enciclopédias, almanaques, gibis ou com as explicações a cada viagem simples que fizéssemos, sobre a natureza, geografia, história, vida. A vocês, que são os melhores pais do mundo e melhores avós do mundo, sempre dispostos a me salvar: obrigada por tudo e vocês são tudo para mim.

Aos meus irmãos, que caminham comigo sempre, incentivando-me, apoiando-me, cada um à sua maneira, mas juntos, sempre! Obrigada, amo vocês!

Ao meu esposo Alexander, obrigada por estar comigo! Obrigada por entender a importância dessa minha busca, por me substituir em tantos momentos, abrindo mão de momentos seus, para que eu chegasse até aqui. Amo você.

Meus pretinhos, João Pedro e Lucas, por que a mamãe estuda tanto, né? Obrigada pela paciência, por dividir a mamãe com os livros, com as aulas. Saibam que, se eu cheguei até aqui, foram vocês os responsáveis. Quando perguntam para a mamãe “como você dá conta, com dois pequenos” a resposta sempre foi “são eles quem me fazem dar conta, eles quem me mostram o que realmente importa na vida e fazem com que eu siga firme quando penso não mais poder”. Vocês são as pausas mais gostosas, as risadas mais gostosas, os choros mais gostosos, o refrigerio enviado por Deus. Amo vocês, mil vezes um milhão, daqui até o infinito!

Meu orientador, Alexander Moreira-Almeida, o que dizer? Quanta honra ser orientada por você, quanto aprendizado! Obrigada pela oportunidade de caminhar ao seu lado e por acreditar em mim. Obrigada pelas orientações e pelo ombro também! Ao infinito e além!

Agradeço ao PPG Psicologia da UFJF, pela oportunidade, pelo amparo no desenvolvimento da pesquisa, pelos auxílios financeiros em viagens.

Agradeço aos colegas do NUPES, por trocas sempre tão valiosas!

RESUMO

Introdução: Apesar das evidências consistentes sobre a ampla prevalência de religiosidade/espiritualidade (R/E) na população global, bem como do seu impacto e importância em saúde, seja ela física e/ou mental, há uma lacuna no conhecimento da R/E dos profissionais de psicologia no Brasil e seu impacto na pesquisa e prática clínica. **Objetivo:** Investigar a R/E dos psicólogos brasileiros e suas repercussões na prática profissional. **Método:** Levantamento (survey) nacional de psicólogos brasileiros através de questionário on-line. Foram enviados e-mails a todos os psicólogos cadastrados no Canal Orienta Psi do Conselho Federal de Psicologia. O questionário abordava perfil sociodemográfico, treinamento e atuação profissional, R/E pessoal e impacto na prática clínica e de pesquisa. Foi utilizado SPSS para análises estatísticas, com estatística descritiva e regressão logística binomial. Para os dados qualitativos foi utilizada análise de conteúdo. **Resultados:** A maioria dos 4.300 respondentes era do sexo feminino, com elevado nível de escolaridade (pós-graduação) e atuando na prática clínica. Embora a maioria dos psicólogos tenha filiação religiosa (78,3%), a frequência dos sem religião é quase três vezes maior que o da população brasileira. Apesar da maioria dos profissionais considerar a religião benéfica para a saúde mental (62%), uma maioria também afirma não considerar as questões R/E relevantes para o tratamento proposto (65%). Acredita-se que isso tenha relação com a falta de treino específico sobre como lidar com R/E na clínica, treino esse afirmado por apenas 24,2% dos respondentes. O treino predisse maior crença nos benefícios da R/E para a saúde mental (56%), bem como predisse maior frequência com que pergunta sobre R/E (184%) e com que considera relevante questões R/E (229%). Idade predisse todas as variáveis de R/E pessoal, bem como crenças sobre o efeito, abordagem e entendimento da relevância dos aspectos R/E na prática clínica. A frequência religiosa ≥ 1 vez por semana, envolvimento em atividades religiosas individuais ≥ 1 vez por dia e religiosidade intrínseca enquanto “verdade ou totalmente verdade” foram preditoras de crença pessoal sobre o efeito benéfico da R/E para a saúde mental. O referencial teórico Cognitivo-Comportamental foi preditor da crença sobre o efeito benéfico da R/E para a saúde mental e de considerar as questões R/E relevantes, já Comportamental e Psicanálise diminuem as chances de crer no efeito benéfico da R/E. Maior escolaridade foi preditora de menor frequência religiosa, menor frequência em atividades religiosas e menor religiosidade intrínseca, bem como maior o apego aos aspectos negativos da relação R/E e saúde. Um total de 1213 comentários foram deixados ao final do questionário, categorizados entre: abordagem na prática (582); distinção/definição

de conceitos (102); R/E pessoal e influência na prática (199); tema frequente/importante (69); treino (95); e outros (188). **Conclusões:** Embora os psicólogos brasileiros, em sua maioria, possuam crenças R/E e considerem importante abordar este tema na prática clínica, esses profissionais tendem a ser menos religiosos que a população a que atendem e a não terem treinamento sobre como abordar a R/E na clínica. Há necessidade de desenvolvimento de competências e habilidades para uma compreensão e inclusão desta dimensão em nossa prática de cuidados em saúde mental.

Palavras-chave: survey, espiritualidade, religiosidade, psicologia, saúde mental;

ABSTRACT

Despite consistent evidence about the widespread prevalence of religiosity/spirituality (R/S) in the global population, as well as its impact and importance on clinical practice in mental health, there is a gap in the knowledge of R/S of psychology professionals in the world. Brazil and its impact on research and clinical practice. **Objective:** To investigate the R/S of Brazilian psychologists and its repercussions on professional practice. **Method:** National survey of Brazilian psychologists through an online questionnaire. Emails were sent to all registered psychologists on the Orienta Psi Channel of the Federal Council of Psychology. The questionnaire addressed sociodemographic profile, training and professional performance, personal R/S and impact on clinical and research practice. SPSS was used for statistical analysis, with descriptive statistics and binary logistic regression. For qualitative data content analysis was used. **Results:** Most of the 4,300 respondents were female, with a high level of education (graduate) and working in clinical practice. Although most psychologists have religious affiliation (78.3%), the frequency of those without religion is almost three times higher than the Brazilian population. Although most professionals consider religion beneficial for mental health (62%), a majority also say they do not consider R/S issues relevant to the proposed treatment (65%). This is thought to be related to the lack of specific training on how to deal with R/S in the clinic, which was stated by only 24.2% of respondents. Training predicted greater belief in the benefits of R/S for mental health (56%), as well as predicted more often with which question about R/S (184%) and which considered relevant R/S questions (229%). Age predicted all personal R/S variables, as well as beliefs about the effect, approach, and understanding of the relevance of R/S aspects in clinical practice. Religious attendance ≥ 1 time per week, involvement in individual religious activities ≥ 1 time per day, and intrinsic religiosity as “truth or wholly true” were predictors of personal belief about the beneficial effect of R/S on mental health. The Cognitive-Behavioral Theoretical Framework was a predictor of belief about the beneficial effect of R/S on mental health and considering relevant R/S issues, while Behavioral and Psychoanalysis decrease the chances of believing in the beneficial effect of R/S. Higher education was a predictor of lower religious frequency, lower frequency of religious activities and lower intrinsic religiosity, as well as greater attachment to the negative aspects of the R/S relationship and health. A total of 1213 comments were left at the end of the questionnaire, categorized as: practical approach (582); concept distinction / definition (102); Personal R/S and influence on practice (199); frequent/important topic (69); training (95); and

others (188). **Conclusions:** Although most Brazilian psychologists have R/S beliefs and consider it important to address this issue in clinical practice, these professionals tend to be less religious than the population they serve and lack training on how to approach R/S in the clinical practice. Skills and abilities need to be developed to understand and include this dimension in our mental health care practice.

Keywords: survey, spirituality, religiosity, psychology, mental health;

LISTA DE FLUXOGRAMA E ILUSTRAÇÕES

Fluxograma 1- Números da pesquisa	62
Figura 1 – Análise de regressão logística propostas	68
Figura 2 – Importância da espiritualidade pessoal dos psicólogos	73
Figura 3 - Crenças sobre os efeitos da religião sobre a saúde mental	76
Figura 4 - Sente-se confortável em discutir preocupações R/E introduzidas pelo paciente.....	79
Figura 5 – Categorias da análise de conteúdo dos comentários.	95

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características descritivas dos estudos.....	28
Tabela 2 - Comparação entre psicólogos/psiquiatras e população geral	33
Tabela 3 - Abordagem R/E – aspectos na vida e na prática profissional	35
Tabela 4 - Região e estados correspondentes	61
Tabela 5 - Relatório de envios por região e data	63
Tabela 6 - Distribuição da amostra por Conselhos Regionais e Estados	70
Tabela 7 - Características sociodemográficas de psicólogos brasileiros.....	71
Tabela 8 - Área de atuação dentro da Psicologia.....	71
Tabela 9 - Características dos psicólogos brasileiros em relação a prática clínica	72
Tabela 10 - Referenciais teóricos na Psicologia.....	72
Tabela 11 - Felicidade geral e percepção do estado de saúde	73
Tabela 12 - Características R/E dos psicólogos brasileiros	74
Tabela 13 - Como lidam com os problemas na vida e experiências espirituais	75
Tabela 14 - Características em relação a treino e abordagem R/E na clínica	77
Tabela 15 - Afirmações que desencorajam a discussão R/E com os pacientes	77
Tabela 16 - Treino em R/E e a Psicologia.....	78
Tabela 17 - Perspectivas quanto a R/E e saúde mental	78
Tabela 18 - Experiência R/E na prática clínica	80
Tabela 19a - Preditores sociodemográficos da R/E pessoal dos psicólogos	81
Tabela 19b - Preditores sociodemográficos da R/E pessoal dos psicólogos	82
Tabela 20 – Preditores sociodemográficos de crença pessoal e pensamentos acerca do enfrentamento R/E	84
Tabela 21- Preditores sociodemográficos da abordagem da R/E na prática clínica	85
Tabela 22a – R/E pessoal como preditor de crença pessoal, pensamentos acerca do enfrentamento R/E	87
Tabela 22b – R/E pessoal como preditor de respostas comuns a assuntos R/E	87
Tabela 23 – R/E pessoal como preditor de abordagem R/E	88
Tabela 24- R/E pessoal como preditor de treino em R/E	89

Tabela 25a - R/E pessoal como preditor de referencial teórico em psicologia	90
Tabela 25b - R/E pessoal como preditor de referencial teórico em psicologia	90
Tabela 26 - Referencial teórico como preditor de treino em R/E, desejo por treino em R/E, abordagem R/E e crença pessoal	91
Tabela 27a- Referencial teórico como preditor de pensamentos acerca do enfrentamento R/E	92
Tabela 27b- Referencial teórico como preditor de respostas comuns a assuntos R/E	93
Tabela 28a- Treino como preditor para abordagem da R/E na prática.....	93
Tabela 28b- Treino como preditor para pensamentos acerca do enfrentamento R/E	94
Tabela 28c- Treino como preditor para respostas comuns a assuntos R/E	94

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 ESTUDOS EM R/E E SAÚDE	18
2.1.1 Pesquisas em saúde mental	21
2.1.1.1 Aspectos psicológicos positivos	22
2.1.1.2 Depressão	23
2.1.1.3 Suicídio	23
2.1.1.4 Uso/abuso de álcool e/ou outras drogas	24
2.1.1.5 Ansiedade	25
2.1.1.6 E quando a R/E exerce influência negativa?	26
2.2 R/E EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL	27
2.3 PSICOLOGIA, RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE	41
2.4 PSICOLOGIA E LAICIDADE	46
2.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ESPIRITUALIDADE	50
2.6 R/E E CIÊNCIA.....	52
3 JUSTIFICATIVA	57
4 OBJETIVOS E HIPÓTESES	59
4.1 OBJETIVO GERAL	59
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	59
4.3 HIPÓTESES	59
5 MÉTODO	60
5.1 PARTICIPANTES	60
5.2 INSTRUMENTO	64
5.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	67
5.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	69
6 RESULTADOS	70
6.1 PERFIL DE UMA AMOSTRA DE PSICÓLOGOS BRASILEIROS	70
6.1.1 R/E pessoal	73
6.1.2 R/E na saúde e prática profissional	76

6.1.3 Treino, abordagem e obstáculos	76
6.2 PREDITORES	81
6.2.1 Preditores sociodemográficos da R/E pessoal	81
6.2.2 R/E pessoal como preditor de crenças e atitudes R-E na clínica	85
6.2.3 Referenciais teóricos na psicologia como preditores de treino, abordagem e crença	91
6.2.4 Treino como preditor para abordagem R/E, pensamentos e respostas R/E	93
6.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO	95
6.3.1 Abordagem na prática	95
6.3.2 Distinção/Definição de conceitos	100
6.3.3 R/E pessoal e influência na prática	101
6.3.4 Tema frequente	106
6.3.5 Treino	109
7 DISCUSSÃO	112
7.1 R/E PESSOAL	113
7.2 R/E E PRÁTICA PROFISSIONAL	119
7.3 TREINO	123
7.3.1 Obstáculos à abordagem	124
7.3.2 Treinamento/Formação em R/E	127
7.4 LIMITAÇÕES	133
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
REFERÊNCIAS	138
ANEXO A – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa	160
APÊNDICE A – E-mail/Carta Convite	163
APÊNDICE B – Questionário Online	164
APÊNDICE C – Artigo submetido: Professional Psychology: research and practice ..	183
APÊNDICE D – Capítulo de livro submetido: Atheneu	208

1 INTRODUÇÃO

Estudos vêm apontando a relevância da religiosidade/espiritualidade (R/E) para a saúde: relevância percebida pelo público geral, bem como por profissionais e acadêmicos que atuam na saúde, seja ela física ou mental (Freitas, 2014; Koenig, 2000, 2007; Peres, Simão, & Nasello, 2007). Em revisão sistemática da literatura acadêmica, Koenig et al. (2012) analisaram mais de 3.000 estudos empíricos que investigaram a relação entre R/E e saúde, sendo a maior parte relacionada à saúde mental. Maiores níveis de R/E tendem a estar associados a menos depressão, uso/abuso de substâncias, suicídio e a melhor qualidade de vida. Por outro lado, a utilização de estratégias de *coping* religioso negativo, embora menos frequentes que as positivas, se associa a piores desfechos em saúde. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) inclui a R/E como uma dimensão da qualidade de vida (WHOQOL SRPB Group, 2006).

Diversos estudos também vêm sendo desenvolvidos no Brasil, embora ainda em menor proporção que nos Estados Unidos da América (EUA), ocupando o 5º lugar do ranking mundial de publicações acadêmicas em R/E e saúde (Moreira-Almeida & Lucchetti, 2016). Há estudos sobre o impacto da espiritualidade na saúde física (Guimarães & Avezum, 2007), espiritualidade em pacientes em diálise (Lucchetti, Almeida, & Granero, 2010), religiosidade e espiritualidade no transtorno de humor bipolar (Stroppa & Moreira-Almeida, 2009), sobre qualidade de vida e espiritualidade (Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007b) e sobre a importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos (Peres, Arantes, Lessa, & Caous, 2007). A R/E e sua associação ao menor consumo de drogas, aos melhores índices de recuperação e diminuição dos índices de recaída também tem sido alvo de diversos estudos (Dalgalarondo, Soldera, Corrêa Filho, & Silva, 2004; Rezende-Pinto, Moreira-Almeida, Ribeiro, Laranjeira, & Vallada, 2018; Sanchez, 2004; Sanchez, Oliveira, & Nappo, 2004; Sanchez & Nappo, 2008a; Silva, Ronzani, Furtado, Aliane, & Moreira-Almeida, 2010).

Um levantamento mostrou que 84,7% da população mundial refere filiação a alguma religião (Pew Research Center, 2012). Além de valores, crenças e práticas R/E impactarem a saúde e continuarem relevantes para a maioria da população mundial, grande parte dos pacientes gostaria de ter suas R/E abordadas nos cuidados de saúde (Ehman, Ott, Short, Ciampa, & Hansen-Flaschen, 1999; McCord et al., 2004; Pargament & Lomax, 2013; Verhagen, 2013).

O Brasil é um país religioso. Um inquérito populacional representativo da população brasileira realizado em 2010, evidenciou um alto nível de envolvimento religioso: 95% têm uma religião, 83% consideram religião muito importante e 37% frequentam serviços religiosos pelo

menos uma vez por semana (Moreira-Almeida, Pinsky, Zaleski, & Laranjeira, 2010). Uma atualização do último levantamento realizado nos EUA trouxe que: 83% professa crença em Deus, 76,6% tem afiliação religiosa, 77% consideram a religião importante em suas vidas e 36% frequentam serviços religiosos (Pew Research Center, 2015).

Por regiões, observa-se que na Ásia Pacífico o número de não afiliados é 21,2%, na Europa 18,2%, América do Norte 17,1%, América Latina e Caribe é 7,7% e apenas 3,2% na África Subsaariana e 0,6% no Oriente Médio e Norte da África. Os países de menor pertencimento religioso na Ásia são Coreia do Norte (71,3%), Japão (57%), Hong Kong (56,1%) e China (52,2%). Na Europa são República Checa (76,4%), Estônia (59,6%), Holanda (42,1%). Na América do Sul tem-se Uruguai com 40,7% e na Oceania tem-se Nova Zelândia 36,6% de não afiliados (Pew Research Center, 2012).

Apesar da constatação do impacto causado à saúde (tanto positivo quanto negativo) e da importância dessa dimensão para a vida das pessoas (Koenig, King, & Carson, 2012), pesquisas com pacientes mostram discrepância entre o desejo destes e a efetiva abordagem da R/E na clínica por parte dos profissionais de saúde (Baetz, Griffin, Bowen, & Marcoux, 2004; Ehman et al., 1999). As crenças dos pacientes se relacionam com suas decisões médicas/clínicas e, para grande parte das pessoas, as crenças religiosas influenciam o modo de entender a si e ao mundo ao redor. Os caminhos da psicoterapia não devem ser conflitantes com os valores do paciente, tendo em vista que é fundamental o respeito aos valores religiosos do mesmo. A religião é uma importante fonte cultural de atitudes, teorias, crenças e visões de mundo (American Psychological Association, 2002; Angerami, 2008; Carone & Barone, 2001). Destaca-se ainda que ambas as formas, positivas e disfuncionais, de envolvimento R/E do paciente são de importante reconhecimento para a psicoterapia (Zinnbauer, 2013).

A *World Psychiatric Association* (WPA) e várias associações nacionais de psiquiatria (como África do Sul, Alemanha, Brasil, EUA e Reino Unido) vêm criando sessões em R/E e, diversas delas, incluindo essas dimensões como parte do currículo básico de treinamento em Psiquiatria (Campbell, Stuck, & Frinks, 2012; Hathaway et al., 2018; World Psychiatric Association, 2002). Em 2016 a WPA publicou um posicionamento enfatizando a importância de se levar em consideração a R/E no ensino, pesquisa e prática clínica em Psiquiatria. Isso se deveu ao reconhecimento da relevância da R/E para as origens, evolução e tratamento dos transtornos psiquiátricos bem como para a atitude do paciente frente à doença (Moreira-Almeida, Sharma, van Rensburg, Verhagen, & Cook, 2016). A *American Psychological Association*, em seu “*Guidelines on Multicultural Education, Training, Research, Practice, and Organizational Change for Psychologists*” incluiu a dimensão R/E e encoraja os profissionais a estarem cientes das questões

relacionadas com todas as dimensões da cultura, incluindo a R/E (American Psychological Association, 2002).

Em fevereiro de 2012, o Conselho Federal de Psicologia, no Brasil, emitiu uma nota pública afirmando não existir oposição entre Psicologia e religiosidade. O texto afirma o reconhecimento da religiosidade e a fé enquanto presentes na cultura e participando na constituição da subjetividade e ainda que, a relação dos indivíduos com o sagrado pode ser analisada pelo profissional da psicologia (Conselho Federal de Psicologia, 2012).

Não existe oposição entre Psicologia e religiosidade, pelo contrário, a Psicologia é uma ciência que reconhece que a religiosidade e a fé estão presentes na cultura e participam na constituição da dimensão subjetiva de cada um de nós. A relação dos indivíduos com o “sagrado” pode ser analisada pela(o) psicóloga(o), nunca imposto por ela(e) às pessoas com os quais trabalha. Assim, afirmamos o respeito às diferenças e às liberdades de expressão de todas as formas de religiosidade conforme garantidas na Constituição de 1988 e, justamente no intuito de valorizar a democracia e promover os direitos dos cidadãos à livre expressão da sua religiosidade, é que o Código de Ética Profissional da(o) Psicóloga(o) orienta que os serviços de Psicologia devem ser realizados com base em técnicas fundamentados na ciência psicológica e não em preceitos religiosos ou quaisquer outros alheios a esta profissão [...] (Conselho Federal de Psicologia, 2012)

O Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, o maior do Brasil, tem publicado uma série de orientações sobre a importância e os cuidados na interface psicologia clínica e R/E (Berni, 2016b, 2016c, 2016d; Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2014).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ESTUDOS EM R/E E SAÚDE

São numerosos os estudos que demonstram o papel relevante da R/E (R/E) para a saúde mental (Damiano et al., 2016; Freitas, 2014; Koenig, 2000, 2007; Peres et al., 2007). Em uma busca simples na base PubMed durante a escrita dessa tese, mais de 33 mil resultados são apresentados para os descritores (spiritual* OR religio*) AND (mental health OR psycholog* OR psychiat*). Diversos, também, são os desenhos, objetivos, métodos empregados e, consequentemente os desfechos desses estudos.

Um dos marcos iniciais das pesquisas sobre religião e saúde foi o trabalho “Suicídio: um estudo em sociologia”, de Emile Durkheim, em 1897, que observou taxas de suicídio mais altas nas áreas protestantes dentro da Europa do que nas áreas católicas e argumentou que isso se devia à maior coesão social e controle dentro da religião católica (VanderWeele, 2017).

Outra influência na pesquisa entre religião e saúde, e talvez a mais conhecida e a mais reforçadora do distanciamento entre religião e saúde mental, é a escrita de Freud. O criador da psicanálise, no livro *O Futuro de uma Ilusão*, utilizou um discurso negativo sobre a religião, que seria uma neurose obsessiva e universal dos homens, surgida do complexo de Édipo (Freud, 1996a). Para Freud, a experiência religiosa é uma experiência psicológica, com toda a riqueza simbólica das representações e dos afetos que nela atuam, porém ele não a considera uma estrutura constitutiva do ser humano. Ele relaciona a origem do sentimento religioso com a culpa subjacente à problemática do Complexo de Édipo. Para ele, o afastamento da religião seria parte inevitável do processo de crescimento e desenvolvimento humano e, segundo sua concepção, a religião estaria em flagrante declínio, destinada a ser substituída pela visão de mundo científica (entendida por ele como como uma concepção materialista do universo e da natureza humana) (Freud, 1996a).

As crenças e práticas religiosas acompanham as pessoas por milhares de anos. Apesar de várias teorias de secularização terem previsto que a ciência e modernidade levariam ao declínio e virtual desaparecimento das práticas religiosas, tais prognósticos não se realizaram (Stark, 2015). As crenças e práticas religiosas, embora venham se alterando ao longo dos anos,

não estão em declínio, 84% da humanidade refere uma filiação religiosa e menos de 5% declaram-se ateus (Pew Research Center, 2012; Stark, 1999, 2015).

Uma pesquisa do Pew Research Center realizada entre 25 de abril e 4 de junho de 2017, observou o crescimento de americanos “espiritualizados, mas não religiosos”, cerca de um quarto dos norte-americanos (27%). Além daqueles que dizem que são espiritualizados, mas não religiosos, 48% dizem que são religiosos e espiritualizados, enquanto 6% dizem que são religiosos, mas não espiritualizados e outros 18% não são nem religiosos nem espiritualizados. Enquanto 75% dizem ser espiritualizados, 54% dos adultos dos EUA se consideram religiosos - 11 pontos negativos desde 2012 (Lipka & Gecewicz, 2017).

De acordo com a pesquisa, muitos dos que se consideram “espiritual, mas não religioso” têm baixos níveis de observância religiosa, dizendo que raramente ou nunca frequentam serviços religiosos (49%, comparado com 33% do público em geral) e que a religião não é/não é muito importante em suas vidas (44% contra 25% de todos os adultos dos EUA) (Lipka & Gecewicz, 2017).

Pesquisas nessa área têm aumentado rapidamente em volume, especialmente nos últimos trinta anos. Os estudos empíricos sobre religião e saúde começaram a crescer durante o período de 1950-1980 e aumentaram substancialmente a partir dos anos 80 (VanderWeele, 2017).

Em revisões sistemáticas da literatura acadêmica, Koenig, McCullough e Larson (2001) e Koenig, King e Carson (2012) analisaram mais de 3.000 estudos empíricos originais que investigaram a relação entre R/E e saúde, sendo a maior parte relacionada à saúde mental. Em linhas gerais, maiores níveis de R/E tendem a estar associados a menos depressão, uso/abuso de substâncias, suicídio e a melhor qualidade de vida. Por outro lado, a utilização de estratégias de *coping* religioso negativo, embora menos frequentes que as positivas, associa-se a piores desfechos em saúde (Koenig et al., 2012). Um resumo e atualização desses achados pode ser observado no artigo publicado em 2015 por Koenig (Koenig, 2015).

Diversos estudos também vêm sendo desenvolvidos no Brasil, embora ainda em menor proporção que nos EUA, mas ocupando o 5º lugar do ranking mundial de publicações acadêmicas em R/E e saúde (Moreira-Almeida & Lucchetti, 2016). Em recente revisão de estudos brasileiros em espiritualidade, religião e saúde, Damiano et al. (2016) encontraram 320 artigos onde a R/E em sua interface com a saúde era o foco principal e outros 366 artigos com presença de R/E, contudo não sendo o foco principal. Dentre os principais tópicos da análise geral de todos os estudos (686) estão os em álcool e outras drogas (9,3%), qualidade de vida (7,4%), sexualidade (3,8%), HIV (3,5%) e transtornos mentais (3,1%). Nos artigos com foco

principal na R/E os tópicos foram álcool e outras drogas (7,8%), ayahuasca (5,9%), escalas em R/E (5,6%), educação em saúde (4,4%) e sexualidade (4,1%). Assim, corroborando com a produção internacional, a temática de álcool e outras drogas mostrou-se como um dos tópicos mais estudados em R/E. A forma de abordagem prevalente é quantitativa observacional (47,7%), seguidos de estudos qualitativos (32,6%).

Embora menos frequentemente, a R/E também pode ter impactos negativos sobre a saúde e o bem-estar. Isso se relaciona a possíveis manifestações negativas da R/E como níveis patológicos de culpa, negação/repressão da raiva ou sexualidade, *Coping* Religioso Espiritual negativo, dependência, conformismo e sugestionabilidade, preconceitos, intolerância etc. (Sloan, Bagiella, & Powell, 1999; Weber & Pargament, 2014).

Em investigação recente com 5.200 adultos do EUA, foram avaliados mediadores potenciais entre frequência religiosa e redução do risco de mortalidade. Após controle para fatores de confusão (fatores demográficos, de saúde, comportamentais e sociais), entre os fatores psicológicos positivos, observou-se mediação através do aumento da satisfação com a vida e, possivelmente, afeto positivo. Dentre as dimensões do sofrimento psíquico, observou-se mediação por meio de reduções na desesperança, raiva (para traço e estado) e possivelmente solidão (Kim & VanderWeele, 2019).

Outro estudo, avaliou a participação em serviços religiosos durante os anos de 1992 até 2012, em 74.534 mulheres. Controlado para os principais fatores de estilo de vida e fatores de risco, comparecer a um serviço religioso mais de uma vez por semana foi associado a uma mortalidade 33% menor em comparação com mulheres que nunca compareceram a serviços religiosos. Comparando as mulheres que frequentaram serviços religiosos mais de uma vez por semana com aquelas que nunca compareceram, a taxa de risco para mortalidade cardiovascular foi de 0,73 (95% CI, 0,62-0,85) e para mortalidade por câncer foi de 0,79 (95% IC, 0,70-0,89) (Li, Stampfer, Williams, & VanderWeele, 2016).

Ao examinar os caminhos potenciais da participação em serviços religiosos para a mortalidade em todas as causas, descobriu-se que os sintomas depressivos, tabagismo, apoio social e otimismo eram mediadores potencialmente importantes, contudo, nenhum mediador isolado explicou mais de 25% do efeito (apoio social explicava 23% do efeito [$P = 0,003$], sintomas depressivos explicaram 11% [$p < 0,001$], o tabagismo explicou 22% [$p < 0,001$] e o otimismo explicou 9% [$p < 0,001$]) (Li et al., 2016).

Evidências sobre possíveis mediadores ainda são inconsistentes e explicam apenas parcialmente a relação entre R/E e saúde. Por exemplo, um estudo realizado com 89.708 enfermeiras nos EUA, entre 1996 e 2010, sugere associação inversa entre frequência aos

serviços religiosos e o suicídio. Ao buscar possíveis mediadores, sintomas depressivos, consumo de álcool ou suporte social não explicaram grande parte da associação encontrada (VanderWeele, Li, Tsai, & Kawachi, 2016). Não existe um mecanismo único capaz de explicar completamente como o R/E afeta a saúde (George, Ellison, & Larson, 2002; Koenig et al., 2012; Levin, 2003). Este é um dos tópicos de pesquisa mais desafiadores e promissores sobre R/E e saúde.

2.1.1 Pesquisas em Saúde mental

A maioria (70% a 75%) das pesquisas sobre R/E e saúde tem foco em saúde mental (Koenig et al., 2012). A seguir, apresentaremos alguns dados de levantamentos feito por diversos autores, bem como alguns estudos que relacionam a R/E com aspectos positivos em saúde (bem-estar, esperança e otimismo, significado e propósito, auto-estima) e com aspectos negativos em saúde (depressão, suicídio, álcool e outras drogas e ansiedade). Essa apresentação é parte do capítulo de livro “Pesquisa em saúde mental e espiritualidade” (APÊNDICE D) e não pretende esgotar a literatura, nem apresentar revisão sistemática do assunto.

O número de estudos que examina a relação entre R/E e aspectos negativos em saúde é, de longe, muito maior que o número de estudos entre os aspectos positivos. Esses números podem estar relacionados ao entendimento de saúde, que durante anos esteve diretamente relacionada à ausência de doenças. Com o foco nos aspectos negativos, os estudos, as pesquisas buscavam pela cura, pela exclusão ou minimização de tais influências. A compreensão de saúde, ampliada há mais de 70 anos, vem construindo aos poucos um outro foco. Enquanto “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades”, traz esse olhar em busca dos fatores positivos, dos promotores de saúde, trazendo outras demandas, que vem se inserindo nos campos de investigação (WHOQOL SRPB Group, 2006).

2.1.1.1 Aspectos psicológicos positivos

Até o ano de 2015, pelo menos 326 estudos quantitativos examinaram as relações entre R/E e bem-estar, com 256 (79%) encontrando maior felicidade, satisfação com a vida ou senso geral de que a vida é boa naqueles que tinham mais R/E. Com exceção de oito estudos, todos os demais relataram resultados estatisticamente significativos. Dos 120 estudos julgados como metodologicamente mais rigorosos, 98 (82%) encontraram maior bem-estar entre aqueles que tinham mais R/E e menos de 1% relatou menor bem-estar em maior R/E (Koenig, 2011, 2015; Koenig et al., 2012).

Investigações sobre esperança e otimismo foram catalogadas por Koenig et al. (2012). Pelo menos 40 estudos examinaram as relações entre R/E e esperança, com 29 (73%) encontrando maior esperança entre os mais R/E. Da mesma forma, pelo menos 32 estudos examinaram as relações entre R/E e otimismo e, desses, 26 (81%) relataram uma relação positiva significativa.

Ter significado e propósito na vida é um aspecto positivo da saúde mental que não apenas está fortemente correlacionado com o bem-estar, mas também está associado a resiliência diante de circunstâncias difíceis. Dos 45 estudos revisados por Koenig et al. (2012) que examinaram as relações com o R/E, 42 (93%) relataram associação positiva entre significado ou propósito e R/E. Dos 10 melhores estudos em termos de rigor metodológico, todos os 10 (100%) relataram relações positivas significativas.

A autoestima se reflete na forma como as pessoas aceitam a si mesmas e projetam suas expectativas. Corresponde à valoração intrínseca que o indivíduo faz de si mesmo em diferentes situações e eventos da vida a partir de um determinado conjunto de valores eleitos por ele como positivos ou negativos (Bednar & Peterson, 1995). A baixa autoestima é frequentemente associada a um distúrbio emocional como a depressão, mas a alta autoestima está fortemente correlacionada com emoções positivas e boa saúde mental (Koenig, 2011).

Dos 69 estudos quantitativos examinando a relação entre R/E e autoestima, Koenig et al. (2012) encontrou em 42 (61%) níveis significativamente mais elevados de autoestima nos que pontuavam mais em R/E; apenas 2 estudos (3%) relataram que as pessoas R/E tinham baixa autoestima. Dos 25 estudos metodologicamente mais rigorosos, 17 (68%) relataram maior autoestima em mais R/E.

2.1.1.2 Depressão

Um dos transtornos mais comuns encontrados por profissionais da saúde mental, a depressão é caracterizada por alterações cognitivas, neurovegetativas e no afeto, sendo causa de uma ampla gama de prejuízos, que variam desde os relativamente leves até os mais incapacitantes (American Psychiatric Association, 2013).

Koenig et al (2015) identificaram 444 estudos que examinando as relações entre R/E e depressão, dos quais 272 (61%) relataram relações inversas. Relações positivas foram encontradas em apenas 28 estudos (6%). À medida que a qualidade do desenho de um estudo aumenta, a relação inversa também; dos 178 estudos com classificações de qualidade de 7 ou superior, 119 (67%) relataram relações inversas (Koenig, 2015; Koenig et al., 2012; Koenig, McCullough, & Larson, 2001).

A associação entre religiosidade e sintomas depressivos foi examinada em uma meta-análise de 147 estudos, com um total de 98.975 indivíduos. A correlação entre religiosidade e sintomas depressivos indicou que uma maior religiosidade está levemente associada a menos sintomas. A associação foi mais forte naqueles estudos envolvendo pessoas que vivenciavam situações de vida estressantes recentes. Religiosidade extrínseca e o enfrentamento religioso negativo (por exemplo, culpar Deus pelas dificuldades) foram associados a níveis mais altos de sintomas depressivos (Smith, McCullough, & Poll, 2003).

2.1.1.3 Suicídio

O suicídio é definido como um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014). O comportamento suicida é composto pelo pensamento, plano e a tentativa de suicídio, e apenas uma pequena proporção do comportamento suicida chega ao nosso conhecimento (Botega, D'Oliveira, Cais, & Stefanello, 2009).

Ele está no entre as 20 principais causas de morte no ano de 2015, representando perto de 1,5% de todas as mortes em todo o mundo (World Health Organization, 2017). O

suicídio é a segunda causa de morte entre estudantes universitários e a terceira maior causa de adolescentes de cinco a catorze anos (Stevens, Lynm, & Glass, 2001).

Crenças e práticas religiosas podem influenciar o risco de suicídio. Uma revisão sistemática de 141 estudos examinou a relação entre R/E e ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio completo. Destes estudos, 106 (75%) encontraram menos ideação e comportamento suicida entre aqueles que eram mais religiosos e apenas 4 encontraram associação direta (maior religiosidade e maior suicídio) (Koenig et al., 2012). Entre os 49 melhores estudos, 39 (80%) relataram relações inversas (Koenig, 2015).

Além desses, foram localizados 42 estudos que compararam taxa de suicídio e denominação religiosa, onde observou-se que os católicos apresentaram uma pequena vantagem quanto a menor risco de suicídio em relação aos protestantes (Koenig et al., 2012).

2.1.1.4 Uso/abuso de álcool e/ou outras substâncias

A relação entre R/E e uso/abuso de álcool e outras substâncias têm sido estudada e relatada em várias pesquisas em diferentes países. Há evidências fortes e consistentes de que o uso e abuso de álcool é menos frequente entre aqueles que têm níveis mais altos de envolvimento religioso. Uma revisão de 278 estudos quantitativos examinando a relação entre R/E e álcool constatou que 240 (ou 86%) relataram menos uso/abuso de álcool entre os mais religiosos, a mesma proporção em estudos prospectivos (86% de 49 estudos) (Koenig et al., 2012).

Em relação ao uso/abuso de drogas ilícitas os resultados são semelhantes: 185 estudos, onde 155 (84%) relataram uma relação inversa entre R/E e uso / abuso de drogas. Dos 35 estudos de coorte prospectivos, 33 (94%) encontraram R/E basal prevendo menos uso / abuso futuro de drogas. Mais de 70% desses estudos foram feitos com jovens (adolescentes, estudantes universitários e adultos jovens) (Koenig et al., 2012).

Dos 145 estudos de alta qualidade, que examinou a relação entre R/E e uso de álcool, abuso e dependência, 90% relataram relações inversas. Dos 112 estudos de melhor qualidade, examinando as relações entre uso ou abuso de drogas e envolvimento R/E, 96 (86%) relataram relações inversas (Koenig, 2015).

Um dos maiores levantamentos na América Central examinou a relação entre religião e abuso de substâncias em uma amostra aleatória de 17.215 estudantes do ensino médio

entre as idades de 12 e 20 anos no Panamá, Costa Rica e Guatemala. Crenças de adolescentes em Deus foram relacionadas a uma menor probabilidade de embriaguez (OR = 0,96, $p < 0,001$) (Kliewer & Murrelle, 2007). Outros estudos com adolescentes e jovens dos EUA, encontraram relação inversa entre frequência religiosa e importância da religião/religiosidade associada a baixo consumo de álcool (Caputo, 2004; Jackson, Sher, & Schulenberg, 2008; Regnerus & Elder, 2003), baixo uso de maconha (Beyers, Toumbourou, Catalano, Arthur, & Hawkins, 2004; Nonnemaker, McNeely, & Blum, 2003) e baixo uso de ecstasy (Strote, Lee, & Wechsler, 2002).

Estudos brasileiros também têm demonstrado a associação entre R/E e menor consumo de drogas e melhores índices de recuperação, não atuando apenas como facilitadora na recuperação do dependente de álcool e/ou drogas, mas também promovendo a abstinência (Noto et al., 2003; Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007a; Sanchez, 2004; Sanchez & Nappo, 2008b). Em uma amostra brasileira, nacionalmente representativa de 12.595 estudantes universitários, cerca de 40% frequentavam regularmente os serviços religiosos. Comparado com aqueles que tiveram frequência regular, os estudantes que não frequentavam regularmente os serviços religiosos eram mais propensos a usar álcool (OR = 2,52; IC95% 2,08-3,06), tabaco (OR = 2,83; IC95% 2,09-3,83), maconha (OR = 2,09; IC95% 1,39-3,14) e outras drogas (OR = 1,42; IC95% 1,12-1,79) (Gomes, de Andrade, Izbicki, Moreira-Almeida, & de Oliveira, 2013).

2.1.1.5 Ansiedade

Tem-se, hoje, ao menos 299 estudos que examinam a relação entre R/E e ansiedade. Em quase metade deles (147/49%) há relato de correlação inversa. A correlação positiva (maior ansiedade relacionada a níveis mais altos de R/E) é reportada em 11% (33) dos estudos. Dos 67 estudos de melhor desenho metodológico (n 67), 31 reportaram relação inversa, seis trouxeram relação positiva, seis achados mistos e em 15 estudos não foram encontradas associações. Dentre os estudos longitudinais, nove (47%) relataram que a R/E previu menores níveis de ansiedade ao longo do tempo; um estudo (5%) encontrou um aumento na ansiedade e sete não relataram associação entre ansiedade e R/E (Koenig, 2015; Koenig et al., 2012).

Entre os estudos experimentais e ensaios clínicos, pode-se observar o efeito positivo da intervenção R/E na redução da ansiedade; bem como entre os estudos prospectivos que reportaram a R/E como preditor de menor ansiedade futura e sofrimento emocional (Gonçalves,

Lucchetti, Menezes, & Vallada, 2015). Em pesquisa com pessoas leigas em meditação, com cefaleia vascular, Wachholtz e Pargament (2008) encontraram que os grupos de meditação espiritual, após um mês, experienciaram significativa queda nos estados ansiosos comparados com os demais grupos meditativos.

2.1.1.6 E quando a R/E exerce influência negativa?

Sendo uma dimensão da experiência humana, R/E possuem potencial tanto para os benefícios em saúde mental, quanto para conflitos. Se uma pessoa tem fortes crenças religiosas, mas de alguma forma sua vivência está em desacordo com esses valores, isso pode criar conflitos internos gerando estresse e desarmonia, ou levar à exclusão social de seu grupo religioso ou família (Exline, 2013).

O efeito adverso na saúde também pode ocorrer quando crenças/práticas religiosas são usadas para justificar comportamentos de saúde negativos ou substituir cuidados médicos tradicionais. Exemplos de comportamentos negativos seriam: culpa, vergonha, raiva, medo e agressão. O controle social, também presente nas religiões, pode ser visto como limitante, restritivo, trazendo isolamento para aqueles em desacordo com o seu padrão (Koenig, 2001).

Existem alguns estudos empíricos indicando o impacto que certas formas negativas de religiosidade têm sobre o estado de saúde. Tais conflitos internos e/ou sociais podem levar à culpa, desesperança, isolamento social, estresse, tensão interna e depressão (Koenig et al., 2012; Pargament, Koenig, Tarakeshwar, & Hahn, 2001; Wilt, Grubbs, Exline, & Pargament, 2016; Zarzycka, Ziółkowska, & Śliwak, 2017).

Nas últimas décadas, emergiram evidências muito consistentes demonstrando associações entre R/E e saúde mental. Há fortes evidências de que a frequência religiosa está fortemente associada com diversos desfechos em saúde mental, e essa é apenas uma das formas de R/E. Em geral, há relação inversa entre alto nível de envolvimento R/E e depressão, ideação/comportamento suicida e uso e abuso de álcool ou outras substâncias psicoativas. Há também uma associação positiva entre R/E e bem-estar, otimismo, propósito, autoestima.

Koenig (2011) destaca alguns pontos fortes sobre as evidências existentes: o grande número de estudos, os diversos delineamentos de pesquisa, os longos períodos de observação, as grandes amostras randomizadas, os diversos grupos populacionais estudados, a ampla variedade de localizações geográficas, os diversos grupos de pesquisadores relatando achados

semelhantes e o surgimento de achados, mesmo quando os pesquisadores não estavam procurando por eles.

Claro que se observam também fragilidades, que devem ser reconhecidas para que sejam abordadas em pesquisas futuras: estudos em sua maioria serem transversais, emprego de pequenas amostras de conveniência, uso de métodos e medidas insatisfatórios, análises sem controle para potenciais fatores de confusão, modelagem incorreta, interpretação excessiva dos resultados (Koenig, 2011).

Alguns desafios que se apresentam à pesquisa nesta área ajudam, por vezes, a explicar algumas das fraquezas citadas. São eles, a falta de financiamento e falta de pesquisadores treinados. As fontes usuais de financiamento para pesquisa muitas vezes relutam em apoiar pesquisas sobre R/E e saúde, mas essa resistência tem diminuído (Koenig, 2011). Além disso, outro desafio é a falta de treinamento específico em pesquisa em R/E e saúde, relacionados à mensuração e familiaridade com as dinâmicas que afetam o desenho do estudo (Koenig, 2011).

2.2 R/E EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL

Em revisão de evidências disponíveis sobre afiliações, crenças e práticas R/E pessoais de psiquiatras e psicólogos, bem como a relação entre R/E e sua prática profissional, realizada por nós durante o desenvolvimento do doutorado, encontramos 24 artigos publicados em 16 periódicos e dois *papers* de conferência. Os estudos foram predominantes realizados nos EUA (15), seguido do Reino Unido (3), Canadá (2), África do Sul, Alemanha, Austrália/Nova Zelândia e Brasil apresentaram um artigo cada (Tabela 1).

Tabela 1 - Características descritivas dos estudos.

Autor	País do estudo	Amostra Participantes	Filiação religiosa*							Importância da religiosidade para os profissionais	Importância da espiritualidade para os profissionais	
			Prt	Ct	Jd	Ot	Agn	At	Nn			
(Welgemoed & Van Staden, 2014)	África do Sul	136 psiquiatras (Sociedade Sul-Africana de Psiquiatras)			84%			-	-	16%	-	-
(Lee & Baumann, 2013)	Alemanha	123 psiquiatras (Departamento de Psiquiatria e Psicoterapia do Hospital Universitário e Clínico baseado na Fé)			71%			-	-	29%	-	-
(Payman, 2000)	Austrália e Nova Zelândia	143 psicogeriatras (Colégio Real de Psiquiatras da Austrália e Nova Zelândia)	21%	9%	4%	-	-	-	-	43%	-	-
(Menegatti-Chequini et al., 2016)	Brasil	484 psiquiatras (Associação Brasileira de Psiquiatria)	7%	31%	-	29%	(18% espiritual)	-	-	33%	43,3% religiosos ou muito religiosos	68,7% espiritualizados ou muito espiritualizados
(Baetz et al., 2002)	Canadá	35 psiquiatras (Sociedade Médica e Odontológica Cristã)	-	-	-	-	-	-	-	-	88% tem crenças centrais; 86% comparecem em serviços religiosos mais de uma vez na semana	77% possuem uma prática religiosa

										privada mais de uma vez no dia	
(Baetz et al., 2004)	Canadá	1204 psiquiatras (Colégio Real de Médicos e Cirurgiões do Canadá)	21%	31%	12%	15%	9%	12%		23% têm práticas espirituais privadas ou atividades religiosas pelo menos uma vez por semana	43% se consideram espiritualizados
(Ragan, Malony, & Beit-Hallahmi, 1980)	EUA	555 psicólogos (APA)	33%	9,90%	12,50%	-	-	34%	-	27% comparecem metade do tempo diário ou mais	43% acreditam em uma divindade transcendental
										9% ocuparam cargos de liderança nas suas congregações	
(Shafranske & Gorsuch, 1984)	EUA	272 psicólogos (Associação de Psicologia do Estado da Califórnia)	-	-	-	14%	11%	3%	-	23% são comprometidos com as suas instituições religiosas	Espiritualidade é importante na vida pessoal da maioria (33%)
(Shafranske & Malony, 1985)	EUA	68 psicólogos (Comitê de Exame de Psicologia da Califórnia)	15%	20%	-	0%	0%	-		9% participam ativamente com alto nível de envolvimento	
										49% dizem ser importante ter crenças religiosas	71% pessoalmente consideram a espiritualidade importante

(Jensen & Bergin, 1988)	EUA	425 psicólogos clínicos, psiquiatras, terapeutas familiares e de casal, e clínicos sociais	38%	15%	18%		20%				-	-
(Bergin & Jensen, 1990)	EUA	psicólogos clínicos, psiquiatras, terapeutas familiares e de casal, e clínicos sociais	38%	15%	18%	9%	10%	6%	3%		-	68% buscam um entendimento espiritual do universo e o seu próprio lugar nele
(Gibson & Herron, 1990)	EUA	103 psicólogos (Divisões 29 e 36 da APA)		60%		-	13%				-	-
(Shafranske & Malony, 1990)	EUA	409 psicólogos (Divisão 12 da APA)	24%	14%	16%	16%	-	-	30%		-	65% consideram a espiritualidade pessoal importante
(Eckhardt, Kassonov, & Edwards, 1992)	EUA	147 psicólogos (APA)	29%	12%	20%	6%	15%	10%			-	-
(Bilgrave & Deluty, 1998)	EUA	237 conselheiros médicos e psicólogos clínicos (Divisões 12, 17, 29 e 32 da APA)	26%	16%	16%	15%	12%	6%			-	74% consideram espiritualidade moderada ou extremamente importante
(Gerson, Allen, Gold, & Kose, 2000)	EUA	87 psicólogos (Divisões 12, 36 e 39 da APA)	-	-	-	-	-	-			-	-
(Bilgrave & Deluty, 2002)	EUA	233 conselheiros médicos e psicólogos	23%	14%	25%	-	-	-			71% mantém religião ou	27% acreditam em uma

		clínicos (Divisões 12, 17, 29, 32 e 39 da APA)								crenças religiosas	essência universal
(Carlson et al., 2002)	EUA	153 psicólogos (Associação Americana de Terapia familiar e matrimonial)	56%	-	-	-	-	-	-	-	94% indicam que a espiritualidade é um importante aspecto em sua vida
(Curlin et al., 2007)	EUA	100 psiquiatras (American Medical Association Physician Masterfile)	29%	10%	30%	13%	-	-	18%	31% alta, 22% moderada e 47% baixa	24% muito alta espiritualidade, 54% moderada, 22% baixa
(Delaney et al., 2007)	EUA	258 psicólogos (APA)	28%	18%	23%	15%	-	-	16%	52% importante ou muito importante, 48% sem importância	52% muito importante, 20% sem muita importância
(Rosmarin et al., 2013)	EUA	262 psicólogos (Associação de Terapia Cognitiva-Comportamental)	18%	13%	22%	17%	-	-	30%	30% importante ou muito importante	54% importante ou muito importante
(Neeleman & King, 1993)	Reino Unido	231 psiquiatras de Hospitais Universitários em Londres	12%	-	-	15%	73%	-	-	-	-
(Lawrence et al., 2007)	Reino Unido	316 psiquiatras (Faculdade da Velha Psiquiatria)	42,34%	2%	10%	-	-	42%	-	62% importante ou muito importante	-
(Durà-Vilà et al., 2011)	Reino Unido	20 psiquiatras de clínicas ambulatoriais e hospitalares;	30%	5%	45%	15%	5%	-	-	68% se consideram como praticantes	-

* Protestante (Prt), Católico (Ct), Judeu (Jd), Outros (Ot), Agnóstico (Agn), Ateísta (At), Nenhum (Nn).

Para a maioria dos profissionais de saúde mental investigados, a R/E está por trás de sua abordagem de vida e/ou influencia sua prática clínica. Não há um consenso sobre as definições dos termos religiosidade e espiritualidade, e embora tal diferenciação parece ser relevante nas pesquisas tendo em vista alguns autores observarem que psiquiatras e psicólogos mostram baixos índices de filiação e participação religiosa convencional, mas também mostram uma quantidade substancial de envolvimento R/E para além de convenções tradicionais (Baetz et al., 2004; Bergin & Jensen, 1990; Carlson, Kirkpatrick, Hecker, & Killmer, 2002; Delaney et al., 2007).

As evidências existentes indicaram que, embora a maioria dos psicólogos e psiquiatras refira uma afiliação religiosa, o número de não afiliados é maior que o da população geral: Alemanha (24,7 população x 41,2 Psicólogos), Austrália (24,2% população x 43% Psiquiatras), Brasil (7,9% população x 33% Psiquiatras) e EUA (16,4% população x 30% Psicólogos). Entretanto, deve-se ter cautela em comparar os dados de psiquiatras e psicólogos com a população geral, pois esses profissionais tendem a diferir da população geral em diversos fatores como maiores níveis de escolaridade e renda, que podem se constituir em variáveis de confusão nas comparações (Tabela 2).

Alguns autores têm sugerido a existência de um “*religious gap*”, diferença entre a religião da população geral e dos profissionais de saúde mental, e que ela estaria associada a fatores como influência de autores e ideologias materialistas e anti-religiosas que descartam ou patologizam a R/E, além de mitos históricos do conflito entre ciência e religião (Baetz et al., 2004; Cloninger, 2013; Lukoff, Lu, & Turner, 1992; Moreira-Almeida et al., 2014). Uma forte ideologia cientificista pode contribuir para o fracasso entre alguns profissionais em avaliar o funcionamento religioso ou até mesmo em considerar com seriedade a religião ou outros aspectos culturais da experiência do paciente (Post, 1993).

Como pontuado anteriormente, o declínio/desaparecimento das práticas religiosas não tem se confirmado. Há alterações nas crenças e práticas, ao longo dos anos, mas a humanidade continua a referir-se religiosa (84%) (Pew Research Center, 2012; Stark, 1999, 2015).

Predominou, nos estudos revisados, uma visão positiva quanto à relação entre R/E e estados de saúde (Tabela 3), de relevância para a prática clínica, bem como ser apropriado ao terapeuta perguntar sobre a religião dos pacientes ou falar sobre questões religiosas/espirituais. Apesar dessas observações, pouco mais da metade dos artigos trouxe que os profissionais acessam a R/E na prática clínica, menos ainda fazem o encaminhamento a serviços religiosos (Baetz et al., 2004; Baetz, Larson, Marcoux, Jokic, & Bowen, 2002; Carlson et al., 2002; Curlin et al., 2007; Delaney et al., 2007; Menegatti-Chequini et al., 2016; Neeleman & King, 1993; Payman, 2000; Rosmarin et al., 2013; Shafranske & Malony, 1990, 1990).

Tabela 2 - Comparação entre psicólogos/psiquiatras e população geral.

País do estudo	População em 2010	Referência	%			
			Cristianismo	Judaísmo	Outras religiões	Sem afiliações
Alemanha	82,300,000	Pew Research Center	68,7	0,3	6,4	24,7
		895 psicólogos (Hofmann & Wallach, 2011)		53		41,2
Austrália	22,270,000	Pew Research Center	67,3	0,5	8	24,2
		143 psiquiatras (Payman, 2000)	30	4	-	43
Brasil	194,950,000	Pew Research Center	88,9	<0,1	3,3	7,9
		484 psiquiatras (Menegatti-Chequini, Gonçalves, Leão, Peres, & Vallada, 2016)	38	-	29	33
Canadá	34,020,000	Pew Research Center	69	1	6,4	23,7
		1,204 psiquiatras (Baetz et al., 2004)	61	12	15	21
EUA	310,380,000	Pew Research Center	78,3	1,8	3,5	16,4
		262 psicólogos (Rosmarin, Green, Pirutinsky, & McKay, 2013)	31	22	17	30
Reino Unido	62,040,000	Pew Research Center	71,1	0,5	7,2	21,3
		20 psiquiatras (Durà-Vilà, Hagger, Dein, & Leavey, 2011)	30	5	45	20

Os obstáculos relatados para a abordagem da R/E na clínica, em sua maioria, foram não possuir conhecimento/habilidades necessárias ou nunca terem recebido qualquer treinamento (Carlson et al., 2002; Delaney et al., 2007; Rosmarin et al., 2013; Shafranske & Gorsuch, 1984; Shafranske & Malony, 1985, 1990). Quando os profissionais relatavam treino, os motivos passavam a ser: não familiaridade com líderes religiosos ou com o tema, falta de tempo, considerar ser inapropriado para o paciente ou entre os pares, ou mesmo considerarem o treinamento insuficiente (Baetz et al., 2004; Curlin et al., 2007; Lee & Baumann, 2013; Payman, 2000).

Quanto à neutralidade profissional, preocupação de alguns na abordagem clínica da R/E, faz-se necessário que, como em outros atributos pessoais (gênero, raça ou visões políticas) os psiquiatras e psicólogos entendam melhor suas dinâmicas conscientes e inconscientes em relação à R/E e como seus pontos de vista influenciam sua prática clínica (Bilgrave & Deluty, 2002; Lee & Baumann, 2013). O WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry enfatiza que a abordagem deve ser centrada no paciente, valorizando as crenças e práticas relevantes para o paciente, não sendo nunca apropriado a indução de visões religiosas ou antirreligiosas nos pacientes (Moreira-Almeida et al., 2016). A *American Psychological Association* sugere aos profissionais: evolver-se no processo de tomada de consciência das próprias suposições sobre o comportamento humano, valores, preconceitos, noções preconcebida, limitações pessoais; buscar compreender a visão de mundo das diferentes culturas trazidas pelos pacientes sem julgamento; e, então, implementar estratégias de intervenção relevantes e sensíveis com as diferenças culturais dos pacientes (American Psychological Association, 2002).

Tabela 3 - Abordagem R/E – aspectos na vida e na prática profissional.

Autor	Participantes	Tipo de amostra	A sua R/E é um aspecto importante no seu modo de lidar com a vida?	R/E influencia na sua prática profissional?	Relevância R/E x Saúde	Acesso R/E
Shafranske & Gorsuch, 1984	272 psicólogos, membros da Associação de Psicologia do Estado da Califórnia, EUA	Local	Espiritualidade é diretamente relevante na vida pessoal deles	A posição pessoal do psicólogo sobre a espiritualidade influencia a percepção da espiritualidade como sendo relevante no contexto clínico	Consideraram a espiritualidade diretamente relevante com a prática clínica	-
Shafranske & Malony, 1985	68 psicólogos licenciados pelo Comitê de Exame de Psicologia da Califórnia, EUA	Local	49% das crenças religiosas são necessárias	83% reportaram que suas crenças pessoais os ajudaram a ser terapeutas mais efetivos	65% discordam da sentença “Minha religiosidade ou espiritualidade não afeta ou influencia diretamente meu trabalho como psicoterapeuta” 36% concordam que as noções de Deus e transcendente são produtos ilusórios da imaginação, mas são aspectos significativos da existência humana 78% discordam da assertiva “Os médicos devem abster-se de lidar com questões religiosas ou espirituais”	-
Jensen & Bergin, 1988	425 psicólogos clínicos, psiquiatras, terapeutas familiares e de casal, e clínicos sociais, EUA	Nacional	-	-	49%, acham R/E é importante para uma saúde mental e um estilo de vida positivo 68%, acham importante procurar pela compreensão espiritual do lugar de alguém no universo 50%, acham importante procurar por forças em comunhão com um poder superior	-

					44%, acham importante serem participantes ativos em uma filiação religiosa	
Bergin & Jensen, 1990	414 psicólogos clínicos, psiquiatras, terapeutas familiares e de casal, e clínicos sociais, EUA	Nacional	46% dos terapeutas concordam que o jeito de lidar com a vida é baseado na própria religião 77% fortemente tentam viver suas vidas de acordo com as crenças religiosas	-	29%, acham importante para os esforços do tratamento com todos ou muitos dos pacientes	-
Shafranske & Malony, 1990	409 psicólogos clínicos membros da divisão 12 da APA, EUA	Grupo nacional	-	-	74%, acham R/E relevante para saúde 52%, acham espiritualidade relevante nas suas práticas profissionais 87%, acham apropriado para o psicólogo conhecer a religião de seus pacientes	91%
Neeleman & King, 1993	231 psiquiatras de hospitais universitários em Londres, Reino Unido	Local	-	-	78%, acham que a religião é uma forma aumentar os problemas psicológicos 74%, acham que doenças mentais intensificam crenças religiosas 61%, acham que a religião pode proteger contra doenças mentais 52%, acham que doenças mentais podem reduzir crenças religiosas 42%, acham que religião pode gerar doenças mentais	48%
Bilgrave & Deluty, 1998	237 psicólogos clínicos e conselheiros médicos das divisões 12, 17, 29 e 32 da APA, EUA	Grupo nacional	-	72%, das crenças religiosas influenciam moderadamente ou fortemente suas práticas profissionais	-	

				66% acreditam que sua prática profissional influencia suas crenças religiosas		
Gerson, Allen, Gold, & Kose, 2000	87 psicoterapeutas de várias organizações nacionais e profissionais, incluindo as divisões 12, 36 e 39 da APA, EUA	Grupo nacional	Eles tiveram fortes crenças religiosas	Crenças religiosas estão relacionadas a julgamentos clínicos	Relevante ou deveria ser trabalhado na prática clínica pela maioria dos respondentes	-
Payman, 2000	143 psicogeriatras do Colégio Real de Psiquiatras da Austrália e Nova Zelândia, Austrália/ Nova Zelândia	Grupo nacional	-	-	85% acreditam na relação entre religião e saúde mental	84%
Baetz, Larson, Marcoux, Jokie, Bowen, 2002	35 psiquiatras da Sociedade Médica e Odontológica Cristã, Canadá	Local	-	88% sentem que a religiosidade os deixa mais compassivos do que eles iriam ser, com grande empatia e respeito pelos seus pacientes	<p>Acreditam na efetividade da orientação bíblica e orações para pacientes com crenças similares</p> <hr/> <p>Nos casos de esquizofrenia aguda, mania e depressão, medicação é significativamente mais eficaz do que psicoterapia ou o uso de orações ou orientações bíblicas</p> <hr/> <p>Nos casos de alcoolismo, sociopatia e tristeza, psicoterapia assim como orações e orientações bíblicas foram melhores avaliadas do que medicações</p>	80%
Bilgrave & Deluty, 2002	233 psicólogos clínicos e conselheiros médicos das divisões 12, 17, 29, 32 e 39 da APA, EUA	Grupo nacional	34% endossam como completamente verdadeiro ou verdadeiro	31%, sim para a maioria dos casos ou o suficiente	-	-
			11% endossam como moderadamente verdadeiro	33%, moderadamente		

Carlson, Kirkpatrick, Hecker, & Killmer, 2002	153 clínicos que são membros da Associação Americana para Terapia familiar e matrimonial, EUA	Grupo nacional	51% dos terapeutas familiares e matrimoniais indicam que a espiritualidade influenciou a escolha da carreira	62% acreditam ou acreditam fortemente que a prática em Terapia Familiar ou Matrimonial é parte do seu desenvolvimento espiritual; 72% acreditam que a espiritualidade é relevante na prática clínica; 71% se consideram éticos nessa abordagem	96% acreditam na relação entre espiritualidade e saúde mental	66%
Baetz et al., 2004	1,204 psiquiatras do Colégio Real de Médicos e Cirurgiões, Canadá	Nacional	-	-	47%, acham que a R/E “frequentemente” ou “sempre” tem um papel no cuidado psiquiátrico	50%
Curlin et al., 2007	1,044 médicos e 100 psiquiatras American Medical Association Physician Masterfile, EUA	Nacional	-	-	76%, acreditam numa relação positiva entre R/E e saúde	93%
Delaney, Miller, & Bisonó, 2007	258 psicólogos membros da APA, EUA	Nacional	35% concordam		82% dos psicólogos endossam relações positivas entre religião e saúde mental	51%
Lawrence et al., 2007	123 psiquiatras (Departamento de Psiquiatria e Psicoterapia do Hospital Universitário e Clínico baseado na Fé), Alemanha	Nacional	-	-	55,5%, acham “significante” 28,21%, acham “bem importante” 3,64%, acham “sem importância”	7%
					Aspectos negativos: Podem piorar sintomas psiquiátricos (29%); Intrusão e Coerção (29%); Conflito/ Interferência no programa de cuidado (12%); Conotações negativas/ terminais (11%); sem valor/ significado terapêutico (11%)	

					Aspectos positivos: Suporte emocional/ habilidade de coping (39%); Dignidade e normalização humana (21%); Conforto e esperança (13%); Valores/ significados/ explicações (10%); Cuidado holístico (7%); Compartilhamento de experiências (5%); Capacidade de lidar com perdas/ luto (5%); Suporte e educação com a equipe (3%)	
Durà-Vilà, Hagger, Dein, & Leavey, 2011	20 psiquiatras de atendimentos ambulatoriais e hospitalares, Reino Unido	Local	-	-	A maioria dos participantes nascidos no Reino Unido eram positivos em relação aos papéis da religião e espiritualidade na psiquiatria, embora à nível teórico	-
Hofmann & Walach, 2011	895 psicoterapeutas alemãs	Nacional	64,9% acreditam em uma realidade superior e 57% tem uma espiritualidade ou religiosidade	55,7% afirmam que a espiritualidade influencia sua prática	A espiritualidade aparece enquanto importante para 1 em cada 4 clientes atendidos	-
Lee & Baumann, 2013	123 psiquiatras (Departamento de Psiquiatria e Psicoterapia do Hospital Universitário e Clínico baseado na Fé), Alemanha	Nacional	53%, crenças religiosas influenciam ou influencia definitivamente a forma de lidar com a vida 37% trazem a religião em outros aspectos da vida	-	54%, acreditam que ajuda pacientes a lidar com as suas doenças 88,8%, acham que a R/E é uma estratégia de coping 70% responderam que R/E pode agravar problemas de saúde mental Não acham que a R/E é a causa de transtornos psiquiátricos (23,2% nunca, 48,5% raramente)	-

Rosmarin, Green, Pirutinsky, & McKay, 2013	262 psicólogos, membros da Associação de Terapia Cognitiva-Comportamental, EUA	Grupo nacional	-	-	42%, acham frequentemente ou sempre relevante	51%
Menegatti-Chequini, Gonçalves, Leão, Peres, & Vallada, 2016	484 psiquiatras membros da ABP, Brasil	Nacional	-	-	76,8% consideram como importante integrar a R/E na prática clínica	80,30%

2.3 PSICOLOGIA, RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE

A psicologia e a religião transitam num campo comum: o campo das subjetividades. A R/E é um fenômeno humano recorrente, constitutivo da subjetividade. Tem sido considerada uma importante dimensão da vida e importante instância de significação e ordenação. Um dos elementos mais complexos e irredutíveis das culturas, de fundamentos e práticas orientadores das ações humanas. Porém, quase sempre é vista como algo de menor importância para os médicos, psicólogos e demais pesquisadores no campo da saúde e dos transtornos mentais (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2014; Dalgalarrondo, 2008).

Importante pontuar que não há um consenso ao tratar dos conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade, muito menos quanto à sua divisibilidade. Koenig afirma que em suas palestras tenta evitar esse tópico, mas que para pesquisas sobre religião, espiritualidade e saúde, faz-se necessária a diferenciação dos termos, devido às suas importantes implicações epistemológicas, conceituais e metodológicas (Koenig, 2012).

Para Koenig, King e Carson, religião envolve crenças, práticas rituais relacionadas ao transcendente/sagrado. Pode ser organizada e praticada de forma individual/privada, ou coletiva/comunidades, teria origem em uma tradição estabelecida que surge de uma comunidade com crenças e práticas comuns. Ela é um sistema organizado de crenças, práticas e símbolos projetados (a) para facilitar a proximidade com o transcendente, e (b) para promover uma compreensão do relacionamento e responsabilidade de alguém para com os outros ao viver juntos em uma comunidade (Koenig et al., 2012). Já a espiritualidade

[...] se distingue de todas as outras coisas - humanismo, valores, moral e saúde mental - por sua conexão com aquilo que é sagrado, o transcendente. O transcendente é aquele que está fora do eu (self), mas também dentro do eu - e nas tradições ocidentais é chamado Deus, Alá, HaShem ou um Poder Superior, e nas tradições orientais pode ser chamado de Brama, manifestações de Brama, Buda, Tao, ou verdade/realidade suprema. A espiritualidade está intimamente ligada ao sobrenatural, o místico e à religião organizada, embora também se estenda além da religião organizada (e começa antes dela). A espiritualidade inclui tanto uma busca pelo transcendente quanto a descoberta do transcendente e, portanto, envolve viajar pelo caminho que leva da não consideração ao questionamento, seja para a descrença ou crença, e se para a crença, então, em última análise, para a devoção e finalmente, se rendição/entrega. Assim, nossa definição de espiritualidade é muito semelhante à religião e há claramente sobreposição (Koenig et al., 2012, p. 46).

A ampliação do termo espiritualidade para a inclusão de conceitos psicológicos positivos é reconhecida por Koenig, e destacado em dois aspectos. Para a clínica em especial,

ele considera que tal ampliação é valiosa. Contudo, para a pesquisa, ele aponta a necessidade de se reintegrar “uma definição mais nítida de espiritualidade e que mantenha sua base histórica na religião”, seja esta última de cunho tradicional ou não (Koenig, 2012). Além disso, de ter o termo espiritualidade envolvendo uma relação com o sagrado, há uma preocupação tautológica. Ao usar constructos bem definidos, como sentido da vida, esperança, perdão, inteireza, serenidade, enquanto definição de espiritualidade, a espiritualidade estará sempre associada à saúde mental, tendo em vista que esses constructos estão relacionados à saúde mental (Moreira-Almeida & Koenig, 2006).

Hufford (2005) também fala da necessidade, mas também da dificuldade de afirmar tal distinção. Ele acredita ser necessário estabelecer um sistema simples e não controverso e sugere, em um de seus ensaios, que espiritualidade seria a relação pessoal com o transcendente e religião seria um aspecto institucional da espiritualidade. A espiritualidade seria o termo mais geral, que incluiria a religião. Afirma que as definições que trazem categorias psicológicas amplas perdem em especificidade, ainda assim, como Koenig, ele também não nega a possibilidade de indivíduos espiritualizados não religiosos, ou religiosos não espiritualizados (Hufford, 2005; Koenig, 2012).

Ao buscar integrar as contribuições de diferentes autores, Freitas e Vilela apontam que

Vista assim, a religião pode ser compreendida como uma das alternativas possíveis para o encontro da resposta à dimensão espiritual, enquanto busca de sentido existencial. Trata-se de um tipo resposta que é compartilhada e institucionalizada. De outro lado, o termo religiosidade fica, então, reservado para se referir ao modo pessoal, como cada pessoa elabora subjetivamente suas respostas às suas demandas de sentido existencial, ainda que também ancoradas na crença no transcendente (Freitas, 2017, p. 100).

Religiosidade e religião implicariam numa referência ao transcendente e a espiritualidade implicaria “referência à busca de sentido, o que pode coincidir ou não com a busca religiosa, existindo a possibilidade de que a resposta para esta demanda existencial venha de outra fonte, considerada e vivida pela pessoa como arreligiosa” (Freitas, 2017, p. 101).

Para o CRP-SP, a “...busca do fundamento sagrado da vida, daquilo que confere sentido à existência é, entretanto, de ordem espiritual. Desta forma, compreende-se que as religiões se encontram na espiritualidade. Todavia, a busca do sentido último da existência, não se reduz à religião” (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2014, p. 16).

O relatório Síntese das Discussões dos Seminários Estaduais Psicologia, Laicidade e as Relações com a Religião e a Espiritualidade também traz algumas definições:

Religião = instituição social composta por um sistema de crenças e práticas reunidas que sustentam uma suposta relação com uma dimensão transcendental.

Religiosidade = modo pessoal de lidar com ou vivenciar um sistema de crenças e práticas religiosas, que podem estar, ou não ligadas a uma instituição.
Espiritualidade = busca de sentido para a vida que pode ou não estar ligada a uma crença religiosa (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, [s.d.], p. 1).

Para Pargament (1997) a religião pode ser definida a partir de duas principais perspectivas: a perspectiva de que é o sagrado que traz distinção para a religião, onde a preocupação central é exclusivamente Deus, deuses, seres sobrenaturais, forças transcendentais, e o que estiver associado a estes poderes superiores; e a perspectiva de que a religião é distinguida pela sua função especial na vida, considerada especialmente preocupada com a forma como as pessoas chegam a um acordo com as questões últimas da vida.

William James (2007) define a religião por sentimentos, atos e experiências individuais do homem, em sua solidão, na medida em que se relacionam com tudo o que pode considerar o divino. Ele compreendia os dois lados da religião: o positivo, como os sentimentos de alegria e exaltação, e o negativo, como os sentimentos de medo e culpa. Sua preocupação, contudo, não era discutir a existência de Deus, mas sim a crença nessa existência e sua repercussão no comportamento humano. A crença é mais ampla que as coisas sobrenaturais, ela seria aquilo que dá peso e influência e se torna o princípio que governa nossas ações (James, 1918).

Freud, criador da psicanálise, no livro *O Futuro de uma Ilusão* utilizou um discurso negativo sobre a religião, que seria uma neurose obsessiva e universal dos homens, surgida do complexo de Édipo. Deus nada mais seria do que a imagem idealizada do pai, no qual a criança procura proteção para superar o seu desamparo. Esta criação imaginária da criança, só tem sentido enquanto ela vive sob o princípio do prazer. A ilusão estaria caracterizada quando houvesse uma fixação nesta imagem, mesmo depois de se tornar uma pessoa adulta (Freud, 1996a).

Depois ele reconhece tal avaliação como essencialmente negativa e admite que não se pode negar à religião um fundamento de verdade, embora esta verdade não seja uma verdade material, mas uma verdade histórica (Freud, 1996b). Para Freud a experiência religiosa é uma experiência psicológica, com toda a riqueza simbólica das representações e dos afetos que nela atuam, porém ele não a considera uma estrutura constitutiva do ser humano. Ele relaciona a origem do sentimento religioso com a culpa subjacente à problemática do Complexo de Édipo. Para ele, o afastamento da religião seria parte inevitável do processo de crescimento e desenvolvimento humano. A concepção religiosa, em flagrante declínio, está destinada a ser substituída pela visão de mundo científica (Freud, 1996a).

Jung é outro autor da psicologia que não discute a existência de Deus. Para ele a forma arquetípica de Deus faz parte da psique humana, possui grande significado e poderosa influência além de ser um assunto relativamente frequentemente, e por isso, digno de nota. A religião seria uma atitude particular de uma “consciência transformada pela experiência do numinoso”, “aquilo que nos incute zelo e um sentimento de reverência por uma certa natureza de ordem superior que chamamos divina” (Jung, 1995).

Antes de falar da religião, devo explicar o que entendo por este termo. Religião é — como diz o vocábulo latino *religere* — uma *acurada e conscienciosa observação* daquilo que Rudolf Otto acertadamente chamou de "numinoso", isto é, uma existência ou um efeito dinâmico não causados por um ato arbitrário. Pelo contrário, o efeito se apodera e domina o sujeito humano, mais sua vítima do que seu criador. Qualquer que seja a sua causa, o numinoso constitui uma condição do sujeito, e é independente de sua vontade (Jung, 1995, p. 9).

A religiosidade surge como uma decisão pessoal para Frankl. Ela não tem caráter inato, não se desenvolve da mesma forma para todas as pessoas, não segue um percurso preestabelecido. É desencadeada pelas experiências, como decisão. Frankl vê a religiosidade como algo que influencia o sentido da vida e as escolhas individuais. Mesmo para os indivíduos que se declaram descrentes o autor afirma que a religiosidade inconsciente tem efeitos sobre as escolhas pessoais, já que o nosso desenvolvimento ocorre em um ambiente religioso-cultural, a partir das convivências com os pais e a sociedade (Frankl, 2013).

A religião é um sistema de crenças em um poder divino ou sobre-humano e práticas de culto ou outros rituais direcionados para tal poder (Argyle & Beit-Hallahmi, 1975). Uma instituição que consiste na interação culturalmente modelada com seres sobre-humanos culturalmente postulados (Spiro, 1994).

As definições funcionais da religião relacionam-se com o que nós, como indivíduos, fazemos para enfrentar pessoalmente as questões que nos confrontam, e principalmente as questões da vida e da morte. É um conjunto de formas simbólicas e atos que se relacionam com o homem para as condições finais da sua existência, um sistema de crenças e práticas por meio das quais as pessoas enfrentam os problemas fundamentais da vida humana (Batson, 1993; Bellah, 1991; Yinger, 1970).

A religião, então, pode ser definida como uma parte importante da cultura que desempenha papel importante na vida de milhares de pessoas. São princípios e valores utilizados para dar forma ao julgamento e ao processamento de informações, dão orientação moral. As crenças, doutrinas e as práticas espirituais e religiosas baseiam-se fortemente em buscas pessoais para compreender o significado da vida, o relacionamento com o sagrado e o

transcendente. Toda religião oferece meios de lidar com a tragédia, sofrimento e os mais significantes processos da vida (Pargament, 1997; Wilkinson, 2011).

Para a psicologia, contudo, mais importante do que o caráter dos elementos religiosos, importa saber como crenças, símbolos e ações são colocadas em prática em meio a questões críticas da vida, não apenas a natureza da crença, mas a natureza do acreditar que requer o nosso estudo (Pargament, 1997; Yinger, 1970). Importa a identidade psicológica, identidade essa que se constrói em relação aos conteúdos da religião e ao seu modo particular de integrar-se na cultura ambiente. Importa o estudo da pessoa no seu relacionamento com a religião. Importa o homem que, no encontro com a cultura, se confronta com a religião. O que ele faz, quais os processos e interações, quais conflitos e êxitos?

Não é o estudo do sagrado, da religião e até mesmo da religiosidade, no abstrato, mas o estudo do funcionamento diante da religião no “movimento subjetivo... com uma atitude de esperança, de busca e/ou de atribuição de sentido” (Aletti, 2012, p.167). Ela, também, não se pega ao estudo das formas concretas da religião, como o faz a sociologia, mas se orienta no estudo da psique diante da religião.

Enquanto pesquisa e teoria é importante a inclusão da religião como fenômeno humano, independentemente de sua transcendência e variações, e no exercício profissional, tal inclusão leva a valorização e apoio da dimensão religiosa das pessoas “atingidas por esse exercício” (Paiva, 2016). Um psicólogo, multiculturalmente competente, deve estar familiarizado com aspectos religiosos/espirituais das experiências do paciente e que competências religiosas/espirituais devem incluir a atenção e respeito envolvimento religioso/espiritual, bem como a falta desse envolvimento (American Psychological Association, 2002; Lopes & Rodrigues, 2016; Vieten et al., 2013a).

“O Conselho Federal de Psicologia e os Conselhos Regionais, portanto, propõem a discussão acerca da religiosidade, espiritualidade e laicidade entendendo que estas compõem e constroem subjetividades e perpassam a vida de todos, incluindo os próprios psicólogos, religiosos ou não, seja no trato laborativo, seja em questões de foro íntimo” (Vianna, 2016, p. 19).

O desafio, então, é ouvir as narrativas espirituais e religiosas, situar o sujeito relativamente às suas crenças e sua fé. Tematizar a relevância da experiência religiosa na estruturação e reestruturação da personalidade. Validá-las, refutá-las ou questionar e discutir suas verdades no âmbito transcendente não cabe ao profissional da psicologia. O papel da psicologia seria o de abrir-se para o outro, para o desconhecido, o não usual. A hostilidade às manifestações religiosas em geral, ao categorizá-las enquanto “ilusão” ou “ópio do povo”, diz de uma disputa não entre ciência e religião, mas de diferentes tipos de crenças (Aletti, 2012b; Bairrão, 2016).

2.4 PSICOLOGIA E LAICIDADE

O desafio proposto traz algumas inquietações, um convite à discussão do conceito e da construção de laicidade. Paiva (2016) diz que laicização é retirar a pessoa do estamento clerical e devolvê-la ao comum do povo. Se é laico, do grego *laikós* (*laós* = “povo”), é porque se refere ao povo (Paiva, 2016).

No Brasil, os princípios constitucionalmente assegurados da laicidade foram os que permitiram a ampliação das denominações religiosas, permitindo a expressão do forte sentimento de religiosidade, por meio das mais diversas formas de adesão religiosas (raízes indígenas, europeias, africanas, asiáticas). A emergência de tal pluralismo religioso provocou a separação entre o Estado e a Igreja na garantia do direito de cada cidadão professar a fé que melhor lhe conviesse (Abumanssur, 2016).

O Estado Brasileiro não nasceu laico, em seu período colonial mantinha-se a hegemonia da Igreja Católica e no Brasil Império, apesar de forte influência sobre a liberdade religiosa exercida pela Maçonaria, tal liberdade era muito restrita e a religião católica era a religião oficial, permanecendo a união entre Igreja e o Estado. O artigo 5º da Constituição de 1824 trazia a religião católica apostólica romana como “a religião do Império. Todas as outras religiões serão permitidas com seu culto doméstico ou particular, em casas para isso destinadas, sem forma alguma exterior de templo” (“Constituição de 1824 - Publicação Original - Portal Câmara dos Deputados”, [s.d.]).

É com a República que Igreja e Estado se separam e firma-se o Estado laico no Brasil. Todas as religiões contam com a proteção estatal e consagra-se, não mais apenas a liberdade de crença, como também agora a liberdade de culto (“Constituição de 1891”, [s.d.]). Na Constituição de 1988 a liberdade de crença e o Estado Laico é reafirmado (Brasil, Céspedes, Pinto, & Windt, 2005). A liberdade de expressão não é apenas uma condição necessária da Laicidade, é a sua origem (GT Nacional Laicidade e Psicologia, 2013).

Dizer que o Estado é laico não significa dizer que o povo deva ser desprovido de espiritualidade e da prática religiosa, significa sim, direito à liberdade de consciência e de crença. Laicidade também não é irreligião e Estado laico se ocupa do que releva ser do interesse público (Brasil et al., 2005). Ela não vem para impedir, proibir, anular as religiões, as religiosidades. Vem para assegurar a manifestação da liberdade de decisão em todo o universo de crenças, seja religioso ou não.

O Código de Ética da Psicologia tem por eixo central a laicidade, base de trabalho

pela igualdade de direito dos diversos segmentos da população. Ele é orientado para o respeito aos direitos humanos, que implica na necessidade do reconhecimento da diversidade. Por diversidade entende-se pessoas e coletivos que apresentam diferenças nítidas entre si (sejam de gênero, identidade racial, etnia, nacionalidade, religião, classe econômica, idade, sexo, etc). Diversidade não implica em desigualdade, e para tanto exige diálogo, seja no interior dos grupos iguais, quanto entre grupos diferentes (Berni, 2016b).

Pautar-se na laicidade não significa negar uma interface que pode ser estabelecida pela psicologia e a religião e/ou espiritualidade. Pautar-se na laicidade diz de um cuidado e comprometimento com a realidade do povo brasileiro, que em sua diversidade vivencia intensos sentimentos de religiosidade advindos das mais diversas culturas (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2014; “VIII - CNP 15ª Moção”, 2013).

Pode-se, então, dialogar sobre psicologia, espiritualidade, religião, religiosidade? Pode-se incluir tais questões na prática profissional? A ética que nos rege não nos impede?

Para explorar ainda mais essas discussões buscou-se por artigos científicos a partir do cruzamento dos descritores “psicologia” e “laicidade”, nas bases Scielo, Pubmed, Psycinfo, BVS, Scopus, Medline, no português e inglês. A busca apresentou inicialmente 36 artigos e após retirar as duplicidades, os artigos que não estavam relacionados ao contexto da psicologia e do Brasil, restaram apenas 11 artigos. Destes, sete traziam a laicidade dentro da discussão de gênero (Luckmann, Nardi, Luckmann, & Nardi, 2017; Machado & Machado, 2018; Medrado, Nascimento, & Lyra, 2019; Mello, Avelar, & Brito, 2014; Miguel, 2016; Popadiuk, Oliveira, & Signorelli, 2017; Silva, Paiva, & Parker, 2013), um relacionando laicidade, fundamentalismo religioso e política (Lionço, 2017; Marcelino, 2016; Silva, 2017), um abordava o simbolismo dentro de uma prática religiosa específica (Dantas, 2013), outro abordava questões dentro de comunidades terapêuticas (Ribeiro & Minayo, 2015) e um trazia perspectivas jurídicas sobre laicidade e Conselho Federal de Psicologia (Rios, Resadori, Silva, & Vidor, 2017).

Na plataforma de buscas do Google os mesmos descritores aparecem vinculados, principalmente, ao GT Laicidade e Psicologia e ao CRP-SP. No canal DiverPsi, “Grupo de Trabalho Diversidade Epistemológica Não-hegemônica em Psicologia, Laicidade e Diálogo com Saberes Tradicionais” do CRP-SP é possível encontrar referências para atuação profissional. Esses materiais baseiam-se em documentos emitidos pelo Sistema Conselhos de Psicologia.

A prática profissional da psicologia é regida, para além da formação, pelo Código de ética profissional e pelas referências do Sistema Conselhos de Psicologia. São, ao menos, três níveis de referências: as referências de caráter mandatório (Nacional - Resoluções

publicadas pelo Conselho Federal de Psicologia; Regional - Resoluções publicadas pelos Conselhos Regionais), as de esclarecimento (Notas Técnicas - Publicadas pelos Conselhos Regionais e Federal; Notas de Esclarecimento - Publicadas pelos Conselhos Regionais e Federal) e por fim, as de aproximação e aprofundamento (Livros, vídeos, cadernos e eventos realizados pelos Conselhos ao longo das gestões).

O Código de Ética do profissional da psicologia é pautado no princípio da laicidade e, quando se fala em religião, ele traz a proibição de "induzir a convicção política, filosófica, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções". É importante chamar a atenção para o fato de que essas duas posições não são excludentes e sim integradoras. Elas dizem da competência multicultural apresentada pela APA (2002), onde o profissional deve envolver-se num processo de tomada de consciência de suas próprias convicções, valores e visão de mundo, para que então possa buscar compreender as visões de mundo culturalmente diferente de cada paciente e, a partir dessa diferenciação, auxiliar na implementação de estratégias de intervenção relevantes e sensíveis à cultura do paciente.

Diante de todo o exposto, há compreensão da relevância da experiência religiosa na estruturação e reestruturação da personalidade. Observa-se também a necessidade real do afastamento da ideia disseminada de oposição entre ciência e religião, compreendendo o papel do diálogo entre esses dois tipos de saber no que se refere à compreensão da constituição da subjetividade humana. De acordo com Berni (2016), entre 2013 e 2016 o Sistema Conselhos fez um avanço na relação entre Psicologia e Religião e esse avanço deu-se na ampliação do olhar para a religião, ultrapassando a construção meramente negativa de seu papel, indo para além das discussões com base no fundamentalismo religioso, bem como a ampliação do diálogo entre esses conhecimentos (Berni, 2016a).

Contudo, apesar de se dizer do reconhecimento da laicidade, da diversidade e que tal diversidade nos exige diálogo, ainda há dificuldades em se discutir/dialogar a temática religiosa em nossa construção de ciência psicológica. Há o reconhecimento da temática enquanto “controvertida e até então escassamente discutida no âmbito do Sistema Conselhos” (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, [s.d.]).

Nesse ponto, outros dois conceitos importantes são apresentados, sendo um deles o conceito de saberes tradicionais, enquanto “construto holístico de conhecimentos, baseado numa racionalidade proveniente de diferentes culturas” e o conceito de epistemologias não-hegemônicas, “construtos científicos partilhados por grupos minoritários da comunidade científica” (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, [s.d.]).

Enquanto laica a psicologia se posiciona passível de questionamentos em seus discursos e práticas, transformando-os a partir de críticas internas e externas a ela mesma.

A laicidade do Estado entra nesse espaço como mais um dispositivo em que a religiosidade e a espiritualidade podem ser exercidas, visto que é a partir de sua manutenção que as expressões de cunho religioso, seja de que matiz forem, podem ser concretizadas. Não deve existir hegemonia de um saber religioso em detrimento de outros (Vianna, 2016, p. 35).

Se a laicidade é um dispositivo de proteção da diferença, ela se torna um princípio de promoção da valorização dos diversos marcadores sociais, entre os quais a condição étnico-racial, de sexo, de religiosidade, de cultura, de regionalidade, de orientação sexual, de identidade de gênero etc. No entanto, esses marcadores por vezes ocupam as “propostas de construção do conhecimento científico, que se encontram nas fronteiras do paradigma da ciência, não estando, portanto, no *mainstream* da ciência” (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, [s.d.]; Lionço, 2017).

A falta de discussão e, em alguns contextos, até mesmo a proibição da menção de temas como religião, religiosidade e espiritualidade nos contextos de formação não traduz a laicidade, muito menos neutralidade profissional e sim uma negação de uma das dimensões da vida do sujeito. Além disso, tal falta de discussão traz confusão em relação à temática podendo levar a posturas ou práticas inadequadas no âmbito profissional dada à falta de esclarecimento.

A laicidade, em sua proteção da diferença, proteção da liberdade de consciência e expressão, é que garante autonomia de pensamento e ação e, ainda, possibilita que haja um compartilhamento de perguntas sobre sentido da vida. É essa proteção que deslegitima qualquer

[...] desqualificação de grupos que, não estando necessariamente vinculados a determinada religião, também buscam em seus pertencimentos comunitários responder questões sobre o que seria o justo e sobre como agir da melhor forma na vida e nas relações sociais. Estas são questões que as religiões se colocam, assim como outras instituições da sociedade secular voltadas para o cumprimento da justiça e das boas condições de vida. O direito à dignidade é fundamento primeiro da secularização e emergência da laicidade, expressa materialmente no direito consequente da liberdade de consciência e da liberdade de expressão (Lionço, 2017, p. 212).

A inserção da discussão acerca da laicidade da psicologia e das relações entre Psicologia, Religião/Religiosidade e Espiritualidade tem sido apontada como fundamental para minimizar preconceitos, estigmas e práticas incorretas. Para isso, faz-se necessário que essa temática chegue aos processos de formação de forma mais efetiva.

2.5 EDUCAÇÃO: PSICOLOGIA DA RELIGIÃO NO BRASIL

A Psicologia da Religião pode ser caracterizada como um campo de aplicação da psicologia ao estudo do comportamento religioso. Este campo não é novo, tendo em vista que “a conduta religiosa é objeto específico de estudos desde os primeiros escritos dos pais da psicologia como disciplina acadêmica” (Aletti, 2012a, p. 161). Autores como Edwin Diller Starbuck (1866-1947), com *Psychology of Religion* (1899), William James (1842-1910), com *The varieties of religious experience* e *The principles of Psychology* (James, 1902, 1918), James H. Leuba (1868-1947), *A psychological study of religion* (1912), além do próprio Wundt, em sua análise do mito e a religião nos três volumes de sua obra sobre a psicologia cultural (psicologia dos povos), Carl Gustav Jung (1875-1961) e o próprio Sigmund Freud (1859-1939) (Aletti, 2012a; Pereira & Holanda, 2016).

Enquanto registra-se, entre 1890 e 1920, um verdadeiro movimento intelectual em torno da questão religiosa, há um rápido declínio a partir de 1920. Declínio esse relacionado ao

[...] fracasso da psicologia em separar-se da teologia ao investigar o fenômeno religioso; o seu esforço quase desesperado para ser reconhecida como "científica", num cenário de influências positivistas e iluministas; os conflitos geralmente vividos tanto pelos pesquisadores quanto pelos sujeitos quando da investigação do assunto; a subjetividade do fenômeno religioso, que dificulta sua abordagem "empírica" e "objetiva"; a influência do behaviorismo, que reduz o objeto de estudo da Psicologia ao comportamento observável, e da psicanálise freudiana, que reduz a religião a uma ilusão da humanidade (Byrnes, 1984 e Beit-Hallahmi, 1989 apud Freitas, 2002, p.18).

Contudo, e apesar de, o interesse pelo “sagrado” tem sido retomado não apenas na vida social, política, mas também na própria psicologia. O homem, enquanto uma unidade biopsicossocial convida a um olhar mais atento a cada um desses componentes, bem como às interações deles (Aletti, 2012a).

A Psicologia da Religião não está vinculada à perspectiva de uma religião em particular, mas busca, como uma disciplina do campo das ciências, analisar e entender a religião fazendo uso de instrumentos psicológicos (teorias, conceitos, intuições, métodos e técnicas). Ela não teria como objeto a religião ou o transcendente, mas sim disposições humanas que capacitam ou não a vivência de fenômenos religiosos de ordem pessoal, social ou cultural, que geralmente estão relacionadas a uma dimensão transcendente, como Deus (Marques & Rigo, 2016; Paiva et al., 2009; Pereira & Holanda, 2016).

A Associação Americana de Psicologia vem adotado uma mudança na nomenclatura para “Psicologia da Religião e da Espiritualidade”, entendendo que o estudo da

espiritualidade acrescentaria a esse campo os comportamentos e as experiências não necessariamente vinculados à religião, mas que conservariam as questões existenciais e relativas ao sagrado.

Apesar da produção em Psicologia da Religião no Brasil ser vasta, a formação acadêmica contempla pouco esse tipo de discussão: o tema ainda é tratado de maneira distante e o assunto permanece evitado no contexto acadêmico e científico. Esse desconhecimento, somado ao preconceito e ao silêncio presentes no meio acadêmico e científico sobre o tema da religião, impede uma discussão mais aberta e dificulta elaborações e assimilações das vivências espirituais (Ancona-Lopez, 2005; Paiva et al., 2009; Pereira & Holanda, 2016).

Sendo o Brasil um país predominantemente religioso, esperava-se encontrar nas universidades um cenário que reproduzisse tal realidade, com diálogos que permitam expressar uma pluralidade cultural. Há, contudo, uma militância pela afirmação do estado laico, e universidades enquanto espaço laico, mas o que se observa diz muito mais da universidade enquanto um espaço ateu (Pereira & Holanda, 2016).

Preparar os acadêmicos de Psicologia para lidar com o espiritual e o religioso, é ensiná-los a melhor atender às demandas de sua profissão e, ao mesmo tempo, prepará-los para que tenham uma maior abertura a estas esferas que constituem o ser humano. No entanto, há carência na oferta de disciplinas ligadas ao tema durante a formação do psicólogo: apenas 13% das Instituições de Ensino Superior públicas e 16% das instituições privadas incluem a temática em seus currículos na graduação de Psicologia (Costa, Nogueira, & Freire, 2010).

Além disso, pesquisas que investigam a temática entre os estudantes de psicologia trazem: os fenômenos religiosos/espirituais ligados a aspectos e/ou sintomas patológicos; visão acerca da religiosidade ligada a manifestações negativas; visão restrita da religiosidade enquanto no campo das neuroses obsessivas; além da preocupação ética, na relação entre crenças pessoais e à atuação profissional (Aquino, 2005; Freitas, 2002).

A ausência de foco fundamentado na R/E nos currículos brasileiros de psicologia pode ser interpretada como uma indiferença quanto ao tema, o que pode sugerir que a visão moderna ainda não compreendeu que a ciência e a religião não precisam ser vistas em conflito.

2.6 R/E E CIÊNCIA

A ideia de que ciência e religião são discursos incompatíveis, disciplinas em eterno ou indissolúvel conflito, começou a predominar a partir do final do século XIX. Essa visão, questionada e rejeitada por pesquisadores que estudam a relação entre ciência e religião nas últimas décadas, continua relevante no senso comum (Brooke, 2014; Miranda, 2018; Numbers, 2009, 2010; Shank, 2009; Stark, 2004).

Ciência e religião são dois importantes e indispensáveis campos de estudo, sendo “produtos do intelecto humano que têm profundos impactos na sociedade, como na esfera da educação, da cultura, das relações sociais, da política, da saúde etc” (Miranda, 2018, p. 36). Dois campos que têm seu debate dificultado ao serem tomados e apresentados por olhares extremos ou reducionistas, negligenciando aspectos complementares da relação (Brooke, 2014). De acordo com Miranda (2018), a forma como ciência e religião vêm sendo apresentadas aos estudantes durante o ensino médio, faz com que eles desenvolvam uma visão menos crítica, autônoma e raciocinada, impedindo uma construção menos polarizada e contribuindo para a longevidade da tese do conflito entre esses saberes.

Um letramento científico de qualidade se baseia em dois grandes pilares: a informação, baseada em conhecimento científico, e a formação, que permite ao estudante lidar com esse conhecimento de forma autônoma e crítica. Um livro que contenha equívocos históricos e visões particulares enviesadas sobre ciência e/ou religião, não atende nem a um, nem ao outro pilar. Ou seja, não informa adequadamente, nem oferece autonomia para que o estudante avalie ciência e religião sem qualquer tipo de indução particular e decida por si próprio a respeito de suas crenças ou descrenças. A simples omissão do fato de que muitos cientistas eram religiosos e usavam motivações fortemente religiosas para suas práticas científicas, ou seja, que a ciência tinha um sentido que ia além do material, já é algo problemático (Miranda, 2018, p. 184).

Barbour, físico e teólogo, trouxe um marco importante para os estudiosos da história da ciência e religião. Em sua obra *Religion in an age of Science* (1990) distingue quatro possíveis relações entre religião e ciência: o conflito, a independência, o diálogo e a integração. A visão do conflito, apresenta a ciência na figura do materialismo científico e a religião na figura da teologia literal, radical. Ambos buscariam o conhecimento a partir de uma base segura (na lógica para um e na escritura infalível para o outro), ambos se afirmariam rivais e por isso demandariam uma escolha entre eles. No materialismo científico, ciência engole religião; no literalismo bíblico, religião engole ciência. O autor traz que, tal luta, pode ser evitada se houver compreensão do campo/território de cada um (Barbour, 1990).

Muitos dos mitos sobre a relação ciência e religião já foram desfeitos (Numbers, 2009, 2010). O argumento relativo à competição ou até mesmo à incompatibilidade entre religião e ciência, que afirmava que o cristianismo levou a Europa a uma era de ignorância e atraso (que seria a Idade Média), se desfaz ao observar o progresso técnico europeu, que em tal época (“Idade das Trevas”) superou qualquer evolução tecnológica encontrada em outras partes do mundo. A Europa medieval também se destacou em filosofia e ciência, tornando-se no final do século XIII, a liderança científica global (Stark, 2004).

Miranda (2018, p.32), também destaca que

Sem muita dificuldade é possível mostrar que as religiões carregam uma complexidade tal que em algumas circunstâncias foram elas as protagonistas de várias formas de abuso político, ético e intelectual, trazendo prejuízos à humanidade; enquanto em muitas outras circunstâncias as religiões trouxeram benefícios à humanidade. É só nos lembrarmos que foi a própria Igreja a responsável pela criação das primeiras universidades, na Idade Média; que, segundo John Heilbron (1999, p.3), não houve instituição que tenha dado mais suporte, principalmente ao estudo da astronomia, do que a Igreja; que a herança literária do mundo antigo foi preservada graças ao trabalho dos monges copistas; e que vários religiosos, principalmente ligados à Igreja Católica, foram responsáveis pelo desenvolvimento da ciência e da filosofia, como Roger Bacon, Nicolau Copérnico, Gregor Mendel, Giordano Bruno, Francesco Grimaldi, William de Ockham, Georges Lemaître, entre tantos outros.

A independência seria uma alternativa para o conflito. Ciência e religião possuiriam métodos e linguagens independentes e autônomos. Quanto ao método, em ciência a base estaria na observação humana e da razão e em religião a base estaria na revelação divina. Quanto à linguagem, em ciência teríamos primariamente a intenção de previsão e controle e em religião a função seria recomendar um modo de vida, extrair um conjunto de atividades, incentivar atitudes, fidelidade, princípios morais. A linguagem religiosa falaria sobre um jeito de viver, prático e normativo (Barbour, 1990).

O paleontólogo Stephen Jay Gould, foi um dos cientistas que ficou mais conhecido por defender a tese da independência, chamando a relação entre ciência religião de “magistérios que não se superpõem” (*non-overlapping magisteria - NOMA*).

Não vejo como a ciência e a religião podem ser unificadas, ou mesmo sintetizadas, sob qualquer esquema comum de explicação ou análise; mas tampouco entendo por que as duas experiências devem ser conflitantes. A ciência tenta documentar o caráter factual do mundo natural, desenvolvendo teorias que coordenem e expliquem esses fatos. A religião, por sua vez, opera na esfera igualmente importante, mas completamente diferente, dos desígnios, significados e valores humanos – assuntos que a esfera factual da ciência pode até esclarecer, mas nunca solucionar (Gould, 2011, p. 12).

Apesar dessa posição não se apresentar hostil quer seja à ciência, quer seja à religião, seria difícil manter essa independência a “qualquer preço”. Além dos diversos estudos que demonstram as correlações entre a religiosidade do indivíduo e indicadores de saúde, há outras intersecções entre ciência e religião, questões que nem uma nem outra abriria mão de discutir (aborto, prolongamento da vida, célula-tronco, etc). Diante de um objeto comum psicologicamente – o homem, também seria necessária uma “convergência dos olhares” (Miranda, 2018; Paiva, 2002).

Nessa impossibilidade de total independência, diante de seus objetos de estudos, Barbour convida a conhecer o diálogo, que seriam interações indiretas entre ciência e religião e que tornaria a envolver o método e o limite de cada campo de conhecimento. Haveria uma consonância, mas não implicação direta entre essas formas de conhecimento (McMullin, 1981 apud Barbour, 1990); pontos importantes de contato e correlações a serem exploradas (Rahner, 1978, apud Barbour, 1990). A ciência já não se apresentaria enquanto exclusivamente objetiva e a religião enquanto meramente subjetiva. A proposição de modelos conceituais, que auxiliam nas atividades que não podem ser diretamente observáveis, os papéis dos paradigmas dominantes na comunidade científica e o próprio papel do observador são questões partilhadas nos dois tipos de conhecimento. Há sim uma diferença de ênfase nos campos, contudo as distinções não são tão absolutas (Barbour, 1990).

A integração fala das interações diretas entre ciência e religião e ocorreria quando “tanto a ciência como a religião contribuem para uma visão de mundo coerente, desenvolvida numa metafísica abrangente” (Barbour, 1990, p. 28).

Mcgrath (2005) também propõe o modelo do diálogo, que pressupõe que: ciência e religião são convergentes apesar de distintas. Caberia as ciências naturais o “como” e à teologia o “porquê”, as ciências naturais envolver-se-iam com as interações observáveis da natureza enquanto a teologia buscaria a origem e os propósitos dela. Contudo, e em contraposição às ideias simplistas de conflito e harmonia, Brooke traz a “tese da complexidade”, onde há riqueza e complexidade nas relações entre ciência e religião e que tal relação deve considerar os diferentes aspectos políticos, culturais e sociais presentes (Brooke, 2014).

Em entrevista concedida à TV Nupes¹, o professor John Brooke, um dos principais autores do estudo das relações entre ciência e religião, ressalta:

Eu às vezes ouço dizerem, “nós precisamos ter um diálogo entre a ciência e a religião”; essa é uma das quatro categorias na relação entre elas, segundo Barbour, e ele foi muito influente nisto, como descrito em vários de seus livros. Mas, realmente, você não pode ter diálogo entre ciência e religião, você

¹ Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=89yW6F30DS4>>, 16/09/2018

tem diálogo entre pessoas. E algumas dessas pessoas podem ser cientistas, algumas delas podem ser religiosas. Algumas podem ser ambos, e esta eu acho que é uma das grandes fraquezas da noção de que ciência e religião estão necessariamente em conflito. É claro, houve muitos conflitos, mas a noção de que elas estão inevitavelmente em conflito me parece improdutiva, porque há tantos (até mesmo alguns dos realmente grandes cientistas), que reconheceram que eles têm crenças às quais seria apropriado chamar de religiosas.

Algumas pesquisas realizadas no Brasil e EUA apontam que os cientistas atuais continuam a ter religião/E, ainda que em menores níveis que a população geral (Ecklund & Scheitle, 2007; Leuba, 1916; Paiva, 2000, 2002). Larson e Witham (1997) também encontraram que a proporção de cientistas religiosos não diminuiu com o avanço da ciência ao longo do século XX (Larson & Witham, 1997; Leuba, 1916). O desaparecimento da linguagem religiosa na literatura científica técnica no final do século XIX, não significou o desaparecimento das crenças R/E entre os cientistas (Brooke, 2009).

Muitas vezes, para os cientistas, o que a ciência trazia era a confirmação de sua fé: Johannes Kepler (1571-1630), astrônomo - a elegância matemática das leis que descrevem o movimento planetário levou à sua confissão de arrebatamento divino da harmonia celestial; Francis Collins (n. 1950), ex-diretor do Projeto Genoma Humano via seu trabalho como o desvendar de um código dado por Deus; Charles Darwin (1809-1882), a teoria da evolução por seleção natural - agnóstico tardio na vida, negou ter sido ateu, e frequentemente se referia a resultados evolutivos como resultado de leis impressas no mundo por um criador (Brooke, 2009).

Paiva (2002) comparou as respostas dos questionários propostos por Leuba (1916, 1933) e replicados por Larson e Witham (1996, 1998), sobre a crença dos cientistas num Deus pessoal e na imortalidade. De acordo com o autor, Leuba cria que a descrença religiosa aumentaria a partir da divulgação do conhecimento científico ao longo do século XX. Contudo, Larson e Witham observaram, oitenta anos depois, que o “conhecimento científico não alterou significativamente a crença ou a descrença em Deus e na imortalidade. Esse resultado sugere que muitos outros fatores influem na crença e na descrença dos profissionais da ciência” (Paiva, 2002). A maioria dos cientistas entrevistados por Anne Roe também não tinha preocupação religiosa nem se envolvia em atividades religiosas (Roe, 1951).

Um ponto interessante, observado por Paiva (2000) em seus entrevistados, é que poucos cientistas se esquivam de responder a respeito desses assuntos, mas por considerarem a religião “algo de foro íntimo e não [...] objeto de exibição”, sua religião só comparece quando solicitada. Os profissionais entrevistados (físicos, biocientistas e historiadores) traziam a crença de que os colegas cientistas seriam, em sua maioria, ateus ou agnósticos. Outro destaque foi o

entendimento da religião enquanto um componente que, mesmo quando não importante à prática profissional, não deixaria de “ser um elemento dinâmico, mesmo se latente, do cientista”. Destaca-se também o achado de que “na ausência de um estímulo peculiar [...] o cientista não vê, espontaneamente, pontos de contato ou de interseção da ciência com outros domínios da cultura” (Paiva, 2000).

Para a maioria dos cientistas entrevistados por Paiva (2000), as razões para manter ou combater a crença não estavam relacionadas à ciência, mas às questões comportamentais, como

[...] exigências éticas e morais, obrigações culturais, representações infantilizadas que causam dificuldades para qualquer adulto, seja por não corresponderem ao desenvolvimento cognitivo normal, seja pelas alterações culturais do sentido de submissão a Deus, seja pelo caráter objetivamente difícil de uma relação com a divindade, como proposta pelas religiões históricas reveladas e, em nosso caso, pelo cristianismo (Paiva, 2000, p. 118).

Faz-se necessário destacar que, como Brooke nos traz, para além de desejar o diálogo e a interação, ciência e religião não são dicotômicas, mas sim complexas, mutáveis e heterogêneas. O entendimento dessas características contribui para a ampliação da construção/desconstrução/reconstrução dessa relação, bem como mostra que não há impossibilidade na relação ciência, cientista e religião. Pode-se também observar que a relação “maior conhecimento e avanço tecnológico igual a menor sentimento religioso” é simplista e que se faz necessário alargar o nosso olhar acerca dela, para além das manifestações pessoais de qualquer fenômeno social.

3 JUSTIFICATIVA

Há evidências consistentes sobre ampla prevalência de R/E na população global, que a R/E impacta a saúde (notadamente a mental) e que a R/E deve ser levada em consideração na prática clínica em saúde mental. No entanto, há uma lacuna na aplicação desses conhecimentos na prática clínica, bem como no melhor entendimento da R/E dos profissionais de saúde mental e como ela impacta a prática clínica. Ou seja, enquanto muita atenção tem sido dada aos valores religiosos/espirituais dos pacientes, pouca atenção tem sido dada à forma com que a cultura dos profissionais da saúde, pode influenciar o encontro clínico (Curlin, Lantos, Roach, Sellergren, & Chin, 2005).

As crenças podem ser entendidas enquanto uma declaração originada de experiência perceptiva ou cognitiva e que influenciam significativamente a vida pessoal, a experiência coletiva e a formação da cultura. São dependentes da subjetividade e das características pessoais dos participantes da relação, mas a transmissão de crenças e de sistemas de crenças ocorre em todos os momentos da rede de relações interpessoais e processos grupais (Krüger, 2018). Neste ponto, é importante ter em mente que todo relacionamento terapêutico é uma experiência transcultural (American Psychological Association, 2002; Bergin & Jensen, 1990) e que as crenças religiosas ou antirreligiosas dos profissionais podem interferir no encontro clínico e afetar o processo terapêutico (Carone & Barone, 2001; Lomax, Karff, & McKenny, 2002; Plante, 2007; Tjeltveit, 1986; Verhagen, 2013).

Há evidências, também, sugerindo que os psicólogos tendem a atentar mais a aspectos negativos do que positivos da R/E do paciente, avaliando os religiosos como mais mentalmente adoecidos ou com pior prognóstico (O'Connor & Vandenberg, 2005; Ruff, 2008). Se as crenças dos pacientes se apresentarem enquanto discrepantes à percepção do profissional, serão provavelmente invalidadas, ou servirão apenas para elaboração de diagnóstico (Krüger, 2018). Esse viés de percepção pode ser uma barreira na busca e acesso dos pacientes R/E aos serviços de saúde mental, pois podem temer que seus valores e crenças não sejam respeitados ou tratados de forma apropriada (Lindgren & Coursey, 1995; Vieten et al., 2013b). A R/E dos profissionais de saúde mental e seu impacto na clínica são, contudo, ainda pouco debatidos na literatura.

No Brasil é grande a diversidade étnica, cultural e religiosa (Dalgalarrondo, 2008). Atentos a isso os profissionais da saúde devem tratar de maneira respeitosa os valores fundamentais que os pacientes trazem. Esses valores podem, muitas das vezes, entrar em conflito com as crenças

do profissional, pode parecer irracional (Curlin et al., 2005). Portanto, conhecer os aspectos próprios de sua R/E, e dar ouvidos aos aspectos dessa dimensão do paciente, capacita o profissional a se envolver no processo de tomada de consciência da própria suposição sobre o comportamento humano, valores, preconceitos, limitações pessoais. Capacita a compreensão sem julgamento da visão de mundo culturalmente diferente de cada paciente e auxilia a implementação de estratégias de intervenção relevantes e sensíveis à cultura do paciente (Arredondo et al., 1996; Sue, 1998).

Há importância, também, no debate para a prática clínica, tendo em vista que o fosso entre religiosidade e a psicoterapia ainda é grande e contribui para que muitos não busquem auxílio na terapia acreditando que não terão o respeito e a inclusão dessa dimensão (Delaney et al., 2007).

A partir dos resultados encontrados, pode-se pensar em formulações de grades curriculares para transpor as lacunas existentes na formação profissional do psicólogo no que diz respeito a R/E. Desta forma, suprimindo a necessidade apresentada pela *American Psychological Association* (2002), de que os cursos possuam e implementem um plano pensativo e coerente para fornecer aos alunos conhecimentos e experiências relevantes sobre o papel da diversidade cultural e individual.

4. OBJETIVOS E HIPÓTESES

4.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a R/E de uma ampla amostra nacional de psicólogos brasileiros e suas repercussões na prática profissional.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos foram:

- Levantar a R/E pessoal de uma amostra nacional de profissionais da psicologia;
- Investigar o conhecimento acerca da relação entre R/E e saúde em uma amostra de profissionais da psicologia;
- Verificar a relação entre treino em R/E e abordagem R/E na prática clínica;
- Examinar a integração dos conhecimentos R/E na prática profissional;
- Investigar a relação entre a R/E pessoal e a abordagem profissional desta dimensão;
- Investigar relação entre referencial teórico dentro da psicologia e inclusão da dimensão R/E na prática clínica;

4.3 HIPÓTESES

As hipóteses levantadas foram que:

- Profissionais da psicologia são menos religiosos que a população geral;
- Profissionais da psicologia possuem pouco treinamento acerca de assuntos religiosos/espirituais;
- Psicólogos clínicos não incluem a dimensão R/E no atendimento profissional;

5 MÉTODO

A presente pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia/UFJF, dentro da linha de pesquisa denominada “Processos Psicossociais em Saúde” e ao Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde/UFJF, dentro da linha de pesquisa denominada “Experiências Religiosas e Espirituais”.

Esta pesquisa é um levantamento (survey) nacional de psicólogos brasileiros. Estudo de abordagem quali-quantitativa e análise descritiva e analítica. Trata-se de estudo observacional, sem proposta de intervenção ou experimento, realizado através de questionário on-line com 45 questões, auto administrado, disponibilizado por link na internet (divulgação em canais dos CRPs e via e-mail), no período de maio de 2016 a junho de 2018.

5.1 PARTICIPANTES

Foram convidados os psicólogos brasileiros com registro no Conselho Federal de Psicologia (CFP), sem limite de idade. O CFP é

[...] uma autarquia de direito público, com autonomia administrativa e financeira, cujos objetivos, além de regulamentar, orientar e fiscalizar o exercício profissional, como previsto na Lei 5766/1971, regulamentada pelo Decreto 79.822, de 17 de junho de 1977, deve promover espaços de discussão sobre os grandes temas da Psicologia que levem à qualificação dos serviços profissionais prestados pela categoria à sociedade. Órgão central do Sistema Conselhos, o CFP tem sede e foro no Distrito Federal e jurisdição em todo o território nacional.

A proposta inicial era obter uma lista de e-mails dos profissionais da psicologia a partir do CFP. Para isso, contato com o CFP foi feito, com ligação e envio de e-mail com carta de apresentação da pesquisa, bem como anexos solicitados (projeto de pesquisa, carta de aprovação CEP, cópia do questionário online, artigos de referência do projeto).

1ª Etapa: Enquanto aguardava-se a resposta do CFP, foram realizados contatos com os 23 Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs), com e-mail enviado a todas as diretorias que continha uma carta de apresentação. Nesta carta era solicitada a divulgação da pesquisa, através de notícias no site do conselho ou por newsletter. Para esse envio foi criado um e-mail para divulgação da pesquisa: psicologosbrasileirospesquisa@gmail.com. O primeiro envio foi

feito em maio de 2016 e outros dois envios foram feitos ainda durante o ano de 2016. Os CRPs são compostos por um ou mais estado brasileiro, conforme Tabela 4.

Tabela 4 - Região e estados correspondentes.

<i>REGIÃO</i>	<i>PSICÓLOGOS REGISTRADOS - 2016</i>	<i>ESTADOS POR REGIÃO</i>
REGIÃO 1	9150	DISTRITO FEDERAL
REGIÃO 2	10515	PERNAMBUCO
REGIÃO 3	11328	BAHIA
REGIÃO 4	33174	MINAS GERAIS
REGIÃO 5	37093	RIO DE JANEIRO
REGIÃO 6	92387	SÃO PAULO
REGIÃO 7	19648	RIO GRANDE DO SUL
REGIÃO 8	17066	PARANÁ
REGIÃO 9	7634	GOIÁS
REGIÃO 10	4512	PARÁ E AMAPÁ
REGIÃO 11	6621	CEARÁ
REGIÃO 12	11821	SANTA CATARINA
REGIÃO 13	4293	PARAÍBA
REGIÃO 14	3791	MATO GROSSO DO SUL
REGIÃO 15	3641	ALAGOAS
REGIÃO 16	4849	ESPÍRITO SANTO
REGIÃO 17	2989	RIO GRANDE DO NORTE
REGIÃO 18	3213	MATO GROSSO
REGIÃO 19	2098	SERGIPE
REGIÃO 20	6683	AMAZONAS, ACRE, RORAIMA, RONDÔNIA
REGIÃO 21	2448	PIAUÍ
REGIÃO 22	2176	MARANHAO
REGIÃO 23	1393	TOCANTINS

As regiões que nos enviaram e-mail de resposta positiva, quanto a divulgação, foram: CRP-04; CRP-10; CRP-12; CRP- 13; CRP-16; CRP-17 e CRP-18. Essa primeira etapa, contudo, gerou apenas 243 respondentes.

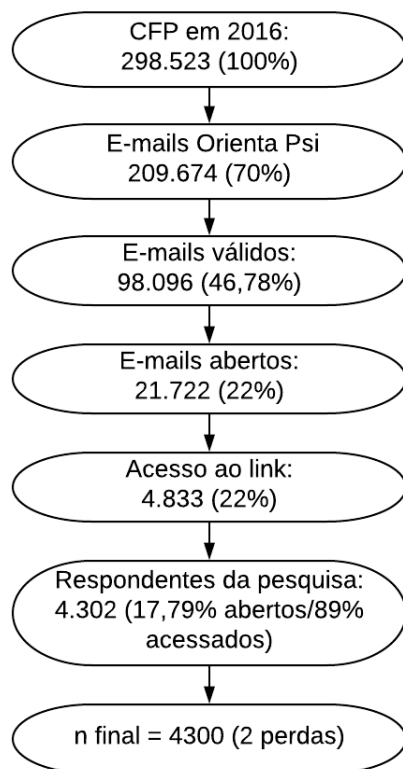
2ª Etapa: A proposta de obtenção dos contatos a partir do CFP foi feita solicitando uma lista de e-mails, contudo, o CFP nos informou que, por questões éticas, o fornecimento desta lista não seria possível. Solicitou-se, então, que o CFP pudesse enviar a carta convite a partir de mala direta ou que fosse permitida ida até à central do CFP para fazer esse envio a partir, e sob vigilância, do conselho. Esse pedido também negado. Apesar da insistência em obter a lista de e-mail direta, fosse por telefone ou por e-mail, apenas em julho de 2016 recebemos e-mail direcionando a busca para o canal OrientaPsi. Este portal é um

Espaço destinado à Psicologia, onde psicólogos(as) de todo o país podem se encontrar,

trocar experiências profissionais e técnicas, debater o futuro da profissão, contar com um centro consultivo e de orientação para o seu trabalho, além de ter um canal exclusivo de comunicação, direta, com CFP, CRPs e todos(as) os(as) colegas de profissão (“OrientaPsi | Home”, [s.d.]).

Neste canal, que se propõe enquanto canal exclusivo de comunicação também entre os colegas de profissão, foi possível acessar os e-mails de profissionais cadastrados no CFP. Os e-mails foram coletados, um a um, no canal, durante o período de 2 meses (dezembro de 2016 e janeiro de 2017).

De acordo com o site do Conselho Federal de Psicologia, existem no Brasil mais de 300 mil psicólogos cadastrados no CFP. Quando iniciamos nossa coleta, havia 298.523 profissionais cadastrados e destes conseguimos uma lista de e-mail de 209.674 profissionais (Fluxograma 1).



Fluxograma 1 - Números da pesquisa.

Para esse envio, a partir de fevereiro de 2017, inicialmente foi utilizado a conta do Gmail criada para a pesquisa (psicologosbrasileirospesquisa@gmail.com). Os e-mails foram enviados durante 35 dias e eram enviados até o limite da conta diária (500 envios/dia). Em maio os envios foram automatizados através da contratação do serviço de envio de e-mails da empresa iPorto.com. Foram enviados mais de 411 mil convites, entre maio e agosto de 2017 – Tabela 5. Encerrou-se o envio automático quando o número de respondentes passou a não ter mais grandes alterações.

Tanto no e-mail convite aos CRPs, quanto no e-mail aos profissionais, foram enviados uma carta convite, o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, bem como link para o questionário online para preenchimento.

Tabela 5 - Relatório de envios por região e data.

<i>Nome relatório</i>	<i>Data envio</i>	<i>Listas de regiões</i>	<i>Nº envios</i>
RELATÓRIO 11MAI 1	11/05/2017	Regiões 3, 4 e 5	51861
RELATÓRIO 11MAI 2	11/05/2017	Regiões 1, 2	11972
RELATÓRIO 23MAI	23/05/2017	Regiões 7,8, 9	31018
RELATÓRIO 2JUN	02/06/2017	Região 6	38689
RELATÓRIO 4JUN 1	04/06/2017	Região 11	2407
RELATÓRIO 4JUN 2	04/06/2017	Região 10	1703
RELATÓRIO 5JUN	05/06/2017	Regiões 12 a 17	13655
RELATÓRIO 10JUN	10/06/2017	Regiões 18, 19 e 23	3808
RELATÓRIO 19JUN	19/06/2017	Regiões 20, 21 e 22	4755
RELATÓRIO 24JUN 1	24/06/2017	Não abertos regiões 11, 18, 19 e 23	6672
RELATÓRIO 24JUN 2	24/06/2017	Não abertos regiões 20, 21, 22	19548
RELATÓRIO 24JUN 3	24/06/2017	Não abertos regiões 5, 7, 8, 9, 10	31617
RELATÓRIO 24JUN 4	24/06/2017	Não abertos regiões 1, 2, 3, 4	6588
RELATÓRIO 20JUL 1	20/07/2017	Não abertos regiões 12 A 17, R6	47289
RELATÓRIO 30JUL 1	30/07/2017	Última chamada regiões 1, 2 e 4	56435
RELATÓRIO 11AGO	11/08/2017	Abertos primeiro envio	2580
RELATÓRIO 24AGO	24/08/2017	Abertos primeiro envio	9302
RELATÓRIO 29AGO	29/08/2017	Regiões 4 e 6	83801
Total de envio			411728

Três grandes perdas nos números de e-mail ocorreram logo no início do processo. A primeira foi o número de e-mail cadastrados no Canal Orienta Psi, que era 70% do total de profissionais cadastrados no CFP. A segunda perda foi em relação ao número de e-mails inválidos (53,22% do total de e-mails). Esse número de e-mails inválidos foi informado nos relatórios de envio de e-mails da empresa contratada (iPorto). A terceira perda foi em relação ao número de e-mails não abertos (88% dos válidos). Esses e-mails podem ter ido para SPAM ou até mesmo serem de contas não mais acessadas com frequência pelo profissional. Dos e-mails abertos (22% do total de válidos), apenas 22% acessaram o link da pesquisa, um total de 4.833 profissionais. Destes, 4059 assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (83,99% dos que acessaram o link) que somado aos 243 respondentes da primeira etapa, totalizaram os 4302 respondentes desta pesquisa. Contudo, apenas 4300 finalizaram o questionário.

5.2 INSTRUMENTO

O questionário utilizado (Apêndice B) foi construído a partir do questionário de Curlin et al (2005) na investigação sobre características religiosas em médicos entre os profissionais de saúde, o inquérito realizado por Delaney et al (2007), em sua investigação sobre religiosidade e espiritualidade em psicólogos, bem como a versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – Durel (Moreira-Almeida, Peres, Aloe, Neto, & Koenig, 2008). Esses autores/questões foram escolhidos devido às suas produções e investigações na área, bem como pela necessidade de comparar os achados para ampliar o entendimento da relação R/E em profissionais da saúde mental. Curlin et al (2005) também foi utilizado como base para pesquisa da R/E dos psiquiatras Brasileiros (Menegatti-Chequini et al., 2016).

Farr A. Curlin é Professor de Humanidades Médicas no Centro Trent de Bioética, Humanidades e História da Medicina e Co-Diretor da Iniciativa de Teologia, Medicina e Cultura na Duke Divinity School. Harold D. Delaney é o diretor do programa de psicologia e chefe da área quantitativa/ metodologia no Departamento de Psicologia da Universidade do Novo México. Seus interesses incluem a relação entre psicologia e religião, bem como estatísticas aplicadas e a história da psicologia. Esses são os autores das principais pesquisas sobre R/E entre profissionais de saúde, na área de saúde mental, psiquiatria e psicologia.

O questionário cobriu, especialmente:

- Informações demográficas: variáveis de gênero, idade, atuação e abordagem teórica.
- Formação, tempo e área de atuação em psicologia
- Filiação Religiosa: "Qual é a sua afiliação religiosa?", com as opções de respostas sendo: Agnóstico; Ateu; Católico; Espírita; Protestante/Evangélico; Umbanda/Candomblé; Outro.
- Religiosidade Intrínseca: A religiosidade intrínseca é um constructo que representa a extensão em que um indivíduo abraça sua religião como o que guia e dá sentido a sua vida. Para isso foi utilizado a versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – Durel (Moreira-Almeida et al., 2008).
- Frequência do serviço religioso e atividades religiosas individuais: uma das métricas mais utilizadas para religiosidade organizacional

(RO). Para isso, também foi utilizado a versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – Durel (Moreira-Almeida et al., 2008).

- Crenças: "Você acredita em Deus?" E "Você acredita que existe uma vida após a morte?", "Você acredita em reencarnação?". As opções de resposta eram Sim, Não e Sem opinião formada, com excessão da crença em Deus, que possuía as opções: Nunca; Sim, no passado, mas não mais; Sim, e continuo acreditando; Não acreditava e passei a acreditar; Sem opinião formada.

- Espiritualidade e Religiosidade: Para observar se há tendência a uma diferenciação e/ou afastamento da religião e espiritualidade perguntou-se "Quão importante é sua espiritualidade para você?", as opções de respostas foram em escala likert de 9 pontos, onde 1=Não é importante. Eu não sou uma pessoa espiritualizada, e 9=Extremamente importante. Minha espiritualidade é o centro de toda a minha vida; "Quão importante é a religião em sua vida", onde as opções de respostas eram: Muito importante; Consideravelmente importante; Não muito importante; Sem opinião.

- Coping Religioso: indicar em que medida (Muito; Mais ou menos; Um pouco; Não influi) os seguintes elementos estão envolvidos na forma como lidam com os principais problemas da sua vida: "Eu tento buscar um sentido da situação e decidir o que fazer sem confiar em Deus"; "Eu peço para Deus por suporte, guia e força".

- Percepções e opinião sobre a interface entre R/E, ciência e psicologia: P. ex.: "Em geral, é apropriado ou inapropriado para o psicólogo discutir aspectos religiosos/espirituais quando o paciente traz tal assunto ao consultório";

- Crenças sobre impactos e aspectos positivo e negativos da R/E sobre pacientes: P. ex.: "No que você, pessoalmente, acredita sobre os efeitos da religião, em geral, na saúde mental?";

Para utilização da regressão logística binomial, foram realizadas algumas dicotomizações nos dados obtidos em nossa amostra, como segue:

- Religiosidade organizacional (frequência à igreja) foi dicotomizada em 0 = "<1 vez por semana" e 1 = "≥1 vez por semana";

- Religiosidade Não-Organizacional (atividades religiosas individuais) foi dicotomizada em 0 = "<1 vez por dia" e 1 = "≥1 vez por dia";

- Religiosidade intrínseca: composta por três itens (sentir a presença de Deus, crenças por trás da maneira de viver e se esforçar para viver a religião em todos os aspectos da vida) que foram somados e então dicotomizados. Se soma <13 , então 0= “não estou certo ou não é verdade para mim”, se soma ≥ 13 , então 1= “é verdade ou totalmente verdade para mim”;
- Crenças em Deus, em reencarnação e em vida após a morte foram dicotomizadas em 0= “não” e 1= “sim”;
- Importância da espiritualidade e da religião foram dicotomizadas em 0= “não importante” e 1= “importante ou muito importante”;
- Crença pessoal sobre os efeitos da religião na saúde mental foi avaliada em uma escala likert de 9 pontos. Para a dicotomização, assumiu-se o valor “0” para as respostas entre 1 e 6 e o valor “1” para as respostas entre 7 e 9;
 - Pensamentos a respeito de como a R/E afeta o enfrentamento dos pacientes foram dicotomizados em “0” para “as vezes a nunca” e “1” para “frequentemente ou sempre”;
 - Respostas comuns a assuntos R/E foram dicotomizados em “0” para “as vezes a nunca” e “1” para “frequentemente ou sempre”;
 - Frequência com que pergunta sobre a R/E do paciente foi dicotomizados em “0” para “as vezes a nunca” e “1” para “frequentemente ou sempre”;
 - Frequência com que as questões R/E são relevantes em sua prática profissional foi dicotomizados em “0” para “as vezes a nunca” e “1” para “frequentemente ou sempre”;
 - Referenciais teóricos na psicologia foram analisados individualmente e dicotomizados em “0” não pertencendo ao referencial e “1” pertencendo ao referencial, sendo os referenciais analisados: Comportamental, Cognitivo, Cognitivo-Comportamental, Eclético/Integrado, Gestalt, Psicanálise, Psicodrama, Outro;

Após dicotomização, procedeu-se a construção dos modelos de regressão logística binomial, utilizando-se o software estatístico SPSS. Foram testadas simulações de modelos probabilísticos para os preditores:

- Sociodemográficos: os preditores, ou variáveis explicativas, aqui denominados sociodemográficos compreendem idade, sexo (feminino e masculino), etnia (brancos, amarelos, índios, pardos, negros) e escolaridade (graduados, especialistas, mestres, doutores e pós-doutores). Importante salientar que, como houve apenas 13 respondentes com variações de respostas em relação a sexo (8 sem definição e 5 outros), esses estão como *missing*;
- R/E pessoal: os preditores, ou variáveis explicativas, aqui denominados R/E pessoal compreendem religiosidade organizacional (RO), Religiosidade Não-Organizacional

(RNO), religiosidade intrínseca (RI), crenças (em Deus, reencarnação, vida após a morte), importância da espiritualidade e importância da religião;

- Referenciais teóricos na psicologia (Comportamental, Cognitivo, Cognitivo-Comportamental, Eclético/Integrado, Gestalt, Psicanálise, Psicodrama, Outro);

- Treino;

Ao final do questionário, deixou-se um espaço para comentários com o seguinte texto: “Há alguma outra coisa que você gostaria de contar-nos sobre seus pensamentos e comentários sobre religião e espiritualidade na saúde e psicologia? Se tiver, favor usar o espaço abaixo para este propósito”. Foi realizada análise qualitativa dos dados, a partir da análise de conteúdo, buscando categorias a partir dos objetivos da presente pesquisa.

A tradução e adaptação cultural do questionário, como apresentado, foram realizadas da seguinte forma: a pesquisadora fez a tradução inicial que foi revisada pelo orientador. A tradução dos itens retirados de Curlin et al. (2007) foi comparada com a realizada por Menegatti et al. (2016) para pesquisa com psiquiatras brasileiros. Não foi feito estudo piloto.

O questionário foi construído a partir do Google Forms, que é um serviço gratuito para criar formulários online. Nele, o usuário pode produzir pesquisas de múltipla escolha, fazer questões discursivas, solicitar avaliações em escala numérica, entre outras opções. A partir do Google Forms pode-se acompanhar as respostas em tempo real. É um serviço totalmente online, compatível com qualquer navegador e sistema operacional e os dados ficam salvos na conta do Google. Apesar de ser possível marcar todas as questões como obrigatórias para respostas, nem todas foram marcadas, com a intenção de deixar o respondente à vontade com o questionário.

Para evitar duplicidade de respostas foi inserido no questionário dois campos obrigatórios que eram o de “Endereço de e-mail” e “Identificação Inicial”.

5.3 ANÁLISE DOS DADOS

A estatística descritiva, apresentada através da média, desvio-padrão (variáveis quantitativas) e frequência absoluta e porcentagens (variáveis qualitativas), teve por objetivo resumir as principais características do conjunto de dados da amostra por meio de tabelas e resumos numéricos. Os formulários criados a partir do Google Forms, permitem análise das respostas com resumos automáticos, em tempo real, bem como o acesso aos dados brutos a partir do Planilhas

Google e analisá-los neste mesmo aplicativo ou em outro software de escolha. Utilizou-se, não apenas o aplicativo do próprio Planilhas Google, como o software estatístico IBM SPSS (*Statistical Package for Social Science*), versão 13.0.

Para responder às questões que envolvem relacionamento entre variáveis, utilizou-se da regressão logística binomial. Esta técnica estatística é utilizada para prever a probabilidade de ocorrência de um evento, em função do relacionamento entre esse evento e um ou mais preditores. Essa técnica possibilita a previsão de um resultado discreto, como o pertencimento a um determinado grupo, a partir de um conjunto de variáveis métricas, não métricas, dicotômicas ou uma combinação delas. Permite não só estimar a probabilidade, como a identificar as variáveis relevantes que predizem a ocorrência desse evento binário (Dancey & Reidy, 2008).

A regressão logística utiliza a construção de um modelo que relaciona uma variável y , chamada de dependente (ou variável resposta), às variáveis independentes ($x_1, x_2, x_3 \dots x_n$), consideradas fatores que influenciam na ocorrência de um evento. A variável y é dicotômica, assumindo os valores zero ou um (Dancey & Reidy, 2008). Os relacionamentos abaixo foram analisados:

Preditores	Desfechos
Variáveis sociodemográficas	R/E Pessoal * Durel (RO, RNO, RI) * Crenças * Importância da espiritualidade e religião Efeito R/E * Crença Pessoal * Pensamentos sobre R/E Abordagem R/E
R/E Pessoal	Efeito R/E * Crença Pessoal * Pensamentos sobre R/E Abordagem R/E Treino e desejo por treino
Orientação teórica	Efeito R/E * Crença Pessoal * Pensamentos sobre R/E * Respostas sobre R/E Abordagem R/E Treino e desejo por treino
Treino	Efeito R/E * Crença Pessoal * Pensamentos sobre R/E * Respostas sobre R/E Abordagem R/E

Figura 1 – Análises de regressão logística propostas.

Para os dados qualitativos, obtidos a partir do campo comentário deixado ao final do questionário, a técnica utilizada foi análise de conteúdo do tipo estrutural e temática. De acordo com Bardin (2011), a análise de conteúdo segue as etapas de (1) pré-análise, (2) exploração do material, (3) tratamento dos resultados e a (4) interpretação. A autora afirma que esse processo não se cumpre linearmente, sendo muitas vezes necessário o retorno ao material bruto e a reflexão sobre pontos relevantes perdidos inicialmente. Após a leitura de todos os comentários, as seguintes categorias foram estabelecidas para a pré-análise e a exploração do material: R/E pessoal e prática profissional, conceitos R/E, relação psicologia/ciência/religião, treino e impacto nos pacientes. As inferências e interpretações basearam-se nos objetivos previstos, resultados encontrados e literatura/referencial na área.

De acordo com Duarte (2004, p.221), exceto quando se pretende fazer análise de discurso, deve-se fazer correção de “frases excessivamente coloquiais, interjeições, repetições, falas incompletas, vícios de linguagem, cacoetes, erros gramaticais etc.”. Houve correção gramatical dos dados qualitativos e, para sua apresentação, eles foram identificados a partir do seguinte esquema:

Iniciais do nome; Sexo: F = feminino, M = masculino; Idade; Religião declarada;
Ex: RVPM34 - Católica.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

Os participantes foram informados dos objetivos, procedimentos e aspectos éticos da pesquisa, mediante a leitura da Carta Convite e do Termo de Consentimento e Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice B e C) apresentada na primeira página do formulário online da pesquisa e de marcação de concordância obrigatória para seguimento.

Foi garantido o anonimato dos questionários e o participante privado de qualquer tipo de constrangimento. Por ter sido construído no aplicativo da Google, Google Forms, os questionários permanecerão armazenados em local apropriado por cinco anos, no Google Drive do e-mail criado para a pesquisa, bem como no Google Drive pessoal da pesquisadora responsável. A pesquisa é considerada de risco mínimo de acordo com a resolução do CNS 466/12. A presente pesquisa teve a aprovação em 01 de dezembro de 2015, pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora sob o número de projeto 50481915.2.0000.5147.

6 RESULTADOS

Para melhor compreensão dos resultados, dividiu-se sua apresentação em três subseções. Na primeira, a partir da análise descritiva, traçou-se o perfil da amostra, com apresentação dos dados sociodemográficos, da R/E pessoal, bem como da prática clínica. Na segunda, a partir da regressão logística binomial, buscou-se por preditores de algumas atitudes e relações, dentre os sociodemográficos, R/E pessoal, referencial teórico e treino. Por fim, lançando mão da análise de conteúdo, apresentam-se algumas das escritas trazidas pelos profissionais no questionário sobre a abordagem na prática, distinção/definição de conceitos R/E, R/E pessoal e influência na prática, tema frequente/importância do tema, treino e outros.

6.1 PERFIL DE UMA AMOSTRA DE PSICÓLOGOS BRASILEIROS

A tabela 6 apresenta a distribuição da amostra por região do CFP e Estados Brasileiros.

Tabela 6 - Distribuição da amostra por Conselhos Regionais e Estados.

<i>REGIÃO</i>	<i>ESTADO</i>	<i>CFP</i>		<i>AMOSTRA</i>		
		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>% na região</i>
REGIÃO 1	Distrito Federal	9.150	3,07	159	3,70	1,74
REGIÃO 2	Pernambuco	10.515	3,52	93	2,16	0,88
REGIÃO 3	Bahia	11.328	3,79	200	4,65	1,77
REGIÃO 4	Minas Gerais	33.174	11,11	682	15,85	2,06
REGIÃO 5	Rio de Janeiro	37.093	12,43	307	7,14	0,83
REGIÃO 6	São Paulo	92.387	30,95	1.093	25,41	1,18
REGIÃO 7	Rio Grande do Sul	19.648	6,58	376	8,74	1,91
REGIÃO 8	Paraná	17.066	5,72	251	5,83	1,47
REGIÃO 9	Goiás	7.634	2,56	74	1,72	0,97
REGIÃO 10	Pará e Amapá	4.512	1,51	96	2,23	2,13
REGIÃO 11	Ceará	6.621	2,22	91	2,12	1,37
REGIÃO 12	Santa Catarina	11.821	3,96	160	3,72	1,35
REGIÃO 13	Paraíba	4.293	1,44	62	1,44	1,44
REGIÃO 14	M. Grosso do Sul	3.791	1,27	75	1,74	1,98
REGIÃO 15	Alagoas	3.641	1,22	38	0,88	1,04
REGIÃO 16	Espírito Santo	4.849	1,62	177	4,14	3,67
REGIÃO 17	R. Grande do Norte	2.989	1,00	102	2,37	3,41

(continua)

REGIÃO 18	M. Grosso	3.213	1,08	87	2,02	2,71
REGIÃO 19	Sergipe	2.098	0,70	45	1,05	2,14
REGIÃO 20	AM, AC, RO, RR	6.683	2,24	38	0,91	0,58
REGIÃO 21	Piauí	2.448	0,82	25	0,58	1,02
REGIÃO 22	Maranhão	2.176	0,73	40	0,93	1,84
REGIÃO 23	Tocantins	1.393	0,47	36	0,84	2,58
		298.523		4.300		

As características sociodemográficas da amostra estão apresentadas na tabela 7. A maioria dos psicólogos foi do sexo feminino (80,4%), brancos (69,5%), com título de especialização (58,1%), que atuam nos Estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, com idade média de 39 anos.

Tabela 7 - Características sociodemográficas de psicólogos brasileiros (n = 4300)

<i>Variáveis</i>	<i>Média ± DP</i>	<i>Mínimo-Máximo</i>
Idade (anos)	39,4 ± 10,9	22 – 80
	N	%
Sexo		
Feminino	3456	80,4
Masculino	831	19,3
Outro	13	0,3
Cor		
Amarelo	85	2,0
Branco	2974	69,5
Índio	18	0,4
Pardo	976	22,8
Preto	225	5,3
Estado de Atuação		
SP	1093	25,4
MG	682	15,9
RS	376	8,7
RJ	307	7,1
PR	251	5,8
Outros	1591	37,1
Escolaridade		
Graduação	690	16,1
Especialização	2493	58,1
Mestrado	795	18,5
Doutorado	245	5,7
Pós-Doutorado	69	1,6

A maioria dos psicólogos respondentes da nossa pesquisa atuam na área clínica (67,2%), seguido dos profissionais atuantes na área social (26,2%) – tabela 8.

Tabela 8 - Área de atuação dentro da Psicologia (n = 4300).

<i>Variáveis</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Psicologia Clínica	2891	67,2
Psicologia Social	1125	26,2
Psicologia Organizacional e do Trabalho	830	19,3
Psicologia Escolar/Educacional	664	15,4
Psicologia Hospitalar	453	10,5

(continua)

Psicologia Jurídica	295	6,9
Neuropsicologia	225	5,2
Psicopedagogia	173	4,0
Psicologia de Trânsito	123	2,9
Psicologia do Esporte	48	1,1
Psicomotricidade	32	0,7
Outros	560	13,0

A Tabela 9 apresenta as características profissionais dos psicólogos brasileiros e alguns aspectos relacionados a sua prática profissional. A maioria dos psicólogos (67,2%) atua na Psicologia Clínica e estão moderadamente (44%) ou muito satisfeitos (43,3%) com a profissão. Cerca de 20% atendem em Centros Acadêmicos ou de Ensino em Hospitais e apenas 6,6% trabalham em local orientado pela religiosidade.

Tabela 9 - Características dos psicólogos brasileiros em relação a prática clínica (n = 4300).

Variáveis	N	%
Psicólogo Clínico		
Sim	2891	67,2
Não	1409	32,8
Atende em Centros Acadêmicos ou de Ensino em Hospitais		
Não	3373	82,9
Sim	698	17,1
Local de Trabalho orientado pela religiosidade		
Não	3861	93,4
Sim	273	6,6
Satisfação com o trabalho		
Muito satisfeito	1841	43,3
Moderadamente	1869	44,0
Um pouco	434	10,2
Muito insatisfeito	105	2,5

Dentro da área clínica, os referenciais teóricos mais presentes foram Psicanálise (28,45%), Eclético/Integrado (24,77%) e Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) (18,75%)

– Tabela 10.

Tabela 10 – Referenciais teóricos na psicologia (n = 2886).

Variáveis	N	%
Cognitiva	22	0,76
Cognitiva-comportamental	541	18,75
Comportamental	148	5,13
Eclética/Integrada	715	24,77
Gestalt-terapia	168	5,82
Psicanálise	821	28,45
Psicodrama	36	1,25
Outra	435	15,07
Total	2886	100

Quanto à felicidade, um em cada quatro se diz muito feliz e cerca de 60% consideram boa a sua saúde, com valor médio observado de $7,8 \pm 1,6$, com mediana=8 (Tabela 11).

Tabela 11 – Felicidade geral e percepção do estado de saúde (n = 4300)

Variáveis	N	%
O quanto se sente feliz em geral		
Infeliz	31	0,7
Não muito feliz	554	12,9
Feliz	2638	61,6
Muito feliz	1057	24,7
Estado de Saúde		
Ruim	24	0,6
Razoável	307	7,2
Bom	2497	58,2
Excelente	1460	34,0

6.1.1 R/E pessoal

Em uma escala de classificação, sendo 1= “Não é importante. Não sou uma pessoa espiritualizada” e 9= “Extremamente importante. Minha espiritualidade é o centro de toda a minha vida”, observou-se um valor médio de $6,9 \pm 2,4$, com mediana=8, na importância atribuída a espiritualidade na vida dos psicólogos brasileiros (Figura 2).

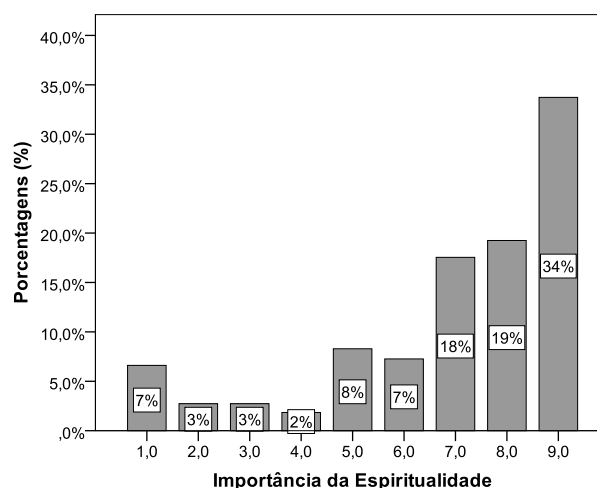


Figura 2 - Importância da espiritualidade pessoal dos psicólogos, sendo 1=Não é importante. Não sou uma pessoa espiritualizada e 9=Extremamente importante. Minha espiritualidade é o centro de toda a minha vida (n = 4281).

Quanto à religiosidade, a maioria dos psicólogos declarou que a religião é consideravelmente ou muito importante em suas vidas (67,5%). Cerca de 40% deles são

católicos, porém frequentam pouco a igreja, templo ou encontros religiosos. A grande maioria acredita em Deus. No entanto, apenas 40% dedicam-se diariamente a preces e orações – tabela 12.

Tabela 12 - Características R/E dos psicólogos brasileiros (n = 4300).

(continua)

Variáveis	N	%
Importância atribuída a religião		
Sem opinião	239	5,6
Não muito importante	1155	26,9
Consideravelmente importante	1297	30,2
Muito importante	1600	37,2
Religião		
Católicos	1527	35,5
Espíritas/Espiritualista	920	21,4
Protestante/Evangélico	562	13,1
Agnóstico	359	8,3
Ateus	271	6,3
Sincrético	57	1,3
Outra	301	7,0
Nenhuma/Sem definição	209	4,9
Frequência com que vai a igreja, templo ou encontro religioso		
Nunca	578	13,5
1 x/ano ou menos	617	14,4
Algumas vezes/ano	1109	25,9
2 ou 3 x/mês	518	12,1
1 x/semana	911	21,3
> 1 x/semana	551	12,9
Frequência com que dedica o tempo a atividades religiosas individuais		
Raramente ou Nunca	903	21,0
Poucas vezes por mês	417	9,7
1x/semana	301	7,0
>=2x/semana	706	16,5
Diariamente	1604	37,4
>1x/dia	359	8,4
Sente a presença de Deus		
Não é verdade	553	12,9
Em geral não é verdade	148	3,5
Não estou certo	366	8,5
Em geral é verdade	1135	26,5
Totalmente verdade	2079	48,6
Minhas crenças religiosas estão por trás da minha maneira de viver		
Não é verdade	747	17,4
Em geral não é verdade	370	8,6
Não estou certo	506	11,8
Em geral é verdade	1590	37,1
Totalmente verdade	1068	24,9
Me esforço para viver minha religião em todos os aspectos		
Não é verdade	1011	23,7
Em geral não é verdade	438	10,2
Não estou certo	500	11,7
Em geral é verdade	1444	33,8
Totalmente verdade	881	20,6

Acredita em Deus		
Nunca	174	4,1
Sim, no passado, mas não mais	233	5,4
Não acreditava e passei a acreditar	101	2,4
Sim, e continuo acreditando	3468	81,0
Sem opinião formada	303	7,1
Acredita em Reencarnação		
Não	1733	40,5
Sim	1676	39,2
Sem opinião formada	865	20,2
Acredita em Vida após a morte		
Não	865	20,2
Sim	2605	60,8
Sem opinião formada	817	19,1

Os resultados das questões realizadas a partir da Durel também estão apresentadas na tabela 12. A frequência à igreja ($\geq 1x$ por semana), templo ou encontro religioso (Religiosidade Organizacional - RO) foi afirmada por 34,2% dos profissionais. A dedicação de tempo em atividades religiosas individuais (Religiosidade não-organizacional – RNO ≥ 1 vez por dia) foi afirmada por 62,3%. A religiosidade intrínseca (RI) foi assinalada por 75,1% na afirmativa “sentir a presença de Deus”, por 62% na afirmativa “crenças por trás da maneira de viver” e por 54,4% na afirmativa “viver religião em todos os aspectos da vida”.

Tabela 13 – Como lidam com os problemas na vida e experiências espirituais (n = 4300).

Variáveis	N	%
Entende e Decide sem Confiar Deus		
Não influi	2100	50,5
Um pouco	701	16,8
Mais ou menos	788	18,9
Muito	573	13,8
Pede suporte para Deus, guia e força		
Não influi	652	15,2
Um pouco	429	10,0
Mais ou menos	559	13,1
Muito	2643	61,7
Teve experiência espiritual que mudou a vida		
Sim	2619	61,4
Não	1648	38,6
Esta experiência ocorreu na prática clínica		
Não	2648	94,5
Sim	154	5,5
Quantas vezes sentiu presença espiritual forte/poderosa		
Nunca	654	15,5
Uma ou duas vezes	533	12,6
Algumas vezes	1837	43,5
Frequentemente	1198	28,4

Na Tabela 13 estão apresentadas as informações sobre como os psicólogos lidam com os grandes problemas que enfrentam na vida e sobre experiências espirituais. A maioria deles pede suporte a Deus, afirma já ter tido uma experiência religiosa que mudou sua vida, mas que não foi na prática clínica, na grande maioria dos casos.

6.1.2 R/E na saúde e prática profissional

Em uma escala de classificação, sendo 1=Prejudicial e 9=Benéfica, observou-se um valor médio de $6,8 \pm 1,9$, mediana=7, na crença dos psicólogos brasileiros sobre os efeitos da religiosidade sobre a saúde mental (Figura 3).

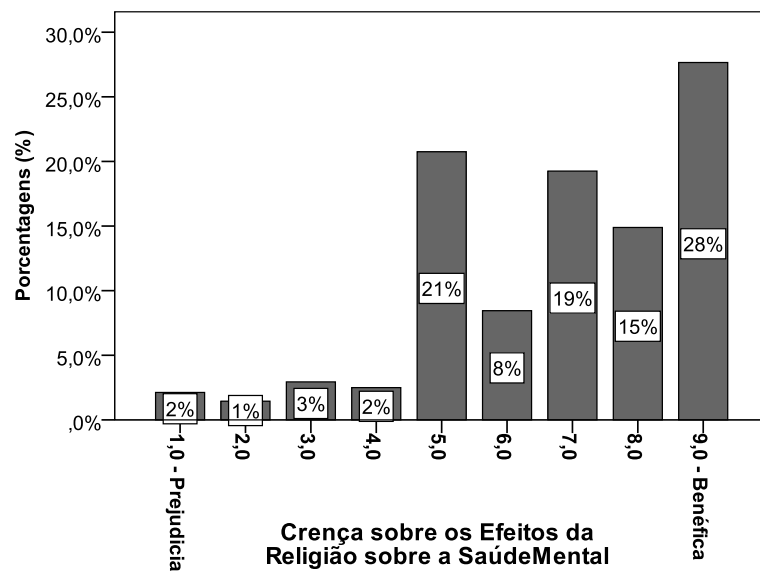


Figura 3 - Crenças sobre os efeitos da religião sobre a saúde mental: Proporção de respostas quanto a crença dos psicólogos brasileiros quanto aos efeitos da religião sobre a saúde mental, sendo 1=prejudicial e 9=benéfica (n = 4285).

6.1.3 Treino e abordagem R/E na prática clínica

Um em cada quatro psicólogos declarou possuir treinamento em R/E – Tabela 14. Desses, 46,9% afirmaram ter sido na graduação, seguido de 33,4% que indicaram o contato com a temática a partir de livro ou educação psicológica continuada.

Tabela 14 - Características em relação a treino e abordagem R/E na clínica (n = 4300)

Variáveis	N	%
Teve treinamento R/E		
Não	3249	75,8
Sim	1040	24,2
Momento/local em que teve treino		
Curso na graduação em psicologia	492	46,0
Livro ou educação continuada	351	32,8
Conferências ou reuniões departamento	295	27,6
Treinamento da sua tradição religiosa	275	25,7
Outros	269	25,1
Pergunta ao paciente sobre sua R/E		
Sempre	389	9,5
Frequentemente	538	13,2
Às vezes	979	24,0
Raramente	991	24,3
Nunca	944	23,1
Não se aplica	243	6,0
Questões religiosas/espirituais são relevantes para o tratamento		
Sempre	97	2,4
Frequentemente	362	8,9
Às vezes	973	23,8
Raramente	1366	33,5
Nunca	1284	31,5

As afirmações que desencorajam a discussão R/E com os pacientes estão expostas na Tabela 15. Entre os que descreveram a opção “outros”, havia a preocupação em ser antiético (6,7%) e não ser psicológico (4%).

Tabela 15 - Afirmações que desencorajam a discussão R/E com os pacientes (n = 2684)

Variáveis	N	%
Conhecimento e treinamento insuficientes	673	25,1
Desconforto geral em discutir assuntos religiosos	347	12,9
Medo de ofender os pacientes	346	12,9
Tempo insuficiente	214	8,0
Medo de que meus colegas não aprovem	162	6,0
Outros	730	27,2
Nenhum	212	7,9

Cerca de 70% dos psicólogos gostariam de aperfeiçoar seus conhecimentos em R/E, sendo que 69,1% gostariam que isso acontecesse em cursos de educação psicológica continuada, seguidos de congresso e livros ou revistas. Pouco mais de um terço dos profissionais também sinalizaram os vídeos enquanto forma de aperfeiçoamento – Tabela 16.

Tabela 16 - Treino em R/E e a Psicologia

Variáveis	N	%
O treinamento em R/E deve ser incluído no currículo do curso de Psicologia	2670	63,7
Gostaria de aperfeiçoar no tema saúde, psicologia, religiosidade e espiritualidade	2908	68,3
De que forma (n= 3106)		
Cursos de educação psicológica continuada	2147	69,1
Congressos	1922	61,9
Livros ou revistas	1673	53,9
Conferências ou reuniões de departamentos	1248	40,2
Vídeos	1214	39,1
Treinamento da sua tradição religiosa	480	15,5
Outros	222	7,1

Na Tabela 17, observa-se que a maioria dos psicólogos acredita que Deus, ou alguma força maior, intervém na saúde do paciente, mas menos da metade acreditam que demônios o fazem. E, quando paciente aborda o assunto, é geralmente ou sempre apropriado discutir aspectos religiosos/espirituais. A maioria dos psicólogos acredita que geralmente ou sempre é apropriado perguntar sobre a R/E do paciente, porém não consideram apropriado rezar com o paciente.

Tabela 17 - Perspectivas quanto a R/E e saúde mental

Variáveis	N	%
Acredita que Deus, ou alguma força maior, intervém na saúde do paciente.	2670	62,0
Acredita que demônios, espíritos inferiores ou outra entidade espiritual negativa intervém negativamente na saúde do paciente.	1746	41,1
Considera que geralmente ou sempre é apropriado discutir aspectos religiosos/espirituais quando paciente aborda o assunto	3005	70,1
Considera que geralmente ou sempre é apropriado perguntar sobre a R/E do paciente	2604	60,8
Não considera apropriado conversar com o paciente sobre as suas crenças ou somente se o paciente perguntar	3340	77,9
Não considera apropriado rezar/orar com o paciente	2895	67,5

A maioria dos psicólogos concorda ou concorda totalmente que se sentem confortáveis em discutir preocupações religiosas/espirituais com os pacientes, caso estes as introduzissem – Figura 4.

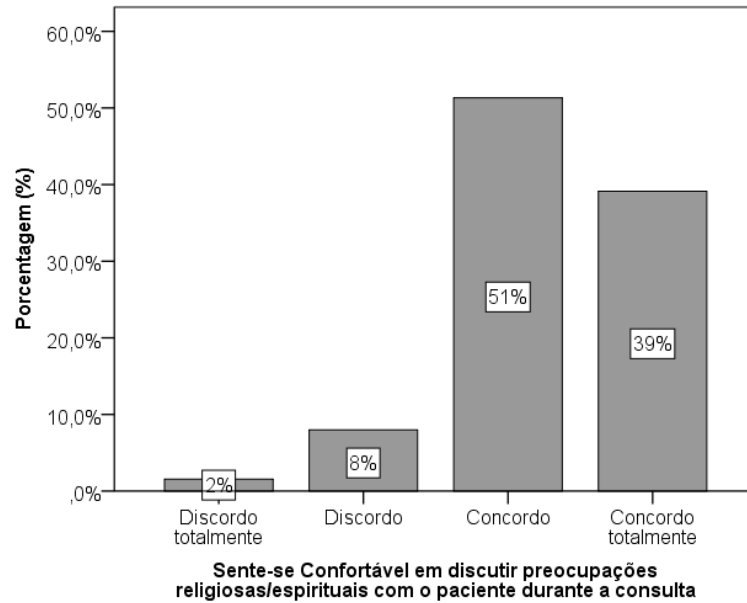


Figura 4 - Sente-se confortável em discutir preocupações R/E introduzidas pelo paciente.

Em relação à experiência profissional, a maioria dos entrevistados trouxe que os pacientes mencionam temas R/E no encontro clínico (algumas vezes – 45,5%, frequentemente ou sempre 38,9%). Esses profissionais também percebem que seus pacientes obtêm de suas comunidades religiosas suporte emocional ou prático (algumas vezes – 53,2%, frequentemente ou sempre 19,7%). Apenas 15,5% dos profissionais afirmaram perceber que os pacientes usam sua R/E como razão para evitar a responsabilidade sobre sua própria saúde (algumas vezes 39,6%) – Tabela 18.

Ainda em relação à sua prática clínica, a maioria dos profissionais afirmou pensar que a R/E ajuda os pacientes a enfrentar a doença e o sofrimento (algumas vezes – 35,5%, frequentemente ou sempre 56,9%), bem como leva ao paciente um estado de pensamento positivo e esperançoso (algumas vezes – 37,6%, frequentemente ou sempre 55,8%).

A relação entre R/E e culpa, ansiedade ou outras emoções negativas foi afirmada enquanto raramente ou nunca presentes por 21,6%, e algumas vezes presentes por 49,9%. Essa relação levando o paciente a negar, atrasar ou cessar tratamento foi indicado como raramente ou nunca por 45,7% e algumas vezes por 40,2% dos profissionais.

Quando assuntos R/E aparecem na discussão com os pacientes a maioria dos profissionais responderam escutar de forma cuidadosa (94,7%). Contudo, apenas 38,7% dos profissionais encorajam seus pacientes dentro das práticas e crenças R/E apresentadas. Uma minoria afirmou dividir na clínica as próprias experiências R/E (do profissional) – 3,4%, bem como orar/rezar com o paciente – 0,4%.

Tabela 18 - Experiência R/E na prática clínica.

	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Na experiência clínica, quanto comumente os pacientes...	Mencionam temas religiosos/espirituais;		Recebem suporte de suas comunidades religiosas;		Usam sua R/E para evitar a responsabilidade sobre saúde;					
Não se aplica	19	0,7	199	6,9	172	6				
Nunca	23	0,8	87	3	317	11				
Raramente	412	14,3	510	17,7	893	30,9				
Algumas Vezes	1314	45,5	1534	53,2	1144	39,6				
Frequentemente	1020	35,3	529	18,3	327	11,3				
Sempre	103	3,6	27	0,9	34	1,2				
Total	2891	100	2886	100	2887	100				
Considerando sua experiência, quanto comumente você pensa que a R/E...	Ajuda os pacientes a enfrentar a doença e o sofrimento;		Causa culpa, ansiedade ou outras emoções negativas;		Leva ao paciente um estado de pens. positivo e esperançoso;		Leva ao paciente negar, atrasar ou cessar tratamento indicado;		Ajuda a prevenir desfechos médicos desfavoráveis;	
Não se aplica	49	1,7	81	2,8	42	1,5	138	4,8	635	22
Nunca	35	1,2	112	3,9	9	0,3	344	11,9	423	14,7
Raramente	136	4,7	512	17,7	141	4,9	976	33,8	605	21
Algumas Vezes	1026	35,5	1441	49,9	1083	37,6	1159	40,2	859	29,8
Frequentemente	1237	42,8	661	22,9	1357	47,1	248	8,6	320	11,1
Sempre	407	14,1	80	2,8	252	8,7	19	0,7	39	1,4
Total	2890	100	2887	100	2884	100	2884	100	2881	100
Quando assuntos R/E aparecem em discussões com os pacientes, quanto comumente você...	Escuta de forma cuidadosa e simpática*;		Tenta mudar de assunto de forma cuidadosa;		Encoraja os pacientes na sua própria prática e crenças R/E;		Respeitosamente divide suas próprias ideias e experiências R/E;		Rezo/oro com o paciente;	
Não se aplica	11	0,4	244	8,5	265	9,2	288	10	464	16,1
Nunca	7	0,2	1174	40,7	310	10,8	1477	51,2	2071	71,9
Raramente	15	0,5	739	25,6	330	11,5	733	25,4	267	9,3
Algumas Vezes	118	4,1	531	18,4	862	29,9	288	10	69	2,4
Frequentemente	855	29,6	136	4,7	707	24,5	64	2,2	8	0,3
Sempre	1879	65,1	58	2	408	14,2	36	1,2	2	0,1
Total	2885	100	2882	100	2882	100	2886	100	2881	100

6.2 PREDITORES

6.2.1 Preditores sociodemográficos da R/E pessoal

A R/E pessoal foi avaliada a partir da DUREL (RO, RNO e RI), das questões sobre crenças (em Deus, em reencarnação e em vida após a morte) e das questões sobre a importância da religião e da espiritualidade.

Tabela 19a - Preditores sociodemográficos da R/E pessoal dos psicólogos.

Sociodemográficos		Religiosidade organizacional (n=4258)		Religiosidade não organizacional (n=4258)		Religiosidade Intrínseca (n=4225)		Importância da Espiritualidade (n=4239)		Importância da Religião (n=4249)	
		OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Etnia	Idade	1,02 (1,01-1,02)	,000	1,02 (1,01-1,02)	,000	1,02 (1,01-1,02)	,000	1,02 (1,01-1,02)	,000	1,01 (1,00-1,02)	,000
	Sexo Masculino	,90 (0,76-1,05)	,200	,56 (0,48-0,66)	,000	,54 (0,45-0,63)	,000	,48 (0,41-0,56)	,000	,53 (0,45- 0,62)	,000
	Branços		,000		,003		,013		,032		,115
	Amarelos	1,64 (1,05-2,55)	,030	1,07 (0,68-1,66)	,769	1,24 (0,79-1,93)	,347	1,31 (0,78-2,20)	,302	1,02 (0,63-1,64)	,930
	Índios	2,37 (0,92-6,03)	,071	1,44 (0,56-3,69)	,442	3,41 (1,26-9,23)	,016	4,29 (0,96-18,97)	,055	2,98 (0,84-10,51)	,090
	Pardos	1,40 (1,20-1,63)	,000	1,25 (1,07-1,44)	,004	1,21 (1,04-1,40)	,013	1,24 (1,05-1,46)	,011	1,15 (0,98-1,35)	,079
Escolaridade	Negros	1,36 (1,02-1,79)	,034	1,55 (1,17-2,04)	,002	1,20 (0,90-1,58)	,207	1,09 (0,80-1,48)	,580	1,27 (0,93-1,72)	,128
	Graduação		,000		,000		,000		,000		,000
	Especialização	,80 (0,66-0,95)	,012	,86 (0,72-1,02)	,083	,83 (0,69-0,98)	,037	1,06 (0,87-1,28)	,557	,90 (0,74-1,09)	,289
	Mestrado	,59 (0,47-0,73)	,000	,61 (0,49-0,75)	,000	,59 (0,47-0,73)	,000	,65 (0,51-0,81)	,000	,57 (0,45-0,71)	,000
	Doutorado	,33 (0,23-0,47)	,000	,42 (0,30-0,57)	,000	,35 (0,24-0,48)	,000	,44 (0,31-0,59)	,000	,35 (0,25-0,47)	,000
	Pós-doutorado	,41 (0,22-0,74)	,004	,50 (0,29-0,85)	,011	,61 (0,35-1,04)	,072	,50 (0,28-0,85)	,011	,35 (0,20-0,60)	,000
	Constant	0,34	,000	0,44	,000	0,45	,000	1,45	,015	1,73	,000

Referência/Controle - Idade: em anos; Sexo: Feminino; Etnia: brancos; Escolaridade: Graduação;

A cada ano a mais de idade, aumenta (2%) a chance da frequência religiosa ≥ 1 vez por semana; a chance (2.3%) de envolvimento em atividades religiosas individuais ≥ 1 vez por dia; a chance (2%) de religiosidade intrínseca seja “verdade ou totalmente verdade”; a chance de crença

em Deus (1,5%), em reencarnação (1,8%) e em vida após a morte (1,8%); a chance de importância da espiritualidade (1,2%), importância da religião (1,3%) (Tabela 19a e b).

Tabela 19b - Preditores sociodemográficos da R/E pessoal dos psicólogos.

Sociodemográficos		Crença em Deus (n=4239)		Crença em reencarnação (n=4234)		Crença em vida após a morte (n=4247)	
		OR (IC 95%)	P	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	P
Etnia	Idade	1,01 (1,00-1,02)	,006	1,02 (1,01-1,02)	,000	1,02 (1,01- 1,02)	,000
	Sexo Masculino	,25 (0,20-0,31)	,000	,54 (0,45-0,64)	,000	,57 (0,47-0,68)	,000
	Branco		,072		,033		,906
	Amarelos	1,29 (0,54-3,06)	,558	1,02 (0,62-1,66)	,948	1,10 (0,61-1,98)	,744
	Índios	1,37 (0,29-6,37)	,688	,85 (0,29-2,49)	,766	,76 (0,25-2,26)	,624
	Pardos	1,40 (1,06-1,83)	,015	,80 (0,68-0,95)	,011	,92 (0,76-1,11)	,417
Escolaridade	Negros	1,68 (0,96-2,93)	,067	,69 (0,50-0,94)	,022	,99 (0,69-1,41)	,955
	Graduação		,000		,000		,000
	Especialização	1,40 (1,02-1,91)	,035	1,34 (1,10-1,62)	,003	1,29 (1,04-1,60)	,019
	Mestrado	,65 (0,46-0,91)	,014	1,01 (0,80-1,28)	,907	,95 (0,73-1,23)	,697
	Doutorado	,36 (0,23-0,55)	,000	,85 (0,60-1,18)	,330	,52 (0,36-0,73)	,000
	Pós-doutorado	,37 (0,17-0,76)	,007	,80 (0,44-1,46)	,471	,74 (0,38-1,43)	,374
	Constant	6,73	,000	0,49	,000	1,55	,012

Referência/Controle - Idade: em anos; Sexo: Feminino; Etnia: brancos; Escolaridade: Graduação;

Quanto à variável sexo não houve relação significativa com frequência à igreja; homens tem 44% menor chance de envolver em atividades religiosas individuais ≥ 1 vez por dia que as mulheres; homens tem 46% menor chance de ter uma alta religiosidade intrínseca que as mulheres; homens tem menor chance, que as mulheres, de ter crença em Deus (75%), em reencarnação (46%) e em vida após a morte (44%); e de dar importância à espiritualidade (52%) ou à religião (47%).

Com exceção dos índios, os demais grupos étnicos frequentam mais que os brancos: amarelos (64%), pardos (40%) e negros (30%) mais chances de frequentar ≥ 1 vez por semana.; apesar de ser o maior o OR, para os índios o p foi $>0,05$, provavelmente pelo pequeno n (=18) deste grupo. A chance de envolvimento em atividades religiosas aumentou 25% para pardos e 55% para negros. Pardos (21%) e índios (41%) maior religiosidade intrínseca, que brancos. Quanto à crença em Deus, os pardos têm 39% mais chance de acreditar que os brancos, apesar dos $p>0,05$ para os negros, o OR apresenta tendência para maior que 1, o que representaria uma chance 68% maior que brancos a acreditar. Para a crença em reencarnação, os pardos (80%) e os negros (68%) apresentaram mais chance de acreditar que os brancos.

Não houve relação significativa entre crença em vida após a morte e etnia; e não houve relação significativa entre importância da religião e etnia. Quanto à importância da espiritualidade, os pardos têm 24% mais chances que os brancos; e novamente os índios, apesar de $p > 0,05$, apresentaram o maior OR, o que pode ter relação com o n (18) ser pequeno.

Maior escolaridade se relacionou com menor frequência a serviços religiosos: especialistas (20%), mestres (41%), doutores (67%) e pós-doutores (59%) menos chance de frequentar ≥ 1 vez por semana que graduados. Não houve relação significativa entre escolaridade e envolvimento em atividades religiosas individuais ≥ 1 por dia para especialistas e pós-doutores. Contudo, mestres (39%) e doutores (59%) tem menos chances que graduados de envolvimento em atividades religiosas individuais ≥ 1 vez por dia. Não houve relação significativa entre pós-doutorado e religiosidade intrínseca; especialistas (83%), mestres (59%) e doutores (34%) menor chance que graduados de apresentar uma religiosidade intrínseca. Especialistas tem 39% mais chances de acreditar em Deus, 34% mais chances de acreditar em reencarnação e 29% mais chances de acreditar em vida após a morte, que os graduandos; já os mestres tem 35% menos chances de acreditar em Deus, crença em reencarnação e vida após a morte não teve relação significativa; os doutores tem 64% menos chances de acreditar em Deus e 49% menos chances de acreditar em vida após a morte, não teve relação significativa para crença em reencarnação; os pós-doutores apresentaram 63% menos chances de crença em Deus. Mestres (45%), doutores (57%) e pós doutores (51%) menos chances de dar importância à espiritualidade que os graduados; mestres (34%), doutores (65%) e pós-doutores (65%) menos chances de dar importância à religião que os graduados.

Quanto aos preditores de crenças sobre o efeito da R/E e saúde, pode-se observar na Tabela 20 que à medida em que a idade aumenta, aumenta a chance de crer nos benefícios da R/E para a saúde mental (2,1% a cada ano); aumenta a chance de pensar que a R/E previne desfechos médicos desfavoráveis (1,4%); diminui as chances de pensar que causa culpa, ansiedade ou outras emoções negativas (1,8%) e que leva o paciente a negar, atrasar ou cessar o tratamento (3,2%).

Homens tem 45,2% menos chances, que as mulheres, de crer nos benefícios da R/E para a saúde mental (valores entre 7 e 9); tem menos chances de pensar que a R/E ajuda os pacientes a enfrentar a doença e sofrimento (42,4%), que ela leva a um estado de pensamento positivo e esperançoso (34,5%), e que ajuda a prevenir desfechos médicos desfavoráveis (36,5%); e tem mais chances de pensar que a R/E causa culpa, ansiedade ou outras emoções negativas (41%).

Quanto à etnia não houve relação significativa, contudo os negros apresentaram $p=0,05$ com OR tendendo a maior que 1 para a R/E aumentar as chances de pensar que causa culpa, ansiedade ou outras emoções negativas (56,1%).

Mestres (25,4%), doutores (43,1%) e pós-doutores (45,2%) tem menos chances de crer nos benefícios da R/E na saúde mental; mestres (30,2%) e doutores (57,1%) têm menos chances de pensar que a R/E ajuda os pacientes a enfrentar a doença e o sofrimento; mestres (33,7%) e doutores (51%) tem menos chances de pensar que a R/E leva o paciente a um estado de pensamento positivo e esperançoso; doutores (93%) e pós-doutores (136%) tem mais chances de pensar que a R/E causa culpa, ansiedade ou outras emoções negativas; e doutores (11%) tem mais chances de pensar que a R/E levam o paciente a negar, atrasar ou cessar tratamentos.

Tabela 20 – Preditores sociodemográficos de crença pessoal e pensamentos acerca do enfrentamento R/E.

Sociodemográficos / Efeito da R/E		Crença pessoal (n=4243)		Ajuda a enfrentar doença e sofrimento (n=2862)		Emoções negativas (n=2859)		Pensamento positivo e esperançoso (n=2856)		Negar, atrasar ou cessar tratamento (n=2856)		Prevenir desfechos médicos (n=2853)	
		OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	P	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Etnia	Idade	1,02 (1,01 – 1,02)	,000	1,01 (1,00 – 1,01)	,067	0,98 (0,97 – 0,99)	,000	1 (0,99 – 1,00)	,900	0,97 (0,95 – 0,98)	,000	1,01 (1,00 – 1,02)	,005
	Sexo	,55 (0,46 – 0,64)	,000	0,58 (0,48 – 0,69)	,000	1,59 (1,30 – 1,94)	,000	0,65 (0,54 – 0,78)	,000	1,26 (0,93 – 1,70)	,134	0,63 (0,46 – 0,86)	,003
	Masculino												
	Branco		,731		,940		,224		,099		,885		,934
	Amarelo	1,17 (0,73 – 1,87)	,508	1,18 (0,65 – 2,11)	,578	0,94 (0,48 – 1,83)	,867	1,49 (0,82 – 2,71)	,189	1,54 (0,67 – 3,48)	,305	0,77 (0,30 – 1,96)	,581
	Índios	1,87 (0,65 – 5,31)	,243	1170409083,4 (0-)	,999	0,27 (0,03 – 2,07)	,206	4,09 (0,88 – 18,85)	,071	0 (0-)	,999	0,59 (0,07 – 4,63)	,619
	Pardos	,98 (0,84 – 1,14)	,822	1,07 (0,89 – 1,28)	,467	0,97 (0,78 – 1,19)	,786	1,19 (0,98 – 1,42)	,067	0,97 (0,71 – 1,32)	,853	1,05 (0,80 – 1,38)	,697
Escolaridade	Negros	,95 (0,71 – 1,26)	,723	1,03 (0,72 – 1,47)	,848	1,44 (0,99 – 2,08)	,054	1,08 (0,76 – 1,53)	,658	0,96 (0,52 – 1,73)	,889	0,93 (0,54 – 1,59)	,790
	Graduação		,000		,000		,001		,000		,217		,384
	Especialização	1,10 (0,92 – 1,31)	,280	0,84 (0,66 – 1,04)	,120	1,03 (0,79 – 1,32)	,840	0,94 (0,75 – 1,17)	,605	1,38 (0,91 – 2,06)	,121	0,74 (0,54 – 1,00)	,053
	Mestrado	,75 (0,60 – 0,92)	,007	0,70 (0,53 – 0,91)	,008	1,30 (0,96 – 1,74)	,084	0,66 (0,51 – 0,86)	,002	1,41 (0,88 – 2,26)	,147	0,73 (0,49 – 1,06)	,099
	Doutorado	,57 (0,42 – 0,77)	,000	0,43 (0,29 – 0,63)	,000	1,94 (1,27 – 2,93)	,002	0,49 (0,33 – 0,72)	,000	2,12 (1,13 – 3,97)	,019	0,78 (0,44 – 1,36)	,384
	Pós-doutorado	,55 (0,32 – 0,92)	,025	0,66 (0,32 – 1,35)	,262	2,36 (1,12 – 4,97)	,024	0,62 (0,30 – 1,27)	,195	1,78 (0,50 – 6,26)	,371	0,63 (0,21 – 1,87)	,408
Constant	0,85	,261	1,41	,046	0,57	,004	1,519	,015	0,25	,000	0,11	,000	

Referência/Controle - Idade: em anos; Sexo: Feminino; Etnia: brancos; Escolaridade: Graduação;

À medida em que a idade aumenta, aumenta a chance (0,8%) de perguntar sobre a R/E dos pacientes e (1,9%) de considerar a R/E relevantes às práticas. Homens perguntam sobre a R/E dos pacientes 31,9% menos que mulheres; não houve diferença significativa para sexo e considerar a R/E relevantes às práticas. Não houve diferença significativa para etnia perguntar sobre a R/E dos pacientes; índios tem 169% e negros tem 39% mais chances de considerar a R/E relevantes às práticas. Não houve diferença significativa para escolaridade e perguntar sobre, bem como considerar a R/E relevantes às práticas (Tabela 21).

Tabela 21-Preditores sociodemográficos da abordagem da R/E na prática clínica.

<i>Sociodemográficos</i>		<i>Frequência com que pergunta (n=2733)</i>		<i>Frequência com que R/E são relevantes (n=2940)</i>		
		OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	P	
Etnia	Idade	1,01 (1,00 – 1,01)	,008	1,02 (1,01 – 1,02)	,000	
	Sexo Masculino	,68 (0,55 – 0,83)	-,385	1,00 (0,82 – 1,20)	,998	
	Branco				,078	
	Amarelos	1,11 (0,65 – 1,90)	,109	1,11 (0,65 – 1,90)	,693	
	Índios	1,51 (0,52 – 4,38)	,412	2,69 (1,01 – 7,12)	,047	
	Pardos	1,06 (0,88 – 1,26)	,055	,98 (0,81 – 1,17)	,840	
	Negros	,72 (0,50 – 1,04)	-,322	1,39 (1,01 – 1,90)	,040	
Escolaridade	Graduação				,402	
	Especialização	1,23 (0,98 – 1,53)	,207	,95 (0,77 – 1,17)	,666	
	Mestrado	1,06 (0,81 – 1,38)	,059	,91 (0,70 – 1,17)	,459	
	Doutorado	1,00 (0,67 – 1,47)	,000	,70 (0,47 – 1,03)	,076	
	Pós-doutorado	,85 (0,42 – 1,70)	-,167	,73 (0,38 – 1,40)	,346	
	Constant		0,21	-1,539	0,14	,000

Referência/Controle - Idade: em anos; Sexo: Feminino; Etnia: brancos; Escolaridade: Graduação;

6.2.2 R/E pessoal como preditor de crenças e atitudes R/E na clínica

Frequentar a igreja ≥ 1 vez por semana aumenta as chances de crer no efeito benéfico da R/E para saúde mental (55%); pensar que a R/E ajuda a enfrentar doença e sofrimento (29%); traz pensamentos positivos e esperançosos (31%); previne desfechos médicos desfavoráveis (67%); aumenta as chances de encorajar os pacientes em suas próprias práticas e crenças R/E (44%). O envolvimento em atividades religiosas individuais ≥ 1 vez por dia aumenta as chances de pensar que a R/E previne desfechos médicos desfavoráveis (44%) (Tabela 22a e 22b).

A religiosidade intrínseca enquanto “verdade ou totalmente verdade” aumenta as chances de crer no efeito benéfico da R/E para saúde mental (99%) pensar que a R/E: ajuda a

enfrentar doença e sofrimento (118%); traz pensamentos positivos e esperançosos (110%); previne desfechos médicos desfavoráveis (80%); e diminui as chances de pensar que trazem emoções negativas (31,8%). Também diminui as chances de tentar mudar de assunto de forma cuidadosa (38,3%); mas aumenta a chance de encorajar os pacientes em suas próprias práticas e crenças R/E (82%) e de respeitosamente dividir suas próprias ideias e experiências R/E (119%) (Tabela 22 a e 22b).

A crença em Deus aumenta as chances de crer no efeito benéfico da R/E para saúde mental (67%); diminui as chances de pensar que a R/E trazem emoções negativas (57,8%) e aumentam as chances de trazer pensamento positivo e esperançoso (71%); quanto à relação com pensar que ajuda a enfrentar doença e sofrimento o valor de p foi 0,059, contudo o OR mostrou tendência para valores maiores que 1, o que poderia sugerir também uma relação positiva entre essas variáveis; também diminui as chances de respeitosamente dividir suas próprias ideias e experiências R/E (73,5%) (Tabela 22a e 22b).

A crença em reencarnação diminui as chances de pensar que a R/E trazem pensamentos positivos e esperançosos (36,7%). A crença em vida após a morte aumenta as chances de crer no efeito benéfico da R/E para saúde mental (58%); de pensar que a R/E ajuda a enfrentar doença e sofrimento (76%); e trazem pensamento positivo e esperançoso (78%) (Tabela 22a e 22b).

A importância da espiritualidade aumenta as chances de crer no efeito benéfico da R/E para saúde mental (211%); de pensar que a R/E ajuda a enfrentar doença e sofrimento (121%); trazem pensamento positivo e esperançoso (136%); previne desfechos médicos desfavoráveis (207%); e de respeitosamente dividir suas próprias ideias e experiências R/E (194%). A importância da religião aumenta as chances de crer no efeito benéfico da R/E para saúde mental (86%); diminui a chance de pensar que a R/E trazem emoções negativas (35,2%) (Tabela 22a e 22b).

Tabela 22a – R/E pessoal como preditor de crença pessoal, pensamentos acerca do enfrentamento R/E.

R/E pessoal	Crença pessoal (n=3048)		Ajuda a enfrentar doença e sofrimento (n=2057)		Emoções negativas (n=2055)		Pensamento positivo e esperançoso (n=2052)		Negar, atrasar ou cessar tratamento (n=2053)		Prevenir desfechos médicos (n=2048)	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
RO	1,56 (1,24-1,94)	,000	1,29 (1,01-1,65)	,038	1,01 (0,76-1,33)	,933	1,31 (1,03-1,66)	,026	0,68 (0,43-1,05)	,082	1,67 (1,24-2,24)	,001
RNO	1,21 (0,98-1,48)	,063	1,06(0,84-1,33)	,610	1,09 (0,84-1,41)	,504	1,09 (0,87-1,37)	,434	0,88 (0,59-1,31)	,539	1,44 (1,06-1,95)	,017
RI -TOTAL	2,00 (1,60-2,48)	,000	2,18 (1,71-2,78)	,000	0,68 (0,51-0,90)	,007	2,11 (1,65-2,68)	,000	0,87 (0,56-1,34)	,533	1,80 (1,31-2,47)	,000
Crença: Deus	1,67 (1,10-2,52)	,014	1,54 (0,98-2,41)	,059	0,42 (0,27-0,64)	,000	1,71 (1,09-2,67)	,019	0,62 (0,35-1,08)	,091	1,67 (0,58-4,74)	,338
Crença: reencarnação	,94 (0,74-1,19)	,623	0,84 (0,64-1,09)	,193	1,06 (0,79-1,40)	,711	0,63 (0,48-0,82)	,001	1,05 (0,66-1,65)	,837	1,17 (0,87-1,57)	,288
Crença: vida após morte	1,58 (1,17-2,12)	,002	1,77 (1,26-2,47)	,001	0,79 (0,54-1,14)	,211	1,79 (1,27-2,51)	,001	0,71 (0,40-1,24)	,232	1,14 (0,74-1,73)	,551
Import. Espiritualidade	3,11 (2,44-3,95)	,000	2,21 (1,66-2,94)	,000	0,92 (0,66-1,26)	,614	2,36 (1,77-3,15)	,000	0,67 (0,42-1,04)	,077	3,07 (1,65-5,70)	,000
Import. Religião	1,86 (1,46-2,36)	,000	1,17 (0,89-1,55)	,256	0,65 (0,47-0,87)	,005	1,01 (0,76-1,33)	,930	0,84 (0,54-1,31)	,450	0,85 (0,55-1,30)	,459
Constant	0,15	,000	0,24	,000	1,25	,093	0,25	,000	0,35	,000	0,02	,000

Referência/Controle - RO: <1 vez por semana; RNO: <1 vez por dia; RI: não estou certo ou não é verdade para mim; Crenças em Deus, em reencarnação e em vida após a morte: não crer; Importância da espiritualidade e da religião: não ser importante;

Tabela 22b – R/E pessoal como preditor de respostas comuns a assuntos R/E.

R/E Pessoal	Escuto de forma cuidadosa e simpática (n=2053)		Tento mudar de assunto de forma cuidadosa (n=2052)		Encorajo os pacientes na sua própria prática/ crença R/E (n=2050)		Respeitosamente divido minhas próprias ideias e experiências R/E (n=2054)		Rezo/Oro com o paciente (n=2052)	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	P
RO	1,17 (0,67-2,03)	,566	1,43 (0,89-2,29)	,132	1,45 (1,15-1,80)	,001	1,09 (0,62-1,90)	,760	2,57 (0,38-16,99)	,328
RNO	0,69 (0,40-1,19)	,186	0,84 (0,53-1,31)	,436	1,23 (0,99-1,52)	,062	1,18 (0,67-2,06)	,559	2,48 (0,29-21,22)	,406
RI -TOTAL	1,09 (0,62-1,92)	,761	0,62 (0,38-0,99)	,049	1,82 (1,45-2,28)	,000	2,20 (1,17-4,09)	,013	12886869,64 (0,00)	,988
Crença: Deus	1,22 (0,55-2,68)	,627	0,69 (0,33-1,44)	,328	1,55 (0,96-2,49)	,072	0,26 (0,07-0,89)	,033	68876,31 (0,00)	,995
Crença: reencarnação	0,88 (0,48-1,61)	,688	0,78 (0,48-1,25)	,299	1,25 (0,99-1,57)	,057	1,01 (0,58-1,75)	,969	0,72 (0,17-2,91)	,641
Crença: vida após morte	1,98 (0,99-3,95)	,053	0,80 (0,44-1,44)	,461	1,02 (0,74-1,39)	,922	1,39 (0,61-3,18)	,429	5133624,28 (0,00)	,992
Import. Espiritualidade	1,44 (0,76-2,71)	,253	0,76 (0,44-1,32)	,338	1,29 (0,95-1,75)	,097	2,95 (1,01-8,57)	,047	0,11 (0,01-1,13)	,064
Import. Religião	0,98 (0,52-1,85)	,963	1,58 (0,86-2,86)	,136	1,03 (0,77-1,36)	,858	0,69 (0,33-1,45)	,335	0,40 (0,03-4,23)	,448
Constant	9,72	,000	0,12	,000	0,19	,000	0,03	,000	0	,986

Referência/Controle - RO: <1 vez por semana; RNO: <1 vez por dia; RI: não estou certo ou não é verdade para mim; Crenças em Deus, em reencarnação e em vida após a morte: não crer; Importância da espiritualidade e da religião: não ser importante;

As chances de perguntar sobre R/E aumentou para aqueles que consideram “verdade ou totalmente verdade” as características da RI (51%); crença em reencarnação (57%); importância da espiritualidade (43%). As chances de considerar as questões R/E relevantes na prática profissional aumentou 34% para aqueles de frequência religiosa ≥ 1 vez por semana (RO), 25% para aqueles com envolvimento em atividades religiosas individuais ≥ 1 vez por dia (RNO) e 170% para aqueles que consideram “verdade ou totalmente verdade” as características da RI; também aumentou para crença em reencarnação (36%); e importância da espiritualidade (59%) (Tabela 23).

Tabela 23 – R/E pessoal como preditor de abordagem R/E.

<i>R/E pessoal</i>	<i>Frequência com que pergunta</i>		<i>Frequência com que questões R/E são relevantes</i>	
	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
RO	1,04 (0,83 – 1,28)	,731	1,34 (1,08 – 1,65)	,006
RNO	1,09 (0,89 – 1,34)	,390	1,25 (1,01 – 1,53)	,036
RI -TOTAL	1,51 (1,21 – 1,88)	,000	2,70 (2,14 – 3,39)	,000
Crença: Deus	1,29 (0,81 – 2,06)	,281	0,99 (0,58 – 1,66)	,962
Crença: reencarnação	1,57 (1,25 – 1,97)	,000	1,36 (1,09 – 1,69)	,006
Crença: vida após morte	0,99 (0,73 – 1,34)	,964	1,12 (0,83 – 1,49)	,460
Import. Espiritualidade	1,43 (1,06 – 1,92)	,017	1,59 (1,13 – 2,22)	,006
Import. Religião	0,80 (0,61 – 1,05)	,108	0,79 (0,58 – 1,05)	,113
Constant	0,14	,000	0,09	,000

Referência/Controle - RO: <1 vez por semana; RNO: <1 vez por dia; RI: não estou certo ou não é verdade para mim; Crenças em Deus, em reencarnação e em vida após a morte: não crer; Importância da espiritualidade e da religião: não ser importante;

A chances de ter treino aumentou para aqueles que frequência religiosa ≥ 1 vez por semana (36%), com envolvimento em atividades religiosas individuais ≥ 1 vez por dia (27%) e que consideram “verdade ou totalmente verdade” as características da RI (25%); a crença em vida após a morte também aumentava as chances de treino em 40%; a importância da religião diminuía a chances de treino em 33,2%.

A chances de desejar treino aumentou para aqueles que frequência religiosa ≥ 1 vez por semana (48%), com envolvimento em atividades religiosas individuais ≥ 1 vez por dia (27%) e que consideram “verdade ou totalmente verdade” as características da RI (49%); crença em Deus (143%), crença em reencarnação (51%) e crença em vida após a morte (43%); a importância da espiritualidade aumentava as chances de desejar por treino (108%); Não houve diferença significativa entre desejo por treino e a importância da religião (Tabela 24).

Tabela 24- R/E pessoal como preditor de treino em R/E.

<i>R/E pessoal</i>	<i>Treino em R/E (n=3048)</i>		<i>Desejo por treino em R/E (n=3031)</i>	
	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	P
RO	1,36 (1,11 – 1,66)	,003	1,49 (1,18 – 1,87)	,001
RNO	1,27 (1,04 – 1,54)	,015	1,27 (1,03 – 1,57)	,024
RI -TOTAL	1,25 (1,01 – 1,53)	,034	1,49 (1,18 – 1,87)	,001
Crença: Deus	1,15 (0,75 – 1,75)	,509	2,43 (1,67 – 3,54)	,000
Crença: reencarnação	,99 (0,80 – 1,21)	,914	1,51 (1,19 – 1,92)	,001
Crença: vida após morte	1,41 (1,06 – 1,85)	,015	1,44 (1,08 – 1,90)	,012
Import. Espiritualidade	1,24 (0,94 – 1,64)	,120	2,08 (1,62 – 2,66)	,000
Import. Religião	,67 (0,51 – 0,86)	,002	1,21 (0,94 – 1,56)	,134
Constant	0,19	,000	0,25	,000

Referência/Controle - RO: <1 vez por semana; RNO: <1 vez por dia; RI: não estou certo ou não é verdade para mim; Crenças em Deus, em reencarnação e em vida após a morte: não crer; Importância da espiritualidade e da religião: não ser importante;

A crença em reencarnação diminui em 82,9% a chance de ter referencial teórico Cognitivo, mas a crença em vida após a morte aumenta em 25 vezes a chance de ter tal referencial. A crença em reencarnação aumentava em 72% e a importância da espiritualidade em 50% a chance de referencial teórico Eclético/Integrado. A crença em vida após a morte aumentava em 198% a chance de ter referencial teórico na Gestalt. A religiosidade intrínseca diminui em 30,4%, a crença em Deus em 36,4% e a Importância da Espiritualidade 35,6% a chance de ter a referencial teórico na Psicanálise. A religiosidade intrínseca diminui em 70,7% a chance desse referencial ser Psicodrama. Não foi encontrada diferença significativa dentro dos referenciais “Comportamental”, “Cognitivo-comportamental” e “Outras” (Tabela 25).

Tabela 25a - R/E pessoal como preditor de referencial teórico em psicologia.

<i>R/E pessoal</i>	<i>Comportamental</i>		<i>Cognitiva</i>		<i>Cog-comportamental</i>		<i>Eclética/Integrada</i>	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	P	OR (IC95%)	P	OR (IC95%)	p
RO	1,07 (0,59-1,91)	,831	1,61 (0,43-5,91)	,474	1,08 (0,83-1,41)	,555	1,17 (0,92-1,47)	,198
RNO	1,25 (0,71-2,18)	,435	0,62 (0,19-1,92)	,408	1,04 (0,80-1,34)	,760	1,15 (0,91-1,43)	,222
RI TOTAL	1,30 (0,70-2,40)	,398	4,09 (0,82-20,25)	,085	0,97 (0,74-1,27)	,838	1,03 (0,81-1,31)	,781
Crença: Deus	0,64 (0,28-1,42)	,269	0,50 (0,02-10,04)	,649	1,19 (0,69-2,02)	,532	0,72 (0,43-1,19)	,206
Crença: Reencarnação	0,93 (0,51-1,69)	,816	0,17 (0,04-0,59)	,005	0,82 (0,62-1,07)	,150	1,72 (1,34-2,21)	,000
Crença: Vida após a morte	0,74 (0,36-1,47)	,391	25,61 (1,32-493,74)	,032	0,85 (0,60-1,17)	,324	1,33 (0,93-1,91)	,118
Import. Espiritualidade	0,65 (0,33-1,26)	,206	0,50 (0,08-2,87)	,440	1,24 (0,85-1,78)	,254	1,50 (1,08-2,07)	,015
Import. Religião	0,62 (0,31-1,20)	,159	0,28 (0,06-1,25)	,095	1,25 (0,87-1,78)	,227	0,81 (0,60-1,08)	,157
Constant	0,08	,000	0	,000	0,1	,000	0,11	,000

Referência/Controle - RO: <1 vez por semana; RNO: <1 vez por dia; RI: não estou certo ou não é verdade para mim; Crenças em Deus, em reencarnação e em vida após a morte: não crer; Importância da espiritualidade e da religião: não ser importante;

Tabela 25b - R/E pessoal como preditor de referencial teórico em psicologia.

<i>R/E pessoal</i>	<i>Gestalt</i>		<i>Psicanálise</i>		<i>Psicodrama</i>		<i>Outras</i>	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	P	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
RO	0,92 (0,59-1,41)	,699	0,93 (0,73-1,18)	,581	1,43 (0,57-3,53)	,442	1,26 (0,93-1,68)	,125
RNO	1,11 (0,74-1,67)	,607	1,10 (0,87-1,37)	,405	1,31 (0,57-3,02)	,523	0,83 (0,63-1,10)	,199
RI TOTAL	0,91 (0,59-1,41)	,691	0,72 (0,56-0,91)	,006	0,29 (0,11-0,75)	,011	1,29 (0,94-1,74)	,104
Crença: Deus	2,23 (0,73-6,79)	,158	0,64 (0,43-0,93)	,022	5491472,38 (0-)	,994	1,31 (0,75-2,28)	,341
Crença: Reencarnação	0,73 (0,48-1,11)	,143	0,89 (0,69-1,13)	,332	1,32 (0,49-3,49)	,577	1,01 (0,74-1,35)	,968
Crença: Vida após a morte	2,98 (1,46-6,05)	,003	1,17 (0,85-1,59)	,331	3,98 (0,47-33,44)	,204	0,87 (0,59-1,26)	,464
Import. Espiritualidade	0,74 (0,44-1,24)	,259	0,64 (0,49-0,84)	,002	1,44 (0,46-4,52)	,530	0,95 (0,65-1,39)	,813
Import. Religião	0,85 (0,51-1,40)	,525	1,10 (0,82-1,45)	,515	0,70 (0,26-1,83)	,464	0,86 (0,59-1,24)	,433
Constant	0,01	,000	0,48	,000	0	,992	0,1	,000

Referência/Controle - RO: <1 vez por semana; RNO: <1 vez por dia; RI: não estou certo ou não é verdade para mim; Crenças em Deus, em reencarnação e em vida após a morte: não crer; Importância da espiritualidade e da religião: não ser importante;

6.2.3 Referenciais teóricos na psicologia como preditores de treino em R/E, abordagem R/E e crença pessoal.

Com exceção do referencial teórico comportamental e cognitivo, os demais aumentam a chance de ter treino: Cognitivo-comportamental (49%), Eclética (153%), Gestalt (71%), Psicanálise (26%), Psicodrama (226%) e outras (97%) (Tabela 26).

Teoria Cognitiva e Psicodrama não apresentaram diferenças significativas no desejo por treino. Os referenciais que aumentam a chance de desejo por treino foram: Cognitivo-comportamental (27%), Eclética (84%), Gestalt (70%) e outras (39%). Os que diminuem a chance de desejo por treino foram: Comportamental (46%) e Psicanálise (30%).

Os referenciais teóricos Comportamental (43%) e Psicanalítico (31%) diminuem as chances de crença pessoal sobre o efeito da religião na saúde mental ser benéfica (7 a 9). Já o referencial teórico Cognitivo-comportamental aumenta a chance em 39% de crença pessoal sobre o efeito da religião na saúde mental ser benéfica (7 a 9).

Tabela 26 - Referencial teórico como preditor de treino em R/E, desejo por treino em R/E, abordagem R/E e crença pessoal.

Referencial teórico	Teve treino em R/E (n=4289)		Desejo por treino em R/E (n=4256)		Frequência com que pergunta (n=3841)		Frequência com que questões R/E são relevantes (n=4128)		Crença pessoal (n=4285)	
	OR (IC95%)	P	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Comportamental	1,02 (0,65-1,58)	,931	0,54 (0,38-0,76)	,000	2,03 (1,35-3,04)	,001	0,56 (0,32-0,96)	,036	,57 (0,40-0,80)	,001
Cognitivo	0,93 (0,31-2,78)	,901	0,95 (0,38-2,38)	,921	2,30 (0,91-5,)	,076	1,29 (0,47-3,54)	,617	1,58 (0,61-4,06)	,340
Cog-comportamental	1,49 (1,17-1,89)	,001	1,27 (1,02-1,58)	,029	3,28 (2,56-4,19)	,000	1,38 (1,08-1,77)	,010	1,39 (1,12-1,71)	,003
Eclética/Integrada	2,53 (2,06-3,10)	,000	1,84 (1,49-2,27)	,000	2,48 (1,96-3,14)	,000	2,18 (1,76-2,70)	,000	1,20 (0,99-1,45)	,055
Gestalt	1,71 (1,19-2,46)	,004	1,70 (1,16-2,48)	,006	2,37 (1,64-3,43)	,000	1,43 (0,97-2,09)	,064	1,11 (0,79-1,54)	,544
Psicanálise	1,26 (1,01-1,56)	,034	0,70 (0,58-0,83)	,000	1,44 (1,13-1,83)	,003	1,20 (0,96-1,49)	,106	,69 (0,58-0,82)	,000
Psicodrama	3,26 (1,65-6,41)	,001	1,14 (0,55-2,32)	,727	1,87 (0,86-4,06)	,112	0,42 (0,12-1,38)	,155	1,37 (0,66-2,80)	,392
Outro	1,97 (1,54-2,51)	,000	1,39 (1,09-1,76)	,007	1,51 (1,12-2,01)	,005	1,53 (1,17-1,99)	,001	,90 (0,72-1,11)	,335
Constant	0,22	,000	2	,000	0,18	,000	0,22	,000	1,66	,000

Referência/Controle – Referencial teórico: não;

Com exceção dos referenciais teóricos Cognitivo e Psicodrama, os demais aumentam a chance de perguntar “frequentemente ou sempre” sobre R/E: Comportamental (103%), Cognitivo-comportamental (228%), Eclética (148%), Gestalt (137%), Psicanálise (44%) e outras (51%).

Os referenciais teóricos que aumentam a chance de considerar as questões R/E “frequentemente ou sempre” relevantes foram: Cognitivo-comportamental (38%), Eclética (118%) e outras (53%). O que diminui a chance considerar as questões R/E “frequentemente ou sempre” relevantes foi o Comportamental (43%).

Tabela 27a- Referencial teórico como preditor de pensamentos acerca do enfrentamento R/E.

<i>Referencial teórico</i>	<i>Ajuda a enfrentar doença e sofrimento</i>		<i>Emoções negativas</i>		<i>Pensamento positivo e esperançoso</i>		<i>Negar, atrasar ou cessar tratamento</i>		<i>Prevenir desfechos médicos</i>	
	OR (IC 95%)	P	OR (IC 95%)	P	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Comportamental	0,62 (0,19-2,00)	,421	2,84 (0,79-10,11)	,108	0,44 (0,13-1,41)	,168	4,31 (0,78-23,63)	,092	0,21 (0,03-1,35)	,100
Cognitivo	2,50 (0,60-10,32)	,206	3,01 (0,76-11,87)	,115	1,28 (0,34-4,77)	,713	2,76 (0,39-19,23)	,306	0,32 (0,03-2,93)	,312
TCC	1,35 (0,43-4,25)	,605	1,36 (0,39-4,72)	,623	1,07 (0,34-3,31)	,907	2,51 (0,47-13,14)	,277	0,40 (0,06-2,39)	,317
Eclética	1,27 (0,40-3,97)	,683	1,64 (0,47-5,64)	,433	0,95 (0,30-2,95)	,936	2,71 (0,52-14,08)	,236	0,55 (0,09-3,22)	,505
Gestalt	1,39 (0,45-4,27)	,565	1,46 (0,44-4,81)	,535	0,73 (0,24-2,21)	,579	2,68 (0,57-12,41)	,208	0,29 (0,04-1,78)	,183
Psicanálise	0,71 (0,22-2,19)	,549	2,61 (0,76-8,87)	,125	0,49 (0,16-1,50)	,215	4,52 (0,89-22,80)	,068	0,34 (0,05-1,99)	,233
Psicodrama	0,86 (0,23-3,16)	,816	1,59 (0,37-6,80)	,532	0,57 (0,15-2,08)	,397	3,02 (0,40-22,52)	,281	0,46 (0,06-3,40)	,447
Outra	1,00 (0,31-3,15)	,998	1,84 (0,53-6,37)	,338	0,69 (0,22-2,14)	,523	3,54 (0,67-18,54)	,134	0,43 (0,07-2,57)	,358
Constant		1,3 ,645		0,18 ,006		1,75 ,326		0,03 ,000		0,35 ,243

Referência/Controle – Referencial teórico: não;

Os referenciais teóricos Cognitivo, Cognitivo-comportamental e Psicodrama aumentam a chance de encorajar os pacientes na sua própria prática e crenças em 310%, 253% e 329% respectivamente. Psicodrama aumenta a chance em 21,7 vezes de “respeitosamente dividir as próprias ideias e experiências R/E” (Tabela 27a e 27b).

Tabela 27b- Referencial teórico como preditor de respostas comuns a assuntos R/E.

Referencial teórico	<i>Escuto de forma cuidadosa e simpática</i>		<i>Tento mudar de assunto de forma cuidadosa</i>		<i>Encorajo os pacientes na sua própria prática e crença R/E</i>		<i>Respeitosamente divido minhas próprias ideias e experiências R/E</i>		<i>Rezo/Oro com o paciente</i>	
	OR (IC 95%)	P	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Comportamental	3,33 (0,38-28,88)	,275	2,69 (0,20-35,67)	,452	1,82 (0,52-6,27)	,341	1,84 (0,12-28,03)	,660	0,02	,999
Cognitivo	4,95 (0,28-86,25)	,273	0	,998	4,10 (1,05-15,96)	,042	4,21 (0,32-54,74)	,272	1960437,68	,996
TCC	3,90 (0,47-31,84)	,203	1,25 (0,09-16,25)	,864	3,53 (1,06-11,68)	,039	4,61 (0,42-50,04)	,209	131181,7	,996
Eclética	5,57 (0,68-45,47)	,109	0,73 (0,05-9,47)	,807	3,06 (0,92-10,10)	,067	7,34 (0,69-77,80)	,098	198525,33	,996
Gestalt	8,41 (0,90-78,20)	,061	0,84 (0,06-10,68)	,892	2,49 (0,77-8,01)	,126	5,24 (0,57-47,52)	,141	0	,996
Psicanálise	4,53 (0,56-36,60)	,157	0,98 (0,07-12,51)	,989	1,40 (0,42-4,57)	,581	2,92 (0,28-29,77)	,365	130053,6	,996
Psicodrama	9,43 (0,53-166,41)	,125	0,85 (0,04-15,79)	,916	4,29 (1,10-16,62)	,035	21,70 (1,74-269,94)	,017	0,02	,000
Outra	6,24 (0,74-52,20)	,091	1,11 (0,08-14,57)	,934	2,61 (0,78-8,67)	,118	4,14 (0,37-45,75)	,246	0,02	,999
Constant	3,71	,215	0,07	,039	0,26	,026	0,01	,000	0	,995

Referência/Controle – Referencial teórico: não;

6.2.4 Treino como preditor para abordagem R/E e efeito R/E na saúde

Tabela 28a- Treino como preditor para abordagem da R/E na prática

	<i>Frequência com que pergunta (n=3832)</i>		<i>Frequência com que questões R/E são relevantes (4118)</i>		<i>Crença pessoal (n=4274)</i>	
	OR (IC95%)	P	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Treino	1,84 (1,56-2,16)	,000	2,29 (1,95-2,69)	,000	1,57 (1,35-1,82)	,000
Constant	0,27	,000	0,22	,000	1,45	,000

Referência/Controle - Treino: não ter;

Tabela 28b- Treino como preditor para pensamentos acerca do enfrentamento R/E.

	<i>Ajuda a enfrentar doença e sofrimento (n=2882)</i>		<i>Emoções negativas (n=2879)</i>		<i>Pensamento positivo e esperançoso (n=2876)</i>		<i>Negar, atrasar ou cessar tratamento (n=2876)</i>		<i>Prevenir desfechos médicos (n=2873)</i>	
	OR (IC95%)	P	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Treino	1,66 (1,40-1,96)	,000	0,88 (0,72-1,06)	,187	1,69 (1,42-2,00)	,000	0,90 (0,67-1,20)	,481	2,38 (1,89-2,99)	,000
Constant	1,15	,001	0,36	,000	1,09	,042	0,1	,000	0,1	,000

Referência/Controle - Treino: não ter;

Tabela 28c- Treino como preditor para respostas comuns a assuntos R/E.

	<i>Escuto de forma cuidadosa e simpática (n=2877)</i>		<i>Tento mudar de assunto de forma cuidadosa (n=2879)</i>		<i>Encorajo os pacientes na sua própria prática e crença R/E (n=2874)</i>		<i>Respeitosamente divido minhas próprias ideias e experiências R/E (n=2878)</i>		<i>Rezo/Oro com o paciente (n=2873)</i>	
	OR IC95%	P	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	P	OR (IC95%)	P
Treino	0,85 (0,59-1,22)	,384	0,63 (0,43-0,90)	,013	1,60 (1,35-1,89)	,000	1,89 (1,26-2,84)	,002	6,24 (1,61-24,20)	,008
Constant	18,89	,000	0,08	,000	0,55	,000	0,03	,000	0	,000

Referência/Controle - Treino: não ter;

O treino aumenta em 56% a chance de crença em efeito benéfico da R/E na saúde mental; de pensar que a R/E ajuda a enfrentar doença e sofrimento (66%), traz pensamento positivo e esperançoso (69%) e previne desfechos médicos desfavoráveis (138%); de encorajar os pacientes em suas próprias práticas e crenças R/E (60%), respeitosamente dividir as ideias e experiências R/E (89%) e rezar/orar com o paciente (524%); e diminui em 36,9% a chance de tentar mudar de assunto de forma cuidadosa. O treino, também, aumenta em 184% a frequência com que o profissional pergunta sobre R/E e em 229% a frequência com que o profissional considera as questões R/E relevantes (Tabela 28a, 28b e 28c).

6.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO

Um total de 1213 comentários foram deixados ao final do questionário, desde agradecimentos até posicionamentos acerca da temática. Esses comentários foram distribuídos em seis categorias principais: abordagem na prática (582); distinção/definição de conceitos (102); R/E pessoal e influência na prática (199); tema frequente/importante (69); treino (95); e outros (188). Muitos dos comentários, contudo, atravessam mais de uma dessas categorias principais e a divisão proposta foi apenas para facilitar a leitura, localização das construções, bem como ilustrar alguns dos achados das análises anteriores (Figura 5).

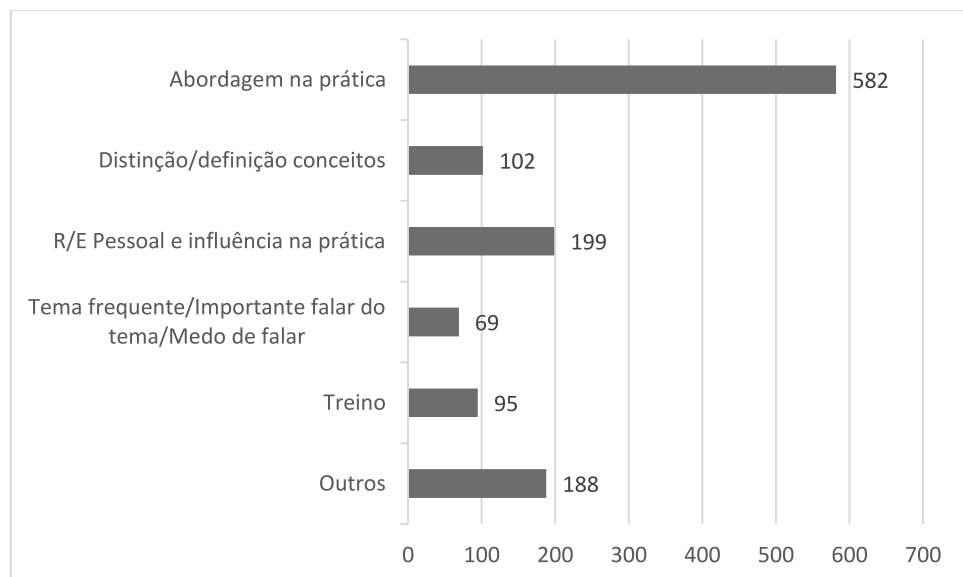


Figura 5 - Categorias da análise de conteúdo.

6.3.1 Abordagem na prática

A grande maioria dos comentários desta categoria (312) trouxe a importância da abordagem R/E na prática profissional:

“Considero que é importante entender como a espiritualidade/religiosidade impacta a vida do paciente. Mesmo que eu não compartilhe daquela crença, se é importante para ele e se afeta de forma importante as questões trazidas por ele no atendimento, elas devem ser escutadas e trabalhadas” (FSXM28 - Agnóstica).

“A religiosidade é um aspecto constitutivo da subjetividade. É um assunto que precisa ser abordado cuidadosamente pelo profissional, diante do paciente no qual busca conhecer em seus processos de afetações e crenças. Perguntar sobre religiosidade do paciente é o mesmo que perguntar sobre aspectos que envolvam sua saúde, sua família, seu emprego, suas dores, suas angústias etc. É uma rotina natural num processo de anamnese. E se o paciente traz este assunto à clínica, precisa ser respeitado seu direito de falar sobre suas afetações, indagações, críticas ou outra impressão em relação a religiosidade. Acolhimento e escuta são direitos do paciente. É dever do profissional ajudar este paciente a ressignificar crenças adoecedoras, sendo estas religiosas ou de outra caracterização. Portanto, todo e qualquer assunto trazido à clínica pelo paciente é bem-vindo” (AABF37 - Protestante/Evangélica).

“Acredito que a espiritualidade é uma dimensão de grande importância para o ser humano, podendo ser vivida de forma que prejudique ou contribua para uma boa saúde” (CSOM28 - Espírita).

“A religião, independente de qual for, influencia o tratamento e as formas de enfrentar o estresse. Às vezes de forma positiva, às vezes negativamente. Mas não cabe ao psicólogo usar suas próprias crenças religiosas para doutrinar seus pacientes. O profissional deve compreender o papel da religião na vida do paciente e se ela ajuda ou atrapalha no tratamento” (AACAF38 - Espírita).

“Eu creio que a questão da religiosidade ela tem que ser discutida e pensada para que obviamente não exista preconceito. Às vezes, quando o paciente vem em sessão a religião pode ser fonte do sofrimento, auxílio para o seu tratamento ou algo que para ele tanto faz ou não importa. É importante que ao tratarmos sobre ela como profissionais respeitemos os limites impostos pelas pessoas que atendemos, nos tornando neutro e agirmos mais como facilitadores para que ela encontre mais uma qualidade de vida” (LSPF25 - Agnóstica).

“Acredito que a espiritualidade é importante para a construção psíquica, ainda temos muito preconceito em falar sobre isso, somos seres espirituais, o ser humano sempre esteve ligado a símbolos e religiosidade, deixar de fora do contato terapêutico essa realidade é literalmente limitar a possibilidade de ajuda integral que podemos dar ao paciente. Contudo, devemos estar abertos para compreender e apoiar alguém que não estabelece nenhum tipo de contato com a espiritualidade, sem que isso seja algo que eu deva como profissional desejar que ele tenha. Mais do que nunca a psicologia está para apoiar o paciente no sentido dele buscar aquilo que traz bem-estar para ele, o que me faz bem, pode não ser bom pra ele, enfim, procuro desenvolver meu trabalho com ética, respeitando as diferenças. Como profissional da

psicologia, acredito que essa pesquisa é muito oportuna e abre espaço para discussões importantes sobre ciência e profissão. Conhecer como o paciente entende Deus e o que é espiritualidade para ele, que espaço isso ocupa ou não na sua vida é sim material importante para compreender a dinâmica mental do paciente e poder ajudá-lo a se apropriar desses construtos que muitas vezes são inconscientes, mas que podem estar interferir de forma importante em sua vida” (ARNF47 - Cristã).

Alguns trouxeram que a abordagem desta dimensão deverá acontecer apenas se o paciente a trazer (143):

“Em minha concepção o tema "espiritualidade" deve acontecer naturalmente em um contexto de atendimento, não devendo ser forçado, mas abordado quando o paciente considerar este assunto” (WAMM32 - Cristã).

“Acredito que essas questões deverão ser colocadas no setting terapêutico se o paciente trazer” (KCMLF36 - Protestante/Evangélica).

“Só abordo tal tema se partir do próprio paciente e se isto for relevante e importante para ele” (SRMGM68 - Espírita).

“O tema pode ser abordado em atendimento se for demandado pelo paciente falar sobre a própria religiosidade, não vem ao caso a religiosidade do profissional” (RMSBDF51 - Católica).

“Acredito que a espiritualidade faça parte da vida humana nos valores, posturas, atitudes, além da própria realidade da vida espiritual em si, e claro também o efeito psicológico positivo de uma crença espiritual ou religiosa com bons princípios. Não trago por conta própria este tema porque pode forçar o paciente a ir por um caminho que originalmente não se sinta à vontade ou não tenha inclinação, e também porque as religiões mais comuns que vejo na prática clínica são as evangélicas, católicas, que no geral podem servir no funcionamento adoecido do paciente como fator desresponsabilizador ou que retire dele a necessidade de descobrir o que de fato ocorre com ele psicologicamente. Mas a experiência espiritual em si, e não necessariamente a prática ou crença religiosa, são sempre importantes e está tão presente na vida que não se precisa falar disso necessariamente, mas sim viver com seus princípios” (FARM31 - Espiritualista).

“A religião é importante para o processo terapêutica à medida que o cliente a considera como tal” (NSDF29 - Católica).

“A religiosidade é relevante e pode contribuir com a qualidade de vida dos pacientes. No entanto, essa questão deve partir do próprio paciente e não ter cunho doutrinário” (LANF38 - Católica).

Outros, mas em muito menor número (21) trouxeram que a abordagem não deve acontecer pois essa é uma dimensão que traz prejuízos à saúde:

“A religião atrapalha, e muito, em vários aspectos da saúde. Trabalho com pacientes psiquiátricos e há surtos basicamente de conteúdo religioso. Também a religião/religiosidade é comumente atribuída como cura para uma doença psíquica ou física e isso atrapalha o tratamento. No entanto, há alguns casos em que a religião dá suporte e apoio para enfrentar certa situação de doença e impulsiona na busca de tratamento e na esperança de cura. É uma balança sutil, depende de como a pessoa lida, entende e vive a religião/religiosidade” (ASDF39 – Sem religião).

“Percebo que alguns pacientes quando são muito fundamentalistas, tendem a ter dificuldades no avanço do tratamento. Trabalho com crianças e quando os pais têm esse perfil, torna-se mais limitada a evolução do caso” (RCLHF45 - Espírita).

“Evito falar em religião, mas muitas vezes o paciente trás questões de auto cobrança, medo de punição, e morte” (CSSRF30 - Protestante/Evangélica).

“A questão é o lugar que a religião ocupa na vida da pessoa e o sentido! A religião, na maioria das vezes, é um sintoma neurótico e não uma forma de autoconhecimento” (JTF51 - Espírita).

“Penso que a religião se torna um tormento para o sujeito e cabe ao profissional elucidar e trabalhar os exageros” (JMSO50 - Espírita).

Psicologia e laicidade apareceram em 19 comentários, mas com nuances diferentes:

“A laicidade deve ser o princípio norteador da ação psicológica!” (FSLJM43 - Agnóstica).

“Tenho conhecimento que minha profissão é uma ciência laica embora saiba também dos impactos da fé e espiritualidade sobre a cognição e psiquismo dos indivíduos” (PPMF35 - Católica).

“Acho que a psicologia deve se manter laica. A religião do psicólogo jamais deve influenciar sua atuação profissional. Religião do paciente só deve ser discutida se estiver causando desequilíbrios emocionais no mesmo. Considero extremamente perigoso que

profissionais de saúde comecem a pautar sua atuação em crenças religiosas. Deixemos isso para pastores, padres, mães-de-santo e etc” (NPF39 - Agnóstica).

“Apesar de me abster de assuntos e questionamentos religiosos em meu local de trabalho e estudo (pós-graduação), por considerar a importância de se praticar a laicidade, frequentemente presencio situações em que professores, gestores e colegas de trabalho incorporam o tema "religiosidade" ao trabalho do psicólogo. É comum que estes suponham que "todos somos cristãos", para a partir de então dizer que compreendem divergências de crenças religiosas, sem sequer supor que desta forma não se admite a possibilidade da religião não cristã ou mesmo ausência de religião” (DJLBRMF26 - Agnóstica).

“O profissional de psicologia, assim como os professores precisam ser laicos” (LHMMF43 - Espírita).

“Penso que somente o Estado Laico protege todas as matrizes religiosas e a Psicologia deve radicalizar o compromisso com os Direitos Humanos e com a cidadania de todos nós. É nocivo o movimento de vertentes religiosas se candidatado aos CRPs” (CPMF38 – Sem definição).

“A prática profissional deve ser laica, independentemente da crença ou não crença do profissional. O psicólogo/a deve estar apto e aberto a qualquer crença de seu paciente e a compreender a importância da espiritualidade em sua subjetividade. As soluções para cada indivíduo, ele mesmo há de encontrar em seu próprio acervo pessoal, não no do seu terapeuta” (RSM68 - Ateu).

“Existe um preconceito contra a religião frequentemente difundido em ambientes acadêmicos e em alguns grupos uma tentativa de eliminar as escolhas religiosas dos pacientes como possibilidades das quais eles mesmos são responsáveis por meio de leis que evocam ideologicamente a "laicidade" da psicologia como ciência como desculpa para o preconceito e imposição de suas ideias pessoais sobre os pacientes. Está na hora da psicologia reconhecer a religião como fato e fenômeno humano fundamental e buscar objetivamente expor seu funcionamento e discutir estas questões” (GBM34 - Católica).

“A psicologia deve sempre respeitar a laicidade e a crença alheia, não interferindo com julgamentos de valor ou ancorando a prática profissional na religião. O tema deve ser trabalhado somente sob demanda do paciente, quando este a trazer, de maneira respeitosa e breve, sem influência de crenças pessoais do profissional. Não deve ser encorajada pelo CFP, qualquer formação que tenha por bases práticas ancoradas em religiões, salvo quando a formação for específica para contribuir com o respeito a diversidade religiosa” (AFAM31 - Ateu).

Por fim, alguns trouxeram não ser papel da psicologia a abordagem da R/E (87):

“Não acredito que a religiosidade deva permear o trabalho do psicólogo”
(CGMF60 - Espírita).

“Acredito que a religião possui seu espaço e importância como conhecimento humano, contudo, não deve ser confundido como ferramenta no tratamento psicológico”
(HAOM31 - Sem religião).

“Psicologia e religião, uma mistura perigosa” (CMVF34 - Ateu).

“Religião e psicologia são diferentes e devem ser separadas e respeitadas”
(HMAF36 - Espírita).

“Acho que vincular espiritualidade e trabalho psicológico é um desserviço para a profissão” (TCBSF36 - Wiccana).

“Absurdo. As duas coisas não se misturam” (CGGF30 - Ateu).

“Não é ético misturar religião com psicologia, inclusive está no código de ética”
(MSMRF27 - Agnóstica).

“Ciência e religião jamais devem se misturar. A Psicologia é uma ciência, portanto o trabalho do psicólogo deve ser pautado na ciência e, de maneira nenhuma, na religião. Todas devem ser respeitadas, porém, a prática do psicólogo deve ser única e exclusivamente baseada na ciência” (RMSM30 - Agnóstica).

6.3.2 Distinção/Definição dos conceitos

Entre os comentários que traziam alguma definição ou distinção dos conceitos de religião, religiosidade, espiritualidade, 19 tenderam a considerar a espiritualidade como algo positivo e a religião ou religiosidade como negativas.

“Primeiro acredito que espiritualidade e religiosidade não são necessariamente a mesma coisa. A espiritualidade faz parte da constituição do sujeito de acordo com aquilo que cada um acredita, independente de religião” (SGRF33 - Protestante/Evangélica).

“Não podemos confundir Religiosidade com Religião: uma coisa não tem absolutamente nada a ver com outra! Religiosidade liberta, acrescenta, evolui, enquanto Religião reprime, aprisiona, enquadra!!!” (MCTSF56 - Católica).

“A espiritualidade ajuda muito as pessoas adotarem uma postura positiva diante da vida, tenho observado que estas na sua maioria não fazem terapia, mas a religião apesar de também ajudar criam muitas crenças que causa sofrimentos, impede uso de medicamentos e algumas vezes enraízam preconceitos” (ECPSF54 - Espírita).

“Acredito que as religiões instituídas tendem a controlar o indivíduo e não fomentam pensamento, além de provocarem exclusão daqueles que não preenchem os requisitos comportamentais impostos pelos líderes religiosos” (ASLOM47 - Católica).

“Penso que na maioria das vezes a religião atrapalha o desenvolvimento humano, porque as pessoas deixam a dominar pelo fanatismo religioso e deixam de viver” (MRCHF54 - Sem religião).

6.3.3 R/E pessoal e influência na prática

Alguns profissionais compartilharam suas crenças, experiências e valores pessoais (54). Outros trouxeram que a R/E pessoal influencia sua prática profissional, assim como influencia suas vivências (45):

“Parto do princípio de que minha espiritualidade deve ser sempre orientada para me fazer uma pessoa melhor, mais compreensiva, empática e sensível a condição humana. Mas jamais deve ser algo que gere uma barreira para o contato humano. Já fui muito cética, mas no ano passado passei por uma situação em que meu retorno à espiritualidade foi o que me sustentou e evitou meu adoecimento. Mas na minha prática, jamais posso misturar as coisas. Posso até pedir que Deus me dê sabedoria para que tome as decisões corretas na minha prática, mas não deve passar disso” (GAS28 - Protestante/Evangélico).

“Eu utilizo minha espiritualidade para guiar minhas atitudes. Com moral e ética. E dentro desses conceitos oriento minha prática. Sempre respeitando as crenças do meu paciente” (MJTJF56 - Espiritualista).

“Acredito que minha espiritualidade me fortalece para minha prática clínica e meu trabalho, mas não pressupõe que tenha que converter as pessoas por ser católica. Há um respeito maior pelas escolhas do outro e pela sua vivência de espiritualidade. Acredito que cada pessoa tem a sua forma de se conectar com esse amor maior. E a sua maneira de se fortalecer. Procuro colocar na minha vida os valores e princípios cristãos sem julgar as pessoas o que também na maneira de trabalhar se aplica. e vejo a evolução dos clientes, alunos

e pessoas com as quais eu convivo se desenvolvendo a partir desse olhar incondicional” (RBSF37 - Católica).

“Inevitável que quando o psicólogo vive uma experiência espiritual/religiosa satisfatória ele olhe para seus pacientes com curiosidades neste aspecto. Porém, SEMPRE que pergunto algo diz respeito exclusivamente às necessidades de conhecimento para condução do caso. Penso que este seja o segredo. Perguntar na medida da necessidade terapêutica e ouvir também nesta medida. Os grandes conflitos aparecem por muitos profissionais não saberem manter uma postura terapêutica adequada. À medida que nossos Conselhos não "demonizarem" a importância da espiritualidade/religiosidade tanto para o paciente quanto para o terapeuta, muitas coisas melhorarão. Se investirmos mais na qualidade de formação e conduta profissional, estes assuntos serão conduzidos de maneira adequada” (JECF30 – Protestante/Evangélica).

“Geralmente os psicólogos que possuem uma religiosidade consolidada oferece na maioria das vezes, uma escuta reflexiva e capacidade de aconselhamento entendendo as particularidades de cada indivíduo. Porque ele já vivencia esta prática no contexto da religião” (RDLF30 – Protestante/Evangélica).

“Atendo, em meu consultório, adultos e idosos e optei pela linha teórica Junguiana porque a mesma possibilita o encontro entre ciência e espiritualidade. Não consigo pensar a prática psicológica sem o entendimento da perspectiva do Sagrado na vida do ser humano.” (GMCF63 - Espírita).

“Minhas experiências espirituais são muito significativas para mim. Esses valores me definem como ser humano e com certeza perpassam meus atendimentos. Pois, acredito no ser integral: biopsicossocial e espiritual. Verifico uma boa capacidade em lidar com os problemas e até a resiliência em pacientes cuja experiência espiritual está mais presente. Há uma parceria entre a fé e a disponibilidade de buscar uma melhora. Também, vejo situações em que mesmo com toda fé muitas barreiras a se enfrentar. Nos meus atendimentos no CAPS, falo da parte religiosa quando o paciente trás e não coloco minhas crenças nesta relação, busco dentro desse universo que ele apresenta meios para intervir...” (PCPDRF40 - Outras).

Há uma preocupação que a R/E pessoal possa influenciar a prática clínica de maneira negativa, a partir da imposição de valores.

“Aprendi e busco viver a seguinte verdade: tudo o que eu fizer, seja em palavras ou em ações, preciso fazê-las da melhor forma possível como se fora para Deus e não para homens. Deus é quem me guia em todas as decisões e ações em minha vida. Ele é o único e

verdadeiro sentido da minha vida. Ele é a verdadeira fonte de sabedoria e do conhecimento. Portanto sem ELE nada somos e nada podemos fazer, tanto na vida pessoal quanto profissional, e todo momento que ELE nos permite viver são na verdade grandes oportunidades de testemunhar, não apenas com palavras, mas sobretudo com nossas ações, do amor de Jesus, que tanto nos amou e nos ensina a igualmente amar os que estão à nossa volta. A psicologia, portanto, é para mim, um meio em que posso transmitir esse amor àqueles que precisam de direcionamento” (AMMDSF25 – Protestante/Evangélica).

“Sigo os preceitos kardecistas e não considero religião e sim RELIGIOSIDADE como prática diária. Percebo que há muitas influências de espíritos desencarnados na saúde mental impossibilitando tratamento. A psicologia precisa avançar além do físico. Estamos presos às questões de natureza estreita quando há um mundo de causas espirituais a ser esmiuçado” (AMF64 - Espírita).

“Jesus Cristo é a verdadeira libertação de qualquer mal e sofrimento, e muitas vezes os clientes chegam até nós enganados sofrendo os pesos das amarras e destruições de falsos evangelhos, é preciso sim orientar o cliente com a verdade, com o evangelho verdadeiro do único Salvador, do único intermediador do homem com Deus segundo a bíblia sagrada!” (CAPSRF30 – Protestante/Evangélico).

Vários profissionais trouxeram a preocupação com o cuidado ético para não impor valores (65):

“Este questionário me fez pensar que talvez a prática de Psicologia que faço uso acabe por "ignorar" o aspecto religioso dos sujeitos, e que de algum modo isso pode gerar um prejuízo em contexto geral, uma vez que de alguma forma, a religiosidade e como ela se expressa no contexto da vida do sujeito diz respeito também a elementos subjetivos muito ricos” (CPF26 - Agnóstico).

“Acredito que a espiritualidade do paciente pode impactar na vida e no tratamento e isso deve ser considerado pelo psicólogo, principalmente em hospitais e pacientes terminais. Porém, o psicólogo jamais deve impor que a espiritualidade ou religião sejam seguidos pelo paciente” (ACSP29 – Católica).

“Acredito que o psicólogo não deve induzir a raciocínios a partir da religião, a religião não deve nortear o processo da análise, mas sim uma forma do psicólogo olhar a pessoa em sua totalidade. como um ser holístico, mas não específico” (CBMF55 - Espírita).

“Acredito que não devemos ignorar a religião/religiosidade ou espiritualidade do paciente, pois, isto diz muito sobre o mesmo. Entretanto, é inadmissível, inclusive conforme o

Código de ética profissional do psicólogo, que o profissional induza o paciente a partir de crenças pessoais, este tipo de intervenção não é saudável ao paciente, mas extremamente nocivo à sua saúde mental” (ARBM34 – Espírita).

“Acho que não cabe ao psicólogo, influenciar seu paciente em relação a escolha religiosa. Mas questionar a importância da fé religiosa independente da religião, acredito que seja um caminho. Acho desnecessário e até antiético orar com o paciente no consultório. O consultório é um espaço neutro e cabe ao paciente procurar uma religião e aprender a fazer suas próprias preces” (AFNR49 - Espírita).

“Considero que a psicologia clássica é manchada por ideologias ateístas. Considero que a prática clínica é tacanha na maioria das vezes e os psicólogos mau orientados quanto a aspectos profundos da vida, espiritualidade, sabedoria” (LRAM36 - Cristã).

“Penso que cada um baliza a própria vida, de acordo com o que acredita. Portanto, enquanto profissional de psicologia não cabe a nós nortear nossa prática profissional a partir de nossas convicções morais, religiosas, etc. Do mesmo modo não podemos, enquanto profissionais da psicologia incorrer no erro de discriminar o outro por suas convicções morais e religiosas. Logo, estamos para cuidar do ser humano respeitando sempre sua singularidade” (JFMM34 - Católica).

Alguns profissionais trouxeram que, apesar de religiosos ou espiritualizados, tal dimensão não influencia em sua prática profissional (35).

"Minha espiritualidade guia minha vida pessoal (respeito ao próximo, amor incondicional, empatia pessoal), mas não influencia minha prática profissional, essa se baseia na ciência e na minha formação profissional. No meu cotidiano, nas escutas de alunos e professores o tema religião aparece com frequência, pois são aspectos que guiam os comportamentos das pessoas. Trabalho com essas informações, mas não relaciono com minhas crenças pessoais" (MLCF37 - Espírita).

"Sou bastante espiritualizada e uso muito para as tomadas de decisão da minha vida, tento seguir sempre pelas máximas de Deus. Mas em qualquer setting terapêutico que eu atuo é um pouco diferente, afinal não estou ali para julgar certo nem errado e sim acolher a pessoa do jeito que ela é! A partir do exposto pelo paciente/cliente discutiremos sobre, sem imposição (na verdade me abstenho das minhas crenças nessa hora). Espero ter ajudado! Boa pesquisa!" (GCLSF25 - Espírita).

"A minha religião é base pra minha forma de ver as coisas sim. A religião que eu sigo me ajuda a ser melhor com as pessoas, ser humana, perdoar, não julgar, seja com meus

usuários no trabalho ou com amigos e familiares. Me ajuda até a ver as coisas ruins da vida como algo positivo e a superar as dificuldades. Me motiva e me faz ser mais afetuosa e solidária com as pessoas. Contudo, eu separo isso quando estou trabalhando; uso a teoria e a técnica para atender. Quando necessário falo pro meu usuário exercitar sua religiosidade, assim como exercitar o corpo, a mente, mas não entro no assunto da religião" (AFFGF38 - Protestante/Evangélica).

"A minha crença pessoal definida não deve ser um alerta ou observada de forma pejorativa se não influencia na prática científica clínica. Se abordada na terapia deve ser assunto pautado pelo paciente como qualquer outro, pois a demanda é dele. Proibir qualquer assunto por questões ideológicas seria fragmentar a teoria psicanalítica da associação livre e impedir o paciente de ser observado no tocante sua cultura e crença, contudo que falta preparo e rigor principalmente na prática de alguns colegas é notório, independente de qual fé professes estão usando indevidamente e sem ética. Porém, também é notório que a fiscalização e preocupação está firmada em cristãos pois ainda sei de clínicas gnósticas, psicólogos espíritas entre outros que atuam livremente misturando fé e ciência" (CPF33 - Protestante/Evangélica).

"A religiosidade faz parte da maneira como vejo o mundo, faz parte de mim, porém a maneira como conduzo meu trabalho com o cliente é fundamentado nas teorias e técnicas que venho estudando. A religiosidade é trabalhada sempre que meu cliente trás algo, ou sente necessidade de trabalhar. Neste momento, o que prevalece é o ponto de vista do cliente, caso ele queira saber qual é minha religião eu falo. Já tive cliente de diversas religiões e nunca tive problema em falar sobre cada uma das religiões com meus clientes" (AGAGF39 - Católica).

"A experiência religiosa tem forte influência na formação pessoal de cada sujeito. Seria hipocrisia dizer que optei por essa carreira sem nenhum comprometimento com minha espiritualidade. No entanto, o embasamento de minha prática profissional não está (nem pode ou deve) estar relacionada à minha opção religiosa. Ainda que conteúdos religiosos surjam no contexto da prática profissional, há de se compreender tais eventos que se apresentam e quão intrigados com a religiosidade eles estão. Ainda, acredito também que o repertório comportamental do profissional, muitas vezes pode auxiliar na compreensão dos casos por ele atendidos" (MMFAF24 - Protestante/Evangélica).

6.3.4 Tema frequente

“Penso que é um tema muito frequente nos atendimentos e percebo que muitos psicólogos sentem dificuldade em lidar diretamente com ele” (ASVM36 - Sem religião).

“Trabalho, com frequência, culpa e rigidez em pacientes católicos e evangélicos, e, mas com menor intensidade, em espíritas. Atendi casos de sérias somatizações em pessoas com conflito entre religião e homossexualidade (com triste destaque para as Testemunhas de Jeová, onde fiéis são punidos pela orientação sexual e proibidos de fazer terapia). No geral, tenho visto mais prejuízos do que benefícios causados pela religião formal. Pacientes que expressam sua espiritualidade sem o formalismo religioso institucionalizado costumam ser beneficiados (ou pelo menos não-prejudicados) na terapia por essa postura” (APM45 - Simpatizante do budismo e taoísmo).

Apesar de aparecer comentários sobre a presença da dimensão R/E na saúde mental, no cuidado com idosos, adolescentes e comunidades terapêuticas, a maioria dos comentários trazia a presença da temática no ambiente hospitalar (16):

“Olá, trabalhei por sete anos em hospital, e neste ambiente a temática era muito mais presente, do que no meu local de trabalho atual, uma escola. No espaço hospitalar, muitos pacientes internados eram atendidos por mais de um psicólogo e eles afirmavam que se sentiam à vontade em falar sobre esses assuntos comigo, pois nem sempre sentiam abertura dos demais a esta temática” (ATF31- Sem religião).

“O trabalhado em uma Unidade de Terapia Intensiva se aproxima e muito da morte e a morte suscita questões sobre o porquê da vida. Desta forma, a religiosidade/espiritualidade surge como resposta e as crenças dos pacientes e seus familiares interferem bastante na hospitalização e na tomada de decisões. Desta forma, o psicológico deve ouvir e buscar compreender de que forma tais crenças estão interferindo e explicando comportamentos, medos, angústias etc.” (FMLF24 - Espírita).

“No contexto hospitalar, os pacientes diante do adoecimento e do risco eminente de morte, se desnudam. Costumam recorrer de todas as formas a um credo... e os profissionais envolvidos no processo precisam ser mediadores, tendo em vista resolução de possíveis pendências nas várias dimensões físicas e espirituais” (MSVF41 - Católica).

“Acredito que em hospital, entre todos os lugares de atuação do psicólogo, é o local onde mais os pacientes buscam uma força superior, mesmo os que não são religiosos, é o momento do luto, da barganha, eles se agarram a isso intensamente, é fácil perceber que a

medida que o problema vai se resolvendo o assunto fica menos recorrente. Acredito ser importante acolher, cada um na sua fé e estar aberto a ouvir o quanto for necessário. Se manter presente no leito enquanto a mãe faz sua oração para o filho que acabou de partir, sem interferir, apenas estar presente” (DPFFF39 - Protestante/Evangélica).

Alguns profissionais se posicionaram considerando o tema ser pertinente de se discutir:

“Considero o tema da pesquisa muito importante. Questionar e refletir acerca da influência religiosidade em nossa atuação, nos faz perceber de que forma estamos conduzindo o nosso trabalho; que acertos e falhas estamos cometendo; como podemos melhorar sem prejudicar nossos pacientes. Falar a respeito do assunto, construir meios de esclarecimento em relação ao trato da religiosidade na prática profissional, mas sem utilizar da religião para influenciar as pessoas; e acolher as diferentes religiões dos pacientes dentro de um contexto saudável e funcional para os mesmos é de grande relevância” (LMB32 - Espiritualismo)

“A temática é relevante, pois tudo que diz respeito ao ser humano deve ser alvo do interesse da Psicologia como ciência e das demais áreas do conhecimento. e em se tratando da religiosidade/espiritualidade não poderia ser excluída. em nossa atuação como profissional essa temática deve ser abordada sempre que o paciente manifestar interesse, de forma responsável e madura, sem intencionar conduzir o indivíduo, de forma proselitista, para esta ou aquela tendência religiosa. Esta dimensão da vida está relacionada com o sentido para existir, independentemente da tradição religiosa. o ser humano busca a transcendência. Parabéns pela iniciativa na pesquisa” (JSPM40 - Católica).

“Achei o tema muito interessante e necessário. Sou especialista em Psicologia Analítica Junguiana, onde a espiritualidade é bastante importante para a compreensão dos processos psicológicos. Tenho a minha fé, sou católica, mas estudo várias religiões, pela necessidade de acolher os pacientes das mais variadas religiões que chega ao consultório. Porém o tema espiritualidade só é trabalhado, quando o paciente traz como uma questão dele. O paciente é acolhido na sua necessidade e na sua fé, pois é conteúdo dele. Quando o paciente leva sua espiritualidade como questão, isso contribui bastante para o processo terapêutico. Proporciona mais uma forma de acesso” (PMFF41 - Católica).

Alguns profissionais (11), contudo, posicionaram-se quanto ao desconforto em relação à temática e o posicionamento do Conselho Federal de Psicologia:

“Sou cristão e me sinto intimidado com a rigidez com o os conselhos de psicologia lidam com o tema. Creio que deva haver uma maior discussão entre os limites da fé e o do cuidado em saúde mental, pela via da educação e não da punição” (LCSVJ27 – Protestante/Evangélica).

“Religiosidade, sexualidade tornou-se tabu em nossos dias de trabalho, temos sempre muito medo de discussões devidas as inúmeras ameaças sofridas por profissionais pelo conselho de psicologia. Assim, alguns debates são velados, pois estes profissionais têm medo de discutir certos assuntos, e o paciente levar para algum conselho. E os conselheiros geralmente não estão trabalhando na área, mas estão lá fiscalizando. Há que se ter um profundo debate, fazer com que a psicologia seja uma área de pesquisa, e não um "pode e não pode", como é apregoadado por alguns conselheiros. Religião está em nosso dia a dia. Não dá para fugir” (ALCJVMM33 - Católica).

“Sei também que existe um movimento nacional, comandado principalmente pelo CFP, de perseguição às religiões cristãs (não entendo o espiritismo como cristã) mas que todas as outras religiões são consideradas belas e boas. Meus professores, na grande maioria ateus, humilhavam e perseguiam os crentes, e vejo isso como uma prática bastante difundida em certas esferas. E essa perseguição só vale para os cristãos, pessoas do candomblé, por exemplo, são até colocadas na posição de superioridade moral ou intelectual. Em toda a minha formação, muito da minha prática e quase a totalidade da minha relação com o Conselho foi de perseguição à minha religião. Certamente tem motivação política, pois não acredito que psicólogos religiosos sejam uma minoria no Brasil, mas são nas posições de comando do Conselho. É por isso que evito o contato com o Conselho o mais que posso, pois ele não defende os interesses dos profissionais, aderiu a todo tipo de militância identificada com as esquerdas (sou de direita) e claramente persegue quem não se alinha com seu ateísmo ou visão política. Para falar a verdade eu desprezo o Conselho, não entro em seu site e ignoro toda e qualquer orientação porque sei que ele não representa a profissão, mas sim uma certa visão ideológica de fundo perseguidor que eu abomino. Eu revelo essa minha posição aos meus alunos, mas não me coloco como dono da verdade. Também desconfio no geral dos objetivos deste tipo de pesquisa que estou respondendo agora. Quase todas as vezes que vi religião e psicologia num mesmo trabalho acadêmico, a religião sai como responsável por todo o mal do mundo, ao melhor estilo Dawkins, e apenas decidi participar para poder acompanhar e ter o direito de saber o desenrolar da pesquisa. Me pergunto se meu questionário será excluído por causa disso ou qualquer outro motivo falso que oculte o fato de que uma resposta religiosa coerente é ruim para a militância do Conselho e da grande maioria das pesquisas” (AEMRM31 - Protestante/Evangélica).

“Como profissional da área, percebo muitas vezes um posicionamento do próprio Conselho Federal/Regional contrário à religiosidade e/ou espiritualidade. Uma inferência que faço é que com frequência se posicionam contra à prática cristã, enquanto outros psicólogos que defendam outras religiões não sofrem tal pressão por parte do Conselho. A espiritualidade é real e acontece independentemente de religiões ou aceitações de entidades. Estudar sobre essa temática é suma importância para compreendermos melhor a subjetividade, espiritualidade e processo de saúde-doença da humanidade. Parabéns pela pesquisa” (EBMCM28 - Protestante/Evangélica).

“Sinto-me meio receosa de articular e dialogar sobre a temática religiosidade/espiritualidade em minha prática clínica, pois percebo certa intolerância por parte da categoria quanto às premissas e perspectiva da minha religião. Tenho a impressão que se articular qualquer entendimento sobre essa temática, poderei ser rechaçada numa espécie de movimento de "caça às bruxas"” (MPMSF34 - Protestante/Evangélica).

“Acho que o CRP deveria observar mais para essa área. Muitas vezes parece que simplesmente a ignoram” (VMSM26 - Protestante/Evangélica).

“Me incomoda a postura do CRP em proteger alguns psicólogos de determinada religião e ‘perseguir’ outros” (ARDF36 - Protestante/Evangélica).

“No momento, decepcionada pelo distanciamento que há entre a psicologia e a religião. Há uma total desconsideração com a religiosidade do psicólogo e suas crenças. Estou repensando se quero voltar à prática clínica ou se sigo só na docência. As posições do CFP não são imparciais e flexíveis. Isto me entristece” (DAF56 - Protestante/Evangélica).

6.3.5 Treino

Alguns comentários trouxeram a importância do contato com a temática, a necessidade de se ampliar os conhecimentos acerca da relação R/E e psicologia/saúde.

“Penso que o psicólogo deve entender ao menos um pouco sobre espiritualidade/religiosidade a fim de compreender melhor o paciente se este trazer o tema como algo importante em sua vida. Além disso, o psicólogo jamais deve "misturar" sua crença pessoal com sua prática profissional, ou seja, jamais deve impor ou sugerir suas crenças ao paciente e sim entender o quanto e de que forma a espiritualidade/religiosidade é importante para o paciente, quando este trazer esta demanda” (FCBF31 - Católica).

“A psicologia é laica no Brasil e assim deve continuar, o que não impede os psicólogos de ter sua própria religião ou espiritualidade, e muito menos de estudar as religiões para compreender a sua influência sobre o sofrimento psíquico” (JLASM59 - Ateu).

“Importante compreender sobre Psicologia e Religião” (ARLP43 - Católica).

“Penso que existe uma grande falta de conhecimento acerca das religiões da parte dos psicólogos, que são educados para ter uma visão tipicamente secularista. Isso gera frequentemente grande desrespeito às crenças dos pacientes, em especial da parte de psicólogos que se creem mais entendidos de religião, como os junguianos - estes, no caso, não percebem que toda a sua visão acerca da espiritualidade está enviesada pelo ceticismo de Jung que reduz tudo ao seu efeito psíquico e invalida toda a metafísica. Isso acontece com a maioria das abordagens” (GGM22 - Católica).

“A Psicologia precisa atualizar-se sobre o tema, mais que religiosidade o tema espiritualidade” (GNLF49 - Espírita).

“Os profissionais de saúde deveriam ampliar seu conhecimento sobre a espiritualizada e religiosidade de seus pacientes, porém demonstram medo em lidar com o tema. Ciência e religião podem ser complementares. Alguns estudos mostram que a religião pode criar problemas para as pessoas e isso é verdade, porém remédios, terapias e procedimentos, também podem se não forem bem aplicados ou mal prescritos, mas nem por isso as prescrições e procedimentos são tirados do processo de restabelecimento da saúde. Quanto a possibilidade da religião trazer mais malefícios que benefícios, isso poderia ser resolvido quando a educação neste país tivesse uma melhor qualidade e ensinasse de fato as pessoas a pensar e fazer análises críticas sobre o que veem e ouvem” (MAGF55 - Espírita).

Alguns comentários (49) reforçaram a necessidade da inclusão da temática R/E nos currículos da psicologia:

“Apesar de não atuar na área e fazer mestrado, penso que a questão religiosa deveria ser mais discutida em sala de aula ou mesmo no próprio curso de um modo geral, tendo em vista que a religião é um grande formador de opinião e posicionamentos. O psicólogo deve estar preparado para conter suas crenças e conseguir compreender a de seus pacientes para compreender como lidar com isso, inclusive em momentos que o paciente tenta entrar nesse assunto. Além disso esclarecer ao estudante de psicologia que não deve confundir suas crenças com a compreensão das teorias” (MCMF25 - Ateu).

“Considero a espiritualidade como aspecto integrante do desenvolvimento do Ser. E gostaria que o tema fosse incluído nos currículos de graduação. Parabéns pela iniciativa” (CVSMF45 - Espírita).

“É necessário introduzir no currículo da formação do psicólogo a temática E/R” (CFFM48 - Espírita).

“Deveria estar presente nas grades curriculares dos cursos de psicologia. Nas entrevistas iniciais sempre é importante perguntar ao paciente sobre sua religião, pois é algo que pode trazer saúde ou não, depende de caso a caso, é algo que pode ser trabalhado nos atendimentos” (ACAFF31 - Espírita).

“Acredito que a graduação deveria discutir de maneira sistemática sobre a religiosidade/espiritualidade humana. Trata-se de um tema geralmente muito relevante na vida das pessoas e é necessário que o profissional entenda melhor sobre as diversas práticas religiosas/espirituais para estabelecer um diálogo com seu cliente” (SRFM35 - Agnóstica).

“Considero importante a abordagem curricular do tema. A ciência reconhece que a fé traz melhoras em alguns casos de pacientes com câncer. O profissional precisa saber escutar sem preconceito, identificar extremismos religiosos em saúde mental e atuar em situações de emergências, uti, lutos e cuidados paliativos” (MMPFSF57 - Católica).

“A religião é tema pouco tratado nas faculdades de Psicologia e percebo muitos colegas temendo falar desse tema, embora também faça parte da vida” (DBBSF47 – Protestante/Evangélica).

“Considero importantíssimo que se incentive o estudo da psicologia da religião para a formação do psicólogo, seja ele clínico ou não, na medida em que toda cultura possui alguma forma de religião e, portanto, esta constitui um aspecto fundamental da experiência humana” (BPAM27 - Católica).

“Acho pertinente a introdução deste assunto no mundo acadêmico em função da existência maciça religiosa no Brasil” (MGLM44 - Católica).

“A pergunta sobre uma educação continuada em religião e psicologia é fundamental para ajudar a pensar práticas e intervenções em psicologia e que precisa estar na formação do profissional de psicologia tanto quanto o conhecimento de políticas públicas dirigidas a quaisquer seguimentos, não somente pela intensificação dos grupos de intolerância às religiões, como pela importância que elas possuem na saúde, na cultura, educação... enfim, para uma vivência harmônica e equilibrada das pessoas e com as pessoas” (LXSF36 - Cristã).

7. DISCUSSÃO

Segundo nosso conhecimento, este é o maior estudo já publicado (n=4300) sobre R/E entre profissionais de saúde mental. Amostra bem maior que os maiores estudos já publicados com psicólogos (na Alemanha, n=895) (Hofmann, Walach, 2011) ou com psiquiatras (no Canadá, n=1204) (Baetz et al., 2004). Outro aspecto positivo em relação à representatividade da presente amostra é o fato de que a proporção de mulheres e de respondentes por estado se assemelha à distribuição de psicólogos por sexo e estados no Brasil (tabelas 6 e 7). Houve participação de profissionais de todas as 23 regiões do CFP. Destaca-se a participação de profissionais da região 6 (São Paulo), maior região dentro dos conselhos regionais de psicologia no Brasil, responsável por 25% da amostra deste estudo, seguido da região 4 (Minas Gerais) a terceira maior dentro dos conselhos, responsável por outros 15% da amostra.

A Psicologia é reconhecida, no Brasil, enquanto profissão predominantemente feminina desde os primeiros estudos representativos sobre a profissão em 1975, afirmada em 1980 pelo CFP (86% feminino), pela pesquisa de opinião com psicólogos inscritos no Conselho Federal de Psicologia realizada pelo IBOPE em 2004 (91% feminino), pela pesquisa nacional sobre a profissão de psicólogos no Brasil em 2006 (83,3% feminino) e reafirmada pelo infográfico do CFP em 2018 (85,19% feminino) (Bastos, Gondim, & Rodrigues, 2010; Conselho Federal de Psicologia, 1988; Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística, 2004; Mello, 1976). A presente pesquisa reflete esse traço característico da profissão, com maioria dos respondentes sendo do sexo feminino (80,4%), também numa proporção muito próxima às dos outros levantamentos de psicólogos brasileiros.

Há um elevado nível de escolaridade entre os respondentes da presente pesquisa (83,9% com algum tipo de pós-graduação), diferindo dos resultados da pesquisa entre psicólogos realizada pelo IBOPE em 2004, onde 42% responderam que não fizeram ou não estavam fazendo pós-graduação, 49% estava fazendo ou havia feito especialização, 7% estava fazendo ou havia feito mestrado e 2% estava fazendo ou havia feito doutorado (Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística, 2004). Contudo, os resultados da pesquisa sobre o trabalho do psicólogo no Brasil, realizado em 2006 pelo Grupo de Trabalho de Psicologia Organizacional e do Trabalho (PO&T-ANPEPP), onde 47,4% dos psicólogos já frequentou ou frequentava especialização, 18,4% eram mestres ou mestrandos e 5% eram doutores ou

doutorandos, estão mais próximos dos achados da nossa pesquisa (Yamamoto, Souza, Silva, & Zanelli, 2010).

Em relação à população geral brasileira, a presente amostra já está em um grupo privilegiado, enquanto pertencente aos 11,3% da população com mais de 25 anos de idade com ensino superior completo, independentemente de ter ou não uma pós-graduação. Quando se volta o olhar para a pós-graduação, fica ainda mais evidente que a amostra difere em escolaridade da população geral, tendo que no último censo brasileiro (2010) mestres e doutores eram, respectivamente 4,2% e 1,6% dentre aqueles que possuíam “pelo menos nível superior de graduação concluído” (IBGE, 2010, p. 116).

A maioria dos profissionais está atuando na prática clínica (67,2%), e as abordagens mais utilizadas são Psicanálise (28,45%), Eclética/Integrada (24,77%), Cognitivo-Comportamental (18,75%). As abordagens teórico-metodológicas dos psicólogos brasileiros em 2006, estavam distribuídas da seguinte forma: psicanalítica (20,2%), humanista (14,9%), comportamental (13,6%), sócio histórica (12,8%) e cognitivista (12,7%) (Gondim, Bastos, & Peixoto, 2010). O surgimento, em nossa amostra, de terapeutas Cognitivo-Comportamental ocupando a terceira posição pode se relacionar com os achados de Norcross e Karpiak (2012), que identificaram o uso de modalidades terapêuticas de orientação cognitiva subindo de 6% em 1981 para 31% em 2010, nos EUA (Norcross & Karpiak, 2012). Norcross já assinalava em 2002 uma previsão de que as teorias cognitivo-comportamental, cognitiva e eclética/integrativa aumentariam mais, enquanto psicanálise clássica e análise transacional declinariam (Norcross, Hedges, & Prochaska, 2002). Somados os referenciais cognitivo, cognitivo-comportamental e comportamental representam 24,64% da nossa amostra.

7.1 R/E PESSOAL

Uma das discussões sobre R/E em saúde é o quão religioso o profissional é em relação ao seu paciente, bem como em relação à população em geral. Embora a maioria absoluta dos psicólogos (78,3%) tenha declarado uma afiliação religiosa, tal frequência é menor que a da população brasileira geral (93%) (IBGE, 2010).

Além disso, em comparação com o Censo de 2010, há menor proporção de católicos (35,6% x 64%) e evangélicos (13,1% x 22%) e maior de espíritas ou espiritualistas (21,4% x 3%). Em pesquisa com psiquiatras brasileiros, resultados próximos foram

encontrados, com católicos (31,2%) e evangélicos (7,4%) também em menores proporções que a população geral e maior número de espíritas (18%) (Menegatti-Chequini et al., 2016). Além dessas diferenças, nossa amostra possui quase três vezes mais pessoas ateus, agnósticas ou sem definição de religião (19,5% x 7%), quase três vezes mais outras religiões (8,3% x 3%) que a população geral.

Pouco menos da metade frequenta a igreja, templo ou encontros religiosos pelo menos de 2 a 3 vezes por mês, o que também demonstra uma diferença em relação à população geral - 65% pop. geral em 2007 e 67% pop. geral em 2013 afirmaram frequentar ao menos quinzenalmente (Datafolha, 2007, 2013). Há uma menor crença em Deus (81% x 97%), mas as crenças em vida após a morte (60,8% x 60%) e em reencarnação (39,2% x 37%) são muito próximas às da população geral (IBGE, 2010).

Ainda em relação a essas crenças, em estudo realizado entre 2011 e 2012, com 262 pacientes internados e 389 acompanhantes, em hospitais público/universitário e privado na cidade de porte médio Juiz de Fora/MG, encontrou-se em 88,2% da amostra a crença "há algo além da matéria" (x 81% da nossa amostra), em 78,2% que "após a morte do corpo físico, algo de nós permanece" (x 60,8% da nossa amostra) (Curcio & Moreira-Almeida, 2018). De acordo com o World Values Survey, a crença em vida após a morte está presente em grande parte da população mundial (Inglehart et al., 2014), ainda assim, por serem temas ausentes na grande maioria das formações em psicologia, estão em sua maioria, fora da investigação clínica.

As crenças em vida após a morte podem ser vistas como um componente central de muitos sistemas religiosos. Elas fornecem significado para a vida atual, bem como um sentido de continuidade da vida (Stark e Bainbridge, 1996). Um estudo nacional, com 1403 americanos adultos encontrou relação inversamente significativa entre a crença na vida após a morte e seis medidas de sintomatologia psiquiátrica (ansiedade, depressão, obsessão-compulsão, paranoia, fobia e somatização), mesmo após o controle de variáveis demográficas e outras variáveis conhecidas por influenciar a saúde mental. Se a vida transcende à morte, problemas de saúde, financeiros e de relacionamento podem parecer menos ameaçadores. E as preocupações materiais também podem parecer menos prementes se a maior preocupação for o bem-estar espiritual (Flannelly, Koenig, Ellison, Galek, & Krause, 2006).

Como visto, mais de um terço da nossa amostra, bem como da população geral, acreditam em reencarnação. Tal crença diz de um ciclo contínuo de aprendizado e evolução através de vidas sucessivas, as dificuldades são transitórias e podem ser superadas quando suas lições forem absorvidas (Peres, 2012). Reconhecer essa crença, quando presente no paciente, pode ajudar a desenvolver a resiliência, como já relatado na literatura, através de reinterpretção positiva,

otimismo, processamento cognitivo, afeto positivo e desenvolvimento de virtudes (Linley & Joseph, 2004).

Nossas crenças religiosas nos fornecem princípios e valores que dão forma a julgamentos e processamento de informações e, por vezes, ordem e compreensão a eventos diversos. Elas envolvem a forma como as pessoas buscam compreender o significado da vida, influenciando a interpretação de eventos traumáticos e a forma de lidar com eles, promovendo resiliência e comportamentos como a aprendizagem positiva da experiência, o amparo e a autoconfiança em lidar com as adversidades (Carone e Barone, 2001, Moreira-Almeida e Koenig, 2006). O conhecimento e valorização dos sistemas de crenças dos nossos clientes contribuem para o andamento da psicoterapia, bem como afeta positivamente o resultado das intervenções (Giglio, 1993; Razali et al., 1998; Sperry e Sharfranske, 2004). O manejo religioso, de acordo com Pargament et al. (1997) pode ajudar as pessoas a encarar suas limitações pessoais e irem além de si mesmas em busca de solução.

Aspectos afirmados, para além da religião, mas condizente com uma prática R/E, foram a alta frequência de crença em Deus (81%), práticas de preces (62,3%) e crenças R/E por trás da maneira de viver a vida (62%), sentir a presença de Deus (75,1%), ter suas crenças religiosas por trás de sua maneira de viver a vida (62%). Esses resultados reforçam a observação de que embora os profissionais tenham frequentemente menor níveis de envolvimento com instituições religiosas que a população geral, apresentam altos níveis de R/E não organizacional e religiosidade intrínseca (Baetz et al., 2004; Bergin & Jensen, 1990; Carlson et al., 2002; Delaney et al., 2007).

Nossos dados indicam que a religiosidade é consideravelmente ou muito importante para 67,4% dos psicólogos, um alto nível, mas também menor que na população geral (83%) (Moreira-Almeida et al., 2010). Em pesquisas anteriores realizadas nos EUA, a religiosidade aparece enquanto importante para 49% dos 68 profissionais investigados em 1985 (Shafranske & Malony, 1985), moderadamente ou extremamente importante para 74% dos 237 psicólogos clínicos e conselheiros entrevistados em 1998 (Bilgrave & Deluty, 1998) e importante ou muito importante para outros 52% dos 258 psicólogos investigados em 2007 (Delaney et al., 2007).

Quanto a importância da espiritualidade, nossos resultados se aproximam dos achados dos levantamentos realizados nos EUA, com 71% dos profissionais investigados assinalando entre sete (18%) e nove (34%), numa escala em que 1=Não importante e 9=Extremamente importante. Em vários levantamentos com psicólogos dos EUA, a espiritualidade foi indicada como relevante para a vida pessoal para a maioria dos investigados, variando de 52% a 95%. Esse alto valor (95%), pode estar associado à prática profissional

desses investigados, uma amostra de terapeutas familiares e de casais (membros da AAMFT) nos EUA (Carlson et al., 2002; Delaney et al., 2007; Rosmarin et al., 2013; Shafranske & Gorsuch, 1984; Shafranske & Malony, 1985, 1990).

Ao buscar pelos possíveis preditores sociodemográficos de R/E pessoal, bem como da importância da religiosidade e da espiritualidade, observou-se que a idade foi preditora para todas as variáveis. O padrão da experiência religiosa parece se alterar durante o ciclo da vida, com variações na intensidade e na qualidade do envolvimento religioso ao longo da vida (Dalgalarrodo, 2008).

São diversas as propostas de explicação para as diferenças encontradas entre idade e compromisso religioso: as novas gerações se tornam menos religiosas à medida que as preocupações coletivas sobre a sobrevivência no dia-a-dia se tornam menos difusas e os eventos trágicos se tornam menos frequentes; a educação poderia reduzir a identidade e a prática religiosa, como as gerações mais jovens tendem a receber mais educação do que seus pais e avós, esse aumento na educação pode ser parte do motivo pelo qual os jovens adultos são menos religiosos; as diferenças no compromisso religioso refletiriam mudanças durante o curso da vida, os jovens adultos frequentemente começam menos religiosos do que os mais velhos, mas tendem a se tornar mais devotos à medida que envelhecem, têm filhos e começam a enfrentar sua própria mortalidade - envelhecer e chegar ao fim da vida pode produzir um sentimento de preocupação existencial em um indivíduo, independentemente de quão confortáveis sejam as condições em seu país. Essas explicações não são mutuamente exclusivas (Pew Research Center, 2018).

Outra teoria, tirada da psicologia, é que as pessoas realmente desenvolvem novos valores durante as décadas posteriores da vida, distintas dos valores da meia-idade, levando a uma maior espiritualidade e satisfação – a gerotranscendência. Os apegos religiosos tendem a atingir o pico durante a adolescência, declínio através da idade adulta jovem e média e, em seguida, aumentam durante a maior parte da idade adulta tardia. O indivíduo que se move em direção à gerotranscendência experimentaria uma série de mudanças, como redefinição do eu e dos relacionamentos com os outros, bem como novo entendimento das questões existenciais fundamentais (Tornstam, 2011).

De acordo com Fraas, o ponto de partida de toda religiosidade é a vivência religiosa. A fé surgiria da relação entre Deus e o ser humano, e se concretizaria no viver diário, por meio de “mudanças de comportamento em termos pragmáticos, afetivos e cognitivos. [...] Não é a fé que se desenvolve, mas sim a pessoa crente em suas formas de vida, em seus modos de expressão, em sua capacidade ideativa etc.” (Fraas, 1997, p.47).

O crescimento na fé aconteceria pelo aprendizado, pela relação de intimidade e pela vivência da fé. O aprendizado ocorrendo a partir de linguagens próprias a cada fase do desenvolvimento, com o objetivo de auxiliar na apropriação e aplicação desses conteúdos em suas vidas. A relação de intimidade, que se desenvolve pela afetividade, é quando as pessoas conseguem sentir o amor e o cuidado de Deus com elas e pelas pessoas que elas amam. A relação de amizade com Deus e com outras pessoas contribui para a formação de identidade, o sentimento de pertencer a um grupo, a geração de autonomia e o crescimento na fé. A vivência da fé diz da dimensão prática, avança-se do campo das ideias e dos sentimentos para o campo das ações, da prática de vida (Fraas, 1997).

Partindo inicialmente da visão geral do desenvolvimento pessoal de Piaget (Seis estudos de psicologia, 1967), da pesquisa sobre os Estágios da Fé (Fowler, 1992), dos estágios do desenvolvimento moral de Kohlberg e os do desenvolvimento psicossocial de Erikson, Amatuzzi (2015) propõe um desenvolvimento religioso em nove etapas:

- etapa do bebê (0 a 1,5 anos): onde a religião é apenas a da família; haveria uma potencialidade religiosa, implícita na confiança básica (que é a experiência básica desta fase do desenvolvimento);
- etapa da criança (2 a 6 anos): apropriação da religião familiar através de símbolos, ritos, imagens; símbolos dotados de um poder absoluto, linguagem enquanto separação e reconstrução simbólica do ausente;
- etapa do menino/menina (7 aos 12 anos): apropriação a partir do sentido de narrativas; percepção da possibilidade de influenciar através de preces, ritos, obediência a preceitos;
- etapa do adolescente (13 aos 18/20 anos): começa a ser questionada como toda a identidade recebida; busca de uma religião definida a partir de exercício de papéis escolhidos; o enraizamento está associado ao grau de pessoalidade das escolhas, sendo a escolha, ou sua possibilidade, a experiência básica desta fase;
- etapa do jovem adulto (18/20 aos 30 anos aproximadamente): não se sustenta mais uma religião ou um sistema de crenças que não seja fundamentada racionalmente e experiencialmente; havendo intimidade no campo religioso, inicia-se uma aproximação maior entre religião e vida, sendo a intimidade a experiência básica desta fase;

- etapa do adulto (dos 25/30 aos 40/45 anos mais ou menos): expandindo-se criativamente em atividades externas ou internas; há tendência a se aprofundar, aproximando o sistema de crenças e orientação com a vida concreta da pessoa, sendo o gerar e cuidar as experiências desta fase;
- etapa do adulto maduro (dos 40/45 aos 60 anos aproximadamente): superação dos aspectos rígidos e estereotipados e concentração numa vivência mais pessoal, e menos fixada nas exterioridades; aumenta a integração da religião com a vida, sendo a liberdade e o sentido pessoal as experiências básicas;
- etapa do adulto mais velho (dos 60 aos 80 anos mais ou menos): torna-se expressão da relação experimentada na humanidade diante do mistério; integração, onde viver é estar ligado;
- etapa da proximidade da morte: relativizada ao seu objeto, assumindo seu caráter de expressão da relação quase direta com o mistério; entrega total e confiante;

Pode-se pensar, então, para além de um amadurecimento cognitivo e com isso relacionamentos pessoais e sociais mais maduros, a R/E pessoal e idade relacionam-se com tais questões do desenvolvimento religioso.

Maior escolaridade foi preditora de menor frequência religiosa, menor frequência em atividades religiosas e menor religiosidade intrínseca. Dados do Pew Research Center surveys, 2008 – 2017, trazem que compromisso religioso é menor em países com ensino superior, maior PIB e maior igualdade de renda (Pew Research Center, 2018).

Caplovitz e Sherrow (1977) relacionam a maior escolaridade com maior apostasia, que o tipo de faculdade também contribui para isso. De acordo com esses autores, na maioria das faculdades, os estudantes são expostos a ideias que questionam seriamente as crenças religiosas fundamentalistas, além de representar uma fase de afastamento da família e incorporação em uma cultura de pares. Paiva (2000) traz que as razões para se manter ou não uma determinada crença religiosa não teria relação com a ciência propriamente dita, mas sim por questões de “exigências éticas e morais, obrigações culturais” (p.118). De acordo com o autor, as exigências de dedicação em cada uma dessas áreas (acadêmica e religiosa) tornaria difícil, para quase todas as pessoas, “a excelência simultânea em ambas” (Paiva, 2000, p. 117).

A maior escolaridade também foi preditora de maior ênfase nos aspectos negativos da relação R/E e saúde. Neste ponto, nos chama atenção o fato dos profissionais com maior

escolaridade apresentarem crenças contrárias às robustas evidências existentes. Nossa hipótese é que isso pode estar relacionado à falta de abordagem de tais evidências/pesquisas no treinamento em pós-graduação ou até mesmo em um viés antirreligioso que se mantém na formação profissional.

7.2 R/E E PRÁTICA PROFISSIONAL

Para nossa amostra ficou evidenciado que a principal área de atuação é a Psicologia Clínica (67,2%), seguida da Psicologia Social (26,2%) e Psicologia Organizacional e do Trabalho (19,3%). Esses dados se assemelham aos dados brasileiros, já que de acordo com a pesquisa realizada pelo IBOPE, clínica era a principal área de atuação para a maioria (55%) dos profissionais da psicologia, seguida da área organizacional/institucional (17%), educacional (11%), políticas públicas de saúde (11%), docência e pesquisa (5%) e jurídica (1%). Gondim, Bastos e Peixoto (2010), encontraram dados semelhantes, sendo a clínica com 53,9%, saúde com 20,2%, organizacional com 18,1%, educacional com 7,1%, docência 10,5%, social com 3,5% e jurídica com 1,6%.

Dentre os possíveis preditores sociodemográficos, a maior idade esteve diretamente relacionada com todas as variáveis de crenças sobre o efeito da R/E na saúde, da abordagem e do entendimento da relevância dos aspectos R/E na prática clínica. Além disso, homens apresentam menor relação com a R/E pessoal, com as crenças sobre o efeito da R/E na saúde e da abordagem da R/E na prática clínica do que as mulheres, não diferindo significativamente apenas nas variáveis RO e “considerar a R/E relevante à prática”. Homens tem, também, mais chances de se apegarem aos aspectos negativos da relação R/E e saúde, como por exemplo pensar que a R/E causa culpa, ansiedade ou outras moções negativas.

A consistência, na maior parte das culturas, da diferença no padrão e intensidade da religiosidade entre os sexos vem sendo demonstrada em algumas pesquisas (Krause, Elison, & Marcum, 2002; Miller & Hoffmann, 1995; Stark, 2002). Globalmente, as mulheres são mais devotas do que os homens por meio de várias medidas padrão de comprometimento religioso, contudo *The Gender Gap in Religion Around the world* - Pew Research Center (2016), revela uma relação mais complexa entre religião e gênero do que tem sido comumente assumida.

Em todas as medidas padrão de compromisso religioso examinadas no estudo, as mulheres cristãs são mais religiosas do que os homens cristãos. Por outro lado, mulheres

muçulmanas e homens muçulmanos mostram níveis semelhantes de religiosidade em todas as medidas de compromisso religioso, exceto a frequência de comparecimento aos cultos. Por causa das normas religiosas, os homens muçulmanos frequentam os serviços em uma mesquita com muito mais frequência do que as mulheres muçulmanas. Globalmente, as mulheres têm mais probabilidade de se afiliar a uma fé religiosa. Entre os cristãos, as mulheres frequentam mais os serviços religiosos, mas entre os muçulmanos e os judeus ortodoxos, os homens frequentam mais. Níveis mais altos de frequência semanal entre muçulmanos e judeus são devidos em grande parte às normas religiosas que priorizam a participação dos homens no culto. Quanto à importância da religião, em 46 dos 84 países para os quais existem dados disponíveis, mulheres e homens têm a mesma probabilidade de dizer que a religião é "muito importante" em suas vidas (Pew Research Center, 2016).

Estudiosos da religião têm examinado possíveis razões para as lacunas de gênero no compromisso religioso por algum tempo e trazem diferentes fontes possíveis: biologia, psicologia, genética, ambiente familiar, status social, participação da força de trabalho e falta de "segurança existencial". Há um consenso crescente na comunidade acadêmica de que essa lacuna de gênero religioso provavelmente deriva de uma confluência de múltiplos fatores.

Uma das primeiras explicações seria o processo de socialização das meninas e o papel atribuído às mulheres adultas, como criar, cuidar e educar (Walter & Davie, 1998). Ainda sobre processo de socialização, estariam os estudos sobre construção social de gênero, com alguns trabalhos sugerindo que a base para a associação de gênero e religiosidade reside profundamente no gênero em si, observando que homens homossexuais e mulheres heterossexuais seriam mais religiosos que homens heterossexuais e mulheres homossexuais (Francis, 1997; Francis & Wilcox, 1998; Sherkat, 2002; Thompson, 1991).

Miller e Stark (2002) questionam as explicações culturais e sociais. Trazem que elas vêm se mostrando inadequadas, tendo que em sua ampla revisão de dados norte-americanos e internacionais, constataram que a maior religiosidade das mulheres é um fenômeno que se mantém nas mais variadas culturas e agrupamentos sociais. Stark (2002, 2017) afirma ser a contragosto que ele parte para uma explicação mais fisiológica, da psicologia evolucionista, convidando demais pesquisadores, inclusive, a demonstrarem que ele está enganado ao considerá-la.

Partindo das pesquisas de Miller e Hoffmann (1995), Miller e Stark (2002) e Stark (2017) consideram que, para além do tipo de socialização recebida, os homens seriam menos religiosos pelos mesmos motivos em que estão mais engajados em comportamentos de risco. Esses motivos podem ser explicados a níveis sociais - meninos têm sido tipicamente

encorajados a correr riscos, enquanto as meninas têm sido encorajadas a ser passivo e gentil e que comportamentos que envolvem risco físico são historicamente definidos enquanto comportamentos masculinos. Contudo, de acordo com os autores, não se pode deixar de lado o componente biológico – evidências de efeitos hormonais, onde níveis de testosterona estão fortemente relacionados com os comportamentos impulsivos e de risco.

Para Miller e Stark (2002) a irreligiosidade faz parte do quadro de comportamentos de risco, tendo que pessoas mais propensas a se engajar em comportamento de risco seriam menos propensas a afiliações religiosas. Contudo, e apesar de uma predisposição a encontrar tais respostas a nível fisiológico, Stark (2002), problematiza dizendo que até mesmo os evolucionistas mais doutrinários não afirmariam que homens normais são tão intrinsecamente violentos e agressivos que estariam fora do alcance de influências socializadoras. Cabe maior investigação sobre tais construções e os autores acima acreditam que a pergunta de pesquisa mais adequada não seria “o que há nas mulheres que faz com que sejam mais religiosas?”, mas sim, “o que há nos homens que os tornariam menos religiosos?”.

Contudo, a constatação de que as mulheres não são universalmente mais religiosas do que os homens, dá suporte a explicações sobre a lacuna religiosa entre os sexos que incluem as forças sociais e culturais e não apenas as forças biológicas ou evolutivas. Baseando-se em dados de mais países de maioria muçulmana e países não europeus do que estudos anteriores, o relatório demonstrou que a disparidade de gênero não é consistente em todas as sociedades ou tradições religiosas. As diferenças no compromisso religioso entre homens e mulheres variam consideravelmente em todo o mundo (Pew Research Center, 2016).

Isso não significa que as explicações que se apoiam fortemente na biologia ou evolução possam não ajudar a explicar a lacuna religiosa entre gêneros e sua prevalência em todo o mundo. Mas sugere que fatores sociais e culturais, como tradições religiosas e participação da força de trabalho, desempenham um papel importante na formação da lacuna religiosa entre os gêneros (Pew Research Center, 2016).

A frequência religiosa ≥ 1 vez por semana, envolvimento em atividades religiosas individuais ≥ 1 vez por dia e religiosidade intrínseca enquanto “verdade ou totalmente verdade” foram preditoras de crença pessoal sobre o efeito benéfico da R/E para a saúde mental. Elas também foram preditoras dos pensamentos a respeito de como a R/E afeta o enfrentamento em saúde; e das respostas positivas a assuntos R/E. A crença em Deus, em reencarnação e em vida após a morte, também foram preditoras do efeito benéfico da R/E para a saúde mental.

Religiosidade intrínseca enquanto “verdade ou totalmente verdade”, crença em reencarnação e importância da espiritualidade foram preditoras de perguntar sobre R/E.

Frequência religiosa ≥ 1 vez por semana, envolvimento em atividades religiosas individuais ≥ 1 vez por dia e religiosidade intrínseca enquanto “verdade ou totalmente verdade”, crença em reencarnação e importância da espiritualidade foram preditoras de considerar R/E relevantes na prática profissional.

Há argumentação de que as crenças religiosas influenciam a prática terapêutica de profissionais comprometidos religiosamente, fornecendo uma estrutura abrangente e integrada de significado, ética e prescrições para a atuação (Bergin 1980, 1991; Jones 1994; Strupp 1978). Algumas pesquisas, assim como a nossa, têm gerado evidências que sustentam essa afirmação: a postura pessoal do psicólogo em relação à espiritualidade influencia a percepção da espiritualidade como relevante no trabalho clínico; profissionais reportam que suas crenças pessoais ajudam a serem terapeutas efetivos; que suas crenças religiosas influenciam sua prática profissional, bem como sua prática profissional influencia suas crenças religiosas; que suas crenças religiosas relacionavam-se com os julgamentos clínicos; que sua religiosidade os torna mais compassivos do que seriam, com maior empatia e respeito por seus pacientes; que a espiritualidade é relevante em sua prática clínica (Baetz et al., 2002; Bilgrave & Deluty, 1998, 2002; Carlson et al., 2002; Gerson et al., 2000; Shafranske & Gorsuch, 1984; Shafranske & Malony, 1985).

Alguns recortes dos comentários dos profissionais, em nosso questionário, ilustram essa argumentação:

“Inevitável que quando o psicólogo vive uma experiência espiritual/religiosa satisfatória ele olhe para seus pacientes com curiosidades neste aspecto. Porém, SEMPRE que pergunto algo diz respeito exclusivamente às necessidades de conhecimento para condução do caso. Penso que este seja o segredo. Perguntar na medida da necessidade terapêutica e ouvir também nesta medida [...]” (JECF30 – Protestante/Evangélica).

“Geralmente os psicólogos que possuem uma religiosidade consolidada oferece na maioria das vezes, uma escuta reflexiva e capacidade de aconselhamento entendendo as particularidades de cada indivíduo[...]” (RDLF30 – Protestante/Evangélica).

“Atendo, em meu consultório, adultos e idosos e optei pela linha teórica Junguiana porque a mesma possibilita o encontro entre ciência e espiritualidade. Não consigo pensar a prática psicológica sem o entendimento da perspectiva do Sagrado na vida do ser humano.” (GMCF63 - Espírita).

“Minhas experiências espirituais são muito significativas para mim. Esses valores me definem como ser humano é com certeza perpassam meus atendimentos. Pois, acredito no ser integral: biopsicossocial e espiritual[...]” (PCPDRF40 - Outras).

Nesse ponto, vale destacar o escrito por Strupp, já em 1978: bons terapeutas são aqueles cuja capacidade empática e habilidades técnicas tornaram-se misturadas de forma a interagir de forma flexível com a constelação única apresentada pela personalidade de cada paciente.

O referencial teórico Cognitivo-Comportamental foi preditor da crença sobre o efeito benéfico da R/E para a saúde mental e de considerar as questões R/E relevantes, já Comportamental e Psicanálise diminuem as chances de crer no efeito benéfico da R/E. Apenas os referenciais Cognitivo e Psicodrama não foram preditores de perguntar sobre R/E; dentre os referenciais preditores, a psicanálise é a de menor taxa (44%).

Em pesquisas anteriores, Bilgrave e Deluty (1998) ao investigar 237 Psicólogos Clínicos e conselheiros doutores da divisão 12, 17, 29 e 32 da APA (EUA), encontraram que a religião de base cristã era preditora de referencial teórico cognitivo-comportamental e que ateus, agnósticos e judeus preditores de referencial psicodinâmicos. Shafranske e Gorsuch (1984) descobriram, investigando 272 psicólogos nos EUA, que terapeutas com orientações tanto junguianas quanto humanistas-existenciais tendiam a concordar que a espiritualidade era relevante para o aconselhamento, enquanto os terapeutas de outras orientações - incluindo cognitivos, comportamentais, e freudiano - tendiam a não ter certeza sobre sua relevância.

De acordo com Fraas (1997), o behaviorismo não teria interesse pela religiosidade. Sua contribuição para o questionamento psicológico-religioso ocorre pela teoria do reforço. O comportamento religioso, apesar de estar envolto a processos de reforço em sua formação, não seria um ponto discutido. A visão de que a religião é simplesmente uma defesa contra o confronto com a realidade, argumentada pelo pai da Psicanálise (Freud, 1996a), ou distorções da percepção como formas “aceitáveis” de lidar com os problemas e que podem prejudicar o comportamento e gerar um custo para a saúde física e psicológica, a despeito das pesquisas atuais, ainda tem ampla aceitação entre os cientistas sociais e profissionais da saúde mental. Quando os psicólogos falam sobre o enfrentamento, o tópico da religião geralmente não aparece (Pargament, 1997).

7.3 TREINO

Menos de ¼ dos profissionais relataram treinamento em R/E, o que pode explicar pelo menos em parte porque a maioria dos psicólogos não considera que as questões R/E sejam

relevantes para o tratamento proposto e cerca da metade dos psicólogos não perguntam ao paciente sobre sua R/E. Interessante destacar que, apesar dessa crença de não relevância para o tratamento proposto, uma maioria de profissionais considera a religião benéfica para a saúde mental.

Em pesquisas anteriores, dados e valores semelhantes foram encontrados acerca do treinamento. A grande maioria dos psicólogos americanos (entre 67% e 81% dos entrevistados) indicaram que pouco ou nenhum treinamento e diálogo sobre espiritualidade ou questões religiosas ocorre dentro da formação de um psicólogo, ou mesmo em treinamentos e cursos (Carlson et al., 2002; Delaney et al., 2007; Rosmarin et al., 2013; Shafranske & Gorsuch, 1984; Shafranske & Malony, 1985).

Enquanto frequência religiosa ≥ 1 vez por semana, envolvimento em atividades religiosas individuais ≥ 1 vez por dia e religiosidade intrínseca enquanto “verdade ou totalmente verdade” e crença em vida após a morte foram preditores de treino, a importância da religião diminuía as chances de treino. Os referenciais teóricos Cognitivo-Comportamental, Eclético, Gestalt, Psicanálise, Psicodrama e outros foram preditores de treino.

7.3.1 Obstáculos à abordagem

A falta de treinamento/conhecimento sobre a temática, afirmada por 75% da amostra e considerada por 31,17% como o maior desencorajante da discussão R/E com os pacientes, não apenas favorece o desconhecimento da importância da abordagem dessa dimensão, como reforça o desconforto geral em discutir os assuntos (16%), o medo de ofender os pacientes (16%) e o medo da não aprovação pelos pares de profissão (7%)-tabela 15.

Genia (2000) vê duas reações que precisam ser cuidadas diante das questões religiosas/espirituais: o psicólogo pode ter medo de explorar os assuntos por desconhecer; ou pode concordar ou discordar totalmente do ponto de vista religioso do paciente. Essas duas reações podem ser observadas nos comentários trazidos por alguns dos profissionais. Diante da falta de treino, há os que se omitem e os que acabam por discordar ou concordar, não só com o ponto de vista do paciente, bem como com a própria inclusão da temática.

“Penso que a religião se torna um tormento para o sujeito e cabe ao profissional elucidar e trabalhar os exageros” (JMSOM50 - Espírita).

“Trabalho, com frequência, culpa e rigidez em pacientes católicos e evangélicos, e, mas com menor intensidade, em espíritas [...] No geral, tenho visto mais prejuízos do que benefícios causados pela religião formal [...]” (APM45 - Simpatizante do budismo e taoísmo).

“Psicologia e religião, uma mistura perigosa” (CMVF34 - Ateu).

“Absurdo. As duas coisas não se misturam” (CGGF30 - Ateu).

Além do medo da não aprovação pelos pares de profissão, há a preocupação com a postura do Conselho Federal de Psicologia:

“Sou cristão e me sinto intimidado com a rigidez com o os conselhos de psicologia lidam com o tema. Creio que deva haver uma maior discussão entre os limites da fé e o do cuidado em saúde mental, pela via da educação e não da punição” (LCSVJ27 – Protestante/Evangélica).

“Religiosidade, sexualidade tornou-se tabu em nossos dias de trabalho, temos sempre muito medo de discussões devidas as inúmeras ameaças sofridas por profissionais pelo conselho de psicologia. Assim, alguns debates são velados [...] Há que se ter um profundo debate, fazer com que a psicologia seja uma área de pesquisa, e não um "pode e não pode", como é apregoado por alguns conselheiros. Religião está em nosso dia a dia. Não dá para fugir” (ALCJVMM33 - Católica).

“Sinto-me meio receosa de articular e dialogar sobre a temática religiosidade/espiritualidade em minha prática clínica, pois percebo certa intolerância por parte da categoria quanto às premissas e perspectiva da minha religião. Tenho a impressão que se articular qualquer entendimento sobre essa temática, poderei ser rechaçada numa espécie de movimento de "caça às bruxas"” (MPMSF34 – Protestante/Evangélica).

Esse receio é reforçado pela interpretação equivocada do nosso Código de Ética Profissional do Psicólogo. Mais um ponto importante ao se pensar na formação/treino do profissional da psicologia. Ao psicólogo é vedado “induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais” (Conselho Federal de Psicologia, 2005). Ao profissional é vedada todo tipo de imposição, o que não significa que ideias e práticas filosóficas, políticas e religiosas não possam ser discutidas respeitosamente na clínica. Nem o acolhimento, nem mesmo a investigação desta dimensão R/E do paciente é vedado ao profissional.

Outra interpretação equivocada de sentido diz respeito a laicidade, do país e da profissão. Conforme visto na fundamentação teórica desta pesquisa, a laicidade não significa irreligiosidade. Laicidade diz de acolhimento e possibilidade de compreender a diversidade.

“Ciência e religião jamais devem se misturar. A Psicologia é uma ciência, portanto o trabalho do psicólogo deve ser pautado na ciência e, de maneira nenhuma, na religião. Todas devem ser respeitadas, porém, a prática do psicólogo deve ser única e exclusivamente baseada na ciência” (FPCF30 - Ateu).

“Apesar de me abster de assuntos e questionamentos religiosos em meu local de trabalho e estudo (pós-graduação), por considerar a importância de se praticar a laicidade, frequentemente presencio situações em que professores, gestores e colegas de trabalho incorporam o tema "religiosidade" ao trabalho do psicólogo [...]” (DJLBRMF26 - Agnóstica).

“O profissional de psicologia, assim como os professores precisam ser laicos” (LHMMF43 - Espírita).

Importa reforçar que o Código de Ética da Psicologia tem a laicidade por eixo central e que isso diz de uma busca pela igualdade de direito que implica na necessidade do reconhecimento da diversidade e da necessidade de diálogo. Novamente, pautar-se na laicidade vai dizer de um cuidado e compromisso com a realidade do povo brasileiro, em suas diversidades de vivências e sentimentos de religiosidade advindos das mais diversas culturas (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2014; “VIII - CNP 15ª Moção”, 2013).

Essas reações e os obstáculos apresentados acima, são coerentes com a maioria dos achados na revisão realizada com profissionais da saúde mental, bem como com a revisão sobre as implicações clínicas da espiritualidade para a saúde mental: não possuir conhecimento/habilidades necessárias ou nunca terem recebido qualquer treinamento; falta de conhecimento das evidências disponíveis; falta de treinamento sobre como lidar com R/E na prática clínica; influência de autores materialistas e ideologias que descartam ou patologizam R/E; mitos históricos de conflito entre ciência/religião; lacuna da religiosidade (profissionais de saúde mental sendo menos religiosos do que populações gerais e clínicas) (Carlson et al., 2002; Delaney et al., 2007; Freitas, 2014; Genia, 2000; Moreira-Almeida et al., 2014; Rosmarin et al., 2013; Shafranske & Gorsuch, 1984; Shafranske & Malony, 1985, 1990).

Ao observar os itens apresentados enquanto obstáculos à abordagem R/E por nossos respondentes, bem como os itens apresentados na revisão de literatura, pode-se inferir que a grande maioria seria grandemente atenuada, se não eliminada a partir de treinamentos adequados na temática. Estudos realizados com alunos da área da saúde têm encontrado resultados positivos em relação ao treino e competência para abordagem R/E (Barnett & Fortin, 2006; King, Blue, Mallin, & Thiedke, 2004; Yilmaz & Gurler, 2014). Em recente estudo randomizado, Osório et al. encontraram que uma intervenção educacional em “Espiritualidade e Saúde” pode levar à mudança

de conhecimentos, atitudes e habilidades para estudantes em áreas relacionadas à saúde, quando comparados com estudantes de mesmo perfil que não receberam o treinamento. As diferenças observadas estavam no melhor conhecimento, maior conforto com o tema, menor apresentação de barreiras para a abordagem, maior busca por conhecimento e maior habilidade em obter uma história espiritual. Esses resultados reforçam ainda mais a discussão sobre o desenvolvimento e implementação de novas estratégias educativas/treinamentos (Osório et al., 2017).

7.3.2 Treinamento/formação em R/E

É importante destacar que, em nossa amostra, ter treino foi preditor de maior crença nos benefícios da R/E para a saúde mental (56%), bem como predisse maior frequência com que pergunta sobre R/E (184%) e com que considera relevante questões R/E (229%). O treino também se relacionou com pensamentos e respostas positivas acerca da relação entre R/E, saúde e enfrentamento. Como o treinamento em R/E frequentemente não é curricular, não consta enquanto disciplina obrigatória, ter treino em R/E aumenta as crenças no efeito benéfico da R/E na saúde ou crer no efeito benéfico da R/E na saúde aumenta a procura por treino? É possível que os terapeutas que possuem R/E pessoal ou uma maior crença sobre os efeitos da R/E na saúde busquem por treino, bem como é possível que os terapeutas que tenham treino clínico sobre temas R/E sejam mais sensíveis a esse respeito e são mais propensos a incluir tal perspectiva em seu trabalho profissional.

Tradicionalmente, o treinamento em R/E tem sido negligenciado, contudo, em vista da alta R/E da população mundial, é grande a probabilidade do profissional ser confrontado com essas e outras questões semelhantes (Hathaway et al., 2018; Pew Research Center, 2012; Russell & Yarhouse, 2006; Schafer, Handal, Brawer, & Ubinger, 2011). Há necessidade de aprimorar e expandir os programas de treinamento em R/E para psiquiatras e psicólogos, tendo em vista ser esse o principal motivo relatado para a não abordagem na prática clínica e sendo também um dos aspectos desejado pelos profissionais. A diferença de R/E entre os profissionais e pacientes, bem como a falta de treinamento daqueles em como abordar a R/E podem se constituir em importantes barreiras para uma prática clínica eficaz e adequada.

Observa-se nos comentários dos respondentes que a falta de treinamento/formação implica na compreensão da relação R/E e prática profissional: muitos profissionais afirmam não abordar por observância ao código de ética. Contudo, o que o código traz é a proibição de indução

de “convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais” (Conselho Federal de Psicologia, 2005). Além disso, e conforme apresentado anteriormente, o próprio CFP afirma que a psicologia é “uma ciência que reconhece que a religiosidade e a fé estão presentes na cultura e participam na constituição da dimensão subjetiva de cada um de nós” (Conselho Federal de Psicologia, 2012).

Como pode-se observar, 63,7% dos profissionais tem interesse em ter o treinamento R/E incluído no curso de Psicologia e 68,3% gostariam de se aperfeiçoar no tema saúde, psicologia, religiosidade e espiritualidade-tabela 11. Dentre os possíveis meios de se aperfeiçoarem no tema, os respondentes marcaram Cursos de Educação Psicológica Continuada (69,3%), Congressos (61,9%), Livros ou revistas (53,9%), Conferências (40,2%), Vídeos (39,1%).

Frequência religiosa ≥ 1 vez por semana, envolvimento em atividades religiosas individuais ≥ 1 vez por dia e religiosidade intrínseca enquanto “verdade ou totalmente verdade”, crença em Deus, em reencarnação, em vida após a morte, bem como a importância da espiritualidade foram preditores de desejo por treino. Já a importância da religião não se relacionou com desejo por treino. Quanto aos referenciais teóricos, Comportamental e Psicanálise diminuía as chances de desejo por treino.

Alguns autores já apresentam perguntas ou recomendações para abordagem clínica (Abu Raiya & Pargament, 2010; Delaney, Forcehimes, Campbell, & Smith, 2009; Martinez, Smith, & Barlow, 2007; Moreira-Almeida et al., 2014; Richards & Bergin, 2000). Pargament articulou quatro qualidades essenciais de terapeutas que querem praticar psicoterapia espiritualmente integrada, incluindo o seguinte: (1) o conhecimento sobre e R/E como integrá-los ao tratamento; (2) abertura e tolerância de diversas formas de expressão religiosa e espiritual; (3) auto-consciência de suas atitudes e valores espirituais do psicoterapeuta; (4) autenticidade e genuinidade no relacionamento com os pacientes sobre questões religiosas e espirituais (Pargament, 2007). Apesar dessas perguntas ou recomendações já existirem, há ainda uma tendência à não abordagem, de modo consistente e aprofundado, dos temas religião, religiosidade, espiritualidade e suas relações com a saúde física e mental. Um silenciamento, que segundo Freitas (2017), não pode ter mais espaço num país como o nosso (Freitas & Piasson, 2015). Este é um ponto em desenvolvimento e de grande relevância atual.

Apesar da consistente discussão do tema religião e R/E na formação superior em áreas da saúde, como medicina, psicologia, enfermagem, estudos têm apontado que poucas instituições abordam o tema em seus currículos (Caldeira et al., 2016; Hathaway et al., 2018;

Lucchetti et al., 2012; Lucchetti & Granero, 2010). Em psicologia, estudo desenvolvido nos EUA indicou que apenas 24% das instituições ofereciam cursos regulares em R/E (Schafer et al., 2011), o que não difere do encontrado no cenário brasileiro: a formação acadêmica pouco tem contemplado o assunto e quando o faz, por vezes, apresenta o conteúdo de forma indireta (Freitas & Piasson, 2015; Pereira & Holanda, 2016). A observação dessa lacuna na graduação foi reforçada entre alguns comentários de alguns profissionais respondentes de nossa pesquisa.

“A religião é tema pouco tratado nas faculdades de Psicologia e percebo muitos colegas temendo falar desse tema, embora também faça parte da vida” (DBBSF47 – Protestante/Evangélica).

“Considero importantíssimo que se incentive o estudo da psicologia da religião para a formação do psicólogo, seja ele clínico ou não, na medida em que toda cultura possui alguma forma de religião e, portanto, esta constitui um aspecto fundamental da experiência humana” (BPAM27 - Católica).

“Acho pertinente a introdução deste assunto no mundo acadêmico em função da existência maciça religiosa no Brasil” (MGLM44 - Católica).

“A pergunta sobre uma educação continuada em religião e psicologia é fundamental para ajudar a pensar práticas e intervenções em psicologia e que precisa estar na formação do profissional de psicologia tanto quanto o conhecimento de políticas públicas dirigidas a quaisquer seguimentos, não somente pela intensificação dos grupos de intolerância às religiões, como pela importância que elas possuem na saúde, na cultura, educação... enfim, para uma vivência harmônica e equilibrada das pessoas e com as pessoas” (LXSF36 - Cristã).

Nossos dados, bem como dos diversos autores revisados, apontam que se faz necessário e urgente repensar a formação em psicologia. De acordo com Hofmann e Walach (2011), essa formação tem sido secularizada desde Wundt, ao favorecer ou exaltar os estados habituais da consciência sobre os alterados, Freud em sua crítica da religião a despeito de interesses privados, Brentano no aborto à experiência interior e o Behaviorismo enquanto paradigma dominante em grande medida dentro do curso. A psicoterapia precisa se envolver com mais diligência no campo da R/E, tendo em vista que os dados apontam que essa dimensão não só está presente na vida de nossos pacientes, como é fonte de recurso para estabilidade e saúde.

Como objetivo de confirmar a presença/ausência da temática R/E nos currículos dos cursos de graduação em Psicologia no Brasil, Costa, Nogueira e Freire (2009), observaram que ainda são poucos os que enfocam essa temática, sendo apresentada em apenas 16% dos

cursos. Dos 301 cursos de psicologia investigados (46 instituições públicas e 255 instituições privadas), cerca de 13,3% (6) das instituições públicas têm disciplinas R/E em seus currículos e em instituições privadas esse percentual chega a pouco mais de 16,5%. Nas instituições religiosas privadas (49), que têm um programa em psicologia, 35 (71,4%) ofereciam regularmente os cursos sobre R/E. Nas demais instituições privadas (não religiosas), apenas 7 (2,9%) integraram os temas em seus currículos (Costa et al., 2010).

Paiva (2017), em sua revisão sobre Psicologia acadêmica da Religião no Brasil, traz como tarefa principal o estabelecimento, nos programas de pós-graduação, da disciplina Psicologia da Religião, abrindo possibilidade de pesquisa avançada nessa área, além da oferta de uma disciplina, eletiva que seja, na graduação. De acordo com ele é “na graduação que se firmam os conceitos e os preconceitos em Psicologia, inclusive em relação à religião” (Paiva, 2017, p. 41). O que este e outros autores afirmam é que o silêncio, o não-dito é que não pode permanecer, principalmente quando se trata da relação entre psicologia e religião (Pereira & Holanda, 2016).

Ancona-López (2005), reitera uma vivência que nós, professores de psicologia observamos durante a formação de nossos alunos: os cursos de graduação em Psicologia no Brasil oferecem pouco contato aos estudantes com a produção científica em Psicologia da Religião, bem como com a produção de evidências científicas sobre a associação entre R/E, saúde física e saúde mental (Lucchetti, Oliveira, et al., 2013; Moreira-Almeida et al., 2014).

Esse pouco contato, somado ao silêncio e ao preconceito, “impede a discussão aberta do tema com professores e supervisores e termina por dificultar a elaboração e a assimilação reflexiva das vivências espirituais” (Amatuzzi, 2005, p. 153). A falta de elaboração de questões associadas à religião pode levar a um manejo no atendimento baseado, primariamente, nas convicções pessoais desses profissionais, mais do que em uma educação graduada e/ou treino (Shafranske, 1996).

Além disso, esse silêncio, impacta o perfil do egresso de psicologia, que de acordo com o artigo 9º da Minuta das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em psicologia, traz que:

A formação em Psicologia deve garantir ao egresso o domínio básico de conhecimentos psicológicos, em articulação com outros campos de saberes, e a capacidade de utilizá-los em diferentes contextos que demandam investigação, análise, avaliação, prevenção e intervenção em processos psicológicos e psicossociais e promoção da qualidade de vida (Conselho Federal de Psicologia, 2018, p. 117).

E dentre as habilidades e competências do egresso, estão:

V - reconhecer a pessoa em sua integralidade, respeitando suas condições pessoais e os determinantes sociais, políticos, culturais e históricos intervenientes, para que suas decisões profissionais sejam tomadas com base na preservação dos direitos e no bem-estar do outro, considerados os padrões éticos e legais [...] VIII - avaliar fenômenos humanos de ordem cognitiva, comportamental, afetiva, perceptiva, comunicacional, cultural e social, em diferentes contextos de sua atuação (Conselho Federal de Psicologia, 2018, p. 118)

Na intenção de estabelecer um conjunto de competências R/E com base empírica, Vieten et al. sugeriram 16 componentes para psicólogos: três atitudes, sete conhecimentos e seis competências. O propósito dessa criação, segundo os autores, é triplo: evitar a prática preconceituosa e/ou inadequada dos profissionais quando se deparam com problemas R/E; permitir que haja identificação e resolução de problemas R/E, e para aproveitar os recursos R/E internos e externos dos pacientes, melhorando assim os resultados do tratamento; e por fim, fornecer os padrões básicos de conteúdo que podem ser integrados em toda a formação clínica e supervisão, que programas podem optar por modificar ou elaborar de acordo com seus modelos de formação (Vieten et al., 2013b; Vieten et al., 2016).

De acordo com Shafranske e Cummings (2013), a melhor maneira de garantir que os psicólogos estejam cientes das questões de valor na terapia e possam abordar a R/E no tratamento com competência e ética é a partir da educação e treinamento adequados sobre esses assuntos. Embora ainda não haja informações detalhadas sobre currículos de treinamento e seu impacto na prestação de serviços clínicos, há motivos para se preocupar que os profissionais da saúde mental não estejam recebendo treinamento em R/E quanto em outras expressões de diversidade (Yarhouse & Fisher, 2002).

De qualquer forma, o psicólogo que trabalha com um cliente, ou paciente, precisa reconsiderar a redução da “religião”, ou da “espiritualidade”, a uma neurose, um mecanismo de defesa, ou um comportamento de adaptação socialmente aprendido. A religião e a espiritualidade podem funcionar de maneiras neuróticas, como mecanismos de defesa, ou comportamentos com fins exclusivamente sociais. Mas também podem expressar um processo maduro e bem integrado da busca, ou construção de significado (Farris, 2005, p. 171).

Conforme Valle (1998, p.17-18) a experiência religiosa se caracteriza pela polimorfia, podendo ser

[...] estáticas ou dinâmicas, passivas ou ativas, cerradas ou abertas, intrínsecas ou extrínsecas, libertárias ou repressivas, emocionais ou racionais, sectárias ou universais, conscientes ou inconscientes, neuróticas ou sãs. Paradoxalmente podem até ser não-religiosas.

Treinos limitados ou inexistentes, compreenderia uma experiência pouco consistente, pouco elaboradas e não reflexivas por parte dos profissionais. E então, restaria a eles uma aproximação baseada

[...] primariamente, em suas convivências pessoais mais do que em uma educação graduada e em um treino clínico dirigido à necessidade profissional de refletir nas suas atitudes fundamentais para com a religião considerada como uma variável da saúde mental e da prática clínica da psicologia (Shafranske, 1996, p. 160).

Congressos e conferências com foco em R/E e saúde mental já existem no Brasil. Dois dos principais são o “Simpósio Internacional de Psicologia & Senso Religioso” e o “CONUPES - Congresso Internacional de Saúde e Espiritualidade”. O Simpósio Internacional de Psicologia & Senso Religioso que estará, em 2019, em sua 12ª edição, é um evento bienal, promovido pelo Grupo de Trabalho Psicologia & Religião da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP). Tem por objetivo

Promover o intercâmbio entre os pesquisadores de várias universidades do país e do exterior em torno do tema proposto; Facilitar o diálogo interdisciplinar sobre o estudo da religião e da espiritualidade a partir da interface com a psicologia; Atualizar profissionais que buscam acolher a temática em suas práticas, com fundamentação acadêmica; Informar o público em geral sobre o desenvolvimento científico dentro da temática; Posicionar as contribuições da Psicologia no Brasil e da Psicologia da Religião que cresce no país em termos acadêmicos e de inserção social; Reconhecer os aspectos de Inovação relacionados à temática; Disponibilizar modelos e métodos que poderão ser multiplicados por profissionais e pesquisadores no futuro.

O Congresso Internacional de Saúde e Espiritualidade-CONUPES, caminha para sua terceira edição. É um congresso anual, reveesando-se entre edição de abordagens clínicas e desafios em pesquisas, promovido pelo Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde-NUPES/UFJF. Tem por objetivo “oferecer embasamento para a prática clínica de médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas e demais profissionais da área de saúde que desejam ter uma atuação diferenciada, diagnosticando e tratando seus pacientes para além do foco simplesmente no desequilíbrio bioquímico”. Seria interessante que o Conselho Federal de Psicologia, bem como a Associação Brasileira de Psicologia, responsáveis pelos grandes congressos na área Psicológica no Brasil, dessem espaço regular para a temática R/E em seus congressos nacionais, incentivassem mesas redondas, minicursos, comunicações orais, apresentações de trabalho.

Ainda com o objetivo de suprir a necessidade de formação e de educação continuada em R/E e saúde, o NUPES/UFJF, também criou um canal no YOUTUBE com publicações semanais nessa área há 5 anos. A TV NUPES que tem o objetivo de produzir e compartilhar conteúdos audiovisuais sobre divulgação científica de qualidade, acessível a estudantes, pesquisadores e todos os interessados na interface ciência, saúde e espiritualidade. Esse canal vai ao encontro da forma de treinamento descrita por 39,1% dos profissionais.

Outras iniciativas também tentam suprir a lacuna do treino, como divulgação de instrumentos para investigação da história espiritual, orientações práticas para avaliação e integração da R/E no tratamento em saúde e intervenções educativas (Dezorzi, 2016; Lucchetti, Bassi, & Lucchetti, 2013; Moreira-Almeida et al., 2014). Em 2018 o Inter Psi – Laboratório de Psicologia Anomalística e Processos Psicossociais (Instituto de Psicologia da USP), lançou uma cartilha virtual (em áudio e pdf) sobre Psicologia & Religião: Histórico, Subjetividade, Saúde Mental, Manejo, Ética Profissional e Direitos Humanos (Zangari & Machado, 2018).

Outro ponto a se destacar é o acesso dos profissionais da psicologia a essas informações (publicações, recomendações). Temos metade dos profissionais interessados em treinos a partir de revistas e/ou livros, o que pode nos dizer da dificuldade de acesso aos materiais já existentes. Essa dificuldade pode, novamente, estar associada a ignorância quanto à importância de tal dimensão, desconhecimento acerca das produções, dificuldade de acesso/leitura/compreensão de tais produções.

7.4 LIMITAÇÕES

Faz-se necessário destacar as limitações desta pesquisa. Uma delas é não ter conseguido uma amostra representativa da população. Um fator que pode ter contribuído foi a impossibilidade de realizar a chamada para a pesquisa através do Conselho Federal de Psicologia para a divulgação a nível nacional. Acredita-se que com uma chamada pelos conselhos poderia ser alcançado número mais elevados de participantes. Outra limitação seria a dificuldade potencial ao interpretar os resultados diz respeito à definição de conceitos complexos e multifacetados como espiritualidade e religiosidade, como não há uma definição universal aceita pelos pesquisadores, essa falta de consenso também causa dificuldade e requer cautela quando se compara os resultados entre estudos. É, também, uma pesquisa de natureza transversal e de auto-relato. E outra limitação pode estar no fato de que a temática poderia despertar a atenção dos profissionais que são mais interessados na temática, tanto a favor como contra.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um psicólogo competente deve estar familiarizado com aspectos R/E das experiências do paciente e compreender que a competência clínica envolve a atenção e respeito ao envolvimento R/E, bem como à falta desse envolvimento por parte do paciente (Vieten et al., 2013b). A R/E é um aspecto definidor e cultural que os profissionais frequentemente encontram na prática clínica, importante para a pesquisa e prática de psicólogos e psiquiatras que trabalham em uma sociedade pluralista, e particularmente central na compreensão e tratamento de muitos grupos étnicos (American Psychiatric Association, 2013; Delaney et al., 2007). A espiritualidade é vista como dimensão base da condição humana, constituinte significativo da experiência humana (James, 1902; Sue, Bingham, Porché-Burke, & Vasquez, 1999).

Apesar de não ser uma amostra representativa da população, nossa investigação contou com 4300 psicólogos respondentes, com proporções de mulheres e respondentes por estado semelhantes à distribuição de psicólogos por sexo e estados no Brasil. Assim como na maioria das pesquisas revisadas, apesar da declaração de uma afiliação religiosa, nossos respondentes são menos religiosos, apresentam uma proporção de agnósticos/sem definição de religião duas vezes maior e uma proporção próxima de ateus que a população geral.

No entanto, os psicólogos, demonstram altos níveis de R/E. Quase metade frequenta a igreja, templo ou encontros religiosos pelo menos de 2 a 3 vezes por mês. A religiosidade é consideravelmente ou muito importante para 67,4% dos psicólogos. Dos aspectos afirmados, para além da religião, mas condizente com uma prática R/E, foram a alta frequência de crença em Deus, práticas de preces e crenças R/E por trás da maneira de viver a vida, sentir a presença de Deus, ter suas crenças religiosas por trás de sua maneira de viver a vida.

Observou-se que, no preditor idade, para cada ano aumentam a RO, RNO, RI, as crenças sobre o efeito da R/E na saúde, a chance de abordar e de considerar relevante os aspectos R/E na prática clínica, bem como da importância da religiosidade e da espiritualidade. Ser do sexo feminino também é preditor de maior RO, RNO, RI, crenças sobre o efeito da R/E na saúde e da abordagem da R/E na prática clínica, com os homens tendo mais chances de apontarem aspectos negativos da relação R/E e saúde, como por exemplo pensar que a R/E causa culpa, ansiedade ou outras moções negativas. Diante disso, fica o convite ao psicólogo

para explorar o impacto de sua R/E em sua própria vida, para não incorrer no perigo de que suas próprias crenças (religiosas ou anti-religiosas) interfiram negativamente no atendimento.

Há um elevado nível de escolaridade entre os respondentes da presente pesquisa (83,9% com algum tipo de pós-graduação) e observou-se que maior escolaridade foi preditora de menor frequência religiosa, menor frequência em atividades religiosas e menor religiosidade intrínseca. A maior escolaridade também foi preditora de maior relato de aspectos negativos da relação R/E e saúde.

Para nossa amostra ficou evidenciado que a principal área de atuação é a Psicologia Clínica. Essa área enfatizou, por anos, os aspectos patológicos do psiquismo humano e várias escolas da psicologia assim o fizeram também com a religião, enfatizando apenas seus aspectos negativos e patologizantes. Estudos recentes têm trazido informações que alteram o modo de ver a religião e suas manifestações, contudo, esses estudos parecem distantes da formação e/ou do dia-a-dia do profissional da psicologia, o que pode contribuir para que antigos mitos permaneçam na relação entre psicologia e religião.

Ao pensar na relação entre R/E pessoal e abordagem na prática clínica, observou-se que maior RO, RNO e RI entre os profissionais, foram preditoras de crença pessoal sobre o efeito benéfico da R/E para a saúde mental, bem como de pensamentos a respeito de como a R/E afeta o enfrentamento em saúde e das respostas positivas a assuntos R/E. A crença em Deus, em reencarnação e em vida após a morte, também foram preditoras do efeito benéfico da R/E para a saúde mental.

Dentre os referenciais teóricos, o Cognitivo-Comportamental foi preditor da crença sobre o efeito benéfico da R/E para a saúde mental e de considerar as questões R/E relevantes, já Comportamental e Psicanálise diminuem as chances de crer no efeito benéfico da R/E. Apenas os referenciais Cognitivo e Psicodrama não foram preditores de perguntar sobre R/E; dentre os referenciais preditores, a psicanálise foi a de menor taxa.

Observa-se que profissionais religiosos (RO, RNO e RI) acreditam que questões R/E são relevantes na prática profissional, contudo, não diferem dos demais profissionais quanto à frequência com que fazem a abordagem na prática. Já os profissionais que possuem uma espiritualidade, tem mais chances de acreditar que as questões são relevantes, bem como de abordar essa questão na prática profissional.

A competência clínica em R/E inclui familiaridade com as diferenças entre espiritualidade e religião, capacidade de diferenciar entre uma experiência R/E patológica e saudável, e ainda uma compreensão de como a espiritualidade pode ser tanto um problema quanto uma dimensão útil. Para isso, na tomada da história R/E, deve-se avaliar os pontos

fortes, os mecanismos de enfrentamento R/E, as ferramentas R/E que o paciente possa usar. Por vezes, as práticas locais do paciente podem mais complementar do que dificultar intervenções baseadas em evidências, fornecendo mecanismos, ferramentas que poderão ser úteis no tratamento (American Psychiatric Association, 2013; Moreira-Almeida et al., 2014; Serlin, 2004).

A maioria dos profissionais considera a religião benéfica para a saúde mental, contudo não a considera relevante para o tratamento e isso pode ser, em parte, explicado pelo baixo treino em R/E apresentado pela nossa amostra. Os preditores de treino foram RO, RNO, RI e crença em vida após a morte. Em contrapartida, considerar a religião importante diminuía as chances de treino. E ter treino foi preditor de maior crença nos benefícios da R/E para a saúde mental (56%), bem como predisse maior frequência com que pergunta sobre R/E (184%) e com que considera relevante questões R/E (229%). O treino também se relacionou com pensamentos e respostas positivas acerca da relação entre R/E, saúde e enfrentamento. Com isso, pode-se pensar que a falta de treinamento/conhecimento não apenas favorece o desconhecimento da importância da abordagem dessa dimensão, como reforça o desconforto geral em discutir os assuntos, o medo de ofender os pacientes e o medo da não aprovação pelos pares de profissão.

Mais da metade dos profissionais apresentam interesse em ter o treinamento R/E incluído no curso de Psicologia ou gostariam de se aperfeiçoar no tema saúde, psicologia, religiosidade e espiritualidade. Os preditores de desejo por treino foram RO, RNO, RI, crença em Deus, em reencarnação, em vida após a morte, bem como a importância da espiritualidade. A importância da religião não se relacionou com desejo por treino e os referenciais teóricos, Comportamental e Psicanálise diminuía as chances de desejo por treino.

Em vista da falta de treinamento e da disparidade religiosa entre clínicos e seus pacientes, pode ocorrer uma desvalorização da relevância das questões religiosas para a prática clínica em todas as suas fases: diagnóstico, conceituação, prevenção e tratamento (Delaney et al., 2007). E essa talvez seja uma das questões mais fundamentais encontradas: os profissionais de saúde mental não estarem preparados para reconhecer as perspectivas R/E dos pacientes. A falta de competência pessoal dos profissionais para abordar tais questões pode ser de pouco benefício, tendo em vista que muitas diferenças entre culturas podem influenciar fatores psicológicos e seus efeitos em condições médicas (American Psychiatric Association, 2013; Shafranske & Cummings, 2013).

Como sugestão, em concordância com diversos autores, os programas de treinamento devem incluir: história da relação entre ciência e religião; conceitualização de religiosidade e espiritualidade; a R/E na psiquiatria e na psicologia; panorama das pesquisas

entre R/E e saúde mental; compreensão de multiculturalismo, para a valorização dos aspectos culturais do paciente; aplicações práticas de investigação e implementação de intervenções relevantes; questões de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade (Pargament, 2007; Russell & Yarhouse, 2006; Schafer et al., 2011; Shafranske & Cummings, 2013; Worthington et al., 2009). Além disso, Yarhouse e Fisher (2002) apresentaram três modelos de treinamento: dois que poderiam ser incorporados nos currículos de pós-graduação em psicologia clínica, chamados de *Integration-Incorporation*, *Certificate-Minor* e um terceiro, *Religious Distinctive*, como um modelo distinto de treinamento (Yarhouse & Fisher, 2002).

Frente ao reconhecimento da experiência religiosa do paciente, faz-se necessário o entendimento de que ao psicólogo cabe apenas o critério psicológico na leitura da experiência religiosa: identificando se ela favorece a integração e o dinamismo da pessoa, se tal experiência se relaciona com o possível bloqueio ou a promoção de seu desenvolvimento integrado. Entender que o aconselhamento psicológico ao reconhecer a espiritualidade não se propõe a fazer um direcionamento espiritual ou aconselhamento pastoral, estes são de função dos líderes religiosos. A psicologia vai observar tal integração e dinamismo de desenvolvimento da pessoa, constituintes de sua saúde psíquica.

Em resumo, a maioria dos psicólogos brasileiros investigados possui algum tipo de R/E, embora menos que a população geral. Ainda assim, existe uma alta frequência da importância da espiritualidade, sendo até maior do que a referida afiliação religiosa. Esses profissionais acreditam no impacto da R/E tanto em sua vida pessoal, quanto na de seus pacientes e, ainda, na relação R/E e saúde. Contudo, pouco menos da metade aborda essa dimensão em sua prática profissional, o que reforça a necessidade da implementação da formação/treino profissional. Fazem-se necessários esforços conjuntos no desenvolvimento de habilidades e competências em R/E nos psicólogos para um exercício mais pleno da psicologia.

Concordando com William James (1902, p.42), importa nossos esforços para trazer a experiência religiosa à discussão, assim como fazemos com o amor, ira, esperança, ambição, ciúme, ou qualquer outra afeição e impulsos instintivos, já que ela “acrescenta à vida um encanto que não é racional nem logicamente deduzível de nenhuma outra coisa”.

[...] sentimento religioso é uma adição absoluta à esfera de vida do indivíduo. Dá-lhe uma nova esfera de poder. Quando a batalha exterior está perdida, e o mundo exterior o renega, ele redime e vivifica um mundo interior que, de outro modo, não seria mais do que um ermo vazio (James, 1902 p.42).

REFERÊNCIAS

- Abu Raiya, H., & Pargament, K. I. (2010). Religiously integrated psychotherapy with Muslim clients: From research to practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(2), 181–188. <https://doi.org/10.1037/a0017988>
- Abumanssur, E. S. (2016). Religião e democracia, questões à laicidade do estado. In *Coleção Psicologia, Laicidade e as Relações com a Religião e a Espiritualidade: Vol. 1. Laicidade, Religião, Direitos Humanos e Políticas Públicas* (p. 17–25). São Paulo (SP): Conselho Regional de Psicologia de São Paulo.
- Aletti, M. (2012a). A psicologia diante da religião e da espiritualidade: questões de conteúdo e de método. In *Religiosidade e cultura contemporânea: desafios para a psicologia* (p. 157–190). Brasília: Universa.
- Aletti, M. (2012b). Novas formas da religião numa cultura plural, à luz da psicologia e da psicanálise. In *Religiosidade e cultura contemporânea: desafios para a psicologia* (p. 99–140). Brasília: Universa.
- Amatuzzi, M. M. (2005). *Psicologia e espiritualidade*. (1ª). São Paulo: Paulus.
- American Psychiatric Association (Org.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2002). *Guidelines on Multicultural Education, Training, Research, Practice, and Organizational Change for Psychologists*. Recuperado de American Psychological Association website: <http://www.apa.org/pi/oema/resources/policy/multicultural-guidelines.aspx>
- Ancona-Lopez, M. M. (2005). A espiritualidade e os psicólogos. In M. M. Amatuzzi, *Psicologia e espiritualidade*. (1ª, p. 147–159). São Paulo: Paulus.
- Angerami, V. A. (2008). Religiosidade e psicologia: a contemporaneidade da fé religiosa nas lides acadêmicas. In *Psicologia e religião* (p. 1–42). São Paulo: Cengage Learning.
- Aquino, T. A. A. (2005). *Atitude religiosa e crenças dos alunos de psicologia*. 1(9), 56–63.
- Argyle, M., & Beit-Hallahmi, B. (1975). *The social psychology of religion*. London ; Boston: Routledge & K. Paul.
- Arredondo, P., Toporek, R., Brown, S. P., Jones, J., Locke, D. C., Sanchez, J., & Stadler, H. (1996). Operationalization of the Multicultural Counseling Competencies. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 24(1), 42–78. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.1996.tb00288.x>

- Associação Brasileira de Psiquiatria. (2014). *Suicídio: informando para prevenir*. Brasília: CFM/ABP.
- Baetz, M., Griffin, R., Bowen, R., & Marcoux, G. (2004). Spirituality and Psychiatry in Canada: Psychiatric Practice Compared with Patient Expectations. *Canadian Journal of Psychiatry, 49*(4), 265–271. Recuperado de Scopus.
- Baetz, M., Larson, D. B., Marcoux, G., Jokic, R., & Bowen, R. (2002). Religious psychiatry: The Canadian Experience. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 190*(8), 557–559.
- Bairrão, J. F. M. H. (2016). Psicologia e práticas espirituais: diálogos e fronteiras. In *Psicologia, Laicidade e as Relações com a Religião e a Espiritualidade: Vol. 2. Na Fronteira da Psicologia com os Saberes Tradicionais: Práticas e Técnicas* (p. 21–28). São Paulo (SP): CRP-SP.
- Barbour, I. (1990). *Religion in an age of science* (The Gifford Lectures). San Francisco: Harper.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: São Paulo Edições.
- Barnett, K. G., & Fortin, A. H. (2006). Spirituality and medicine. A workshop for medical students and residents. *Journal of General Internal Medicine, 21*(5), 481–485. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00431.x>
- Bastos, A. V. B., Gondim, S. M. G., & Rodrigues, A. C. de A. (2010). Uma categoria profissional em expansão: quantos somos e onde estamos? In *O trabalho do psicólogo no Brasil* (p. 32–44). Porto Alegre: Artmed.
- Batson, C. D. (1993). *Religion and the individual: A social-psychological perspective*. New York: Oxford University Press.
- Bednar, R. L., & Peterson, S. R. (1995). *Self-esteem: Paradoxes and innovations in clinical theory and practice* (2nd ed). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bellah, R. N. (1991). *Beyond belief: Essays on religion in a post-traditional world*. Berkeley: University of California Press.
- Bengtson, V. L., Silverstein, M., Putney, N. M., & Harris, S. C. (2015). Does Religiousness Increase with Age? Age Changes and Generational Differences Over 35 Years. *Journal for the Scientific Study of Religion, 54*(2), 363–379. <https://doi.org/10.1111/jssr.12183>
- Bergin, A. E. (1980). Psychotherapy and religious values. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*(1), 95–105. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.48.1.95>

- Bergin, A. E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *The American Psychologist*, 46(4), 394–403.
- Bergin, A. E., & Jensen, J. P. (1990). Religiosity of psychotherapists: A national survey. *Psychotherapy*, 27(1), 3–7. Recuperado de Scopus.
- Berni, L. E. V. (2016a). *As relações entre Psicologia, Laicidade e Religião, para uma sociedade mais democrática e igualitária*. Recuperado de <http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/revistaCRP-fev2016.pdf>
- Berni, L. E. V. (Org.). (2016b). *Laicidade, Religião, Direitos Humanos e Políticas Públicas*. Recuperado de http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/ColecaoDiverpsi_Vol1.pdf
- Berni, L. E. V. (Org.). (2016c). *Na Fronteira da Psicologia com os Saberes Tradicionais: Práticas e Técnicas*. Recuperado de http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/ColecaoDiverpsi_Vol2.pdf
- Berni, L. E. V. (Org.). (2016d). *Psicologia, Espiritualidade e Epistemologias Não-Hegemônicas*. Recuperado de http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/ColecaoDiverpsi_Vol3.pdf
- Beyers, J. M., Toumbourou, J. W., Catalano, R. F., Arthur, M. W., & Hawkins, J. D. (2004). A cross-national comparison of risk and protective factors for adolescent substance use: The United States and Australia. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 35(1), 3–16. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.08.015>
- Bilgrave, D.P., & Deluty, R. H. (2002). Religious beliefs and political ideologies as predictors of psychotherapeutic orientations of clinical and counseling psychologists. *Psychotherapy*, 39(3), 245–260. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.39.3.245>
- Bilgrave, Dyer P., & Deluty, R. H. (1998). Religious Beliefs and Therapeutic Orientations of Clinical and Counseling Psychologists. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(2), 329–349. <https://doi.org/10.2307/1387532>
- Botega, N. J., D'Oliveira, C. F., Cais, C. F., & Stefanello, S. (2009). *Prevenção do suicídio: manual dirigido profissionais da saúde da atenção básica recursos da comunidade* (p. 22). São Paulo: Unicamp.
- Brasil, Céspedes, L., Pinto, A. L. de T., & Windt, M. C. V. dos S. (2005). *Constituição da República Federativa do Brasil: Promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional n. 45, de 8-12-2004, acompanhada de novas notas remissivas e dos textos integrais das emendas constitucionais e das emendas constitucionais de revisão*. São Paulo: Saraiva.

- Brooke, J. H. (2009). Myth 25: That modern science has secularized western culture. In R. Numbers, *Galileo goes to jail and other myths about science and religion* (p. 224–232). Massachusetts: Harvard University Press.
- Brooke, J. H. (2014). *Science and Religion: Some Historical Perspectives*.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107589018>
- Caldeira, S., Simões Figueiredo, A., da Conceição, A. P., Ermel, C., Mendes, J., Chaves, E., ... Vieira, M. (2016). Spirituality in the Undergraduate Curricula of Nursing Schools in Portugal and São Paulo-Brazil. *Religions*, 7(11), 134.
<https://doi.org/10.3390/rel7110134>
- Campbell, N., Stuck, C., & Frinks, L. (2012). Spirituality training in residency: Changing the culture of a program. *Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 36(1), 56–59. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.09120250>
- Caputo, R. K. (2004). *Parent Religiosity, Family Processes, and Adolescent Outcomes*. 85(4), 495–510.
- Carlson, T. D., Kirkpatrick, D., Hecker, L., & Killmer, M. (2002). Religion, Spirituality, and Marriage and Family Therapy: A Study of Family Therapists' Beliefs about the Appropriateness of Addressing Religious and Spiritual Issues in Therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 30(2), 157–171.
<https://doi.org/10.1080/019261802753573867>
- Carone, D. A., & Barone, D. F. (2001). A social cognitive perspective on religious beliefs: Their functions and impact on coping and psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 21(7), 989–1003. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00078-7](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00078-7)
- Cloninger, C. R. (2013). The importance of ternary awareness for overcoming the inadequacies of contemporary psychiatry. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 40(3), 110–113. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832013000300006>
- Conselho Federal de Psicologia (Org.). (1988). *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: Edicon.
- Conselho Federal de Psicologia. (2012, fevereiro 28). Nota Pública do CFP de esclarecimento à sociedade e às(o) psicólogas(o) sobre Psicologia e religiosidade no exercício profissional. Recuperado 24 de julho de 2018, de CFP website:
<https://site.cfp.org.br/nota-pblica-do-cfp-de-esclarecimento-sociedade-e-so-psicologas-o-sobre-psicologia-e-religiosidade-no-exercicio-profissional/>

- Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Ano da formação em psicologia: revisão das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em psicologia* (p. 143). São Paulo: Conselho Federal de Psicologia, Associação Brasileira de Ensino de Psicologia e Federação Nacional dos Psicólogos.
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. (2014). *Psicologia, laicidade, espiritualidade, religião e os saberes tradicionais: referências básicas para atuação profissional*. São Paulo: CRP SP.
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. ([s.d.]). *Recomendações para atuação profissional da(a) psicóloga(o)* (p. 2). Recuperado de Conselho Regional de Psicologia website:
http://www.crpssp.org.br/diverpsi/arquivos/Recomendacoes_Diverpsi.pdf
- Constituição de 1824 - Publicação Original - Portal Câmara dos Deputados. ([s.d.]). Recuperado 2 de novembro de 2018, de
<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1824-1899/constituicao-35041-25-marco-1824-532540-publicacaooriginal-14770-pl.html>
- Constituição de 1891. ([s.d.]). Recuperado 2 de novembro de 2018, de
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.htm
- Costa, W., Nogueira, C., & Freire, T. (2010). The Lack of Teaching/Study of Religiosity/Spirituality in Psychology Degree Courses in Brazil: The Need for Reflection. *Journal of Religion and Health, 49*(3), 322–332.
<https://doi.org/10.1007/s10943-009-9255-9>
- Curcio, C. S. S., & Moreira-Almeida, A. (2018). Who Does Believe in life After Death? Brazilian Data from Clinical and Non-clinical Samples. *Journal of Religion and Health*. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0723-y>
- Curlin, F.A., Lantos, J. D., Roach, C. J., Sellergren, S. A., & Chin, M. H. (2005). Religious characteristics of U.S. physicians: A National Survey. *Journal of General Internal Medicine, 20*(7), 629–634. Recuperado de Scopus.
- Curlin, Farr A., Lawrence, R. E., Odell, S., Chin, M. H., Lantos, J. D., Koenig, H. G., ... Meador KG. (2007). Religion, spirituality, and medicine: psychiatrists' and other physicians' differing observations, interpretations, and clinical approaches. *Am J Psychiatry, 164*(12), 1825–1831. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06122088>
- Dalgalarrondo, P. (2008). *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artmed.

- Dalgalarrodo, P., Soldara, M. A., Corrêa Filho, H. R., & Silva, C. A. M. (2004). Religião e uso de drogas por adolescentes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2), 82–90.
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000200004>
- Damiano, R. F., Costa, L. A., Viana, M. T. S. A., Moreira-Almeida, A., Lucchetti, A. L. G., & Lucchetti, G. (2016). Brazilian scientific articles on “Spirituality, Religion and Health”. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 43(1), 11–16.
<https://doi.org/10.1590/0101-60830000000073>
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2008). *Estatística sem matemática para psicologia: Usando SPSS para Windows* (L. Viali, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Dantas, B. S. do A. (2013). Political psychology of religions: An analysis of the symbols and ideologies of the Universal Church of the Kingdom of God. *Revista Psicologia Política*, 13(28), 489–506.
- Datafolha. (2007). *Opinião Pública: 97% dizem acreditar totalmente na existência de deus; 75% acreditam no diabo*. (Nº PO3372; p. 178). Recuperado de http://media.folha.uol.com.br/datafolha/2013/05/02/religiao_03052007.pdf
- Datafolha. (2013). *Opinião Pública: Religião* (Nº PO813684; p. 61). Recuperado de Datafolha website: <http://media.folha.uol.com.br/datafolha/2013/07/22/religiao.pdf>
- Delaney, H. D., Miller, W. R., & Bisonó, A. M. (2007). Religiosity and Spirituality Among Psychologists: A Survey of Clinician Members of the American Psychological Association. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(5), 538–546.
Recuperado de Scopus.
- Delaney Harold D., Forcehimes Alyssa A., Campbell William P., & Smith Bruce W. (2009). Integrating spirituality into alcohol treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 65(2), 185–198. <https://doi.org/10.1002/jclp.20566>
- Dezorzi, L. W. (2016). *Espiritualidade na atenção a pacientes em cuidados paliativos e os processos de educação dos profissionais de saúde* (Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Recuperado de <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/149601>
- Duarte, R. (2004). *Entrevistas em pesquisa qualitativas*. Curitiba, Educar, n. 24.
- Durà-Vilà, G., Hagger, M., Dein, S., & Leavey, G. (2011). Ethnicity, religion and clinical practice: A qualitative study of beliefs and attitudes of psychiatrists in the United Kingdom. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(1), 53–64.
<https://doi.org/10.1080/13674676.2010.495111>

- Ecklund, E. H., & Scheitle, C. P. (2007). Religion among Academic Scientists: Distinctions, Disciplines, and Demographics. *Social Problems*, 54(2), 289–307.
<https://doi.org/10.1525/sp.2007.54.2.289>
- Ehman, J. W., Ott, B. B., Short, T. H., Ciampa, R. C., & Hansen-Flaschen, J. (1999). Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Archives of Internal Medicine*, 159(15), 1803–1806. Recuperado de Scopus.
- Exline, J. J. (2013). Religious and spiritual struggles. In K. I. Pargament & J. W. Jones (Orgs.), *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 1): Context, theory, and research*. (p. 459–475). <https://doi.org/10.1037/14045-025>
- Farris, J. R. (2005). Aconselhamento psicológico e espiritualidade. In M. M. AmatuZZi, *Psicologia e Espiritualidade* (p. 161–172). São Paulo: Paulus.
- Flannelly, K. J., Koenig, H. G., Ellison, C. G., Galek, K., & Krause, N. (2006). Belief in life after death and mental health: Findings from a national survey. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(7), 524–529. Recuperado de Scopus.
- Francis, L. J. (1997). The Psychology of Gender Differences in Religion: A Review of Empirical Research. *Religion*, 27(1), 81–96. <https://doi.org/10.1006/reli.1996.0066>
- Francis, L. J., & Wilcox, C. (1998). Religiosity and Femininity: Do Women Really Hold a More Positive Attitude toward Christianity? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(3), 462. <https://doi.org/10.2307/1388053>
- Frankl, V. E. (2013). *A presença ignorada de Deus*. São Leopoldo; Petrópolis: Ed. Sinodal; Vozes.
- Fraas, H. J. (1997). *A religiosidade humana: compêndio de psicologia da religião*. São Leopoldo/RS: Sinodal.
- Freitas, M. H. de. (2002). *Crença religiosa e personalidade em estudantes de psicologia - um estudo por meio do questionário Pratt e do Método de Rorschach*. Universidade de Brasília, Brasília - DF.
- Freitas, M. H. de. (2014). Religiosidade e saúde: Experiências dos pacientes e percepções dos profissionais. *Revista Pistis Praxis*, 6(1), 89–105.
<https://doi.org/10.7213/pp.v6i1.13046>
- Freitas, M. H. de. (2017). Psicologia religiosa, psicologia da religião/espiritualidade, ou psicologia e religião/espiritualidade? *Revista Pistis Praxis*, 9(1), 89–107.
<https://doi.org/10.7213/2175-1838.09.001.DS04>

- Freitas, M. H. de, & Piasson, D. L. (2015). Religião, religiosidade e espiritualidade: Repercussão na mídia e formação profissional em psicologia. *Esferas*, 1(8).
<https://doi.org/10.19174/esf.v1i8.7909>
- Freud, S. (1996a). *O futuro de uma ilusão, O mal-estar na civilização e outros trabalhos (1927-1931)* (1ª). Imago.
- Freud, S. (1996b). *Um Estudo Autobiográfico, Inibições, Sintomas e Ansiedade, Análise Leiga e Outros Trabalhos (1925-1926)*. Imago.
- Genia, V. (2000). Religious Issues in Secularly Based Psychotherapy. *Counseling and Values*, 44(3), 213–221. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.2000.tb00173.x>
- George, L. K., Ellison, C. G., & Larson, D. B. (2002). Explaining the Relationships between Religious Involvement and Health. *Psychological Inquiry*, 13(3), 190–200.
- Gould, S. J. (2011). *Rocks of Ages: Science and Religion in the Fullness of Life*. Random House US.
- Gomes, F. C., de Andrade, A. G., Izbicki, R., Almeida, A. M., & de Oliveira, L. G. (2013). Religion as a protective factor against drug use among Brazilian university students: A national survey. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(1), 29–37. Recuperado de Scopus.
- Gonçalves, J. P. B., Lucchetti, G., Menezes, P. R., & Vallada, H. (2015). Religious and spiritual interventions in mental health care: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychological Medicine*, 45(14), 2937–2949.
<https://doi.org/10.1017/S0033291715001166>
- Gondim, S. M. G., Bastos, A. V. B., & Peixoto, L. S. A. (2010). Áreas de atuação, atividades e abordagens teóricas do psicólogo brasileiro. In *O trabalho do psicólogo no Brasil* (p. 174–199). Porto Alegre: Artmed.
- GT Nacional Laicidade e Psicologia. (2013). Nota técnica Laicidade e Psicologia - Posicionamento do Sistema Conselhos de Psicologia para a questão da psicologia, religião e espiritualidade. In *Psicologia, laicidade, espiritualidade, religião e os saberes tradicionais: referências básicas para atuação profissional* (p. 15–17). São Paulo (SP): CRP-SP.
- Guimarães, H. P., & Avezum, Á. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, supl 1, 88–94.

- Hathaway, D. B., Oliveira e Oliveira, F. H. A., Mirhom, M., Moreira-Almeida, A., Fung, W. L. A., & Pettet, J. R. (2018). *Teaching spirituality- & religiosity-related competencies to psychiatry residents: a systematic and scoping review*. no prelo.
- Hufford, D. J. (2005). *An Analysis of the filed of spirituality, religion and health*. Recuperado de <http://www.metanexus.net/archive/templetonadvancedresearchprogram/pdf/TARP-Hufford.pdf>
- IBGE. (2010). *Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência* (p. 215). Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- IBOPE. (2004). *Pesquisa de opinião com psicólogos inscritos no Conselho Federal de Psicologia* (p. 142). São Paulo: Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística.
- Inglehart, R., Haerpfer, A., Moreno, C., Welzel, K., Kizilova, J., Diez-Medrano, M., ... Norris, E. (2014). *World Values Survey*. Recuperado de JD Systems Institute website: <http://www.worldvaluessurvey.org/WVSDocumentationWV6.jsp>
- Jackson, K. M., Sher, K. J., & Schulenberg, J. E. (2008). Conjoint Developmental Trajectories of Young Adult Substance Use. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 32(5), 723–737. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2008.00643.x>
- James, W. (1902). *The Varieties of Religious Experience*. New York: The Modern Library.
- James, W. (1918). *The Principles of Psychology* (Vol. 1-2 (Illustrated)). Edição do Kindle: Pantianos Classics.
- Jones, S. L. (1994). A constructive relationship for religion with the science and profession of psychology: Perhaps the boldest model yet. *American Psychologist*, 49(3), 184–199. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.49.3.184>
- Jung, C. G. (1995). *Psicologia e religião* (M. R. Rocha & D. F. da Silva, Trans.). Petrópolis: Vozes.
- Kim, E. S., & VanderWeele, T. J. (2019). Mediators of the Association Between Religious Service Attendance and Mortality. *American Journal of Epidemiology*, 188(1), 96–101. <https://doi.org/10.1093/aje/kwy211>
- King, D. E., Blue, A., Mallin, R., & Thiedke, C. (2004). Implementation and Assessment of a Spiritual History Taking Curriculum in the First Year of Medical School. *Teaching and Learning in Medicine*, 16(1), 64–68. Recuperado de Scopus.
- Kliewer, W., & Murrelle, L. (2007). Risk and protective factors for adolescent substance use: Findings from a study in selected Central American countries. *The Journal of*

- Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 40(5), 448–455. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.11.148>
- Koenig, H. G. (2000). *Religion and medicine I: Historical background and reasons for separation*. 30(4), 385–398.
- Koenig, H. G. (2001). Religion and Medicine IV: Religion, Physical Health, and Clinical Implications. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31(3), 321–336. <https://doi.org/10.2190/X28K-GDAY-75QV-G69N>
- Koenig, H. G. (2007). *Spirituality in patient care: Why, how, when, and what* (Rev. & expanded 2nd ed). Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Koenig, H. G. (2011). *Spirituality & health research: Methods, measurement, statistics, and resources*. West Conshohocken, PA: Templeton Press.
- Koenig, H. G. (2012). *Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade*. L&PM EDITORES.
- Koenig, H. G. (2015). Religion, spirituality, and health: A review and update. *Advances in Mind-Body Medicine*, 29(3), 19–26.
- Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health* (2nd ed). Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Krause, N., Ellison, C. G., & Marcum, J. P. (2002). The Effects of Church-Based Emotional Support on Health: Do They Vary by Gender? *Sociology of Religion*, 63(1), 21. <https://doi.org/10.2307/3712538>
- Krüger, H. (2018). *Psicologia social das crenças* (1o ed). <https://doi.org/10.24824/978854442735.4>
- Larson, E. J., & Witham, L. (1997). Scientists are still keeping the faith. *Nature*, 386(6624), 435–436. <https://doi.org/10.1038/386435a0>
- Lee, E., & Baumann, K. (2013). German psychiatrists' observation and interpretation of religiosity/spirituality. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 2013. Recuperado de <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84890013613&partnerID=40&md5=8ff7ff073f1458e38741de42aa3a07dc>
- Leuba, J. H. (1916). *The Belief in God and Immortality: A Psychological, Anthropological and Statistical Study*. Boston: Sherman, French & Company.

- Levin, J. (2003). Spiritual determinants of health and healing: An epidemiologic perspective on salutogenic mechanisms. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 9(6), 48–57.
- Li, S., Stampfer, M. J., Williams, D. R., & VanderWeele, T. J. (2016). Association of Religious Service Attendance With Mortality Among Women. *JAMA Internal Medicine*, 176(6), 777. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.1615>
- Lindgren, K. N., & Coursey, R. D. (1995). Spirituality and serious mental illness: A two-part study. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18(3), 93. Recuperado de aph.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11–21. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e>
- Lionço, T. (2017). Psychology, Democracy and Laicity in Times of Religious Fundamentalism in Brazil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(SPE), 208–223. <https://doi.org/10.1590/1982-3703160002017>
- Lomax, J. W., Karff, R. S., & McKenny, G. P. (2002). Ethical considerations in the integration of religion and psychotherapy: Three perspectives. *Psychiatric Clinics of North America*, 25(3), A547–A559. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(01\)00015-6](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(01)00015-6)
- Lopes, A. M. P., & Rodrigues, J. T. da S. (2016). Psicologia, Religião e Direitos Humanos. In *Coleção Psicologia, Laicidade e as Relações com a Religião e a Espiritualidade: Vol. 1. Laicidade, Religião, Direitos Humanos e Políticas Públicas* (p. 143–151). São Paulo (SP): CRP-SP.
- Lucchetti, G., Lucchetti, A. L. G., Espinha, D. C. M., De Oliveira, L. R., Leite, J. R., & Koenig, H. G. (2012). Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. *BMC Medical Education*, 12(1). Recuperado de <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84865229801&partnerID=40&md5=16bf91cf2f10770cbdc7e2e5ed129741>
- Lucchetti, Giancarlo, Almeida, L. G. C. de, & Granero, A. L. (2010). Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 32(1), 128–132. <https://doi.org/10.1590/S0101-28002010000100020>
- Lucchetti, Giancarlo, Bassi, R. M., & Lucchetti, A. L. G. (2013). Taking Spiritual History in Clinical Practice: A Systematic Review of Instruments. *EXPLORE*, 9(3), 159–170. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2013.02.004>
- Lucchetti, Giancarlo, de Oliveira, L. R., Koenig, H. G., Leite, J. R., Lucchetti, A. L., & for the SBRAIME Collaborators. (2013). Medical students, spirituality and religiosity-

- results from the multicenter study SBAME. *BMC Medical Education*, 13(1), 162. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-162>
- Lucchetti, Giancarlo, & Granero, A. (2010). Integration of spirituality courses in Brazilian medical schools. *Medical Education*, 44(5), 527–527. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03584.x>
- Luckmann, F., Nardi, H. C., Luckmann, F., & Nardi, H. C. (2017). An (Un)Governed Body: Gender, Hierarchy, Governmentality and Biopolitics. *Revista Estudos Feministas*, 25(3), 1239–1255. <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n3p1239>
- Lukoff, D., Lu, F., & Turner, R. (1992). Toward a more culturally sensitive DSM-IV. Psychoreligious and psychospiritual problems. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(11), 673–682.
- Machado, M. das D. C., & Machado, M. das D. C. (2018). O discurso cristão sobre a “ideologia de gênero”. *Revista Estudos Feministas*, 26(2). <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2018v26n247463>
- Marcelino, D. (2016). Rituais políticos e representações do passado: Sobre os funerais de “homens de letras” na passagem do império à república. *Tempo*, 22(40), 260–282. <https://doi.org/10.20509/TEM-1980-542X2016v224002>
- Marques, L. F., & Rigo, R. M. (2016). A produção científica atual (2008-2014) em Psicologia da Religião e da Espiritualidade no Brasil. In F. Freitas Marta Helena de, N. B. Zaneti, & S. H. N. Pereira, *Psicologia, religião e espiritualidade* (p. 19–41). Curitiba: Juruá.
- Martinez, J. S., Smith, T. B., & Barlow, S. H. (2007). Spiritual interventions in psychotherapy: Evaluations by highly religious clients. *Journal of Clinical Psychology*, 63(10), 943–960. Recuperado de Scopus.
- McCord, G., Gilchrist, V. J., Grossman, S. D., King, B. D., McCormick, K. F., Oprandi, A. M., ... Srivastava, M. (2004). Discussing spirituality with patients: A rational and ethical approach. *Annals of Family Medicine*, 2(4), 356–361. Recuperado de Scopus.
- Mcgrath, A. E. (2005). *Fundamentos do diálogo entre ciência e religião* (1º ed). Loyola.
- Medrado, B., Nascimento, M., & Lyra, J. (2019). Os feminismos e os homens no contexto brasileiro: Provocações a partir do encontro 13º Fórum Internacional AWID. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(2), 603–608. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.01662017>
- Mello, S. L. de. (1976). *Psicologia e profissão em São Paulo*. São Paulo: Ática.

- Mello, L., Avelar, R. B. de, & Brito, W. (2014). Políticas públicas de segurança para a população LGBT no Brasil. *Revista Estudos Feministas*, 22(1), 297–320.
- Menegatti-Chequini, M. C., Gonçalves, J. P. B., Leão, F. C., Peres, M. F. P., & Vallada, H. (2016). A preliminary survey on the religious profile of Brazilian psychiatrists and their approach to patients' religiosity in clinical practice. *British Journal of Psychiatry Open*, 2(6), 346–352. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.116.002816>
- Miguel, L. F. (2016). Da “doutrinação marxista” à “ideologia de gênero” - Escola Sem Partido e as leis da mordaza no parlamento brasileiro / From “Marxist indoctrination” to “gender ideology”: Escola Sem Partido (non-partisan school) and gag laws in Brazilian congress. *Revista Direito e Práxis*, 7(15). <https://doi.org/10.12957/dep.2016.25163>
- Miller, A. S., & Hoffmann, J. P. (1995). Risk and Religion: An Explanation of Gender Differences in Religiosity. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 34(1), 63. <https://doi.org/10.2307/1386523>
- Miller, A. S., & Stark, R. (2002). Gender and Religiousness: Can Socialization Explanations Be Saved? *American Journal of Sociology*, 107(6), 1399–1423. <https://doi.org/10.1086/342557>
- Miranda, L. M. de. (2018). *A relação histórica entre ciência e religião: uma análise do letramento científico promovido por livros didáticos de ensino médio* (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- Moreira-Almeida, A., & Koenig, H. G. (2006). Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: A commentary on the WHOQOL SRPB group's “A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life” (62: 6, 2005, 1486–1497). *Social Science & Medicine*, 63(4), 843–845. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.001>
- Moreira-Almeida, A., Koenig, H. G., Lucchetti, G., Moreira-Almeida, A., Koenig, H. G., & Lucchetti, G. (2014). Clinical implications of spirituality to mental health: Review of evidence and practical guidelines. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(2), 176–182. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1255>
- Moreira-Almeida, A., & Lucchetti, G. (2016). Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. *Ciência e Cultura*, 68(1), 54–57. <https://doi.org/10.21800/2317-66602016000100016>

- Moreira-Almeida, A., Peres, M. F., Aloe, F., Neto, F. L., & Koenig, H. G. (2008). Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke-DUREL. *Revista de psiquiatria clínica*, 35(1), 31–32.
- Moreira-Almeida, A., Pinsky, I., Zaleski, M., & Laranjeira, R. (2010). Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: Resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo)*, 12–15.
- Moreira-Almeida, A., Sharma, A., van Rensburg, B. J., Verhagen, P. J., & Cook, C. C. H. (2016). WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World Psychiatry*, 15(1), 87–88. <https://doi.org/10.1002/wps.20304>
- Neeleman, J., & King, M. B. (1993). Psychiatrists' religious attitudes in relation to their clinical practice: A survey of 231 psychiatrists. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88(6), 420–424. Recuperado de Scopus.
- Nonnemaker, J. M., McNeely, C. A., & Blum, R. W. (2003). Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: Evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Social Science & Medicine (1982)*, 57(11), 2049–2054.
- Norcross, J. C., Hedges, M., & Prochaska, J. O. (2002). The face of 2010: A Delphi poll on the future of psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(3), 316–322. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.33.3.316>
- Norcross, J. C., & Karpiak, C. P. (2012). Clinical Psychologists in the 2010s: 50 Years of the APA Division of Clinical Psychology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2012.01269.x>
- Norris, P., & Inglehart, R. (2011). *Sacred and secular: Religion and politics worldwide* (2nd ed). Cambridge: Cambridge University Press.
- Noto, A. R., Baptista, M. C., Faria, S. T., Nappo, S. A., Galduróz, J. C. F., & Carlini, E. A. (2003). Drogas e saúde na imprensa brasileira: Uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 69–79. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100008>
- Numbers, R. L. (2009). Mitos e verdades em ciência e religião: Uma perspectiva histórica. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 36(6), 250–255. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832009000600006>
- Numbers, R. L. (2010). *Galileo goes to jail: And other myths about science and religion*. Cambridge, Mass.; London: Harvard University Press.

- O'Connor, S., & Vandenberg, B. (2005). Psychosis or Faith? Clinicians' Assessment of Religious Beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(4), 610–616. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.610>
- OrientaPsi | Home. ([s.d.]). Recuperado 5 de novembro de 2018, de <http://orientapsi.cfp.org.br/>
- Osório, I. H. S., Gonçalves, L. M., Pozzobon, P. M., Gaspar Júnior, J. J., Miranda, F. M., Lucchetti, A. L. G., & Lucchetti, G. (2017). 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, 39*(10), 1057–1064. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1337878>
- Paiva, G. J. de. (2000). *A religião dos cientistas: Uma leitura psicológica*. São Paulo, SP: Edições Loyola.
- Paiva, G. J. de. (2002). Ciência, religião, psicologia: Conhecimento e comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 15*(3), 561–567. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000300010>
- Paiva, G. J. de. (2017). Psicologia Acadêmica da Religião no Brasil: História, resultados e perspectivas. *Revista Pistis Praxis, 9*(1), 31–48. <https://doi.org/10.7213/2175-1838.09.001.DS02>
- Paiva, G. J. de, Zangari, W., Verdade, M. M., Paula, J. R. M. de, Faria, D. G. R. de, Gomes, D. M., ... Gomes, A. M. de A. (2009). Psicologia da Religião no Brasil: A produção em periódicos e livros. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 25*(3), 441–446. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000300019>
- Paiva, G. J. (2016). Laicidade, Psicologia, Religião, Direitos Humanos. In *Coleção Psicologia, Laicidade e as Relações com a Religião e a Espiritualidade: Vol. 1. Laicidade, Religião, Direitos Humanos e Políticas Públicas* (p. 135–142). São Paulo (SP): CRP-SP.
- Panzini, R. G., Rocha, N. S. da, Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. de A. (2007a). Qualidade de vida e espiritualidade. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 34*, 105–115. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700014>
- Panzini, R. G., Rocha, N. S. da, Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. de A. (2007b). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*, 105–115. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700014>
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.

- Pargament, K. I. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2001). Religious Struggle as a Predictor of Mortality Among Medically Ill Elderly Patients: A 2-Year Longitudinal Study. *Archives of Internal Medicine*, *161*(15), 1881.
<https://doi.org/10.1001/archinte.161.15.1881>
- Pargament, K. I., & Lomax, J. W. (2013). Understanding and addressing religion among people with mental illness. *World Psychiatry*, *12*(1), 26–32.
<https://doi.org/10.1002/wps.20005>
- Payman, V. (2000). Do psychogeriatricians “neglect” religion? An antipodean survey. *International Psychogeriatrics*, *12*(2), 135–144. Recuperado de Scopus.
- Pereira, K. C. L., & Holanda, A. F. (2016). Espiritualidade e religiosidade para estudantes de psicologia: Ambivalências e expressões do vivido. *Revista Pistis Praxis*, *8*(2), 385–413. <https://doi.org/10.7213/pp.v8i2.1405>
- Peres, J. F. P. (2012). Should psychotherapy consider reincarnation? *Journal of Nervous and Mental Disease*, *200*(2), 174–179. Recuperado de Scopus.
- Peres, J. F. P., Simão, M. J. P., & Nasello, A. G. (2007). Spirituality, religiousness and psychotherapy. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, *34*, 136–145.
<https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700017>
- Peres, M. F. P., Arantes, A. C. de L. Q., Lessa, P. S., & Caous, C. A. (2007). A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *34*, 82–87. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700011>
- Pew Research Center. (2012). *The Global Religious Landscape* (p. 82). Recuperado de <http://assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/11/2014/01/global-religion-full.pdf>
- Pew Research Center. (2015). *America’s Changing Religious Landscape* (p. 201). Recuperado de <https://www.pewforum.org/religious-landscape-study/>
- Pew Research Center. (2016). *The Gender Gap in Religion Around the World*. Recuperado de Pew Research Center website: <https://www.pewforum.org/2016/03/22/the-gender-gap-in-religion-around-the-world/>
- Pew Research Center. (2018). *The Age Gap in Religion Around the World* (p. 97). Recuperado de Pew Research Center website: <https://www.pewforum.org/wp-content/uploads/sites/7/2018/06/ReligiousCommitment-FULL-WEB.pdf>

- Plante, T. G. (2007). Integrating spirituality and psychotherapy: Ethical issues and principles to consider. *Journal of Clinical Psychology, 63*(9), 891–902.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20383>
- Popadiuk, G. S., Oliveira, D. C., & Signorelli, M. C. (2017). A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): Avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva, 22*(5), 1509–1520. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32782016>
- Post, S. G. (1993). Psychiatry and ethics: The problematics of respect for religious meanings. *Culture, Medicine and Psychiatry, 17*(3), 363–383.
<https://doi.org/10.1007/BF01380010>
- Regnerus, M. D., & Elder, G. H. (2003). Religion and vulnerability among low-risk adolescents. *Social Science Research, 32*(4), 633–658. [https://doi.org/10.1016/S0049-089X\(03\)00027-9](https://doi.org/10.1016/S0049-089X(03)00027-9)
- Rezende-Pinto, A., Moreira-Almeida, A., Ribeiro, M., Laranjeira, R., & Vallada, H. (2018). The effect of religiosity during childhood and adolescence on drug consumption patterns in adults addicted to crack cocaine. *BJPsych Open, 4*(5), 324–331.
<https://doi.org/10.1192/bjo.2018.25>
- Ribeiro, F. M. L., & Minayo, M. C. de S. (2015). As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: O caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 19*(54), 515–526. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0571>
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (Orgs.). (2000). *Handbook of psychotherapy and religious diversity*. Recuperado de <http://content.apa.org/books/10347-000>
- Rios, R. R., Resadori, A. H., Silva, R. da, & Vidor, D. M. (2017). Laicidade e Conselho Federal de Psicologia: Dinâmica Institucional e Profissional em Perspectiva Jurídica. *Psicologia: Ciência e Profissão, 37*(1), 159–175. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002612016>
- Roe, A. (1951). A Psychological Study of Eminent Biologists. In *Psychological Monographs : General and Applied* (Vol. 65, p. 72). Massachusetts: The American Psychological Association.
- Rosmarin, D. H., Green, D., Pirutinsky, S., & McKay, D. (2013). Attitudes toward spirituality/religion among members of the Association for Behavioral and Cognitive

- Therapies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(6), 424–433.
<https://doi.org/10.1037/a0035218>
- Ruff, J. (2008). Psychologist Bias in Implicit Responding to Religiously Divergent Nonpatient Targets and Explicit Responding to Religiously Divergent Patients. *Journal of Dissertations*, 2.
- Russell, S. R., & Yarhouse, M. A. (2006). Training in religion/spirituality within APA-accredited psychology predoctoral internships. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(4), 430–436. Recuperado de Scopus.
- Sanchez, Z. C. der M. (2004). *Razões que levam determinados jovens, mesmo expostos a fatores de risco, a não usarem drogas psicotrópicas* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo). Recuperado de http://www.proad.unifesp.br/pdf/dissertacoes_teses/tese_zila.pdf
- Sanchez, Z. V. der M. (2004). *Razões que levam determinados jovens, mesmo expostos a fatores de risco, a não usarem drogas psicotrópicas* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo). Recuperado de <http://www.hoje.org.br/site/arq/artigos/20061106-artigos-TeseZila.pdf>
- Sanchez, Z. V. der M., Oliveira, L. G. de, & Nappo, S. A. (2004). Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 43–55. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100005>
- Sanchez, Z. van der M., & Nappo, S. A. (2008a). Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 265–272.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000200011>
- Sanchez, Z. van der M., & Nappo, S. A. (2008b). Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 265–272.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000200011>
- Schafer, R. M., Handal, P. J., Brawer, P. A., & Ubinger, M. (2011). Training and Education in Religion/Spirituality Within APA-Accredited Clinical Psychology Programs: 8 Years Later. *Journal of Religion and Health*, 50(2), 232–239. Recuperado de Scopus.
- Serlin, I. (2004). Spiritual diversity and clinical practice. In *The psychology of prejudice and discrimination: Disability religion, physique, and other traits* (Vol. 4, p. 27–49). Westport, CT: Praeger.
- Shafranske, E. P. (Org.). (1996). *Religion and the clinical practice of psychology* (1st ed). Washington, DC: American Psychological Association.

- Shafranske, E. P., & Cummings, J. P. (2013). Religious and spiritual beliefs, affiliations, and practices of psychologists. In K. I. Pargament, A. Mahoney, & E. P. Shafranske (Orgs.), *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 2): An applied psychology of religion and spirituality*. (p. 23–41). <https://doi.org/10.1037/14046-002>
- Shafranske, E. P., & Gorsuch, R. L. (1984). Factors associated with the perception of spirituality in psychotherapy. *Journal of Transpersonal Psychology*, 231–241.
- Shafranske, E. P., & Malony, H. N. (1985). *Psychologists' Religious and Spiritual Orientations and their practice of Psychotherapy*. 27. Los Angeles.
- Shafranske, E. P., & Malony, H. N. (1990). Clinical psychologists' religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(1), 72–78. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.1.72>
- Shank, M. H. (2009). Myth 2: That the Medieval Christian Church Suppressed the Growth of Science. In R. Numbers, *Galileo goes to jail and other myths about science and religion* (p. 19–27). Massachusetts: Harvard University Press.
- Silva, C. S., Ronzani, T. M., Furtado, E. F., Aliane, P. P., & Moreira-Almeida, A. (2010). Relação entre prática religiosa, uso de álcool e transtornos psiquiátricos em gestantes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(4), 152–156.
- Silva, C. G. da, Paiva, V., & Parker, R. (2013). Religious youth and homosexuality: Challenges for promotion of health and sexual rights. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17(44), 103–117. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000100009>
- Silva, L. G. T. D. (2017). Religião e política no Brasil. *Latinoamérica. Revista de Estudios Latinoamericanos*, (64), 223. <https://doi.org/10.22201/cialc.24486914e.2017.64.56799>
- Sloan, R. P., Bagiella, E., & Powell, T. (1999). Religion, spirituality, and medicine. *Lancet*, 353(9153), 664–667. Recuperado de Scopus.
- Smith, T. B., McCullough, M. E., & Poll, J. (2003). Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129(4), 614–636.
- Spiro, M. (1994). Religion: Problems of Definition and Explanation. In M. E. Spiro, B. Kilborne, & L. L. Langness (Orgs.), *Culture and human nature* (p. 187–198). Recuperado de http://ls-tlss.ucl.ac.uk/course-materials/ANTH7006_44555.pdf
- Stark, R. (1999). Secularization, R.I.P. *Sociology of Religion*, 60(3), 249–273. <https://doi.org/10.2307/3711936>

- Stark, R. (2002). Physiology and Faith: Addressing the “Universal” Gender Difference in Religious Commitment. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(3), 495–507. <https://doi.org/10.1111/1468-5906.00133>
- Stark, R. (2004). *For the glory of God: How monotheism led to reformations, science, witch-hunts, and the end of slavery* (Nachdr.). Princeton: Princeton Univ. Press.
- Stark, R. (2015). *The triumph of faith: Why the world is more religious than ever* (1 [edition]). Wilmington, Delaware: ISI Books.
- Stark, R. (2017). *Why God? Explaining religious phenomena* (First [edition]). West Conshohocken: Templeton Press.
- Stevens, L. M., Lynn, C., & Glass, R. M. (2001). Adolescent suicide. 286(24), 3194.
- Stroppa, A., & Moreira-Almeida, A. (2009). Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(5), 190–196. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832009000500003>
- Strote, J., Lee, J. E., & Wechsler, H. (2002). Increasing MDMA use among college students: Results of a national survey. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 30(1), 64–72.
- Strupp, H. H. (1978). The therapist’s theoretical orientation: An overrated variable. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 15(4), 314–317. <https://doi.org/10.1037/h0086020>
- Sue, D. W., Bingham, R. P., Porché-Burke, L., & Vasquez, M. (1999). The diversification of psychology: A multicultural revolution. *The American Psychologist*, 54(12), 1061–1069.
- Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *The American Psychologist*, 53(4), 440–448.
- Tjeltveit, A. (1986). The ethics of value conversion in psychotherapy: Appropriate and inappropriate therapist influence on client values. *Clinical Psychology Review*, 6(6), 515–537. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(86\)90035-8](https://doi.org/10.1016/0272-7358(86)90035-8)
- Tornstam, L. (2011). *Maturing into Gerotranscendence*. 43(2), 15.
- Valle, E. (1998). *Psicologia e experiência religiosa: Estudos introdutórios*. Loyola.
- VanderWeele, T. J. (2017). Religion and health: a synthesis. In *Spirituality and Religion within the Culture of Medicine: From Evidence to Practice* (p. 357–401). New York, NY: Oxford University Press.

- VanderWeele, T. J., Li, S., Tsai, A. C., & Kawachi, I. (2016). Association Between Religious Service Attendance and Lower Suicide Rates Among US Women. *JAMA Psychiatry*, 73(8), 845–851. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1243>
- Verhagen, P. J. (2013). Psychiatry and religion: Values, research data and professionalism. *Minerva Psichiatrica*, 54(2), 149–164. Recuperado de Scopus.
- Vianna, J. H. L. (2016). Religiosidade, espiritualidade e laicidade em a insustentável leveza do ser... psicólogo(a). In *Coleção Psicologia, Laicidade e as Relações com a Religião e a Espiritualidade: Vol. 1. Laicidade, Religião, Direitos Humanos e Políticas Públicas* (p. 27–37). São Paulo (SP): CRP-SP.
- Vieten, C., Scammell, S., Pilato, R., Ammondson, I., Pargament, K. I., & Lukoff, D. (2013a). Spiritual and religious competencies for psychologists. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5(3), 129–144. Recuperado de Scopus.
- Vieten, C., Scammell, S., Pilato, R., Ammondson, I., Pargament, K. I., & Lukoff, D. (2013b). Spiritual and religious competencies for psychologists. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5(3), 129–144.
- Vieten, Cassandra, Scammell, S., Pierce, A., Pilato, R., Ammondson, I., Pargament, K. I., & Lukoff, D. (2016). Competencies for psychologists in the domains of religion and spirituality. *Spirituality in Clinical Practice*, 3(2), 92–114. <https://doi.org/10.1037/scp0000078>
- VIII - CNP 15ª Moção Repúdio Contra a Liberdade de Crenças e Consciência. (2013). In *Psicologia, Laicidade, Espiritualidade, Religião e os Saberes Tradicionais: Referências básicas para atuação profissional* (p. 22). São Paulo (SP): CRP-SP.
- Zangari, W., & Machado, F. R. (Orgs.). (2018). *Psicologia & Religião: Histórico, Subjetividade, Saúde Mental, Manejo, Ética Profissional e Direitos Humanos*. Inter Psi - Laboratório de Psicologia Anomalística e Processos Psicossociais.
- Walter, T., & Davie, G. (1998). The Religiosity of Women in the Modern West. *The British Journal of Sociology*, 49(4), 640. <https://doi.org/10.2307/591293>
- Weber, S. R., & Pargament, K. I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5), 358–363. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000080>
- WHOQOL SRPB Group. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine* (1982), 62(6), 1486–1497. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.001>

- Wilkinson, P. (2011). *Guia ilustrado Zahar: religiões* (M. L. X. D. A. Borges, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Wilt, J. A., Grubbs, J. B., Exline, J. J., & Pargament, K. I. (2016). Personality, religious and spiritual struggles, and well-being. *Psychology of Religion and Spirituality*, 8(4), 341–351. <https://doi.org/10.1037/rel0000054>
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. (p. 24). Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=6155E95171A4C0A58FDB0A54B0F50FCE?sequence=1>
- World Psychiatric Association. (2002). *Institutional program on the core training curriculum for psychiatry*. Recuperado de http://www.wpanet.org/uploads/Education/Educational_Programs/Core_Curriculum/corecurriculum-psych-ENG.pdf
- Worthington, E. L., Sandage, S. J., Davis, D. E., Hook, J. N., Miller, A. J., Hall, M. E. L., & Hall, T. W. (2009). Training therapists to address spiritual concerns in clinical practice and research. In J. D. Aten & M. M. Leach (Orgs.), *Spirituality and the therapeutic process: A comprehensive resource from intake to termination*. (p. 267–292). <https://doi.org/10.1037/11853-012>
- Yamamoto, O. H., Souza, J. A. J. de, Silva, N., & Zanelli, J. C. (2010). A formação básica, pós-graduada e complementar do psicólogo no Brasil. In *O trabalho do psicólogo no Brasil* (p. 45–65). Porto Alegre: Artmed.
- Yarhouse, M. A., & Fisher, W. (2002). Levels of training to address religion in clinical practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(2), 171–176. <https://doi.org/10.1037//0033-3204.39.2.171>
- Yilmaz, M., & Gurler, H. (2014). The efficacy of integrating spirituality into undergraduate nursing curricula. *Nursing Ethics*, 21(8), 929–945. <https://doi.org/10.1177/0969733014521096>
- Yinger, J. M. (1970). *Scientific Study of Religion*. London: Mamillan.
- Zarzycka, B., Ziólkowska, D., & Śliwak, J. (2017). Religious support and religious struggle as predictors of quality of life in alcoholics anonymous: Moderation by duration of abstinence. *Roczniki Psychologiczne*, 20(1), 121–142. <https://doi.org/10.18290/rpsych.2017.20.1-4en>

ANEXO A-APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Religiosidade/Espiritualidade em Psicólogos Brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e clínica

Pesquisador: PEDRITA REIS VARGAS PAULINO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50481915.2.0000.5147

Instituição Proponente: Instituto de Ciências Humanas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.345.685

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

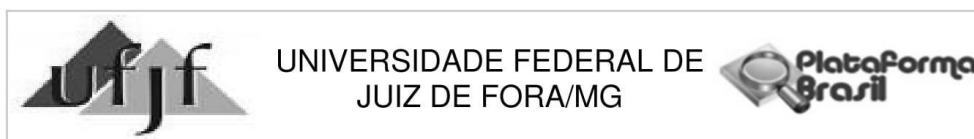
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.345.685

realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Julho de 2017.

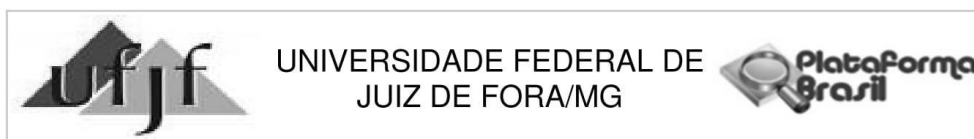
Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_600143.pdf	23/10/2015 00:20:36		Aceito
Outros	PAGINA INICIAL.pdf	23/10/2015 00:19:06	PEDRITA REIS VARGAS PAULINO	Aceito
Outros	TCLE ASSINADO.pdf	23/10/2015 00:18:08	PEDRITA REIS VARGAS PAULINO	Aceito
Outros	FORM ONLINE.docx	16/10/2015 02:27:20	PEDRITA REIS VARGAS PAULINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	16/10/2015 02:24:33	PEDRITA REIS VARGAS PAULINO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BROCHURA.pdf	06/10/2015 16:06:05	PEDRITA REIS VARGAS PAULINO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	06/10/2015 15:59:31	PEDRITA REIS VARGAS PAULINO	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.345.685

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 01 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Francis Ricardo dos Reis Justi
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

APÊNDICE A - E-MAIL/CARTA CONVITE

Prezado profissional da Psicologia,

Estamos realizando um levantamento do perfil, perspectivas e implicações sobre a espiritualidade/religiosidade e saúde em Psicólogos Brasileiros. Este levantamento tem por objetivo investigar a religiosidade/espiritualidade dos psicólogos brasileiros e suas repercussões na prática profissional. Trata-se de um estudo de doutorado realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (Projeto sob o número 50481915.2.0000.5147 na Plataforma Brasil e parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa nº1.345.685). Sua participação será de extrema importância e poderá contribuir para futuras ações na interface religiosidade/espiritualidade e saúde. Para obtermos uma amostra representativa, é essencial que psicólogos de todos os perfis (em termos de orientações teóricas, filosóficas e espirituais/religiosas) participem e em grande número. Você gastará em torno de 20 minutos para respondê-la.

Segue link para o formulário do Google:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdBQHIIQxNwO3WFwPATzf384f2D2WgFe2nWJUgjsVU1-nD0lg/viewform>

Desde já agradecemos sua participação.

Qualquer dúvida escrever para o e-mail da pesquisa: psicologosbrasileirospesquisa@gmail.com.

Att,

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO ONLINE

24/10/2018

R/E em Psicólogos Brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e prática profissional

R/E em Psicólogos Brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e prática profissional

Carta de apresentação e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

*Obrigatório

1. Endereço de e-mail *

O(A) Sr. (a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa nacional intitulada "Religiosidade/Espiritualidade em Psicólogos Brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e clínica". Estão sendo convidados todos os psicólogos brasileiros e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com qualquer outro órgão.

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF
36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL
PROJETO Nº 50481915.2.0000.5147 - APROVADO CEP EM 01/12/2015

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa "Religiosidade/Espiritualidade em Psicólogos Brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e clínica". Nesta pesquisa pretendemos investigar o perfil e perspectivas dos psicólogos brasileiros quanto à religiosidade/espiritualidade e suas implicações para o ensino, pesquisa e prática clínica. O motivo que nos leva a estudar tal temática é a sua relevância social, bem como a possível contribuição na pesquisa e debate existente sobre religiosidade/espiritualidade no campo da saúde mental.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: A sua participação na pesquisa consistirá em um questionário online com duração aproximada de 20 minutos. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos, entretanto, caso ocorra algum tipo de prejuízo, você poderá entrar em contato com o pesquisador principal e/ou Comitê de Ética. A pesquisa contribuirá para o desenvolvimento do conhecimento científico e acadêmico.

Para participar deste estudo o (a) Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o (a) Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O (A) Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o (a) Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

24/10/2018

R/E em Psicólogos Brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e prática profissional

2. *

Fui informado (a) dos objetivos da pesquisa "Religiosidade/Espiritualidade em Psicólogos Brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e clínica", de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. *Marque todas que se aplicam.*

Li e aceito o Termo de Consentimento

Contato:

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF
Campus Universitário da UFJF
Pró-Reitoria de Pesquisa
CEP: 36036-900
Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Nome do Pesquisador Responsável: Pedrita Reis Vargas Paulino
Endereço: Rua Padre Gabriel, 118
CEP: 36090-680 / Juiz de Fora – MG
Fone: (32) 88316803
E-mail: psicologosbrasileirospesquisa@gmail.com

IDENTIFICAÇÃO INICIAL

3. Favor informar as iniciais do seu nome completo, seguido da inicial de gênero e idade. *

(Ex.: Pedrita Reis Vargas Paulino, feminino, 30 anos = PRVVPF30)

24/10/2018

R/E em Psicólogos Brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e prática profissional

4. Em qual estado exerce sua profissão? **Marcar apenas uma oval.*

- AC
 AL
 AP
 AM
 BA
 CE
 DF
 ES
 GO
 MA
 MT
 MS
 MG
 PA
 PB
 PR
 PE
 PI
 RJ
 RN
 RS
 RO
 RR
 SC
 SP
 SE
 TO

SESSÃO A. PERSPECTIVA EM RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE E SAÚDE MENTAL

5. 1. No que você, pessoalmente, acredita sobre os efeitos da religião, em geral, na saúde mental?

Você acredita que ser religioso tende a ser mais:

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Prejudicial à saúde mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Benéfico para a saúde mental

24/10/2018

R/E em Psicólogos Brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e prática profissional

6. 2. Você acredita que Deus, ou alguma força maior intervém na saúde do paciente?*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
 Não
 Indeciso

7. 3. Você acredita que demônios, espíritos inferiores ou outra entidade espiritual negativa intervém negativamente na saúde do paciente?*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
 Não
 Indeciso

8. 4. Em geral, é apropriado ou inapropriado para o psicólogo discutir aspectos religiosos/espirituais quando o paciente traz tal assunto ao consultório?*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre inapropriado
 Geralmente inapropriado
 Geralmente apropriado
 Sempre apropriado

9. 5. Em geral, é apropriado ou inapropriado para o psicólogo perguntar sobre a religiosidade/espiritualidade do paciente?*Marcar apenas uma oval.*

- Sempre inapropriado
 Geralmente inapropriado
 Geralmente apropriado
 Sempre apropriado

10. 6. Quando é apropriado que o psicólogo converse a respeito de suas crenças e experiências religiosas com o paciente?*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
 Somente se o paciente perguntar
 Sempre que o psicólogo achar que é apropriado

11. 7. Quando é apropriado para o psicólogo rezar/orar com o paciente?*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
 Somente se o paciente solicitar
 Sempre que o psicólogo achar que é apropriado

12. 8. Você teve algum treinamento formal a respeito de Religião/espiritualidade e psicologia?*Marcar apenas uma oval.*

- Sim (responder a partir da questão 8a)
 Não (responder a partir da questão 8b)

24/10/2018

R/E em Psicólogos Brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e prática profissional

13. 8a. (Se sim) Foi em que momento? (MARCAR TODAS QUE SE ENQUADRAM)*Marque todas que se aplicam.*

- Curso na graduação em psicologia
- Livro ou educação psicológica continuada
- Conferências ou reuniões de departamentos
- Treinamento da sua tradição religiosa
- Outro: _____

14. 8b. Você acha que deve ser inserido no currículo do curso de psicologia?*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

15. 8c. Você gostaria de se aperfeiçoar no tema saúde, psicologia, espiritualidade e religiosidade?*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

16. 8d. De que forma (MARQUE TODAS QUE SE ENQUADREM) ?*Marque todas que se aplicam.*

- Congressos
- Cursos de educação psicológica continuada
- Conferências ou reuniões de departamentos
- Treinamento da sua tradição religiosa
- Livros ou revistas
- Vídeos
- Outro: _____

Práticas profissionais

24/10/2018

R/E em Psicólogos Brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e prática profissional

17. 9. Qual a sua área de atuação dentro da Psicologia? *

(MARQUE TODAS QUE SE APLICAREM)

Marque todas que se aplicam.

- Psicologia Escolar/Educacional;
- Psicologia Organizacional e do Trabalho;
- Psicologia de Trânsito;
- Psicologia Jurídica;
- Psicologia do Esporte;
- Psicologia Clínica;
- Psicologia Hospitalar;
- Psicologia Social;
- Psicopedagogia;
- Psicomotricidade
- Neuropsicologia
- Outro: _____

18. 9a. Você atua como psicólogo clínico? *

Faz atendimentos clínicos em sua atuação profissional?

Marcar apenas uma oval.

- Sim *Ir para a pergunta 18.*
- Não *Ir para a pergunta 34.*

SESSÃO A.1 – PSICÓLOGOS CLÍNICOS**19. 10. Eu me sinto confortável em discutir as preocupações religiosas/espirituais se o paciente introduzi-las na consulta.**

O quanto você concorda ou discorda da frase acima

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Discordo
- Discordo totalmente

11. Na sua experiência, quão comumente seus pacientes...**20. a) mencionam temas religiosos/espirituais como Deus, reza, meditação, Bíblia, etc...***Marcar apenas uma oval.*

- 0 Não se aplica
- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Algumas vezes
- 4 Frequentemente
- 5 Sempre

24/10/2018

R/E em Psicólogos Brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e prática profissional

21. b) recebem suporte emocional ou prático das suas comunidades religiosas*Marcar apenas uma oval.*

- 0 Não se aplica
 1 Nunca
 2 Raramente
 3 Algumas vezes
 4 Frequentemente
 5 Sempre

22. c) usam sua religião/espiritualidade como razão para evitar a responsabilidade sobre sua própria saúde*Marcar apenas uma oval.*

- 0 Não se aplica
 1 Nunca
 2 Raramente
 3 Algumas vezes
 4 Frequentemente
 5 Sempre

12. Considerando sua experiência, quão comumente você pensa que a religião/espiritualidade...

23. a) ajuda os pacientes a enfrentar a doença e o sofrimento*Marcar apenas uma oval.*

- 0 Não se aplica
 1 Nunca
 2 Raramente
 3 Algumas vezes
 4 Frequentemente
 5 Sempre

24. b) causa culpa, ansiedade ou outras emoções negativas que levam a um aumento no sofrimento do paciente*Marcar apenas uma oval.*

- 0 Não se aplica
 1 Nunca
 2 Raramente
 3 Algumas vezes
 4 Frequentemente
 5 Sempre

24/10/2018

R/E em Psicólogos Brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e prática profissional

25. c) leva ao paciente um estado de pensamento positivo e esperançoso*Marcar apenas uma oval.*

- 0 Não se aplica
 1 Nunca
 2 Raramente
 3 Algumas vezes
 4 Frequentemente
 5 Sempre

26. d) leva ao paciente a negar, atrasar ou cessar tratamento indicado pelo médico*Marcar apenas uma oval.*

- 0 Não se aplica
 1 Nunca
 2 Raramente
 3 Algumas vezes
 4 Frequentemente
 5 Sempre

27. e) ajuda a prevenir desfechos médicos desfavoráveis como Infecções, Infarto Agudo do Miocárdio e até mesmo diminuir a mortalidade*Marcar apenas uma oval.*

- 0 Não se aplica
 1 Nunca
 2 Raramente
 3 Algumas vezes
 4 Frequentemente
 5 Sempre

13. Quando assuntos religiosos/espirituais aparecem em discussões com os pacientes, quão comumente você responde das seguintes formas?

28. a) Eu escuto de forma cuidadosa e simpaticamente*Marcar apenas uma oval.*

- 0 Não se aplica
 1 Nunca
 2 Raramente
 3 Algumas vezes
 4 Frequentemente
 5 Sempre

24/10/2018

R/E em Psicólogos Brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e prática profissional

29. b) Eu tento mudar de assunto de forma cuidadosa*Marcar apenas uma oval.*

- 0 Não se aplica
 1 Nunca
 2 Raramente
 3 Algumas vezes
 4 Frequentemente
 5 Sempre

30. c) Eu encorajo os pacientes na sua própria prática e crenças religiosas/espirituais*Marcar apenas uma oval.*

- 0 Não se aplica
 1 Nunca
 2 Raramente
 3 Algumas vezes
 4 Frequentemente
 5 Sempre

31. d) Eu respeitadamente divido minhas próprias ideias e experiências religiosas/espirituais*Marcar apenas uma oval.*

- 0 Não se aplica
 1 Nunca
 2 Raramente
 3 Algumas vezes
 4 Frequentemente
 5 Sempre

32. e) Eu rezo/oro com o paciente*Marcar apenas uma oval.*

- 0 Não se aplica
 1 Nunca
 2 Raramente
 3 Algumas vezes
 4 Frequentemente
 5 Sempre

33. 14. Na sua experiência com capelães ou outros profissionais pastorais, você está:*Marcar apenas uma oval.*

- Muito satisfeito
 Satisfeito
 Insatisfeito
 Muito insatisfeito
 Não possuo experiência prévia

24/10/2018

R/E em Psicólogos Brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e prática profissional

34. **15. Alguma das afirmações seguintes desencorajam você a discutir religião/espiritualidade com seus pacientes?**

(MARQUE TODAS QUE SE APLICAREM)

Marque todas que se aplicam.

- Desconforto geral em discutir assuntos religiosos
- Conhecimento e treinamento insuficientes
- Tempo insuficiente
- Medo de ofender os pacientes
- Medo de que meus colegas não aproveem
- Outro: _____

SESSÃO B. SUAS CARACTERÍSTICAS RELIGIOSA/ESPIRITUAIS

Independente de se considerar religioso, espiritual ou nenhum dos dois, sua perspectiva é importante

35. **16. Quanto importante é sua espiritualidade para você?**

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Não é importante. Eu não sou uma pessoa espiritualizada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremamente importante. Minha espiritualidade é o centro de toda a minha vida

36. **17. Quanto importante é a religião em sua vida?**

Marcar apenas uma oval.

- Muito importante
- Consideravelmente importante
- Não muito importante
- Sem opinião

37. **18. Qual a sua religião?**

Marcar apenas uma oval.

- Agnóstico
- Ateu
- Católico
- Espírita
- Protestante/Evangélico
- Umbanda/Candomblé
- Outro: _____

24/10/2018

R/E em Psicólogos Brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e prática profissional

38. 19. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?*Marcar apenas uma oval.*

- Mais do que uma vez por semana
- Uma vez por semana
- Duas a três vezes por mês
- Algumas vezes por ano
- Uma vez por ano ou menos
- Nunca

39. 20. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?*Marcar apenas uma oval.*

- Mais do que uma vez por dia
- Diariamente
- Duas ou mais vezes por semana
- Uma vez por semana
- Poucas vezes por mês
- Raramente ou nunca

As questões 21, 22 e 23 contêm três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

40. 21. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).*Marcar apenas uma oval.*

- Totalmente verdade para mim
- Em geral é verdade
- Não estou certo
- Em geral não é verdade
- Não é verdade

41. 22. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.*Marcar apenas uma oval.*

- Totalmente verdade para mim
- Em geral é verdade
- Não estou certo
- Em geral não é verdade
- Não é verdade

24/10/2018

R/E em Psicólogos Brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e prática profissional

42. 23. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.*Marcar apenas uma oval.*

- Totalmente verdade para mim
- Em geral é verdade
- Não estou certo
- Em geral não é verdade
- Não é verdade

43. 24. Você acredita em Deus, ou outra entidade/força espiritual?*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Sim, no passado, mas não mais
- Sim, e continuo acreditando
- Não acreditava e passei a acreditar
- Sem opinião formada

44. 25. Você acredita em reencarnação?*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Sem opinião formada

45. 26. Você acredita em vida após a morte?*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não
- Sem opinião formada

27. Pense em como você tenta entender e lidar com grandes problemas na sua vida. De que forma as afirmativas seguintes estão envolvidas na forma que você lida com os problemas?

46. a) Eu tento buscar um sentido da situação e decidir o que fazer sem confiar em Deus*Marcar apenas uma oval.*

- Muito
- Mais ou menos
- Um pouco
- Não influi

24/10/2018

R/E em Psicólogos Brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e prática profissional

47. b) Eu peço para Deus por suporte, guia e força*Marcar apenas uma oval.*

- Muito
- Mais ou menos
- Um pouco
- Não influi

48. 28. Você já teve uma experiência religiosa ou espiritual que mudou sua vida?*Marcar apenas uma oval.*

- Sim (responder a questão 28a)
- Não (pular para a questão 29)

49. 28a. Se sim, esta experiência ocorreu no contexto da prática clínica?*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

50. 29. Quantas vezes na sua vida você sentiu-se muito perto de uma força/presença espiritual forte/poderosa?*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Uma ou duas vezes
- Algumas vezes
- Frequentemente

51. 30. Se você considerar sua vida em geral nestes dias, o quanto feliz ou infeliz você diria que está?*Marcar apenas uma oval.*

- Muito feliz
- Feliz
- Não muito feliz
- Infeliz

52. 30a. Numere sua felicidade na escala de 0 a 10, sendo: 0-muito infeliz e 10-muito feliz*Marcar apenas uma oval.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muito infeliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Muito feliz

53. 31. Em geral, você diria que a sua saúde é:*Marcar apenas uma oval.*

- Excelente
- Boa
- Razoável
- Ruim

24/10/2018

R/E em Psicólogos Brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e prática profissional

SESSÃO C. DEMOGRAFIA E PRÁTICA PSICOLÓGICA**54. 32. Qual sua idade atual?**

55. 33. Você é do gênero?*Marcar apenas uma oval.*

- Feminino
- Masculino
- Outro: _____

56. 34. Qual a sua etnia?*Marcar apenas uma oval.*

- Amarelo
- Branco
- Índio
- Pardo
- Preto

57. 35. Em qual cidade, estado você mora?

58. 36. Qual o seu mais alto grau de instrução completo?*Marcar apenas uma oval.*

- Graduação
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-doutorado

24/10/2018

R/E em Psicólogos Brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e prática profissional

59. 37. Por favor, estime quantas horas você dispensa semanalmente no cuidado a pacientes/atendimento?

38. Em que medida a sua prática profissional é orientada por cada um das seguintes teorias?

60. **Comportamental**

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

61. **Cognitiva**

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

62. **Cognitiva-comportamental**

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

63. **Eclética/Integrada**

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

64. **Gestalt Terapia**

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	
Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

24/10/2018

R/E em Psicólogos Brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e prática profissional

65. Psicanalítica*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

66. Junguiana*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

67. Lacaniana*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

68. Psicodrama*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

69. Outra (qual)

70. Outra (em que medida)*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	6	7	
Não	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

71. 39. Em qual cidade, estado você atua?

24/10/2018

R/E em Psicólogos Brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e prática profissional

72. 40. No todo, quão satisfeito ou insatisfeito você está com seu trabalho como psicólogo?*Marcar apenas uma oval.*

- Muito satisfeito
- Moderadamente satisfeito
- Um pouco satisfeito
- Muito insatisfeito

41. Caso faça atendimentos clínicos, por favor, estime quantas horas você gasta semanalmente em:**73. Atendimento social gratuito (horas)**

74. Atendimento social de valor reduzido (horas)

75. Atendimento através de convênios (horas)

76. Atendimento particular (horas)

24/10/2018

R/E em Psicólogos Brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e prática profissional

77. Atendimento em serviço público (horas)

78. Outros (horas):

79. 42. Com que frequência você pergunta sobre a religiosidade/espiritualidade do paciente?*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre
- Não se aplica (não faço atendimentos)

80. 42a. Com que frequência você pergunta sobre a religiosidade/espiritualidade em seu trato profissional?*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

81. 42b. Com que frequência as questões religiosas/espirituais são relevantes em sua prática profissional?*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

24/10/2018

R/E em Psicólogos Brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e prática profissional

82. 43. Sua prática de trabalho é em centros médicos acadêmicos ou de ensino em hospitais?*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
 Não

83. 44. Seu local de trabalho é orientado pela religiosidade?*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
 Não

84. Há alguma outra coisa que você gostaria de contar-nos sobre seus pensamentos e comentários sobre religião e espiritualidade na saúde e psicologia? Se tiver, favor usar o espaço abaixo para este propósito.

-
- Envie para mim uma cópia das minhas respostas.

Powered by
 Google Forms

**APÊNDICE C – ARTIGO SUBMETIDO – PROFESSIONAL PSYCHOLOGY:
RESEARCH AND PRACTICE****Abstract**

Although there is consistent evidence regarding the high prevalence of religiosity/spirituality (R/S) in the world's population and their impact and importance to mental health practice, a knowledge gap remains regarding mental health professionals' own R/S and how it affects their clinical practice and research. To review the available evidence on the personal R/S affiliations, beliefs, and practices of psychiatrists and psychologists as well as how R/S impact their professional practices, the PsycINFO, Scopus, Medline, and BVS databases were searched for articles with original data from R/S surveys of psychiatrists, psychologists, or both. The articles were analyzed with regard to bibliometric indicators, sample features, and R/S professionals' profile. As result ten studies of psychiatrists, 13 of psychologists, and two with mixed samples have been conducted across eight countries on five continents. Although most professionals report having a religious affiliation, personally consider R/S beliefs as important and as influencing their professional practice, the percentage of non-religious practitioners was greater than in the general population. Most participants held a positive view of the relationship between R/S and health status and considered it as appropriate for a therapist to ask about a patient's religion or R/S issues. The major obstacles to a R/S approach at the clinic were never having received training, lacking most of the necessary skills, and fears of breaching one's professional boundaries. Additional research is needed on the effects of R/S on psychiatrists/psychologists in their practice, as well the impact of receiving training.

Keywords: spirituality, religion, psychiatry, psychology, mental health

Studies have indicated the relevance of religiosity/spirituality (R/S) for health and this relevance has been acknowledged by the general public, as well as by professionals and academics who work in the physical or mental health fields (Freitas, 2014; Koenig, 2000; 2007; Peres et al., 2007). Higher R/S levels tend to be associated with less depression, substance use/abuse, fewer instances of suicide, and better quality of life. On the other hand, the use of negative religious coping strategies or R/S struggles, which are less frequent than positive coping strategies, is associated with worse health outcomes (Koenig, King, & Carson, 2012). In recognition of these linkages, the World Health Organization (WHO) includes R/S as a dimension of quality of life (WHOQOL SRPB Group, 2006).

A recent survey showed that 84% of the world's population is affiliated with a religion (Pew Research Center, 2012). Given that R/S values, beliefs, and practices affect health and are relevant to the majority of the world's population, it may not be surprising that most patients would like to have their R/S values addressed in healthcare (Ehman et al., 1999; McCord et al., 2004; Pargament and Lomax, 2013; Verhagen, 2013).

Despite its effects on health (both positive and negative) and the importance of R/S in people's lives (Koenig et al., 2012), studies have showed a gap between the high level of patients' desires that R/S should be addressed in clinical care and the low frequency it is actually approached by mental health professionals in the clinical encounter (Baetz, Griffin, Bowen, & Marcoux, 2004; Ehman et al., 1999).

As a response, in 2016, the World Psychiatric Association (WPA) published a Position Statement emphasizing the importance of integrating R/S into psychiatric teaching, research, and clinical practice because of the recognition of the relevance of R/S to the origins, evolution, and treatment of psychiatric disorders as well as the attitudes of patients toward their disease (Moreira-Almeida et al., 2016). The American Psychological Association included the dimension R/S in its "Guidelines on Multicultural Education,

Training, Research, Practice, and Organizational Change for Psychologists" and encouraged professionals to be aware of issues related to this and other aspects of culture (American Psychological Association, 2002).

Some evidence suggests that psychologists more often consider the negative than positive aspects of R/S with regard to the patient, evaluating religious patients as more mentally ill or as having worse prognoses (O'Connor and Vandenberg, 2005; Ruff, 2008). This perception bias might create a barrier to R/S patients' search for and access to mental health services because these patients might fear that their values and beliefs will not be respected or treated appropriately (Lindgren & Coursey, 1995; Vieten et al., 2013).

Despite the considerable evidence from across the globe that R/S affects health and that R/S should be considered as a salient part of mental health clinical practice, studies of the R/S of mental health professionals and their effects on their patients remain scarce in the literature. This has left a gap in understanding how R/S issues can be addressed, and, more specifically, how the R/S of mental health professionals affects clinical practice. Thus, the present article seeks to fill these gaps by reviewing the available evidence on the R/S affiliations, beliefs, and practices of psychiatrists and psychologists as well as the relationship between their R/S and their professional practices.

Method

We conducted an electronic search of the databases Biblioteca Virtual em Saúde (Virtual Health Library; BVS), PsycINFO, Scopus, and Medline between February 1 and 10, 2018, using the terms [survey OR belief* OR attitude*] AND [psychologist OR psychiatrist OR physician OR psychotherapist OR “mental health providers” OR “mental health practitioners”] AND [relig* OR spiritu*] without a date restriction.

As a result of the initial search, 6,081 publications were obtained, and articles published in Portuguese, English, or Spanish were selected that presented original R/S survey data of psychiatrists, psychologists, or both. The decision to include/exclude a study was performed by a preliminary reading of the 1) title; 2) abstract; 3) objectives; and 4) method, in that order. All material obtained was organized using the *Zotero* reference manager. A total of 19 articles were initially selected for this review; six additional articles were included after reading the references, for a total of 25 articles.

The articles were analyzed by reading the full text and organized by bibliometric indicators such as year and country of publication. Regarding the content of the studies, sample, religious affiliation of health professionals, importance and differentiation between the terms religiosity and spirituality by the professional, training in R/S, relevance of R/S in health, and approach to R/S in professional practice were analyzed. These categories were defined after reading the articles.

Results and Discussion

Study Characteristics

The 25 articles were published in 17 periodicals and two conference papers. Most often, the studies were conducted in the USA (15), followed by the UK (3), Canada (2) and Germany (2). South Africa, Australia/New Zealand, and Brazil published one article each.

Of the ten studies with psychiatrists, six were national studies (one including a subgroup of psychogeriatricians), and four were regional studies. Of the national studies, the two largest samples were 1,204 from the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (response rate: 42%; Baetz et al., 2004) and 484 from Associação Brasileira de Psiquiatria (Brazilian Association of Psychiatry; response rate: 28%; Menegatti-Chequini et al., 2016). Of the thirteen studies with psychologists, eleven used national samples. The

largest included 895 German psychotherapists (Hofmann & H. Walach, 2011). Two surveys were conducted with regional samples, and seven were performed with members of specific divisions of the American Psychological Association (5), the American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT) (1), and the Association for Behavioral and Cognitive Therapies (1). The two remaining articles had mixed North American national samples of professionals: one with 425 and another with 414 psychologists, family therapists, social clinicians, and psychiatrists; Table 1).

Female professionals predominated in only two articles (Baetz, Larson, Marcoux, Jolic, & Bowen, 2002; Durà-Vilà, Hagger, Dein, & Leavey, 2011), and the ages ranged from 24 to 77 years old. Catholics, Jews, Protestants, and those with no religion predominated (Table 1).

Table 1

Descriptive characteristics of studies

R/S of the Psychiatrists and Psychologists

As Table 2 shows, R/S is an aspect of the life approaches of most of the mental health professionals investigated and/or influences their clinical practice.

Seven articles attempted to differentiate religiosity from spirituality by approaching the two concepts separately in the questionnaires. However, only one study provided definitions, such that religiosity is an "answer to existential questions", and spirituality is a "unique and meaningful experience that, while positively related to specific forms of religiosity, does not depend on any form or appearance" (Shafranske and Gorsuch, 1984).

No consensus was found regarding the definitions of religiosity and spirituality; although these terms are not fully interchangeable, they have overlapping meanings and are most commonly used together in the literature (Hill and Pargament, 2008; Koenig, 2008;

Moreira-Almeida and Koenig, 2006). Nevertheless, spirituality is often described in the literature as the broader of the two terms, regardless of its expression through religion or religious involvement.

This differentiation is likely relevant with regard to the surveys because some authors noted that psychiatrists and psychologists show low rates of conventional religious affiliation but show a substantial amount of R/S involvement in addition to traditional conventions (Baetz et al., 2004; Bergin and Jensen, 1990; Carlson et al., 2002; Delaney et al., 2007). That is, although they often have lower levels of involvement with religious institutions than the general population, they have high levels of non-organizational R/S.

Table 2

R/S approaches to life and clinical practice

For example, 33% of psychiatrists of the American Medical Association Physician Masterfile consider themselves to be spiritual but not religious; 44% consider themselves religious and spiritual (Curlin et al., 2007). Among the American Psychologists of the California State Psychological Association, 33% indicated involvement in an alternative spiritual path that is not part of a religious institution (Shafranske & Gorsuch, 1984).

As another example, the vast majority (95%) of clinical psychologists who are part of the AAMFT considered themselves as spiritual, emphasizing the importance of spirituality in their daily lives. Significant differences were found regarding how participants answered six of the seven statements questions in favor of spirituality. For example, 88% believed that it is appropriate to ask patients about their spirituality, whereas only 66% believed that it was appropriate to ask about a patient's religion; 52% of respondents agreed that it is appropriate to use spiritual language with patients, whereas only 36% believe that it is appropriate to use religious language in therapy (Carlson et al., 2002).

Although the religious preferences and involvement rates of professionals from the USA national sample of psychologists in 1990 were lower in certain aspects than those of the general public, they demonstrated high levels of intrinsic religiosity: 77% agreed with the item "I try hard to live my life according to my religious beliefs"; 46% agreed with the item "My whole approach to life is based on my religion"; and 66% stated that they "Seek a spiritual understanding of the universe and their place in it." On the other hand, only 44% stated that they have a "religious affiliation in which they actively participate" (Bergin & Jensen, 1990).

The evidence indicates that although most professionals report a religious affiliation, the percentage of those who do not is higher than that of the general population (Table 3): Australia (24.2% population vs. 43% psychiatrists), Brazil (7.9% population vs. 33% psychiatrists), Germany (24.7% vs. 41.2% psychotherapists) and the USA (16.4% population vs. 30% psychologists). However, caution should be exercised when comparing the data of psychiatrists/psychologists with the general population because these professionals tend to differ from the general population with regard to several other potentially confounding factors such as higher levels of education and income.

Table 3

Comparison of the relationship between psychiatrists/psychologists and the countries' general populations

Although various theories of secularization predicted that science and modernity would lead to the decline and virtual disappearance of religious practices, these predictions were not fulfilled (Stark, 2015). Even though religious beliefs and practices have changed over the years, they are not declining: in fact, 84% of human population reports a religious affiliation, and less than 5% consider themselves atheists (Pew Research Center, 2012; Stark, 1999, 2015).

The studies reviewed show that the many, and in some cases, most psychiatrists/psychologists maintain religious beliefs, personally consider religious beliefs as important, and state that their religious beliefs influence their professional practice (Baetz et al., 2002; Bergin & Jensen, 1990; D.P. Bilgrave & Deluty, 2002; Dyer P. Bilgrave & Deluty, 1998; Carlson et al., 2002; Delaney et al., 2007; Hofmann & H. Walach, 2011; Lee & Baumann, 2013; Shafranske & Malony, 1985, 1990). Some authors noted a tendency among psychiatrists and psychologists for spiritual involvement that goes beyond formal or institutional religion (Bergin & Jensen, 1990; Menegatti-Chequini, Gonçalves, Leão, Peres, & Vallada, 2016; Shafranske & Malony, 1985, 1990). Furthermore, professionals higher in religiosity are more likely to pay greater attention to this dimension of patients' lives (Baetz et al., 2004; Jensen & Bergin, 1988; Menegatti-Chequini et al., 2016; Ragan, Malony, & Beit-Hallahmi, 1980; Welgemoed & Van Staden, 2014).

Some authors have suggested the existence of a "religious gap", i.e., a difference between the religion of the general population and mental health professionals, that might be associated with factors such as the influence of materialist and anti-religious authors and ideologies that discard or pathologize R/S, in addition to historical myths regarding the conflict between science and religion (Baetz et al., 2004; Cloninger, 2013; Lukoff, Lu, & Turner, 1992; Moreira-Almeida et al., 2014). A strong empirical ideology might contribute to the failure of certain professionals to evaluate religious functioning or even seriously consider religion or other cultural aspects of the patient's experience. Post (1993) speaks to the problems that may arise when the practitioner has a biased view of religion:

No one could deny that an incorrect clinical interpretation of a religious patient would be harmful if it leads to an incorrect or distorted picture of a persons' mental health. Certainly, a bias against religion would contribute to failing to recognize the religious patient in her or his fullest human dimension—a failure that can only compromise the

therapeutic enterprise. It is difficult to estimate the extent of this bias in clinical practice, but to the extent that it may occur, it is cause for concern. (Post, 1993, p. 370).

Another important aspect to emphasize is the relationship that has been reported between a greater number of years working in psychiatry and lower religious affiliation (Baetz et al., 2004, Menegatti-Chequini et al., 2016). This finding points to the possibility that training may foster lower levels of R/S among professionals. A few decades ago in Brazil, psychoanalysis predominated in psychiatric training. From the perspective of the leading figure within this paradigm, Freud, R/S affects mental health in a negative way by fostering feelings, guilt, obsession, depression, and other mental disorders (Freud, 1996; Stark, 2015). More recently, other models of clinical practice have become more commonplace and these models reflect greater openness to the potential value of religion and spirituality, as Cognitive-behavioral therapy, Dialectical behavior therapy, Acceptance and commitment therapy, Interpersonal therapies.

Importance of R/S for Health

In the most articles (18), psychiatrists and psychologists hold positive views of the relationship between R/S and health (see Table 2).

A national sample of American psychiatrists found that only 2% have a negative view of the relationship between R/S and health, agreeing that it rarely or never helps the patient to cope with suffering or rarely or never gives the patient hope (Curlin et al., 2007). A national sample of American psychologists (Delaney et al., 2007) found that 7% of the interviewees considered religiosity as dangerous to mental health, and 11% stated that it is irrelevant to mental health. Furthermore, only 5% consider R/S questions as rarely or never relevant to mental health, and 26% stated that R/S questions are rarely or never relevant to the treatment

offered (Delaney et al., 2007). These results differ widely from those found among psychiatrists working at university hospitals in Germany, where approximately 70% of respondents believe that R/S can aggravate mental health problems (62.6% sometimes and 9.1% frequently); generally, however, they do not think that R/S causes psychiatric disorders (23.2% never and 48.5% rarely; Lee and Baumann, 2013).

A sample of British psychiatrists working at two teaching hospitals in London responded to five potential relationships between R/S and mental health: 78% considered religion as a way to sublimate psychological problems; 74% stated that mental illness intensifies religious beliefs; 61% reported that religion can protect against mental illness; 52% stated that mental illness can reduce religious beliefs; and 42% argued that religion can lead to mental health (Neeleman & King, 1993).

R/S in Clinical Practice

Just under half of the research studies (twelve articles) investigated whether psychologists/psychiatrists consider R/S issues with their patients. With the exception of two studies of psychiatrists in the UK, at least half of the professionals in the other articles examined the R/S of their patients (Table 2).

In addition, most practitioners considered it appropriate for therapists to ask about their patients' religion or talk about R/S issues (Baetz et al., 2004, 2002; Carlson et al., 2002; Curlin et al., 2007; Delaney et al., 2007; Menegatti-Chequini et al., 2016; Neeleman & King, 1993; Payman, 2000; Rosmarin, Green, Pirutinsky, & McKay, 2013; Shafranske & Malony, 1990, 1990).

Five articles investigated referrals to religious clergy and leaders, that occurred among 34% of psychiatrists in Australia and New Zealand (Payman, 2000); 9% and 46% of American psychiatrists made referrals "often or always" and "occasionally", respectively

(Baetz et al., 2004); finally, 28% and 16.2% of British psychiatrists (Lawrence et al., 2007) and German psychiatrists (Lee & Baumann, 2013), respectively, made referrals. A total of 64% of psychologists made referrals (Rosmarin et al., 2013).

In summary, a positive view prevailed among psychiatrists/psychologists regarding the relationship between R/S and health states and most discussed the topic in clinical practice. Even though therapists generally held it appropriate to ask about the patients' religion or their religious/spiritual issues in clinical practice, referrals to other religious professionals and leaders were less commonplace. As can be seen in Table 2, just over half of the articles reported that professionals access R/S in clinical practice and that even less than this make referrals to religious services.

Obstacles to the R/S Approach

More than two-thirds of the psychologists reported not being adequately trained in the R/S approach. Approximately 83% of the USA national sample of clinical psychologists of APA Division 12 reported that R/S questions were rarely (45%) or never (38%) addressed in their training, and 67% affirmed the belief that psychologists generally lack the knowledge or skills needed to examine R/S questions with their patients (Shafranske & Malony, 1990); 76% of the 153 clinicians who were members of the AAMFT received no training (Carlson et al., 2002); 83% of the 258 APA clinical psychologists rarely or never discussed R/S issues at the undergraduate level (Delaney et al., 2007); and more than two-thirds of the 263 psychologist members of the Cognitive-Behavioral Therapy Association reported little or no clinical training in R/S (Rosmarin et al., 2013).

The UK sample of psychiatrists was divided into groups of migrant and British professionals; the most prevalent obstacles to integrating R/S into treatment among the migrants were the fear of being perceived as antimodern, unscientific, and unprofessional by

their colleagues and supervisors, followed by the desire to fit in and be accepted by the British medical community and secular society. These concerns outweighed the potential positive benefits for patients that they had witnessed in their home countries. For the British, the barriers included the lack of preparation and training and, with that, the uncertainty and insecurity associated with how to address these subjects (Durà-Vilà et al., 2011).

From the national samples of psychiatrists: of the 123 German, the obstacles to an R/S approach concerned professional neutrality (54.5%), lack of time (34.3%), and the opinion that R/S is not their responsibility (22.2%) (Lee & Baumann, 2013). Of the 1,204 of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 36% considered R/S discussions as inappropriate; 29% believed that patients had no interest; 16% cited lack of familiarity with the theme; 14% reported a lack of time; and only 4% did not list barriers (Baetz et al., 2004). Of the 100 of the American Medical Association Physician Masterfile, inhibition due to insufficient time, insufficient knowledge/training, and concerns over the disapproval of colleagues were listed (Curlin et al., 2007). The major barriers among Brazilian psychiatrists were the fear of exceeding the appropriate role of the doctor (30.2%), a lack of training (22.3%), and the lack of time (16.3%); 40.3% of the total sample reported no barriers (Menegatti-Chequini et al., 2016).

As noted, the obstacles reported for the clinical R/S approach primarily concerned not having the necessary knowledge/skills or never having received any training (Carlson et al., 2002; Delaney et al., 2007; Rosmarin et al., 2013; Shafranske & Gorsuch, 1984; Shafranske & Malony, 1985, 1990).

These obstacles are consistent with most of the findings of the review of the clinical implications of spirituality for mental health: a lack of knowledge of available evidence; a lack of training on how to address R/S in clinical practice; the influence of materialist authors and ideologies that discourage or pathologize R/S; the historical myths of the perennial

conflict between science and religion; the gap in religiosity (i.e., mental health professionals are typically less religious than general and clinical populations); and the institutional rivalry between medicine and religion as institutions both concerned with human suffering (Moreira-Almeida et al., 2014).

Traditionally, R/S has been neglected in professional mental health training programs (Hathaway et al., 2018; Russell & Yarhouse, 2006; Schafer, Handal, Brawer, & Ubinger, 2011). In light of the high R/S levels among the world's population, however, it is likely that professionals are confronted with R/S issues (Pew Research Center, 2012). Given the gap between psychiatrists/psychologists and their patients in the realm of R/S, the interest among R/S among a number of professionals in R/S issues in treatment, and the lack of training in this area, there is a pressing need for the development and evaluation of training programs for psychiatrist/psychologists. Regarding professional neutrality, some concerns exist regarding the R/S clinical approach because it is necessary that psychiatrists and psychologists better understand their conscious and unconscious thoughts in relation to R/S (as with other personal attributes such as gender, race or political views) and how these views influence their clinical practice (D.P. Bilgrave & Deluty, 2002; Lee & Baumann, 2013). The WPA Position Statement emphasizes that an approach to R/S should be patient-centered and respectful of patient values, beliefs and practices; it is never appropriate to try to persuade patients to adopt religious or anti-religious views (Moreira-Almeida et al., 2016). The American Psychological Association suggests that professionals grow in their awareness of their own assumptions about human behavior, values, prejudices, preconceived notions, and personal limitations; seek to understand the world view of the different cultures brought by patients without judgment; and then implement relevant and sensitive intervention strategies with these cultural differences of patients in mind (American Psychological Association, 2002).

Final Considerations

A competent psychiatrist/psychologist should be familiar with R/S aspects of the patient experience (Vieten et al., 2013), since they often are a crucial aspect of the patient's functioning. It is important for the research and practice of psychiatrists and psychologists who work in pluralistic societies (American Psychiatric Association, 2013; Delaney et al., 2007). R/S competence includes familiarity with the differences between spirituality and religion, the ability to differentiate between a pathological and healthy R/S experience, and an understanding of how R/S can be both a problem and a useful resource for solving problems. Regarding a patient's R/S history, one must assess the strengths, R/S coping mechanisms, and R/S tools that a patient can use (Pargament, 1997). At times, local patient practices might complement rather than hinder evidence-based interventions by providing mechanisms and tools that might be useful for treatment (American Psychiatric Association, 2013; Moreira-Almeida et al., 2014; Serlin, 2004).

In light of the lack of training and religious disparity between clinicians and their patients, the relevance of religious issues might be devalued across all phases of clinical practice, including diagnosis, conceptualization, prevention, and treatment (Delaney et al., 2007). Furthermore, this devaluation might be one of the most fundamental issues encountered: mental health professionals are left unprepared to recognize the R/S perspectives of their patients. The lack of personal competence among professionals to address such issues might reduce the effectiveness of mental health care because many cultural differences can influence psychological factors and affect medical conditions (American Psychiatric Association, 2013; Shafranske & Cummings, 2013).

Some authors have already presented clinical recommendations (Abu Raiya & Pargament, 2010; Delaney Harold D., Forcehimes Alyssa A., Campbell William P., & Smith Bruce W., 2009; Martinez, Smith, & Barlow, 2007; Moreira-Almeida et al., 2014; Richards

& Bergin, 2000) and Pargament articulated four essential qualities of therapists who want to practice spiritually integrated psychotherapy including (1) knowledge about R/S and how to integrate these concepts into treatment; (2) openness and tolerance to various forms of religious and spiritual expression; (3) self-awareness of one's psychotherapist's spiritual attitudes and values; and (4) authenticity and genuineness in addressing patients with regard to religious and spiritual issues (Pargament, 2007).

A systematic review of R/S training in psychiatry residence found a wide variety of topics and teaching as well as a scarcity of large, well-planned studies. Authors concluded for the need of joint efforts in the development of standardized R/S competencies for psychiatry (Hathaway et al., in press).

Appropriate training seems to be the best way to ensure that psychologists are aware of value issues in therapy and address R/S competently and ethically in treatment (Shafranske and Cummings, 2013). However, our findings show that mental health professionals are not receiving proper training in R/S, as in other expressions of cultural diversity.

As a suggestion and in agreement with several authors, training programs should include a history of the relationship between science/psychiatry/psychology and religion; conceptualizations of religiosity and spirituality;; a evidence of the relationship between R/S and mental health; an understanding of multiculturalism to appreciate the cultural aspects of the patient; practical applications of research and the implementation of relevant interventions (Pargament, 2007; Russell & Yarhouse, 2006; Schafer et al., 2011; Shafranske & Cummings, 2013; Worthington et al., 2009).

In a recent paper, Pearce et al. (in press) developed an eight-module online training program for mental health professionals to foster basic spiritual competencies in mental health care. The program provides training in several relevant topics: defining R/S, guiding principles for spiritually integrated mental health care, distinguishing helpful and helpful

forms of R/S, assessing R/S in treatment, and addressing R/S resources and problems in treatment. The program is notable for its focus on spiritual competencies, its relevance to diverse mental health professions, its grounding in evidence-based science, and its ease of access to psychiatrists and psychologists. The program is currently being evaluated empirically.

It is necessary to highlight the limitations of this review. The first limitation is that the studies are from predominantly Christian countries, most from the USA. Despite this predominance, we observed studies on the five continents (North America; South America; Europe; Africa; Oceania) but with generally consistent results. Another limitation concerns the representativeness of the professional samples: Six studies had local samples, nine samples originated from national subgroups, and nine were national samples. So, given the limited number of studies in this review and issues on samples' representativeness, we need to be careful in making inferences to the general population of psychologists and psychiatrists. A potential difficulty in interpreting the results grows out of the complexity and multi-faceted nature of spirituality and religiosity; because no universal definition of these constructs is accepted by researchers, this lack of consensus causes difficulty and requires caution when comparing the results across studies.

In conclusion, according to available evidence, most psychologists/psychiatrists have R/S, although in lower levels than the general population. These professionals believe in the impact of R/S on their personal life, as well as in their patients' lives, and on the influence of R/S on health. However, less than half approach this dimension in their professional practice, what seems to be at least partially related to lack of proper training on the theoretical and clinical implications of the R/S and mental health relationship. The growing body of evidence for the clinical importance of R/S to mental health requires continued efforts to develop R/S competencies among mental health professionals. In order to better address the needs of

mental health patients it is important to better investigate the professionals' factors that work as obstacles or facilitators to the proper addressing of patients' R/S needs. It is also crucial the improvement and implementation of R/S curriculum in professional training programs such as psychiatry residence and psychology graduate programs, as well as in continuous professional education.

References

- Abu Raiya, H., & Pargament, K. I. (2010). Religiously integrated psychotherapy with Muslim clients: From research to practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 41*(2), 181–188. <https://doi.org/10.1037/a0017988>
- American Psychiatric Association (Org.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2002). *Guidelines on Multicultural Education, Training, Research, Practice, and Organizational Change for Psychologists*. Recuperado de American Psychological Association website: <http://www.apa.org/pi/oema/resources/policy/multicultural-guidelines.aspx>
- Baetz, M., Griffin, R., Bowen, R., & Marcoux, G. (2004). Spirituality and Psychiatry in Canada: Psychiatric Practice Compared with Patient Expectations. *Canadian Journal of Psychiatry, 49*(4), 265–271. Recuperado de Scopus.
- Baetz, M., Larson, D. B., Marcoux, G., Jokic, R., & Bowen, R. (2002). Religious psychiatry: The Canadian Experience. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 190*(8), 557–559.
- Bergin, A. E., & Jensen, J. P. (1990). Religiosity of psychotherapists: A national survey. *Psychotherapy, 27*(1), 3–7. Recuperado de Scopus.
- Bilgrave, D.P., & Deluty, R. H. (2002). Religious beliefs and political ideologies as predictors of psychotherapeutic orientations of clinical and counseling psychologists. *Psychotherapy, 39*(3), 245–260. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.39.3.245>

- Bilgrave, Dyer P., & Deluty, R. H. (1998). Religious Beliefs and Therapeutic Orientations of Clinical and Counseling Psychologists. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(2), 329–349. <https://doi.org/10.2307/1387532>
- Carlson, T. D., Kirkpatrick, D., Hecker, L., & Killmer, M. (2002). Religion, Spirituality, and Marriage and Family Therapy: A Study of Family Therapists' Beliefs about the Appropriateness of Addressing Religious and Spiritual Issues in Therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 30(2), 157–171. <https://doi.org/10.1080/019261802753573867>
- Cloninger, C. R. (2013). The importance of ternary awareness for overcoming the inadequacies of contemporary psychiatry. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 40(3), 110–113. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832013000300006>
- Curlin, F. A., Lawrence, R. E., Odell, S., Chin, M. H., Lantos, J. D., Koenig, H. G., ... Meador KG. (2007). Religion, spirituality, and medicine: psychiatrists' and other physicians' differing observations, interpretations, and clinical approaches. *Am J Psychiatry*, 164(12), 1825–1831. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06122088>
- Delaney, H. D., Miller, W. R., & Bisonó, A. M. (2007). Religiosity and Spirituality Among Psychologists: A Survey of Clinician Members of the American Psychological Association. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(5), 538–546. Recuperado de Scopus.
- Delaney Harold D., Forcehimes Alyssa A., Campbell William P., & Smith Bruce W. (2009). Integrating spirituality into alcohol treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 65(2), 185–198. <https://doi.org/10.1002/jclp.20566>
- Durà-Vilà, G., Hagger, M., Dein, S., & Leavey, G. (2011). Ethnicity, religion and clinical practice: a qualitative study of beliefs and attitudes of psychiatrists in the

- United Kingdom. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(1), 53–64.
<https://doi.org/10.1080/13674676.2010.495111>
- Ehman, J. W., Ott, B. B., Short, T. H., Ciampa, R. C., & Hansen-Flaschen, J. (1999). Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Archives of Internal Medicine*, 159(15), 1803–1806.
Recuperado de Scopus.
- Ellis, A. (1988). Is religiosity pathological? *Free Inquiry*, 18, 27–31.
- Freitas, M. H. de. (2014). Religiosidade e saúde: experiências dos pacientes e percepções dos profissionais. *Revista Pistis Praxis*, 6(1), 89–105.
<https://doi.org/10.7213/pp.v6i1.13046>
- Freud, S. (1996). *O futuro de uma ilusão, O mal-estar na civilização e outros trabalhos (1927-1931)* (1ª). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Vol. XXI* (1ª). Imago.
- Hathaway, D. B., Oliveira e Oliveira, F. H. A., Mirhom, M., Moreira-Almeida, A., Fung, W. L. A., & Pettet, J. R. (2018). *Teaching spirituality- & religiosity-related competencies to psychiatry residents: a systematic and scoping review*. no prelo.
- Hofmann, L., & H. Walach. (2011). Spirituality and religiosity in psychotherapy-a representative survey among German psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 21(2), 179–192. Recuperado de Scopus.
- Jensen, J. P., & Bergin, A. E. (1988). Mental health values of professional therapists: A national interdisciplinary survey. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(3), 290–297. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.19.3.290>
- Koenig, H. G. (2000). *Religion and medicine I: Historical background and reasons for separation*. 30(4), 385–398.

- Koenig, H. G. (2007). *Spirituality in patient care: why, how, when, and what* (Rev. & expanded 2nd ed). Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health* (2nd ed). Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Lawrence, R. M., Head, J., Christodoulou, G., Andonovska, B., Karamat, S., Duggal, A., ... Eagger, S. (2007). Clinicians' attitudes to spirituality in old age psychiatry. *International Psychogeriatrics, 19*(5), 962–973. Recuperado de Scopus.
- Lee, E., & Baumann, K. (2013). German psychiatrists' observation and interpretation of religiosity/spirituality. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine, 2013*. Recuperado de <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84890013613&partnerID=40&md5=8ff7ff073f1458e38741de42aa3a07dc>
- Lindgren, K. N., & Coursey, R. D. (1995). Spirituality and serious mental illness: A two-part study. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 18*(3), 93. Recuperado de aph.
- Lukoff, D., Lu, F., & Turner, R. (1992). Toward a more culturally sensitive DSM-IV. Psychoreligious and psychospiritual problems. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 180*(11), 673–682.
- Martinez, J. S., Smith, T. B., & Barlow, S. H. (2007). Spiritual interventions in psychotherapy: Evaluations by highly religious clients. *Journal of Clinical Psychology, 63*(10), 943–960. Recuperado de Scopus.
- McCord, G., Gilchrist, V. J., Grossman, S. D., King, B. D., McCormick, K. F., Oprandi, A. M., ... Srivastava, M. (2004). Discussing spirituality with patients: A rational

- and ethical approach. *Annals of Family Medicine*, 2(4), 356–361. Recuperado de Scopus.
- Menegatti-Chequini, M. C., Gonçalves, J. P. B., Leão, F. C., Peres, M. F. P., & Vallada, H. (2016). A preliminary survey on the religious profile of Brazilian psychiatrists and their approach to patients' religiosity in clinical practice. *British Journal of Psychiatry Open*, 2(6), 346–352.
<https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.116.002816>
- Moreira-Almeida, A., Koenig, H. G., Lucchetti, G., Moreira-Almeida, A., Koenig, H. G., & Lucchetti, G. (2014). Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(2), 176–182. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1255>
- Moreira-Almeida, A., Sharma, A., van Rensburg, B. J., Verhagen, P. J., & Cook, C. C. H. (2016). WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World Psychiatry*, 15(1), 87–88. <https://doi.org/10.1002/wps.20304>
- Neeleman, J., & King, M. B. (1993). Psychiatrists' religious attitudes in relation to their clinical practice: A survey of 231 psychiatrists. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88(6), 420–424. Recuperado de Scopus.
- O'Connor, S., & Vandenberg, B. (2005). Psychosis or Faith? Clinicians' Assessment of Religious Beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 610–616. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.610>
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K. I. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: understanding and addressing the sacred*. New York: Guilford Press.

- Pargament, K. I., & Lomax, J. W. (2013). Understanding and addressing religion among people with mental illness. *World Psychiatry, 12*(1), 26–32.
<https://doi.org/10.1002/wps.20005>
- Payman, V. (2000). Do psychogeriatricians “neglect” religion? An antipodean survey. *International Psychogeriatrics, 12*(2), 135–144. Recuperado de Scopus.
- Peres, J. F. P., Simão, M. J. P., & Nasello, A. G. (2007). Spirituality, religiousness and psychotherapy. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 34*, 136–145.
<https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700017>
- Pew Research Center. (2012). *The Global Religious Landscape* (p. 82). Recuperado de <http://assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/11/2014/01/global-religion-full.pdf>
- Post, S. G. (1993). Psychiatry and ethics: The problematics of respect for religious meanings. *Culture, Medicine and Psychiatry, 17*(3), 363–383.
<https://doi.org/10.1007/BF01380010>
- Ragan, C., Malony, H. N., & Beit-Hallahmi, B. (1980). Psychologists and Religion: Professional Factors and Personal Belief. *Review of Religious Research, 21*(2), 208. <https://doi.org/10.2307/3509885>
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (Eds.). (2000). *Handbook of psychotherapy and religious diversity*. Recuperado de <http://content.apa.org/books/10347-000>
- Rosmarin, D. H., Green, D., Pirutinsky, S., & McKay, D. (2013). Attitudes toward spirituality/religion among members of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies. *Professional Psychology: Research and Practice, 44*(6), 424–433. <https://doi.org/10.1037/a0035218>

- Ruff, J. (2008). Psychologist Bias in Implicit Responding to Religiously Divergent Nonpatient Targets and Explicit Responding to Religiously Divergent Patients. *Journal of Dissertations*, 2.
- Russell, S. R., & Yarhouse, M. A. (2006). Training in religion/spirituality within APA-accredited psychology predoctoral internships. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(4), 430–436. Recuperado de Scopus.
- Schafer, R. M., Handal, P. J., Brawer, P. A., & Ubinger, M. (2011). Training and Education in Religion/Spirituality Within APA-Accredited Clinical Psychology Programs: 8 Years Later. *Journal of Religion and Health*, 50(2), 232–239. Recuperado de Scopus.
- Serlin, I. (2004). Spiritual diversity and clinical practice. In *The psychology of prejudice and discrimination: Disability religion, physique, and other traits* (Vol. 4, p. 27–49). Westport, CT: Praeger.
- Shafranske, E. P., & Cummings, J. P. (2013). Religious and spiritual beliefs, affiliations, and practices of psychologists. In K. I. Pargament, A. Mahoney, & E. P. Shafranske (Orgs.), *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 2): An applied psychology of religion and spirituality*. (p. 23–41). <https://doi.org/10.1037/14046-002>
- Shafranske, E. P., & Gorsuch, R. L. (1984). Factors associated with the perception of spirituality in psychotherapy. *Journal of Transpersonal Psychology*, 231–241.
- Shafranske, E. P., & Malony, H. N. (1985). *Psychologists' Religious and Spiritual Orientations and their practice of Psychotherapy*. 27. Los Angeles.
- Shafranske, E. P., & Malony, H. N. (1990). Clinical psychologists' religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy*:

- Theory, Research, Practice, Training*, 27(1), 72–78.
<https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.1.72>
- Stark, R. (1999). Secularization, R.I.P. *Sociology of Religion*, 60(3), 249–273.
<https://doi.org/10.2307/3711936>
- Stark, R. (2015). *The triumph of faith: why the world is more religious than ever* (1 [edition]). Wilmington, Delaware: ISI Books.
- Verhagen, P. J. (2013). Psychiatry and religion: Values, research data and professionalism. *Minerva Psichiatrica*, 54(2), 149–164. Recuperado de Scopus.
- Vieten, C., Scammell, S., Pilato, R., Ammondson, I., Pargament, K. I., & Lukoff, D. (2013). Spiritual and religious competencies for psychologists. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5(3), 129–144.
- Welgemoed, M. A., & Van Staden, C. W. (2014). Does religious identification of South African psychiatrists matter in their approach to religious matters in clinical practice? *South African Journal of Psychiatry*, 20(4), 140.
<https://doi.org/10.7196/sajp.619>
- WHOQOL SRPB Group. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine* (1982), 62(6), 1486–1497. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.001>
- Worthington, E. L., Sandage, S. J., Davis, D. E., Hook, J. N., Miller, A. J., Hall, M. E. L., & Hall, T. W. (2009). Training therapists to address spiritual concerns in clinical practice and research. In J. D. Aten & M. M. Leach (Orgs.), *Spirituality and the therapeutic process: A comprehensive resource from intake to termination*. (p. 267–292). <https://doi.org/10.1037/11853-012>

APÊNDICE D – CAPÍTULO DE LIVRO SUBMETIDO - ATHENEU
Capítulo 53: Pesquisas em saúde mental e espiritualidade

Pedrita Reis Vargas Paulino ¹

Alexander Moreira-Almeida ²

- 1- Psicóloga, mestre e doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), membro do NUPES – Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). e-mail: pedritarvp@gmail.com
- 2- Professor associado de Psiquiatria e diretor do NUPES - Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Presidente das Sessões de Religião, Espiritualidade e Psiquiatria das Associações Mundial e Brasileira de Psiquiatria. e-mail: alex.ma@medicina.ufjf.br

Introdução

Talvez o leitor tenha chegado a este livro e, mais ainda, a este capítulo, por uma simples questão: é possível pesquisar a relação entre Religiosidade/Espiritualidade (R/E) e saúde? E, estreitando mais a indagação, é possível pesquisar sobre R/E e saúde mental? Existem pesquisas sobre essa relação? O que tais pesquisas, se existem, têm encontrado?

O objetivo deste capítulo é apresentar as principais e mais sólidas evidências científicas sobre a relação entre R/E e saúde mental. Ao final, recomendaremos alguns cuidados para aqueles que desejam investigar o tema.

●Panorama

São numerosos os estudos que demonstram o papel relevante da Religiosidade/Espiritualidade (R/E) para a saúde mental (1–5). Em uma busca simples na base PubMed durante a escrita desse capítulo, mais de 33 mil resultados são apresentados para os descritores (spiritual* OR religio*) AND (mental health OR psycholog* OR psychiat*). Diversos, também, são os desenhos, objetivos, métodos empregados e, conseqüentemente os desfechos desses estudos.

O professor Tyler VanderWeele, da Universidade de Harvard, tem sugerido que as pesquisas sobre religião e saúde tenham começado com o trabalho Suicídio: um estudo em sociologia, de Emile Durkheim, em 1897, que observou taxas de suicídio mais altas nas áreas protestantes dentro da Europa do que nas áreas católicas e argumentou que isso se devia à maior coesão social e controle dentro da religião católica (6).

Outra influência na pesquisa entre religião e saúde, e talvez a mais conhecida e a mais reforçadora do distanciamento entre religião e saúde mental, é a escrita de Freud. O criador da psicanálise, no livro *O Futuro de uma Ilusão*, utilizou um discurso negativo sobre a religião, que seria uma neurose obsessiva e universal dos homens, surgida do complexo de Édipo (7). Para Freud, a experiência religiosa é uma experiência psicológica, com toda a riqueza simbólica das representações e dos afetos que nela atuam, porém ele não a considera uma estrutura constitutiva do ser humano. Ele relaciona a origem do sentimento religioso com a culpa subjacente à problemática do Complexo de Édipo. Para ele, o afastamento da religião seria parte inevitável do processo de crescimento e desenvolvimento humano. Segundo sua concepção, a concepção religiosa estaria em flagrante declínio e destinada a ser substituída pela visão de mundo científica (entendida por ele como uma concepção materialista do universo e da natureza humana) (7).

As crenças e práticas religiosas acompanham as pessoas por milhares de anos. Apesar de várias teorias de secularização terem previsto que a ciência e modernidade levariam ao declínio e virtual desaparecimento das práticas religiosas, tais prognósticos não se realizaram (8). As crenças e práticas religiosas, embora venham se alterando ao longo dos anos, não estão em declínio, 84% da humanidade refere uma filiação religiosa e menos de 5% declaram-se ateus (8–10).

No Brasil, um inquérito representativo da população brasileira, evidenciou que: 95% têm uma religião, 83% consideram religião muito importante e 37% frequentam serviços religiosos pelo menos uma vez por semana(11). Esses dados se assemelham ao encontrado na população norte-americana, onde essa dimensão religiosa/espiritual é considerada por um terço da população como a mais importante de suas vidas e para um outro terço como muito importante(12). A maioria dos adultos, da população geral dos Estados Unidos da América (EUA), professa crença em Deus (95%), tem afiliação religiosa (94%) e consideram a religião muito importante em suas vidas (85%) (13).

Por regiões, observa-se que na Ásia Pacífico o número de não afiliados é 21,2%, na Europa é 18,2%, América do Norte 17,1%, América Latina e Caribe é 7,7% e apenas 3,2% na África Subsariana e 0,6% no Oriente Médio e Norte da África. Os países de menor pertencimento religioso na Ásia são Coreia do Norte (71,3%), Japão (57%), Hong Kong (56,1%) e China (52,2%). Na Europa são República Checa (76,4%), Estônia (59,6%), Holanda (42,1%). Na América do Sul tem-se Uruguai com 40,7% e na Oceania tem-se Nova Zelândia 36,6% de não afiliados (9).

Por que os humanos gastariam seu tempo e energia em tais atividades? Por que tais crenças e práticas persistiriam e até floresceriam em alguns dos países mais desenvolvidos do mundo e entre pessoas bem-educadas e informadas? Qual é a função da religião que mantém as pessoas acreditando e praticando-a?(14).

Pesquisas nessa área tem aumentado rapidamente em volume, especialmente nos últimos trinta anos. Os estudos empíricos sobre religião e saúde começaram a crescer durante o período de 1950-1980, e aumentaram mais substancialmente a partir dos anos 80 (6).

Em revisões sistemáticas da literatura acadêmica, Koenig, McCullough e Larson (2001) e Koenig, King e Carson (2012) analisaram mais de 3.000 estudos empíricos originais que investigaram a relação entre R/E e saúde, sendo a maior parte relacionada à saúde mental. Em linhas gerais, maiores níveis de R/E tendem a estar associados a menos depressão, uso/abuso de substâncias, suicídio e a melhor qualidade de vida. Por outro

lado, a utilização de estratégias de *coping* religioso negativo, embora menos frequentes que as positivas, se associa a piores desfechos em saúde (15). Um resumo e atualização desses achados pode ser observado no artigo publicado em 2015 por Koenig (16).

Diversos estudos também vêm sendo desenvolvidos no Brasil, embora ainda em menor proporção que nos EUA, mas ocupando o 5º lugar do ranking mundial de publicações acadêmicas em R/E e saúde (17).

Em recente revisão de estudos brasileiros em Espiritualidade, Religião e saúde, Damiano et al. (2016) encontraram 320 artigos onde a R/E em sua interface com a saúde era o foco principal e outros 366 artigos com presença de R/E, contudo não sendo o foco principal. Dentre os principais tópicos da análise geral de todos os estudos (686) estão os em álcool e outras drogas (9,3%), qualidade de vida (7,4%), sexualidade (3,8%), HIV (3,5%) e Transtornos Mentais (3,1%). Nos artigos com foco principal na R/E os tópicos foram álcool e outras drogas (7,8%), Ayahuasca (5,9%), escalas em R/E (5,6%), Educação em Saúde (4,4%) e Sexualidade (4,1%). Assim, corroborando com a produção internacional, a temática de álcool e outras drogas mostrou-se como um dos tópicos mais estudados em R/E. A forma de abordagem prevalente é quantitativa observacional (47,7%), seguidos de estudos qualitativos (32,6%).

Embora menos frequente, a R/E também pode ter impactos negativos sobre a saúde e o bem-estar. Isso se relaciona a possíveis manifestações negativas da R/E como níveis patológicos de culpa, negação/repressão da raiva ou sexualidade, *Coping* Religioso Espiritual negativo, dependência, conformismo e sugestionabilidade, preconceitos, intolerância etc. (18,19).

Embora a relação entre R/E e saúde venha sendo bem estabelecida com base em milhares de estudos, os mecanismos dessa associação continuam sendo uma das questões mais desafiadoras para a pesquisa e teoria (17). Os mecanismos potenciais mais comumente levantados para explicar (pelo menos parcialmente) os efeitos da R/E na saúde são:

- incentivar comportamentos saudáveis (hábitos alimentares, evitar uso de substâncias, e comportamento sexual promíscuo, práticas de oração e meditação, etc.);
- suporte (apoio social da comunidade religiosa, valorização do convívio familiar etc.);
- sistema de crenças (dando sentido à vida e ao sofrimento);

- mecanismos de enfrentamento;
- características de personalidade; e
- vias neuroendócrinas e neuroimunológicas (cortisol, proteína C-reativa, fibrinogênio e citocinas).

Em investigação recente com 5.200 adultos do EUA, foram avaliados mediadores potenciais entre frequência religiosa e redução do risco de mortalidade. Após controle para fatores de confusão (fatores demográficos, de saúde, comportamentais e sociais), entre os fatores psicológicos positivos, observou-se mediação através do aumento da satisfação com a vida e, possivelmente, afeto positivo. Dentre as dimensões do sofrimento psíquico, observou-se mediação por meio de reduções na desesperança, raiva (para traço e estado) e possivelmente solidão (20).

Outro estudo, avaliou a participação em serviços religiosos durante os anos de 1992 até 2012, em 74.534 mulheres. Controlado para os principais fatores de estilo de vida e fatores de risco, comparecer a um serviço religioso mais de uma vez por semana foi associado a uma mortalidade 33% menor em comparação com mulheres que nunca compareceram a serviços religiosos. Comparando as mulheres que frequentaram serviços religiosos mais de uma vez por semana com aquelas que nunca compareceram, a taxa de risco para mortalidade cardiovascular foi de 0,73 (95% CI, 0,62-0,85; $P < 0,001$) e para mortalidade por câncer foi de 0,79 (95% IC, 0,70-0,89; $P < 0,001$) (21).

Ao examinar os caminhos potenciais da participação em serviços religiosos para a mortalidade em todas as causas, descobriu-se que os sintomas depressivos, tabagismo, apoio social e otimismo eram mediadores potencialmente importantes, contudo, nenhum mediador único explicou mais de 25% do efeito (apoio social explicava 23% do efeito [$P = 0,003$], sintomas depressivos explicaram 11% [$p < 0,001$], o tabagismo explicou 22% [$p < 0,001$] e o otimismo explicou 9% [$p < 0,001$]) (21).

Evidências sobre possíveis mediadores ainda são inconsistentes e explicam apenas parcialmente a relação entre R/E e saúde. Por exemplo, um estudo realizado com 89.708 enfermeiras nos EUA, entre 1996 e 2010, sugere associação inversa entre frequência aos serviços religiosos e o suicídio. Ao buscar possíveis mediadores, sintomas depressivos, consumo de álcool ou suporte social não explicaram grande parte da associação encontrada (22). Não existe um mecanismo único capaz de explicar completamente como o R/E afeta a saúde (15,23,24). Este é um dos tópicos de pesquisa mais desafiadores e promissores sobre R/E e saúde.

Pesquisas em Saúde mental

A maioria (70% a 75%) das pesquisas sobre R/E e saúde tem foco em saúde mental. A seguir, apresentaremos alguns dados de levantamentos feito por diversos autores, bem como alguns estudos que relacionam a R/E com aspectos positivos em saúde (bem-estar, esperança e otimismo, significado e propósito, auto-estima) e com aspectos negativos em saúde (depressão, suicídio, álcool e outras drogas e ansiedade). Não se pretende esgotar a literatura, nem apresentar revisão sistemática do assunto, apenas situar o leitor dentro do campo dos estudos em R/E e saúde mental. Este capítulo baseia-se, em partes, nos dados das revisões sistemáticas realizadas por Koenig et al. (2001; 2012; 2015).

O número de estudos que examina a relação entre R/E e aspectos negativos é, de longe, muito maior que o número de estudos entre os aspectos positivos em saúde. Esses números podem estar relacionados ao entendimento de saúde, que durante anos esteve diretamente relacionada à ausência de doenças. Com o foco nos aspectos negativos, os estudos, as pesquisas buscavam pela cura, pela exclusão ou minimização de tais influências. A compreensão de saúde, ampliada há mais de 70 anos, vem construindo aos poucos um outro foco. Enquanto “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades”, traz esse olhar em busca dos fatores positivos, dos promotores de saúde, trazendo outras demandas, que vem se inserindo nos campos de investigação (25).

● Bem-estar

Até o ano de 2015, pelo menos 326 estudos quantitativos examinaram as relações entre R/E e bem-estar, com 256 (79%) encontrando maior felicidade, satisfação com a vida ou senso geral de que a vida é boa naqueles que tinham mais R/E. Com exceção de oito estudos, todos os demais relataram resultados estatisticamente significativos. Dos 120 estudos julgados como metodologicamente mais rigorosos, 98 (82%) encontraram maior bem-estar entre aqueles que tinham mais R/E e menos de 1% relatou menor bem-estar em maior R/E (14–16).

Como a maioria desses estudos é transversal, ainda traz poucas evidências para a causalidade, contudo, essa associação parece manter-se sob desenhos longitudinais também (6). Para ilustrar, estudos trazem que a frequência a serviços religiosos, oração e

perdão de Deus, têm sido associados à satisfação com a vida ou bem-estar subjetivo (26,27); que a satisfação com a vida está positivamente relacionada a medidas de forte vínculo religioso, no sentido de estar disposto a comprometer-se frequentemente a serviços religiosos (28); e, que pessoas com frequência regular a serviços religiosos e que constroem redes sociais em suas congregações estão mais satisfeitas com suas vidas(29).

Examinando prospectivamente mais de 5 mil jovens ao longo de 14 anos nos EUA, a frequência regular a serviços religiosos na adolescência foi preditor de maior satisfação com a vida e afeto positivo na vida adulta. Os resultados deste estudo também trouxeram que, quando comparado à não frequência religiosa, os que frequentavam semanalmente apresentaram maior voluntariado, maior senso de missão, mais perdão e menores probabilidades de uso de drogas e iniciação sexual precoce. Houve pouca diferença entre aqueles que relataram uma frequência menor do que semanalmente e o não comparecimento a serviços religiosos (30).

Em um estudo transversal com 1316 idosos nos EUA (51% brancos e 49% afro-americanos), além da frequência a serviços religiosos, o perdão de Deus e o perdoar os outros também esteve relacionado com bem-estar psicológico. Idosos que perdoam os outros tendem a ter uma maior sensação de bem-estar psicológico do que aqueles que estão menos dispostos a perdoar. O perdão de Deus também esteve associado a sentimentos maiores de bem-estar, contudo a magnitude dos relacionamentos não é tão forte quanto a observada quando se perdoa os outros. Os autores destacam que, os dois tipos de medidas de perdão podem ter efeitos diferentes sobre o bem-estar simplesmente porque avaliam fenômenos diferentes, e quando esses dois tipos comparados e contrastados, os dados sugerem que os benefícios associados a perdoar os outros parecem superar os benefícios decorrentes de serem perdoados por Deus (31).

● Esperança e Otimismo

A esperança pode ser entendida enquanto percepção generalizada de que um objetivo possa ser alcançado, aquilo que mantém o movimento da vida diante de uma situação difícil ou um grande sofrimento. O otimismo seria uma tendência a olhar para o lado favorável dos eventos ou condições, esperando um resultado, também, favorável (16).

Investigações sobre esperança e otimismo foram catalogadas por Koenig et al. (2012). Pelo menos 40 estudos examinaram as relações entre R/E e esperança, com 29 (73%) encontrando maior esperança entre os mais R/E. Da mesma forma, pelo menos 32

estudos examinaram as relações entre R/E e otimismo e, desses, 26 (81%) relataram uma relação positiva significativa.

Um estudo realizado nos EUA e publicado em 1993, investigou o otimismo e o pessimismo em 623 adeptos de nove grupos religiosos. Esses grupos foram distribuídos em três categorias: fundamentalista – por interpretarem seus textos religiosos literalmente, além de impor uma grande quantidade de regulamentações cotidianas aos seus seguidores (o judaísmo ortodoxo, o calvinismo e o islamismo); moderados – menor envolvimento e responsabilidades religiosas (judaísmo conservador, catolicismo, luteranismo e metodismo); liberais – encorajam a individualidade, tolerância e ceticismo (unitarismo e o judaísmo reformado). Os grupos fundamentalistas possuíam maior envolvimento religioso. Os fundamentalistas também eram significativamente mais otimistas que os das religiões moderadas, que por sua vez eram mais otimistas que os liberais (32). Após comentários recebidos, os autores fizeram novas análises e encontraram que o fundamentalismo esteve associado a níveis mais elevados de otimismo em decorrência de três fatores: estar associado a mais esperanças, menos desesperança e menos culpa pessoal por eventos negativos (33).

● **Significado e Propósito**

Ter significado e propósito na vida é um aspecto positivo da saúde mental que não apenas está fortemente correlacionado com o bem-estar, mas também está associado a resiliência diante de circunstâncias difíceis.

Dos 45 estudos revisados por Koenig et al. (2012) que examinaram as relações com o R/E, 42 (93%) relataram associação positiva entre significado ou propósito e R/E. Dos 10 melhores estudos em termos de rigor metodológico, todos os 10 (100%) relataram relações positivas significativas.

A grande maioria deles sugeriu que várias formas de participação religiosa e de atendimento estão associadas a um maior sentido de significado ou propósito na vida (32–34). Estudo transversal com 125 homens soropositivos para o HIV, objetivou examinar as relações entre esperança, apoio social, incerteza na doença e espiritualidade e seu efeito na saúde percebida destes homens.

Ao examinar a relação entre o envolvimento religioso e o sofrimento psicológico, explorando os mediadores do apoio social e do propósito na vida em 1812 estudantes universitários chineses, observou-se que o sofrimento psíquico aumenta o envolvimento

religioso, e este envolvimento aumenta o propósito na vida e o apoio social, levando, por fim, a um menor sofrimento psicológico (35).

● Autoestima

A autoestima se reflete na forma como as pessoas aceitam a si mesmas e projetam suas expectativas. Corresponde à valoração intrínseca que o indivíduo faz de si mesmo em diferentes situações e eventos da vida a partir de um determinado conjunto de valores eleitos por ele como positivos ou negativos (36). A baixa autoestima é frequentemente associada a um distúrbio emocional como a depressão, mas a alta autoestima está fortemente correlacionada com emoções positivas e boa saúde mental (14).

Dos 69 estudos quantitativos examinando a relação entre R/E e autoestima, Koenig et al. (2012) encontrou em 42 (61%) níveis significativamente mais elevados de autoestima nos que pontuavam mais em R/E; apenas 2 estudos (3%) relataram que as pessoas R/E tinham baixa autoestima. Dos 25 estudos metodologicamente mais rigorosos, 17 (68%) relataram maior autoestima em mais R/E.

O envolvimento religioso relacionou-se com autoestima, principalmente em grupos de estudantes e minorias étnicas (37–39). Ao menos um estudo encontrou relação entre orar pelos outros e maior autoestima (40).

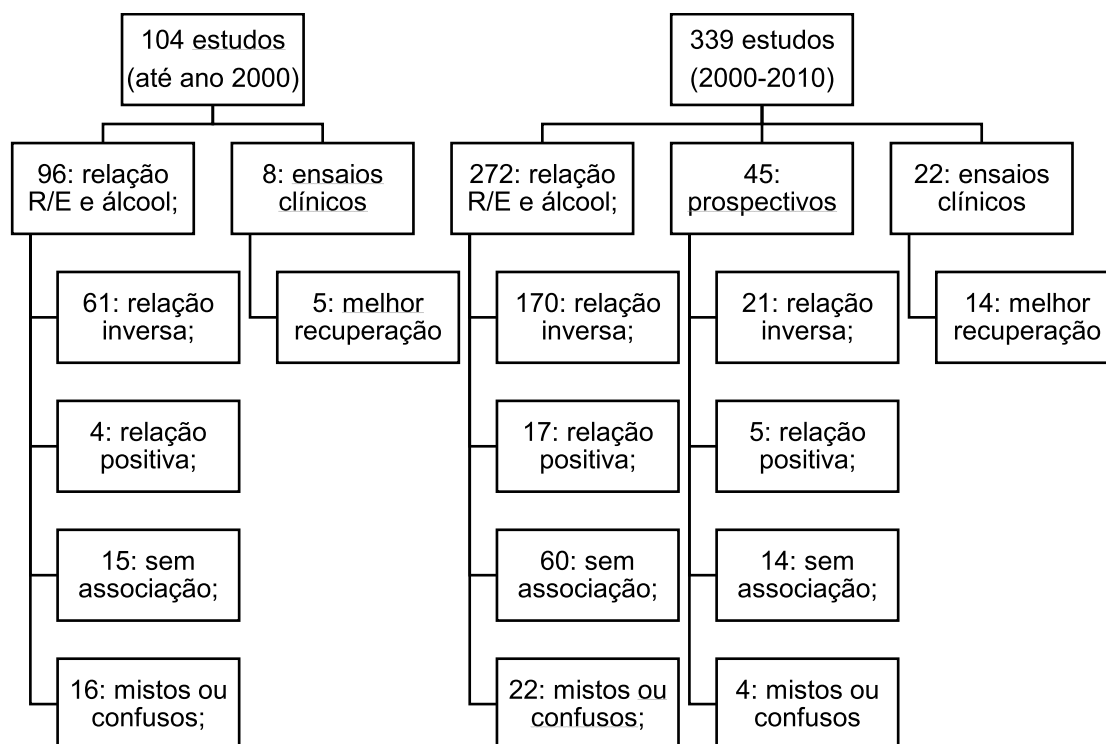
A autoestima, de 320 muçulmanos, foi analisada enquanto um dos mecanismos pelos quais a espiritualidade levaria ao aumento do bem-estar mental, aparecendo enquanto mediador parcial do relacionamento espiritualidade e bem-estar para ambos os sexos (41).

● Depressão

Um dos transtornos mais comuns encontrados por profissionais da saúde mental, a depressão é caracterizada por alterações cognitivas, neurovegetativas e no afeto, sendo causa de uma ampla gama de prejuízos, que variam desde os relativamente leves até os mais incapacitantes (42).

Koenig et al (2015) identificaram 444 estudos que examinando as relações entre R/E e depressão, dos quais 272 (61%) relataram relações inversas. Relações positivas foram encontradas em apenas 28 estudos (6%). À medida que a qualidade do desenho de um estudo aumenta, a relação inversa também; dos 178 estudos com classificações de qualidade de 7 ou superior, 119 (67%) relataram relações inversas (Fig. 53.1) (15,16,43).

Figura 53.1 – Revisão Koenig et al (2012) sobre R/E e depressão;



A associação entre religiosidade e sintomas depressivos foi examinada em uma meta-análise de 147 estudos, com um total de 98.975 indivíduos. A correlação entre religiosidade e sintomas depressivos indicou que uma maior religiosidade está levemente associada a menos sintomas. A associação foi mais forte naqueles estudos envolvendo pessoas que vivenciavam situações de vida estressantes recentes. Religiosidade extrínseca e o enfrentamento religioso negativo (por exemplo, culpar Deus pelas dificuldades) foram associados a níveis mais altos de sintomas depressivos (44).

Um estudo longitudinal de 10 anos de segmento, com 114 crianças dos EUA descobriu que aqueles que relataram aos 10 anos que a R/E era altamente importante, tinham cerca de 1/4 de risco de sofrer depressão nos 10 anos seguintes do que aqueles que não consideravam R/E importante. No subgrupo de alto risco (tendo um pai ou mãe deprimido), aqueles que relataram alta importância da R/E tinham dez vezes menos chance de ter depressão nos próximos 10 anos em comparação com aqueles que não relataram a importância da R/E (45).

Outro estudo longitudinal com 4.791 adolescentes norte-americanos, o envolvimento em atividades religiosas foi relacionado com proteção contra o início de episódios depressivos (46). Orar uma vez por semana e frequentar grupos religiosos pelo

menos uma vez por mês correlacionou-se com menos episódios depressivos em comparação àqueles que nunca oraram e que nunca compareceram.

Outros estudos longitudinais com bom controle de variáveis de confusão também indicaram associação entre frequência religiosa e menores taxas de depressão (47,48). Por exemplo, em um estudo com 48.984 enfermeiras norte americanas, acompanhadas entre os anos de 1996 e 2008, encontrou-se que, em comparação com as que nunca compareceram aos serviços religiosos (0,87, IC 95%: 0,79, 0,97), mulheres que tiveram maior frequência tiveram menor risco de desenvolver depressão (0,71, IC95%: 0,62; 0,82) (49).

● Suicídio

O suicídio é definido como um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal (50). O comportamento suicida é composto pelo pensamento, plano e a tentativa de suicídio, e apenas uma pequena proporção do comportamento suicida chega ao nosso conhecimento (51).

Estima-se que, em 2015, 788 mil mortes no mundo foram por suicídio e que houve um número muito maior de tentativas. Ele está no entre as 20 principais causas de morte no ano de 2015, representando perto de 1,5% de todas as mortes em todo o mundo (52). O suicídio é a segunda causa de morte entre estudantes universitários e a terceira maior causa de adolescentes de cinco a catorze anos (53).

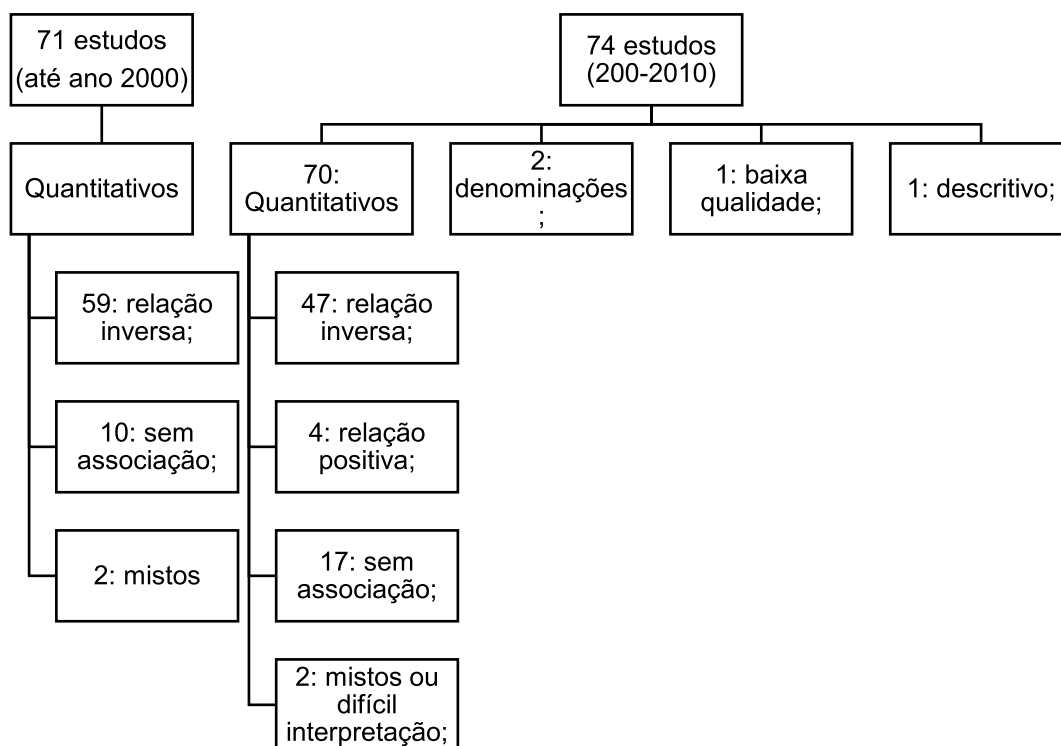
O suicídio é um fenômeno presente ao longo da história da humanidade, em todas as culturas. Multifatorial e resultado de uma complexa interação de fatores psicológicos, como depressão, raiva e impulsividade; fatores sociais como distúrbios familiares, falta de apoio social e solidão; fatores comportamentais como uso e dependência de álcool e outras drogas; causas biológicas, incluindo doenças crônicas e incapacitantes; causas genéticas; e causas de desenvolvimento, como violência doméstica e abuso sexual, físico ou emocional. Assim sendo, ele é considerado como o desfecho de uma série de fatores ao longo da história do indivíduo (15,52).

Conhecer os fatores de risco e de proteção é fundamental e pode ajudar o profissional a determinar clinicamente o risco e propor estratégias para reduzi-lo. Estudos sobre fatores de proteção são em menor volume, que sobre os de risco, e, geralmente, os dados ainda não são muito consistentes. Incluem os fatores de proteção: autoestima elevada; bom suporte familiar; laços sociais bem estabelecidos com família e amigos;

religiosidade e razão para viver; ausência de doença mental; estar empregado; ter crianças em casa; senso de responsabilidade com a família; gravidez desejada e planejada; capacidade de adaptação positiva; capacidade de resolução de problemas e relação terapêutica positiva, além de acesso a serviços e cuidados de saúde mental (50).

Crenças e práticas religiosas podem influenciar o risco de suicídio. Uma revisão sistemática de 141 estudos examinou a relação entre R/E e ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio completo. Destes estudos, 106 (75%) encontraram menos ideação e comportamento suicida entre aqueles que eram mais religiosos e apenas 4 encontraram associação direta (maior religiosidade e maior suicídio) (Fig. 53.2) (15). Entre os 49 melhores estudos, 39 (80%) relataram relações inversas (16).

Fig. 53.2 – Revisão Koenig et al (2012) sobre R/E e suicídio;



Além desses, foram localizados 42 estudos que compararam taxa de suicídio e denominação religiosa, onde observou-se que os católicos apresentaram uma pequena vantagem quanto a menor risco de suicídio em relação aos protestantes (15).

A frequência religiosa está relacionada a menor risco de suicídio(54–57). O comparecimento religioso também esteve inversamente relacionado à aceitação do suicídio e foi o preditor mais forte de visões contrárias ao suicídio em comparação com

todas as outras variáveis (incluindo raça, gênero, idade, estado civil, status dos pais, educação e conservadorismo)(58,59).

Uma meta-análise de nove estudos de 2000 a 2015 analisou 2.369 suicídios e 5.252 controles (vivos ou mortos por causas naturais). Encontrou um efeito protetor global de R/E sobre suicídios completos (OR = 0,38; IC95% 0,21-0,71), com um efeito mais forte nas culturas ocidentais (60).

Um estudo de acompanhamento de 16 anos de uma amostra nacionalmente representativa dos EUA (n = 20.014) descobriu que aqueles que frequentavam regularmente os serviços religiosos morreram três vezes menos por suicídio em comparação com aqueles que não compareceram(61). Em uma amostra canadense nacionalmente representativa de 36.984 indivíduos, a frequência religiosa foi associada a menos tentativas de suicídio, mesmo após o ajuste para apoio social (OR = 0,38; IC95% 0,17-0,89) (62).

Em um estudo caso-controle brasileiro (110 indivíduos que tentaram suicídio e 114 controles sem histórico de tentativas de suicídio), a religiosidade foi relacionada a uma redução de 50% no risco de tentativas de suicídio, após controlar outros fatores de risco relevantes(63).

No melhor estudo já realizado sobre o tema, 89.708 mulheres americanas foram seguidas por 14 anos. Após ajuste para variáveis demográficas, fatores de estilo de vida, histórico médico e sintomas depressivos, a frequência semanal a serviços religiosos foi associada a taxas de suicídio sete vezes menores comparadas àquelas que nunca compareceram (22).

● **Uso/abuso de álcool e/ou outras substâncias**

A dependência de álcool e/ou drogas é decorrente de uma gama de fatores incluídos na dimensão familiar, social e individual, bem como das rápidas e consistentes mudanças no modo de organização das sociedades (64). É o que a OMS tem chamado de epidemia social, ressaltando os três fatores fundamentais: o agente (droga), o hospedeiro (usuário) e o ambiente favorável (família, grupos de convívio) (Lopes, 2005). A etiologia da dependência química é multidimensional, porém os fatores sociais são os elementos mais importantes(65).

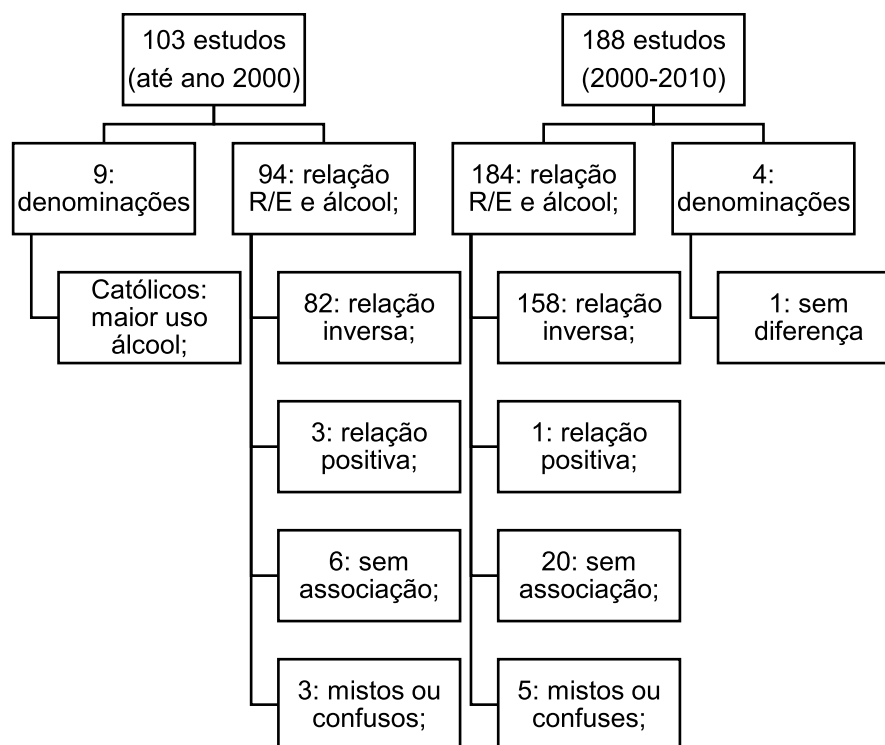
Segundo dados da *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), cerca de 275 milhões de pessoas em todo o mundo (5,6% população mundial) entre 15-64 anos, usou drogas pelo menos uma vez durante 2016. E aproximadamente 31 milhões de

peças que usam drogas sofrem transtornos por uso de drogas, a ponto em que podem necessitar de tratamento. Os opiáceos continuam a causar mais danos (66).

O uso nocivo de álcool está relacionado a mais de 200 doenças, incluindo cirrose hepática e câncer (67). Em 2016, o uso de álcool foi o sétimo fator de risco de mortes e anos de vida ajustados por incapacidade, representando 2% de mortes femininas e 6,8% de mortes masculinas. Na população entre 15 e 49 anos, o uso de álcool foi o principal fator de risco global de mortes em 2016 (68).

A relação entre R/E e uso/abuso de álcool e outras substâncias têm sido estudada e relatada em várias pesquisas em diferentes países. Há evidências fortes e consistentes de que o uso e abuso de álcool é menos frequente entre aqueles que têm níveis mais altos de envolvimento religioso. Uma revisão de 278 estudos quantitativos examinando a relação entre R/E e álcool constatou que 240 (ou 86%) relataram menos uso / abuso de álcool entre os mais religiosos, a mesma proporção em estudos prospectivos (86% de 49 estudos) (Fig. 53.3) (15).

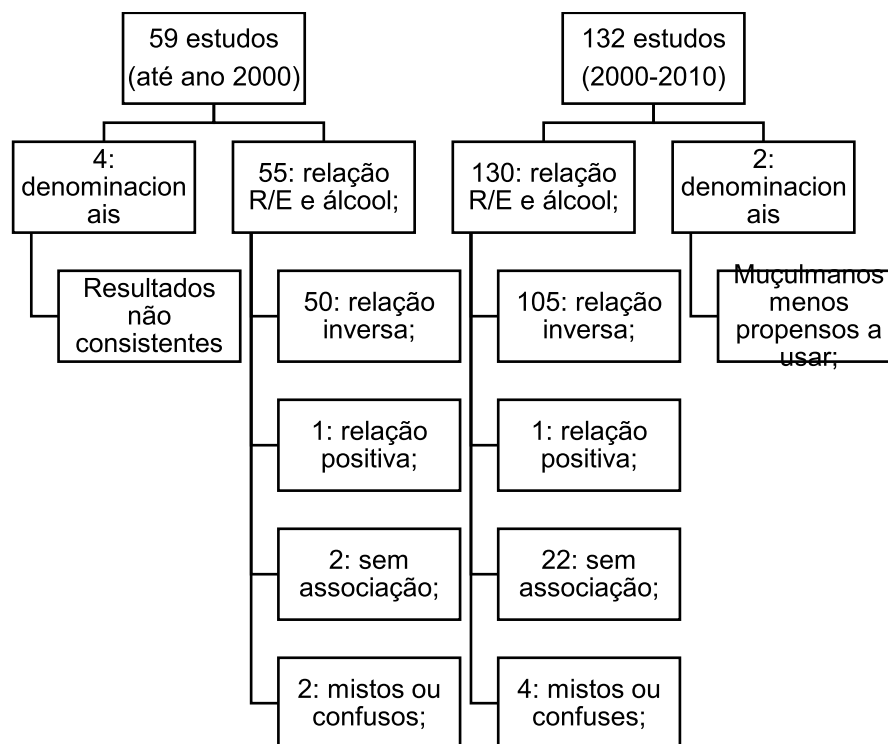
Fig. 53.3 – Revisão Koenig et al (2012) sobre R/E e uso/abuso de álcool;



Em relação ao uso/abuso de drogas ilícitas os resultados são semelhantes: 185 estudos, onde 155 (84%) relataram uma relação inversa entre R/E e uso / abuso de drogas. Dos 35 estudos de corte prospectivos, 33 (94%) encontraram R/E basal prevendo menos

uso / abuso futuro de drogas. Mais de 70% desses estudos foram feitos com jovens (adolescentes, estudantes universitários e adultos jovens) (Fig. 53.4) (15).

Fig. 53.4 – Revisão Koenig et al (2012) sobre R/E e uso/abuso de outras drogas;



Dos 145 estudos de alta qualidade, que examinou a relação entre R/E e uso de álcool, abuso e dependência, 90% relataram relações inversas. Dos 112 estudos de melhor qualidade, examinando as relações entre uso ou abuso de drogas e envolvimento R/E, 96 (86%) relataram relações inversas (16).

Em uma pesquisa nacional nos EUA, a proporção de pessoas que consomem álcool entre os que frequentavam a igreja menos de duas vezes por mês ou que não frequentavam era o dobro da que frequentava uma igreja duas a quatro vezes por mês. A probabilidade de uso de álcool no último ano para aqueles que disseram que a religião não era importante em suas vidas era 50% maior do que entre aqueles que relataram que a religião era importante em suas vidas. É importante ressaltar que essa associação não parece ter sido mediada por apoio social e estado de saúde mental(69).

Dados de 11.169 mulheres nas três ondas da Pesquisa Nacional sobre Álcool nos EUA (2000, 2005 e 2010) foram utilizados para análises de religiosidade sobre o uso de álcool ao longo da vida e o consumo prejudicial de álcool e drogas nos últimos 12 meses.

Alta religiosidade foi associada à abstinência alcoólica durante toda a vida e foi encontrada como protetora contra o consumo nocivo de álcool e o uso de drogas (70).

Um dos maiores levantamentos na América Central examinou a relação entre religião e abuso de substâncias em uma amostra aleatória de 17.215 estudantes do ensino médio entre as idades de 12 e 20 anos no Panamá, Costa Rica e Guatemala. Crenças de adolescentes em Deus foram relacionadas a uma menor probabilidade de embriaguez (OR = 0,96, $p < 0,001$) (71). Outros estudos com adolescentes e jovens dos EUA, encontraram relação inversa entre frequência religiosa e importância da religião/religiosidade associada a baixo consumo de álcool (72–74), baixo uso de maconha (75,76) e baixo uso de ecstasy (77).

Estudos brasileiros também têm demonstrado a associação entre R/E e menor consumo de drogas e melhores índices de recuperação, não atuando apenas como facilitadora na recuperação do dependente de álcool e/ou drogas, mas também promovendo a abstinência (78–81). Em uma amostra nacional brasileira de 5.040 pessoas, aquelas cuja principal atividade de lazer era frequentar festas, bares e clubes tinham 73,3% mais chances de usar drogas do que aquelas envolvidas em atividades culturais, esportivas ou religiosas (82).

Em outra amostra brasileira, nacionalmente representativa de 12.595 estudantes universitários, cerca de 40% frequentavam regularmente os serviços religiosos. Comparado com aqueles que tiveram frequência regular, os estudantes que não frequentavam regularmente os serviços religiosos eram mais propensos a usar álcool (OR = 2,52; IC95% 2,08-3,06), tabaco (OR = 2,83; IC95% 2,09-3,83), maconha (OR = 2,09; IC95% 1,39-3,14) e outras drogas (OR = 1,42; IC95% 1,12-1,79)(83).

Ainda é importante buscar uma melhor compreensão do papel do envolvimento da R/E na prevenção do surgimento de transtornos de abuso de substâncias na juventude e na idade adulta. Como a R/E previne transtornos de uso/abuso? Como a R/E interage com fatores biológicos ou genéticos para aumentar ou diminuir o risco do uso/abuso? Como a intervenção R/E atuaria para a manutenção da remissão do uso/abuso?

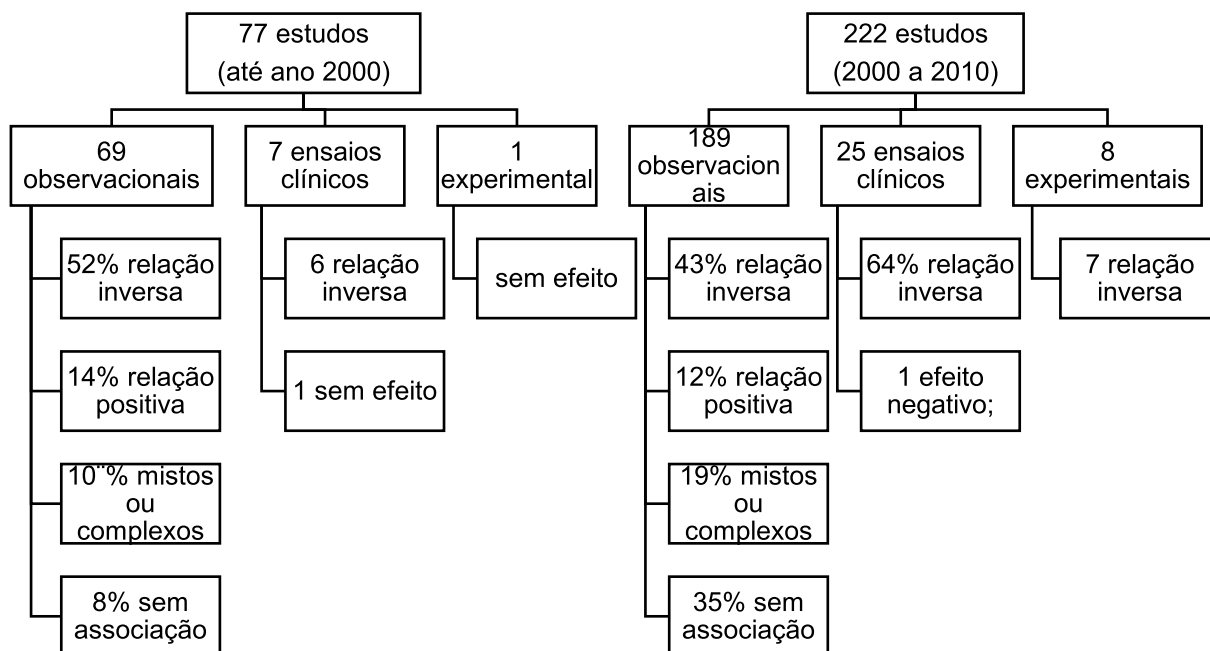
● **Ansiedade**

A ansiedade é um estado emocional natural, uma resposta global, ou condição associada à antecipação de um evento potencialmente ameaçador, que envolve componentes cognitivos e emocionais. Ela está relacionada a avaliação de um evento e a decisão entre “lutar” ou “fugir”, é uma preparação para tarefas que possam ser difíceis ou

de confrontos necessários. Apesar de natural, é um sentimento desagradável (tensão, apreensão, medo, etc) e que, também, envolve sintomas de natureza física (taquicardia, sudorese, náuseas, falta de ar, entre outros)(42).

Contudo, quando a experiência do sentimento de ansiedade torna-se excessivo e intenso, fazendo com que os níveis de ansiedade sejam elevados e o indivíduo experimente sofrimento e dificuldades de funcionar no dia a dia, estamos tratando de transtorno de ansiedade (TA)(42). Para um número considerável de pessoas (3,6% população mundial e 9,3% população brasileira) ela se torna excessiva ou prolongada, persistindo para além do desenvolvimento normal (52)(Fig. 53.5).

Fig. 53.5 – Revisão Koenig et al (2012) sobre R/E e ansiedade;



Tem-se, hoje, ao menos 299 estudos que examinam a relação entre R/E e ansiedade. Em quase metade deles (147/49%) há relato de correlação inversa. A correlação positiva (maior ansiedade relacionada a níveis mais altos de R/E) é reportada em 11% (33) dos estudos. Dos 67 estudos de melhor desenho metodológico (n 67), 31 reportaram relação inversa, seis trouxeram relação positiva, seis achados mistos e em 15 estudos não foram encontradas associações. Dentre os estudos longitudinais, nove (47%) relataram que a R/E previu menores níveis de ansiedade ao longo do tempo; um estudo (5%) encontrou um aumento na ansiedade e sete não relataram associação entre ansiedade e R/E (15,16).

Os resultados das pesquisas sobre a relação à R/E e ansiedade exigem cautela em suas interpretações. Existem estudos em que R/E está associada com o aumento da gravidade dos sintomas de ansiedade, bem como estudos que trazem algumas terapias adaptadas para R/E que tendem a reduzir a ansiedade(15).

Estudos encontraram relação inversa entre ansiedade e frequência/participação (31), leitura, oração e engajamento em cerimônia tradicionais(84), comprometimento religioso em adolescentes imigrantes (85). Contudo, valores espirituais também esteve associado a maior probabilidade de fobia social (86).

A extensão da ansiedade foi significativamente e inversamente proporcional com crenças religiosas de estudantes de medicina Muçulmanos (87); estudantes do Kuwait (Emirado Árabe) obtiveram altos scores em religiosidade intrínseca relacionado a baixos níveis de ansiedade e melhores níveis de saúde geral (88); e relações inversa entre ansiedade e religiosidade (85,89,90). Também há estudos com achados de relação positiva com a ansiedade (91,92).

Uma das possíveis explicações para a inconsistência das relações entre ansiedade e R/E é que a própria ansiedade pode ser um estímulo para a oração e outras atividades religiosas mobilizadas para lidar com as circunstâncias ansiogênicas. Pessoas vivenciando ansiedade ou temor, podem usar a fé como um mecanismo de enfrentamento e podem mergulhar em atividades religiosas para conforto e força.

Entre os estudos experimentais e ensaios clínicos, pode-se observar o efeito positivo da intervenção R/E na redução da ansiedade; bem como entre os estudos prospectivos que reportaram a R/E como preditor de menor ansiedade futura e sofrimento emocional (93). Em pesquisa com pessoas leigas em meditação, com cefaleia vascular, Wachholtz e Pargament (2008) encontraram que os grupos de meditação espiritual, após um mês, experienciaram significativa queda nos estados ansiosos comparados com os demais grupos meditativos.

● **Outras temáticas investigadas**

Além dos temas aqui apresentados, estudos sobre *coping* (modos de lidar com problemas) e estresse, transtornos psicóticos, delinquência e crime, instabilidade conjugal, personalidade e transtornos de personalidade também foram revisados por Koenig et al (2012).

Estudos que tratam do *coping* e do processo de adaptação a determinadas situações evidenciam que a religião é uma forma comum das pessoas lidarem com

adversidade e estresse, ou seja está associada a situações de enfrentamento. Há mais de 450 estudos com pessoas que passaram por situações de estresse, como doenças terminais, e buscaram na religião uma forma de adaptação.

Em relação a delinquência, comportamentos antissociais ou crimes, a população mais estudada foi a infanto-juvenil. Em 79% (81) dos estudos revisados por Koenig et al. (2012), uma relação inversa com o envolvimento religioso foi encontrada. Considerando uma das formas de avaliar o contrário da delinquência, ou seja, a performance escolar, estudos mostraram que em 100% dos 102 estudos a R/E foi associada a um melhor desempenho (15).

Estudos também mostraram relação positiva entre R/E e estabilidade matrimonial (6,48,94). Em estudo prospectivo de coorte com enfermeiras americanas (período de 14 anos), a frequência religiosa reduzia pela metade o risco de divórcio entre as mulheres casadas (95). Os estudos avaliaram a satisfação, o comprometimento, a coesão, a fidelidade sexual, a taxa de divórcio/separação, ausência de abuso, capacidade de resolver problemas e perdoar. Dos 79 estudos revisados por Koenig et al. (2012), 87% (69) encontraram uma relação positiva entre as variáveis, o que significa que o envolvimento religioso ajuda a estabilizar um matrimônio. Entre os melhores estudos, essa proporção foi de 88% e entre todos foi de 86% (15).

• E quando a R/E exerce influência negativa?

Sendo uma dimensão da experiência humana, R/E possuem potencial tanto para os benefícios em saúde mental, quanto para conflitos. Se uma pessoa tem fortes crenças religiosas, mas de alguma forma sua vivência está em desacordo com esses valores religiosos, isso pode criar conflitos internos que podem gerar estresse e desarmonia, ou levar à exclusão social de seu grupo religioso ou família (96).

O efeito adverso na saúde também pode ocorrer quando crenças/práticas religiosas são usadas para justificar comportamentos de saúde negativos ou substituir cuidados médicos tradicionais. Exemplos de comportamentos negativos seriam: culpa, vergonha, raiva, medo e agressão. O controle social, também presente nas religiões, pode ser visto como limitante, restritivo, trazendo isolamento para aqueles em desacordo com o seu padrão (97).

Existem alguns estudos empíricos indicando o impacto que certas formas negativas de religiosidade têm sobre o estado de saúde. Tais conflitos internos e/ou sociais

podem levar à culpa, desesperança, isolamento social, estresse, tensão interna e depressão (15,98–100).

Em um estudo com 596 pacientes internados em hospital geral, depois de controlar as variáveis demográficas, variáveis de saúde física e saúde mental, os maiores escores de conflito religioso foram preditivos de maior risco de mortalidade. Dois itens de descontentamento espiritual e um item de reavaliação demoníaca da medida religiosa de enfrentamento foram preditivos de aumento do risco de mortalidade: "Perguntou se Deus havia me abandonado", "questionou o amor de Deus por mim", e "Decidiu que o diabo fez isso acontecer" (98).

Um estudo com 100 alcoolistas, membros de um grupo de AA na Polônia, mostrou uma correlação positiva de conforto religioso (perceber a fé como uma fonte de força e Deus como todo-poderoso e solidário) com qualidade de vida (satisfação, competência, empoderamento e pertencimento social). Duas categorias de conflito religioso diminuíram significativamente a avaliação da qualidade de vida em AA: emoções negativas em relação a Deus e medo/culpa (100).

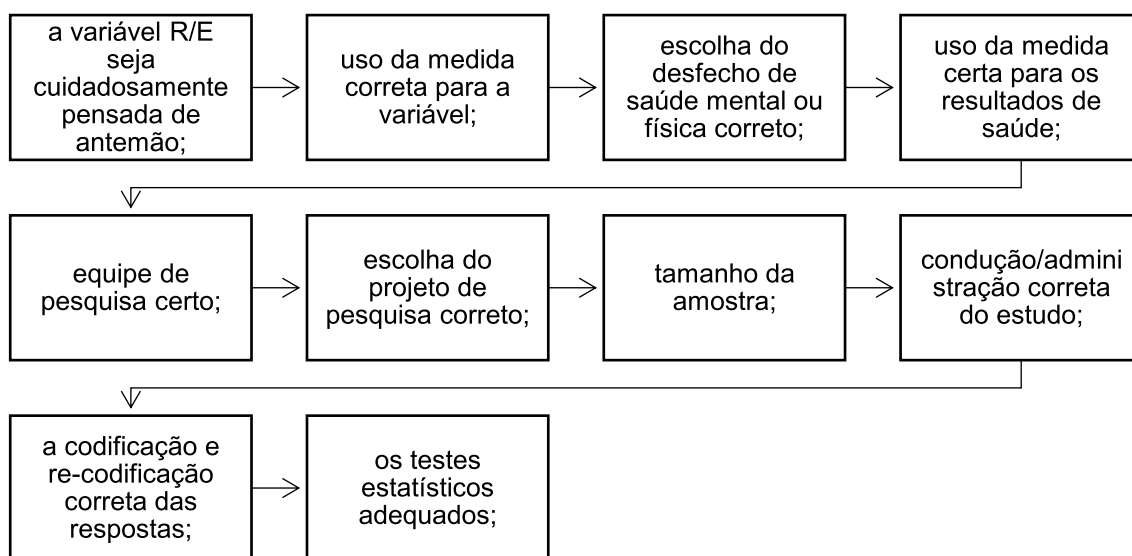
Conclusão

Nas últimas décadas, emergiram evidências muito consistentes demonstrando associações entre R/E e saúde mental. Há fortes evidências de que a frequência religiosa está fortemente associada com diversos desfechos em saúde mental, e essa é apenas uma das formas de R/E. Em geral, há relação inversa entre alto nível de envolvimento R/E e depressão, ideação/comportamento suicida e uso e abuso de álcool ou outras substâncias psicoativas. Há também uma associação positiva entre R/E e bem-estar, otimismo, propósito, autoestima.

Como já descrito na introdução e no decorrer dos estudos apresentados, há complexidade no relacionamento R/E e saúde, já que muitos fatores estão envolvidos: fatores genéticos, de desenvolvimento, ambientais. Além dos fatores confundidores conhecidos (idade, gênero, raça, educação, status socioeconômico) e desconhecidos. A religião enquanto comportamento de enfrentamento também deve ser levada em consideração. Muitas vezes a má saúde física ou mental faz com que as pessoas se voltem para a religião e/ou se envolvam em práticas religiosas, mais do que quando estão bem.

Por fim, pesquisas mal elaboradas ou mal executadas são mais propensas a produzir achados fracos ou inexistentes. A Fig. 53.6 apresenta alguns cuidados necessários.

Fig. 53.6 – Cuidados necessários em pesquisa sobre R/E e saúde



Para finalizar, discutiremos os pontos fortes e fracos das evidências existentes, bem como as preocupações e desafios. Dentre os pontos fortes destacados por Koenig (2011) estão: o grande número de estudos, os diversos delineamentos de pesquisa, os longos períodos de observação, as grandes amostras randomizadas, os diversos grupos populacionais estudados, a ampla variedade de localizações geográficas, os diversos grupos de pesquisadores relatando achados semelhantes e o surgimento de achados, mesmo quando os pesquisadores não estavam procurando por eles.

Claro que se observam também fragilidades, que devem ser reconhecidas para que sejam abordadas em pesquisas futuras: estudos em sua maioria serem transversais, emprego de pequenas amostras de conveniência, uso de métodos e medidas insatisfatórios, análises sem controle para potenciais fatores de confusão, modelagem incorreta, interpretação excessiva dos resultados (14).

Alguns desafios que se apresentam à pesquisa nesta área ajudam, por vezes, a explicar algumas das fraquezas citadas. São eles, a falta de financiamento e falta de pesquisadores treinados. As fontes usuais de financiamento para pesquisa muitas vezes relutam em apoiar pesquisas sobre R/E e saúde, mas essa resistência tem diminuído (14).

Além disso, outro desafio é a falta de treinamento específico em pesquisa em R/E e saúde, relacionados à mensuração e familiaridade com as dinâmicas que afetam o desenho do estudo (14).

Esses desafios, aqui expostos, não visam desencorajar o leitor, mas sim alertá-lo quanto aos cuidados necessários ao se pensar em pesquisa em R/E e saúde. No capítulo 51, deste livro, o leitor encontra algumas estratégias e desenhos de estudos em R/E, bem como no capítulo 54 os instrumentos de mensuração em espiritualidade e religiosidade, que auxiliará em futuras propostas.

Referências

1. Damiano RF, Costa LA, Viana MTSA, Moreira-Almeida A, Lucchetti ALG, Lucchetti G. Brazilian scientific articles on “Spirituality, Religion and Health”. *Arch Clin Psychiatry São Paulo*. 2016;43(1):11–6.
2. Freitas MH de. Religiosidade e saúde: experiências dos pacientes e percepções dos profissionais. *Rev Pist Prax*. 13 de setembro de 2014;6(1):89–105.
3. Koenig HG. Religion and medicine I: Historical background and reasons for separation. *Int J Psychiatry Med*. 2000;30(4):385–98.
4. Koenig HG. Spirituality in patient care: why, how, when, and what. Rev. & expanded 2nd ed. Philadelphia: Templeton Foundation Press; 2007. 264 p.
5. Peres JFP, Simão MJP, Nasello AG. Spirituality, religiousness and psychotherapy. *Arch Clin Psychiatry São Paulo*. 2007;34:136–45.
6. VanderWeele TJ. Religion and health: a synthesis. In: *Spirituality and Religion within the Culture of Medicine: From Evidence to Practice*. New York, NY: Oxford University Press; 2017. p. 357–401.
7. Freud S. O futuro de uma ilusão, O mal-estar na civilização e outros trabalhos (1927-1931). 1ª. Imago; 1996. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud; vol. XXI).
8. Stark R. The triumph of faith: why the world is more religious than ever. 1 [edition]. Wilmington, Delaware: ISI Books; 2015. 258 p.
9. The Global Religious Landscape [Internet]. Washington, DC: Pew Research Center; 2012 [citado 13 de maio de 2018] p. 82. Disponível em: <http://assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/11/2014/01/global-religion-full.pdf>
10. Stark R. Secularization, R.I.P. *Sociol Relig*. 1999;60(3):249–73.
11. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Rev Psiquiatr Clín São Paulo*. 2010;12–5.
12. Bergin AE, Jensen JP. Religiosity of psychotherapists: A national survey. *Psychotherapy*. 1990;27(1):3–7.
13. Delaney HD, Miller WR, Bisonó AM. Religiosity and Spirituality Among Psychologists: A Survey of Clinician Members of the American Psychological Association. *Prof Psychol Res Pract*. 2007;38(5):538–46.

14. Koenig HG. Spirituality & health research: methods, measurement, statistics, and resources. West Conshohocken, PA: Templeton Press; 2011. 466 p.
15. Koenig HG, King DE, Carson VB. Handbook of religion and health. 2nd ed. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2012. 1169 p.
16. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: a review and update. *Adv Mind Body Med.* 2015;29(3):19–26.
17. Moreira-Almeida A, Lucchetti G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. *Ciênc E Cult.* março de 2016;68(1):54–7.
18. Sloan RP, Bagiella E, Powell T. Religion, spirituality, and medicine. *Lancet.* 1999;353(9153):664–7.
19. Weber SR, Pargament KI. The role of religion and spirituality in mental health. *Curr Opin Psychiatry.* 1º de setembro de 2014;27(5):358–63.
20. Kim ES, VanderWeele TJ. Mediators of the Association Between Religious Service Attendance and Mortality. *Am J Epidemiol.* 1º de janeiro de 2019;188(1):96–101.
21. Li S, Stampfer MJ, Williams DR, VanderWeele TJ. Association of Religious Service Attendance With Mortality Among Women. *JAMA Intern Med.* 1º de junho de 2016;176(6):777.
22. VanderWeele TJ, Li S, Tsai AC, Kawachi I. Association Between Religious Service Attendance and Lower Suicide Rates Among US Women. *JAMA Psychiatry.* 01 de 2016;73(8):845–51.
23. George LK, Ellison CG, Larson DB. Explaining the Relationships between Religious Involvement and Health. *Psychol Inq.* 2002;13(3):190–200.
24. Levin J. Spiritual determinants of health and healing: an epidemiologic perspective on salutogenic mechanisms. *Altern Ther Health Med.* dezembro de 2003;9(6):48–57.
25. WHOQOL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Soc Sci Med* 1982. março de 2006;62(6):1486–97.
26. Helliwell JF, Putnam RD. The social context of well-being. Huppert FA, Baylis N, Keverne B, organizadores. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 29 de setembro de 2004;359(1449):1435–46.
27. Koenig LB, Vaillant GE. A prospective study of church attendance and health over the lifespan. *Health Psychol.* 2009;28(1):117–24.
28. Greene KV, Yoon BJ. Religiosity, Economics and Life Satisfaction. *Rev Soc Econ.* junho de 2004;62(2):245–61.

29. Lim C, Putnam RD. Religion, Social Networks, and Life Satisfaction. *Am Sociol Rev.* dezembro de 2010;75(6):914–33.
30. Chen Y, VanderWeele TJ. Associations of Religious Upbringing With Subsequent Health and Well-Being From Adolescence to Young Adulthood: An Outcome-Wide Analysis. *Am J Epidemiol.* 1º de novembro de 2018;187(11):2355–64.
31. Krause N, Ellison CG. Forgiveness by God, Forgiveness of Others, and Psychological Well-Being in Late Life. *J Sci Study Relig.* 1º de março de 2003;42(1):77–94.
32. Sethi S, Seligman MEP. Optimism and Fundamentalism. *Psychol Sci.* julho de 1993;4(4):256–9.
33. Sethi S, Seligman MEP. The Hope of Fundamentalists. *Psychol Sci.* janeiro de 1994;5(1):58–58.
34. Krause N, Hayward RD. Religion, Meaning in Life, and Change in Physical Functioning During Late Adulthood. *J Adult Dev.* setembro de 2012;19(3):158–69.
35. Wang Z, Koenig HG, Ma H, Shohaib SA. Religion, Purpose in Life, Social Support, and Psychological Distress in Chinese University Students. *J Relig Health.* junho de 2016;55(3):1055–64.
36. Bednar RL, Peterson SR. *Self-esteem: paradoxes and innovations in clinical theory and practice.* 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association; 1995. 433 p.
37. Ball J, Armistead L, Austin B. The relationship between religiosity and adjustment among African-American, female, urban adolescents. *J Adolesc.* agosto de 2003;26(4):431–46.
38. Hayman JW, Kurpius SR, Befort C, Nicpon MF, Hull-Blanks E, Sollenberger S, et al. Spirituality Among College Freshmen: Relationships to Self-Esteem, Body Image, and Stress. *Couns Values.* outubro de 2007;52(1):55–70.
39. Krause N. Religious Meaning and Subjective Well-Being in Late Life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1º de maio de 2003;58(3):S160–70.
40. O’Laoire S. An experimental study of the effects of distant, intercessory prayer on self-esteem, anxiety, and depression. *Altern Ther Health Med.* novembro de 1997;3(6):38–53.
41. Joshanloo M, Daemi F. Self-esteem mediates the relationship between spirituality and subjective well-being in Iran: SPIRITUALITY AND WELL-BEING. *Int J Psychol.* março de 2015;50(2):115–20.

42. American Psychiatric Association, organizador. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
43. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of religion and health. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2001. 712 p.
44. Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull.* julho de 2003;129(4):614–36.
45. Miller L, Wickramaratne P, Gameroff MJ, Sage M, Tenke CE, Weissman MM. Religiosity and major depression in adults at high risk: a ten-year prospective study. *Am J Psychiatry.* janeiro de 2012;169(1):89–94.
46. Van Voorhees BW, Paunesku D, Kuwabara SA, Basu A, Gollan J, Hankin BL, et al. Protective and vulnerability factors predicting new-onset depressive episode in a representative of U.S. adolescents. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* junho de 2008;42(6):605–16.
47. Norton MC, Singh A, Skoog I, Corcoran C, Tschanz JT, Zandi PP, et al. Church attendance and new episodes of major depression in a community study of older adults: the Cache County Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* maio de 2008;63(3):P129-137.
48. Strawbridge WJ, Shema SJ, Cohen RD, Kaplan GA. Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health, and social relationships. *Ann Behav Med.* fevereiro de 2001;23(1):68–74.
49. Li S, Okereke OI, Chang S-C, Kawachi I, VanderWeele TJ. Religious Service Attendance and Lower Depression Among Women-a Prospective Cohort Study. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med.* 2016;50(6):876–84.
50. Associação Brasileira de Psiquiatria. Suicídio: informando para prevenir. Brasília: CFM/ABP; 2014. 52 p.
51. Botega NJ, D’Oliveira CF, Cais CF, Stefanello S. Prevenção do suicídio: manual dirigido profissionais da saúde da atenção básica recursos da comunidade. São Paulo: Unicamp; 2009 p. 22.
52. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 p. 24. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=6155E95171A4C0A58FDB0A54B0F50FCE?sequence=1>

53. Stevens LM, Lynn C, Glass RM. Adolescent suicide. *Journal of the American Medical Association*. 2001;286(24):3194.
54. Bearman PS, Moody J. Suicide and Friendships Among American Adolescents. *Am J Public Health*. janeiro de 2004;94(1):89–95.
55. Blackmore ER, Munce S, Weller I, Zagorski B, Stansfeld SA, Stewart DE, et al. Psychosocial and clinical correlates of suicidal acts: results from a national population survey. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. abril de 2008;192(4):279–84.
56. Nisbet PA, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L. The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. *J Nerv Ment Dis*. agosto de 2000;188(8):543–6.
57. Hilton SC, Fellingham GW, Lyon JL. Suicide Rates and Religious Commitment in Young Adult Males in Utah. *Am J Epidemiol*. 1º de março de 2002;155(5):413–9.
58. Stack S. Blues Fans and Suicide Acceptability. *Death Stud*. 1º de abril de 2000;24(3):223–31.
59. Stack S. Opera subculture and suicide for honor. *Death Stud*. junho de 2002;26(5):431–7.
60. Wu A, Wang J-Y, Jia C-X. Religion and Completed Suicide: a Meta-Analysis. Mazza M, organizador. *PLOS ONE*. 25 de junho de 2015;10(6):e0131715.
61. Kleiman EM, Liu RT. Prospective prediction of suicide in a nationally representative sample: religious service attendance as a protective factor. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2014;204:262–6.
62. Rasic DT, Belik S-L, Elias B, Katz LY, Enns M, Sareen J, et al. Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. *J Affect Disord*. abril de 2009;114(1–3):32–40.
63. Caribé AC, Nunez R, Montal D, Ribeiro L, Sarmiento S, Quarantini LC, et al. Religiosity as a protective factor in suicidal behavior: a case-control study. *J Nerv Ment Dis*. outubro de 2012;200(10):863–7.
64. Pratta EMM, Santos MA dos. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. *Estud Psicol Natal*. dezembro de 2006;11(3):315–22.
65. Washton AM. *Prática psicoterápica eficaz dos problemas com álcool e drogas*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
66. *World Drug Report 2018*. United Nations publication; 2018.

67. Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet Lond Engl*. 7 de janeiro de 2012;379(9810):55–70.
68. Burton R, Sheron N. No level of alcohol consumption improves health. *The Lancet*. setembro de 2018;392(10152):987–8.
69. Edlund MJ, Harris KM, Koenig HG, Han X, Sullivan G, Mattox R, et al. Religiosity and decreased risk of substance use disorders: is the effect mediated by social support or mental health status? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. agosto de 2010;45(8):827–36.
70. Drabble L, Trocki KF, Klinger JL. Religiosity as a protective factor for hazardous drinking and drug use among sexual minority and heterosexual women: Findings from the National Alcohol Survey. *Drug Alcohol Depend*. 1º de abril de 2016;161:127–34.
71. Kliewer W, Murrelle L. Risk and protective factors for adolescent substance use: findings from a study in selected Central American countries. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. maio de 2007;40(5):448–55.
72. Jackson KM, Sher KJ, Schulenberg JE. Conjoint Developmental Trajectories of Young Adult Substance Use. *Alcohol Clin Exp Res*. maio de 2008;32(5):723–37.
73. Caputo RK. Parent Religiosity, Family Processes, and Adolescent Outcomes. *Families in Society*. 2004;85(4):495–510.
74. Regnerus MD, Elder GH. Religion and vulnerability among low-risk adolescents. *Soc Sci Res*. 1º de dezembro de 2003;32(4):633–58.
75. Beyers JM, Toumbourou JW, Catalano RF, Arthur MW, Hawkins JD. A cross-national comparison of risk and protective factors for adolescent substance use: the United States and Australia. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. julho de 2004;35(1):3–16.
76. Nonnemaker JM, McNeely CA, Blum RW, National Longitudinal Study of Adolescent Health. Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Soc Sci Med* 1982. dezembro de 2003;57(11):2049–54.
77. Strote J, Lee JE, Wechsler H. Increasing MDMA use among college students: results of a national survey. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. janeiro de 2002;30(1):64–72.

78. Noto AR, Baptista MC, Faria ST, Nappo SA, Galduróz JCF, Carlini EA. Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. *Cad Saúde Pública*. fevereiro de 2003;19(1):69–79.
79. Panzini RG, Rocha NS da, Bandeira DR, Fleck MP de A. Qualidade de vida e espiritualidade. *Arch Clin Psychiatry São Paulo*. 2007;34:105–15.
80. Sanchez ZC der M. Razões que levam determinados jovens, mesmo expostos a fatores de risco, a não usarem drogas psicotrópicas [Internet] [Dissertação de Mestrado]. [São Paulo]: Universidade Federal de São Paulo; 2004. Disponível em: http://www.proad.unifesp.br/pdf/dissertacoes_teses/tese_zila.pdf
81. Sanchez Z van der M, Nappo SA. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. *Rev Saúde Pública*. abril de 2008;42(2):265–72.
82. Bastos FI, Bertoni N, Hacker MA. Drug and alcohol use: main findings of a national survey, Brazil 2005. *Rev Saúde Pública*. junho de 2008; 42:109–17.
83. Gomes FC, de Andrade AG, Izbicki R, Almeida AM, de Oliveira LG. Religion as a protective factor against drug use among Brazilian university students: A national survey. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013;35(1):29–37.
84. Cardozo BL, Bilukha OO, Crawford CAG, Shaikh I, Wolfe MI, Gerber ML, et al. Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan. *JAMA*. 4 de agosto de 2004;292(5):575–84.
85. Sujoldzić A, Peternel L, Kulenović T, Terzić R. Social determinants of health--a comparative study of Bosnian adolescents in different cultural contexts. *Coll Antropol*. dezembro de 2006;30(4):703–11.
86. Baetz M, Bowen R, Jones G, Koru-Sengul T. How spiritual values and worship attendance relate to psychiatric disorders in the Canadian population. *Can J Psychiatry*. 2006;51(10):654–61.
87. Vasegh S, Mohammadi M-R. Religiosity, anxiety, and depression among a sample of Iranian medical students. *Int J Psychiatry Med*. 2007;37(2):213–27.
88. Baroun KA. Relations among Religiosity, Health, Happiness, and Anxiety for Kuwaiti Adolescents. *Psychol Rep*. dezembro de 2006;99(3):717–22.
89. Abdel-Khalek AM. Age and sex differences for anxiety in relation to family size, birth order and religiosity among Kuwaiti adolescents. *Psychol Rep*. 2002;90(3,Pt1):1031–6.
90. Abdel-Khalek AM. Religiosity, Health, and Well-Being among Kuwaiti Personnel. *Psychol Rep*. fevereiro de 2008;102(1):181–4.

91. Hollifield M, Hewage C, Gunawardena CN, Kodituwakku P, Bopagoda K, Weerarathnege K. Symptoms and coping in Sri Lanka 20-21 months after the 2004 tsunami. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* janeiro de 2008;192(1):39–44.
92. Korenromp MJ, Page-Christiaens GCML, van den Bout J, Mulder EJH, Visser GHA. Adjustment to termination of pregnancy for fetal anomaly: a longitudinal study in women at 4, 8, and 16 months. *Am J Obstet Gynecol.* agosto de 2009;201(2):160.e1-7.
93. Gonçalves JPB, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychol Med.* outubro de 2015;45(14):2937–49.
94. Amato PR, Rogers SJ. A Longitudinal Study of Marital Problems and Subsequent Divorce. *J Marriage Fam.* agosto de 1997;59(3):612.
95. Li S, Kubzansky LD, VanderWeele TJ. Religious service attendance, divorce, and remarriage among U.S. nurses in mid and late life. Jong J, organizador. *PLOS ONE.* 3 de dezembro de 2018;13(12):e0207778.
96. Exline JJ. Religious and spiritual struggles. In: Pargament KI, Jones JW, organizadores. *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 1): Context, theory, and research [Internet].* Washington: American Psychological Association; 2013 [citado 7 de abril de 2019]. p. 459–75. Disponível em: <http://content.apa.org/books/14045-025>
97. Koenig HG. Religion and Medicine IV: Religion, Physical Health, and Clinical Implications. *Int J Psychiatry Med.* setembro de 2001;31(3):321–36.
98. Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious Struggle as a Predictor of Mortality Among Medically Ill Elderly Patients: A 2-Year Longitudinal Study. *Arch Intern Med.* 13 de agosto de 2001;161(15):1881.
99. Wilt JA, Grubbs JB, Exline JJ, Pargament KI. Personality, religious and spiritual struggles, and well-being. *Psychol Relig Spiritual.* 2016;8(4):341–51.
100. Zarzycka B, Ziółkowska D, Śliwak J. Religious support and religious struggle as predictors of quality of life in alcoholics anonymous: Moderation by duration of abstinence. *Rocz Psychol.* 2017;20(1):121–42.