

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA – UFJF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE

FABRÍCIO HENRIQUE ALVES DE OLIVEIRA E OLIVEIRA

**O ENSINO DA RELIGIOSIDADE E DA ESPIRITUALIDADE NA RESIDÊNCIA
MÉDICA EM PSIQUIATRIA:
revisão sistemática de literatura e proposta curricular**

JUIZ DE FORA – MG

2019

FABRÍCIO HENRIQUE ALVES DE OLIVEIRA E OLIVEIRA

**O ENSINO DA RELIGIOSIDADE E DA ESPIRITUALIDADE NA RESIDÊNCIA
MÉDICA EM PSIQUIATRIA:
revisão sistemática de literatura e proposta curricular**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de
Pós-Graduação em Saúde, para obtenção do título de
Mestre em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Alexander Moreira-Almeida

Coorientador: Prof. Dr. John R. Peteet

JUIZ DE FORA – MG

2019

FABRÍCIO HENRIQUE ALVES DE OLIVEIRA E OLIVEIRA

**O ENSINO DA RELIGIOSIDADE E DA ESPIRITUALIDADE NA RESIDÊNCIA
MÉDICA EM PSIQUIATRIA: revisão sistemática de literatura e proposta curricular**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade Federal de Juiz de
Fora, Programa de Pós-Graduação em Saúde,
para obtenção do título de Mestre em Saúde.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

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

Prof. Dr. John Raymond Peteet
Harvard Medical School

Prof. Dr. Rodrigo Nicolato
Universidade Federal de Minas Gerais

Profa. Dra. Oscarina Da Silva Ezequiel
Universidade Federal de Juiz de Fora

*Dedico este trabalho a todos os
profissionais de saúde que já trabalharam e
que trabalharão pela saúde integral, pelo
reestabelecimento e cura do corpo, da alma
e pelo bem geral.*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer ao meu orientador, professor Alexander Moreira-Almeida, pelo apoio incondicional ao meu esforço de autoaprimoramento pessoal e profissional. Seu entusiasmo e galhardia em prol da Espiritualidade e da Saúde com excelência são realmente ótimos modeladores de qualquer um que procura o melhor em si para entregar ao mundo. Agradeço também ao professor John Peteet, meu coorientador, da Harvard Medical School, que nos permitiu a “Harvard Experience” em sua acolhedora hospitalidade em Boston, junto ao colega psiquiatra David Hathaway, que trouxe trocas muito produtivas nesse sentido. Estendo os agradecimentos aos colegas Dr. Alan Fung e Mena Mirhom, pelas colaborações junto a este trabalho, e também aos membros da banca examinadora, pela disponibilidade e ricas sugestões: Profa. Dra. Oscarina Ezequiel, Prof. Dr. Rodrigo Nicolato, Profa. Dra. Márcia Fávero de Souza, Prof. Dr. Leonardo Machado, além do orientador e coorientador já citados.

Aos meus pais, Gerson e Luiza, e a todos os ancestrais que eles representam, em especial à Vovó Janda e ao Vovô Luiz, por serem os grandes apoiadores do meu desenvolvimento desde a mais tenra infância e por me ajudarem, em meio à tempestade, a não perder o caminho rumo às estrelas.

Aos meus filhos, Alberto, Melissa e Samuel, por serem inspiração e motivação constante. E também à Larissa, mãe deles, por cuidar tão bem deles nas minhas ausências.

À minha irmã, Ana Flávia, por velar, solene, e mesmo distante, pela minha paz e o meu destino.

Aos amigos e professores do NUPES, membros da banca examinadora e da Faculdade de Medicina da UFJF, pelo aprendizado constante e pelas trocas sempre motivadoras.

Aos amigos do NASCE, em especial ao professor Rubens Tavares, por ajudar a abrir as portas não apenas do mestrado, mas de toda a minha carreira acadêmica nessa área. Nesse momento, são inesquecíveis as colaborações de tantos professores envolvidos na minha história na graduação em Medicina, como Dr. Gilson Freire, Dr. Mauro Ivan Salgado, Dr. Marco Antônio Rodrigues e tantos outros que fizeram a diferença nessa história entre a Ciência e a Espiritualidade nas terras das Minas Gerais.

Agradeço, com particular deferência, à Dra. Marlene Nobre, *in memoriam*, pela sua luta não apenas pela humanização, mas também pela espiritualização da prática médica, em todos os sentidos, e por meio da qual saúdo a todos os membros das Associações Médico-Espíritas

nos âmbitos nacional e internacional, que superando todas as distrações da carreira médica, conseguem enxergar o Espírito e as suas mais profundas necessidades, inspirados sobretudo nos ensinamentos imortais de André Luiz, Dr. Bezerra de Menezes, do preclaro benfeitor, Emmanuel, Manoel Philomeno de Miranda, Joana de Angelis, Eurípedes Barsanulfo, e de tantos outros, todos a serviço do humilde cordeiro e mestre Jesus Cristo.

A todos os meus familiares e amigos, que mesmo distantes, muitas vezes, sabem do combustível que alimenta a minha chama e respeitam, de verdade, a minha dedicação, apesar de minhas inúmeras limitações em tantos aspectos, a esse campo da ciência, da espiritualidade e da prática médica como um todo, às custas de tantos momentos não vividos entre nós!

Por fim, a Deus, Grande Arquiteto do Universo, que nos permite usufruir a jornada enquanto estamos a caminho do reencontro, dentro e fora de nós!

“Todo esforço cultural, seja ele religioso ou científico, atinge o cerne da psique interior e tem como objetivo a libertação do Ego - não o Ego indivíduo sozinho, mas também o Ego massa da Humanidade.”

Tagore

RESUMO

Introdução: Religiosidade e espiritualidade (R/E) são muito prevalentes na população mundial e impactam significativamente a saúde mental. Uma das principais barreiras para a abordagem da R/E na clínica é a falta de treinamento. **Objetivos:** realizar uma revisão sistemática de literatura sobre o ensino da R/E na residência médica em psiquiatria (RMP) e propor um currículo a partir dessas evidências. **Métodos:** busca em múltiplas bases de dados além do contato com autores dos estudos em busca de novas referências. Os artigos foram analisados com base em 18 categorias. Ao final, foi proposto um currículo de R/E para RMP com base nas estratégias e recomendações mais prevalentes nos artigos, nas diretrizes de ensino gerais e de R/E para a RMP das associações psiquiátricas e na experiência do autor e de seus orientadores. **Resultados:** foram selecionados 11 artigos. Houve significativa heterogeneidade entre as intervenções, perfazendo 23 tópicos e 31 diferentes métodos de ensino. Principais tópicos: coleta da R/E (n=10), transferência, contratransferência/autoconhecimento (n=10), aconselhamento pastoral/capelanias e interconsulta (n=9), definições de R/E (n=9); psicoterapia, teologia e espiritualidade (n=9), diagnóstico diferencial (n=8); aspectos históricos em psiquiatria, ciência e religião (n=8). Principais métodos: aulas teóricas (n=10), apresentação de casos (n=10), grupos de discussão (n=9), supervisão clínica (n=8), seminários e atividades afins (n=7). As iniciativas em geral foram bem aceitas e avaliadas positivamente pelos residentes. O currículo proposto de 12 horas foi dividido em seis sessões de 2 horas cada. 1. Conceitos e pesquisa em R/E e saúde mental. 2: Coleta da história R/E e formulação biopsisocioespiritual. 3: Aspectos Históricos em Psiquiatria, Ciência e Religião. 4: Principais tradições religiosas locais. 5: Diagnóstico diferencial (experiências R/E e psicopatologia). 6: Integração da R/E no tratamento. **Discussão:** os estudos sugeriram que, em geral, as intervenções foram bem aceitas pelos residentes e que podem melhorar seu senso de competência para a abordagem de questões relacionadas à R/E. Ainda não está claro quão comum e eficazmente as competências R/E estão sendo ensinadas aos estudantes de psiquiatria em todo o mundo. **Conclusão:** Sugeriu-se que estudos futuros utilizem grupos controle e estruturas minimamente padronizadas (tópicos, métodos e avaliação) para mensurar os efeitos dessas intervenções educacionais, para efeito comparativo. O currículo R/E proposto visou ser ao mesmo tempo abrangente e de fácil implementação, guardadas as diferenças culturais de cada contexto. Ainda é necessário investigar o impacto dessa intervenção educativa. (PROSPERO:CRD42018093618).

Palavras-chave: Religiosidade. Espiritualidade. Ensino. Treinamento. Residência Médica. Psiquiatria. Currículo. Revisão sistemática de literatura. Competências.

ABSTRACT

Introduction: Religiosity and spirituality (R / S) are very prevalent in the world population and have a significant impact on mental health. One of the main barriers to R / S approach in the clinic is the lack of training. **Objectives:** To carry out a systematic review of the literature on R / S teaching in medical residency in psychiatry (RMP) and to propose a curriculum based on this evidence. **Methods:** search in multiple databases beyond the contact with authors of the studies in search of new references. Articles are reviewed based on 18 categories. In the end, an R / S curriculum for RMPs was proposed based on the strategies and recommendations most prevalent in the articles, in the general and R / S teaching guidelines for the RMP of psychiatric associations, and in the experience of the author and his / her supervisors. **Results:** 11 articles were selected. There was significant heterogeneity between the interventions, comprising 23 topics and 31 different teaching methods. Main topics: R / S history (n = 10), transference, countertransference / self-knowledge (n = 10), pastoral counseling / chaplaincy and interconsultation (n = 9), R / S definitions (n = 9); psychotherapy, theology and spirituality (n = 9), differential diagnosis (n = 8); historical aspects in psychiatry, science and religion (n = 8). Main methods: theoretical classes (n = 10), case presentation (n = 10), discussion groups (n = 9), clinical supervision (n = 8), seminars and related activities (n = 7). Initiatives in general were well accepted and evaluated positively by residents. The proposed 12-hour curriculum was divided into six sessions of 2 hours each. 1. Concepts and research in R / S and mental health. 2: R / S history collection and bio-psico-social-spiritual formulation. 3: Historical Aspects in Psychiatry, Science and Religion. 4: Main local religious traditions. 5: Differential diagnosis (R / S experiences and psychopathology). 6: Integration of R / S in the treatment. **Discussion:** Studies have suggested that interventions have generally been well accepted by residents and may improve their sense of competence in addressing R / S related issues. It is still unclear how commonly and effectively R / S competencies are being taught to students of psychiatry around the world. **Conclusion:** It was suggested that future studies use control groups and minimally standardized structures (topics, methods and evaluation) to measure the effects of these educational interventions, for comparative purposes. The proposed R / S curriculum was intended to be both comprehensive and easy to implement, keeping the cultural differences of each context. It is still necessary to investigate the impact of this educational intervention. (PROSPERO: CRD42018093618).

Keywords: Religiosity. Spirituality. Teaching. Training. Medical Residency. Psychiatry. Curriculum. Systematic Literature Review. Competencies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma PRISMA	33
Quadro 1 – Categorias para investigação de cada trabalho selecionado.....	34
Quadro 2 – Artigos selecionados sobre o ensino da R/E na RMP	35
Quadro 3 – Definição de amostra, revistas e financiamento dos artigos publicados	36
Quadro 4 – Desenho de cada estudo e resumo da intervenção curricular realizada	38
Quadro 5 – Coordenação do curso, questionários, anos da residência cobertos pelo currículo	40
Quadro 6 – Objetivos do currículo e competências R/E	41
Quadro 7 – Categorias de tópicos cobertos pelos artigos.....	44
Quadro 8 – Métodos de ensino utilizados	48
Quadro 9 – Resultado sobre os residentes.....	54
Quadro 10 – Resultado sobre os pacientes	55
Quadro 11 – Resultado sobre os currículos.....	56
Quadro 12 – Indicação expressa de bibliografia	57
Quadro 13 – Problemas, barreiras, limitações e recomendações	59
Quadro 14 – Pontos fortes e fracos de cada estudo.....	61
Quadro 15 – Proposta Curricular em R/E na RMP	76
Quadro 16 – Modelos de métodos propostos para ensino por competências.....	85
Quadro 17 – Competências e métodos de ensino utilizados cobertos por aula.....	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ACGME	Accreditation Council for Graduate Medical Education
AF	Alan Fung
AMA	Alexander Moreira-Almeida
AMP	Associação Mundial de Psiquiatria
DH	David Hathaway
DOU	Diário Oficial da União
FHAOO	Fabício Henrique Alves de Oliveira e Oliveira
JP	John Peteet
ME	Ministério da Educação
MM	Mena Mirhom
OMS	Organização Mundial de Saúde
PS	Position Statment
R/E	Religiosidade e Espiritualidade
RMP	Residência Médica em Psiquiatria
WPA	World Psychiatry Association

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Breve contexto pessoal	16
1.2 R/E na Psiquiatria: um contexto global	17
1.3 Considerações educacionais	25
2 OBJETIVOS	26
3 MATERIAL E MÉTODOS	27
3.1 Revisão de literatura	27
3.2 Proposta curricular	32
4 RESULTADOS	34
4.1 Localização do estudo, país de origem e ano das publicações	34
4.2 Revistas, fontes de financiamento e definição da amostra	35
4.3 Desenho do estudo e tipo de intervenção	36
4.4 Coordenação do curso, questionários e anos da residência cobertos pelo currículo ..	39
4.5 Definição de objetivos curriculares e/ou competências R/E	41
4.6 Tópicos para o ensino da R/E na RMP	42
4.7 Métodos de ensino da R/E na RMP	47
4.8 Resultados sobre residentes, pacientes e currículo	51
4.9 Indicação expressa de bibliografia	57
4.10 Problemas, desafios, barreiras e recomendações	57
4.11 Pontos fortes e fracos de cada estudo	61
5 DISCUSSÃO	63
5.1 Principais pontos fortes e fracos de cada estudo	64
5.2 Considerações sobre as 18 categorias	66
5.2.1 Aspectos bibliométricos	67
5.2.2 Aspectos relacionados aos métodos de pesquisa	67
5.2.3 Aspectos relacionados ao processo de ensino em si	70
5.3 Sobre a proposta curricular	76
5.3.1 Subsídios teóricos: o modelo de Kern et al. (2016)	79

5.3.2 <i>A proposta curricular em si</i>	92
5.3.2.1 O que deve ser ensinado e quais competências devem ser desenvolvidas?	92
5.3.2.2 Como ensinar?	94
5.3.2.3 Quando ensinar?	94
5.3.2.4 Quem deve ensinar?.....	95
5.3.2.5 Como avaliar?.....	95
5.3.2.6 Como superar possíveis desafios, barreiras e limitações?.....	96
5.3.3 <i>Propostas curriculares modificadas</i>	98
6 CONCLUSÃO	99
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICES	119
APÊNDICE A – Artigo submetido à Academic Psychiatry (RETIRADO)	119
APÊNDICE B – Artigo submetido ao The Lancet Psychiatry (RETIRADO)	120
ANEXOS	121
ANEXO A – Recomendações bibliográficas nos 11 artigos	121
ANEXO B – Quadro de competências com referências indicadas	125
ANEXO C – Course Impact Questionnaire (antes do curso)	126
ANEXO D – Course Impact Questionnaire (após o curso)	131

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breve contexto pessoal

O projeto que deu origem a esta dissertação foi fruto de uma pergunta feita por este autor quando ainda era residente de Psiquiatria entre os anos de 2010 a 2013: “O que eu deveria saber como psiquiatra recém-formado sobre a interface entre Religiosidade/Espiritualidade (R/E) e a minha área para melhor atender os meus pacientes?”. Porém, à época, não havia formação em sua Residência Médica de Psiquiatria (RMP) para isso. O autor desta dissertação chegou a fazer contato com diferentes autoridades brasileiras no assunto – inclusive seu atual orientador – e não conseguiu alinhar uma data para um *workshop* sobre esse tema com esses profissionais.

Assim surgiu uma primeira limitação. Ou seja, essa formação em R/E não aconteceu à época por diferentes fatores. Um deles poderia ser o fato de não haver docentes de fora do programa disponíveis. Outro, havia a presença de preceptores locais despreparados e/ou mesmo desinteressados no avanço curricular do tema em estudo.

Uma segunda limitação foi da parte discente. O que um residente poderia fazer, cientificamente, a respeito do tema, considerando o enfoque mais clínico da formação na RMP e já com tantos outros temas relevantes para serem estudados, a fim de trazer uma discussão que poderia ser considerada polêmica, inadequada e, portanto, que poderia ser mal recebida institucionalmente? Haveria possibilidade de prejuízo em sua carreira e na visão dos preceptores de sua instituição a respeito do assunto e a seu próprio respeito? O clima institucional, não parecia, à época, favorável ou mesmo acolhedor ao tema, embora tenha encontrado interesses isolados por parte da preceptoria, mas que não foram suficientes para que o currículo se materializasse.

Estabeleceu-se, então, a partir daí, uma busca pessoal a respeito, e a síntese da jornada em resposta àquela pergunta de um residente foi apresentada ao longo desta dissertação. É atribuída a Ghandi a recomendação de que “as pessoas devem se transformar na mudança que elas gostariam de ver no mundo”.

Nesse aspecto, como residente, duas coisas básicas este autor gostaria de ter recebido e não recebeu: 1) um curso com currículo e referências organizadas sobre o tema R/E e Psiquiatria

de fácil implementação em uma RMP; 2) um corpo docente e discente com uma visão crítica a respeito do tema, e disponibilidade – inclusive de tempo – para conduzir e participar de uma formação mínima a este respeito, alicerçada na máxima neutralidade científica possível e na máxima aplicabilidade clínica alcançável, em benefício dos pacientes.

Surgiu aí um exemplo claro de diálogo entre a teoria e a prática a partir da própria realidade deste autor, à época residente, e os achados desta revisão: dentre as limitações e desafios encontrados, estão exatamente as dificuldades de relacionamento e entendimento entre preceptores, residentes e a instituição, assim como quando a proposta de estudo sobre esse tema foi levantada em alguns trabalhos (TARG, 1999; WESTENDORP, 1982; MCCARTHY; PETEET, 2003; CAMPBELL; STUCK; FRINKS, 2012; AWAAD et al., 2015).

Nessa mesma linha, outra dificuldade encontrada foi a falta de supervisão adequada a esse respeito, achado também compartilhado por alguns dos trabalhos encontrados, devido ao viés ora biológico-materialista (MOREIRA-ALMEIDA, 2012; MOREIRA-ALMEIDA, 2013; ARAÚJO, 2013; ALMEDER, 2013; BEAUREGARD et al., 2014; DAHER, 2017; MOREIRA-ALMEIDA; ARAÚJO; CLONINGER, 2018), ora anti-religioso (ANDERSON, 1954; FREUD, 1961; PRUYSER, 1966; COMMITTEE ON RELIGION AND PSYCHIATRY, 1990; BAETZ, 2013; CALIZAYA-GALLEGOS et al., 2018) dominante.

Por tudo isso, o presente trabalho teve o objetivo de auxiliar um residente neófito, mas interessado no assunto, e também preceptores gabaritados em outras áreas, mas neófitos na área de R/E, a implementarem um currículo mínimo em sua própria residência.

1.2 R/E na Psiquiatria: um contexto global

Ainda que do ponto de vista clínico e de ensino esta proposta possa ter parecido minimamente razoável, por todas as razões apresentadas ao longo desta dissertação, resta ainda a mesma ser testada, do ponto de vista científico, visando à sua consolidação com ou sem os ajustes que se fizerem necessários.

Até o momento da escrita deste texto, segundo o conhecimento do autor e os dados da literatura encontrados, não se sabe ainda ao certo qual a melhor estratégia curricular a ser implementada nesse sentido (OSÓRIO et al., 2017; MUSICK et al., 2003; BARNETT; FORTIN, 2006; ANANDARAJAH; MITCHELL, 2007). Mas isso não impede, pelo contrário, incentiva a criação de modelos que possam ser testados e validados – mediante justificativa científica e de ensino – de acordo com a realidade de cada contexto.

Essa medida da proposta curricular visou também a uma equalização institucional e histórica: institucional na medida em que se tentou inserir adequadamente o currículo em R/E frente a outras demandas do currículo de uma RMP, e histórica na medida em que se propôs a colaborar na desconstrução de um viés ideológico e conceitual, comentado por diferentes autores (ANDERSON, 1954; FREUD, 1961; PRUYSER, 1966; COMMITTEE ON RELIGION AND PSYCHIATRY, 1990; BAETZ, 2013; CALIZAYA-GALLEGOS et al., 2018) sobre a influência de personalidades ao longo da história que atribuíram uma visão predominantemente negativa sobre a R/E na sua relação com a saúde mental, influenciando a visão de diferentes gerações de psiquiatras a esse respeito. Em tal categoria poderiam estar, sobretudo, os preceptores mais velhos dos programas de residência em Psiquiatria atuais e essa poderia ser umas das possíveis explicações para alguma resistência manifesta a esse respeito (ver Quadro 13).

Já a resistência dos preceptores mais novos poderia ser justificada, por exemplo, dentre outras causas pela própria ignorância sobre o tema – mais do que por preconceito antirreligioso – na medida em que os avanços no campo de pesquisas em R/E sobre a saúde é relativamente recente, historicamente. Tal fato pode, além dos outros expostos, justificar a não atualização dos psiquiatras mais novos e dos currículos nos programas de residência em psiquiatria, de uma forma geral (KOENIG, 2012; PUCHALSKI et al., 2014; LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014; VANDERWEELE; BALBONI; KOH 2017).

Outra causa plausível foi a forte influência da perspectiva materialista sobre a visão de neurociência dos psiquiatras mais jovens, fato que poderia tornar essa abordagem de R/E “contra a corrente” dominante no meio acadêmico médico, na medida em que é não reducionista (MOREIRA-ALMEIDA, 2012; MOREIRA-ALMEIDA, 2013; ARAÚJO, 2013; ALMEDER, 2013; BEAUREGARD et al., 2014; DAHER, 2017; MOREIRA-ALMEIDA; ARAUJO; CLONINGER, 2018).

Porém, o próprio meio acadêmico médico assumiu por muito tempo, e ainda assume, segundo os achados desta revisão, uma posição dominante contrária às evidências populacionais (BOUMA, 1995; EHMAN et al., 1999; BAETZ et al., 2004; MCCORD et al., 2004; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010; PEW RESEARCH CENTER, 2012; PARGAMENT; LOMAX, 2013) e de pesquisa (KOENIG; MCCULLOGH; LARSON, 2001; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006; KOENIG; KING; LARSON, 2012; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014) que tendem a uma significativa valorização da dimensão R/E na interface com a saúde e a vida humana. Nesse sentido, no corpo de evidências robustas que sustentam a pesquisa desse campo, está, sobretudo, o trabalho de

Koenig (2001, 2012), que revisou mais de três mil referências sobre o tema, demonstrando uma correlação geralmente positiva entre R/E e saúde física e mental (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001; KOENIG; KING; LARSON, 2012).

Essas evidências, numa medicina que começa cada vez mais a embasar sua conduta na teoria da Medicina Baseada em Evidências (SACKETT et al., 1996; SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001; GALBRAITH; WARD; HENEGHAN, 2017; VANDERWEELE; BALBONI; KOH, 2017; SIMONS et al., 2018; BARZKAR; BARADARAN; KOOHPAYEHZADEH, 2018), tiveram forte impacto sobre o viés antirreligioso supracitado, presente, até então, na visão psiquiátrica dominante sobre o tema.

Assim, a desconstrução de uma perspectiva negativa sobre a interface entre a R/E e a saúde mental foi e vem sendo, naturalmente, paulatina, à medida que essas evidências vão se tornando conhecidas e divulgadas. Isso favoreceu, dentre outras variáveis, gradativamente, um cenário cada vez mais receptivo à abordagem do tema em congressos, revistas e sociedades científicas, bem como em debates acadêmicos como um todo (COMMITTEE ON RELIGION AND PSYCHIATRY, 1990; AMERICAN ASSOCIATION OF MEDICAL COLLEGES, 1999; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000, 2012; CULTURAL COMPETENCE COMPENDIUM, 2003; WHOQOL SRPB GROUP, 2006; COOK, 2011; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2016; VANDERWEELE; BALBONI; KOH, 2017; HATHAWAY et al., s.d.).

Um marco mundial de avanço nessa área, do ponto de vista acadêmico, e historicamente muito recente, foi a publicação do posicionamento oficial pela Associação Mundial de Psiquiatria (AMP) sobre a R/E na Psiquiatria (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2016). Nele, a AMP reconheceu a importância do tema e propôs diretrizes para balizar uma abordagem adequada na pesquisa e na prática clínica dos psiquiatras, globalmente. Dentre elas, estão: a recomendação de uma abordagem da R/E de forma mais rotineira na prática clínica e centrada no paciente; o entendimento das relações entre R/E com a etiologia, o diagnóstico e o tratamento dos transtornos mentais e que os psiquiatras também estejam conscientes dos benefícios e danos causados por práticas e visões de mundo religiosas, espirituais ou mesmo seculares. Tais diretrizes foram fundamentais na organização e são uma das referências da proposta curricular apresentada neste trabalho (ver Quadro 15).

Nessa perspectiva mais global, a partir das diretrizes da AMP supracitadas, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que os transtornos mentais tenham uma prevalência de 10% na população de adultos, sendo responsáveis por 12% da carga mundial de doenças e 1% da mortalidade planetária. Além disso, estima-se, no mundo, uma

média de 9 profissionais da saúde mental para cada 100 mil habitantes, podendo oscilar de acordo com o perfil de renda cada país de 1 até 72 profissionais para cada 100 mil habitantes. (OMS, 2002, 2017).

Para dar conta de tal demanda, na medicina, a Psiquiatria é a especialidade voltada para diagnóstico, tratamento e prevenção desses transtornos (ME, s.d.; WPA, 2018; ABP, 2018).

A Residência Médica, por sua vez, é considerada um tipo de pós-graduação voltada para a formação de especialistas na área médica, em todo o mundo. No Brasil, é considerada o “padrão ouro” para a formação de especialistas, de acordo com o Ministério da Educação e Cultura (ME) (BRASIL, 1977; DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2006) que estabeleceu, dentre outras atribuições, que o residente na Psiquiatria deverá demonstrar “conhecimento do crescimento e do desenvolvimento humano, incluindo os desenvolvimentos biológico, cognitivo e psicossocial normais, bem como os fatores socioculturais, econômicos, étnicos, sexuais, religiosos/espirituais e familiares” (ME, 2006, s.p.).

Com relação aos fatores religiosos/espirituais, numa perspectiva conceitual, concepções sobre os termos religião, espiritualidade e religiosidade divergem e geram debates em diferentes estudos (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG, 2006; KOENIG, 2008; LUCCHETTI; LUCCHETTI; VALLADA, 2013).

Moreira-Almeida, Koenig e Lotufo Neto (2006, p. 243) definem “Espiritualidade” como “a busca pessoal para respostas abrangentes às perguntas finais sobre a vida, sobre seu significado, e sobre o relacionamento com o sagrado ou transcendente, que pode (ou não) levar, ou resultar, no desenvolvimento de rituais religiosos e na formação de uma comunidade religiosa” (tradução nossa)¹.

Já a “Religiosidade”, segundo Moreira-Almeida, Koenig e Lucchetti (2014, p. 177), é definida como “o grau em que um indivíduo acredita, segue e/ou pratica uma religião” (tradução nossa)². E “Religião”, ainda para os mesmos mesmo autores, seria “um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos projetados para facilitar a proximidade com o sagrado ou transcendente (Deus, poder mais alto, ou verdade/realidade última)” (tradução nossa)³. Esta

¹ Trecho original: “is the personal quest for understanding answers to the ultimate questions about life, about meaning, and about relationship with the sacred or transcendent, which may (or may not) lead to or arise from the development of religious rituals and the formation of a community.” (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LOTUFO NETO, 2006, p. 243).

² Trecho original: “the extent to which an individual believes, follows, and/or practices a religion.” (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014, p. 177).

³ Trecho original: “an organized system of beliefs, practices, rituals, and symbols designed to facilitate closeness to the sacred or transcendent (God, higher power, or ultimate truth/reality)” (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014, p. 177).

dissertação adotou como referência os conceitos de Religiosidade, Religião e Espiritualidade acima especificados.

Do ponto de vista religioso e espiritual, dados científicos informam que 84% da população mundial estão envolvidos em alguma forma de prática religiosa ou espiritual (PEW RESEARCH CENTER, 2012). Um levantamento populacional representativo da população brasileira demonstrou o alto nível de envolvimento religioso no país: 95% têm uma religião, 83% consideram religião muito importante e 37% frequentam serviços religiosos pelo menos uma vez por semana (PINSKY et al., 2010).

Nos Estados Unidos da América (EUA), a maioria dos adultos professa crença em Deus (95%), tem afiliação religiosa (94%) e considera a religião muito importante em sua vida (85%) (PEW RESEARCH CENTER, 2012). Países como Austrália, Nova Zelândia e Canadá apresentam taxas de pertencimento religioso variando de 77 a 87% (BOUMA, 1995).

Nesse contexto, torna-se importante avaliar a relevância de como a dimensão da R/E pode impactar a saúde mental dos pacientes, quer de forma positiva, quer negativa (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001; KOENIG; KING; LARSON, 2012).

Diferentes revisões investigando mais de três mil estudos epidemiológicos com dados originais referem evidências consistentes de que R/E correlacionam-se geralmente com maior bem-estar e apoio social, e menor prevalência de depressão e abuso/dependência de substâncias, menores taxas de suicídio, delinquência e de mortalidade geral (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006; KOENIG, 2009; KOENIG; KING; LARSON, 2012; BONELLI; KOENIG, 2013; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014).

Ao mesmo tempo, os pacientes da saúde mental podem apresentar delírios de cunho religioso, se sentirem lesados por sua educação ou contexto religioso ou mesmo viverem com medos e preconceitos inspirados pela sua visão de mundo religiosa (TARG, 1999). Nesse aspecto, certas expressões de R/E, como estratégias de *coping* religioso-espiritual negativo, podem estar associadas a desfechos desfavoráveis em saúde, como depressão, pior qualidade de vida e até mesmo maior mortalidade, bem como obesidade, baixa aderência ao tratamento e mesmo atos de opressão e violência (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006; KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001; KOENIG; KING; LARSON, 2012; FOCH; SILVA; ENUMO, 2017; PAULINO; MOREIRA-ALMEIDA, s.d).

Diferentes estudos têm demonstrado o interesse, por parte dos pacientes, de ter essa dimensão de sua saúde abordada no encontro clínico (EHMAN et al., 1999; MCCORD et al., 2004; BAETZ et al., 2004; PARGAMENT; LOMAX, 2013; OLIVEIRA et al., 2013). E, além

disso, reforçando a importância da R/E no âmbito da saúde, a OMS incluiu, há pouco mais de uma década, esse aspecto como uma das dimensões a serem consideradas na avaliação da qualidade de vida das pessoas (WHOQOL SRPB GROUP, 2006; TONIOL, 2018).

Embora todos os fatores acima apresentados, como a prevalência da R/E na população mundial e o seu reconhecido impacto sobre a saúde mental dos pacientes e o desejo dos mesmos de terem a sua R/E abordada, pesquisas realizadas com profissionais de saúde mental apontam para diferentes motivos pelos quais esse aspecto não vem sendo abordado na prática clínica de forma rotineira (COMMITTEE ON RELIGION AND PSYCHIATRY, 1990; AMERICAN ASSOCIATION OF MEDICAL COLLEGES, 1999; KATTAN; TALWAR, 2013; MENEGATTI-CHEQUINI et al., 2016; PAULINO; MOREIRA-ALMEIDA, s.d.).

Dentre os obstáculos relatados pelos profissionais, encontram-se desde a falta de tempo durante o atendimento à falta de treinamento profissional; conhecimento para abordagem da temática inadequado, medo de infringir barreiras éticas, desconforto e dificuldades em identificar tal interesse por parte do paciente (KOENIG, 2004; NEELY; MINFORD, 2008; LIND; SENDELBACH; STEEN, 2011; MARIOTTI et al., 2011). Entre estudantes de Medicina as justificativas para a não abordagem foram semelhantes (LUCCHETTI et al., 2013).

Um estudo recente entre psiquiatras brasileiros, por exemplo, mostra que a falta de treinamento médico nessa área está entre as três principais barreiras para os profissionais abordarem a R/E dos pacientes no dia a dia da clínica (MENEGATTI-CHEQUINI et al., 2016).

De fato, estudos têm apontado que ainda é incomum o treinamento em R/E nos programas de RMP. Nos EUA, uma pesquisa com diretores de programas de residência de psiquiatria, com uma taxa de resposta de 80% constatou que apenas alguns programas abordavam R/E em qualquer extensão (SANSONE; KHATAIN; RODENHAUSER, 1990). Outro trabalho canadense, com uma taxa de resposta de 88%, também não apresentou achados diferentes (GRABOVAC; GANESAN, 2003).

Além dessas justificativas, uma outra é a atribuição de um efeito negativo à religiosidade para o funcionamento psicológico por parte da Medicina ocidental e também por parte da Psicologia. Tal atribuição teria influenciado a visão de vários profissionais da saúde mental posteriormente a este período (COMMITTEE ON RELIGION AND PSYCHIATRY, 1990; POST, 1990; SAGUIL; FITZPATRICK; CLARK, 2011; RENSBURG et al., 2013). Essa visão parece ter sido decorrente mais devido à influência das opiniões pessoais de especialistas renomados à época do que às evidências científicas sólidas que corroborassem tais opiniões (ANDERSON, 1954; FREUD, 1961; PRUYSER, 1966; BAETZ, 2013; CALIZAYA-GALLEGOS et al., 2018).

Por tudo isso, diretrizes e associações internacionais reconheceram a existência dessa lacuna e, visando ao seu preenchimento, têm incentivado a inclusão de aspectos curriculares na formação dos psiquiatras para que abordem os contextos religiosos e espirituais dos pacientes (COMMITTEE ON RELIGION AND PSYCHIATRY, 1990; AMERICAN ASSOCIATION OF MEDICAL COLLEGES, 1999; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000, 2012; CULTURAL COMPETENCE COMPENDIUM, 2003; COOK, 2011; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2016).

A Associação Psiquiátrica Americana, por exemplo, publicou, em 1990, “Orientações em relação ao possível conflito entre psiquiatras, compromissos religiosos e prática psiquiátrica”, que enfatizou a necessidade de psiquiatras em respeitarem as crenças de seus pacientes e advertiu contra a imposição de crenças dos psiquiatras sobre seus pacientes (COMMITTEE ON RELIGION AND PSYCHIATRY, 1990).

O Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais 4ª Edição (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000) incluiu, por sua vez, em 1994, um campo intitulado: Problemas Espirituais ou religiosos, como uma condição não patológica que podem necessitar de cuidados clínicos. Essa categoria foi mantida na última versão, o DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2012).

A *American Association of Medical Colleges* (1999) também recomenda que nos programas de ensino médico sejam incorporados, dentre outros elementos, as crenças e as práticas culturais para o atendimento de pacientes em uma variedade de contextos clínicos, além de reconhecerem que a sua própria espiritualidade, crenças e práticas culturais, podem afetar o formato de seus cuidados ao paciente (AMERICAN ASSOCIATION OF MEDICAL COLLEGES, 1999).

Em 2003, a *American Medical Association* publicou o Compêndio Cultural de Competências que informou sobre a relevância das práticas espirituais e seu impacto sobre a eficácia do cuidado médico. O compêndio descreveu um número crescente de políticas, relatórios e publicações que estão incentivando os médicos a se tornarem mais bem informados sobre essas práticas (CULTURAL COMPETENCE COMPENDIUM, 2003).

Em 2011, o *Royal College of Psychiatrists* publicou “Recomendações para psiquiatras sobre espiritualidade e religião”, que afirma o valor de considerar R/E como uma parte da boa prática clínica e fornece orientações que esclarecem e afirmam os limites das boas práticas em Psiquiatria (COOK, 2011).

Em 2016, por fim, a *World Psychiatry Association* publicou um posicionamento oficial a respeito da importância do tema da R/E na formação dos jovens psiquiatras (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2016).

No campo prático, porém, essa realidade não é a mesma. Embora algumas iniciativas de intervenção curricular na área, as constatações reveladas pelas publicações avaliadas até aqui demonstraram que há ainda uma defasagem entre a proposição teórica e a realização prática (SANSONE; KATHAIN; RODENHAUSERH, 1990; LARSON; LU; SWYERS, 1997; WALDFOGEL; WOLPE; SHMUELY, 1998; PUCHALSKI; LARSON; LU, 2000; LAWRENCE; DUGGAL, 2001; GRABOVAC; GANESAN, 2003; BLASS, 2007; RENSBURG et al., 2013; HATHAWAY et al., s.d.; OSÓRIO et al., 2017).

Nesse aspecto, países como os Estados Unidos e o Canadá apresentam consideráveis avanços em relação a outros países do mundo, com iniciativas de ensino da R/E na RMP mais bem documentadas. Entretanto, há carência de informações sobre o que tem sido feito nessa área no Brasil e em outros países do mundo (BOWMAN, 2009).

Com isso, do ponto de vista da formação na RMP, vem sendo fomentada a criação de currículos nas últimas quatro décadas, de forma ainda relativamente escassa, considerando o contexto mundial com o interesse de investigar a prevalência, propor e divulgar iniciativas de capacitação dos profissionais psiquiatras na área de R/E na residência bem como o seu impacto, visando a uma abordagem mais apropriada dessa dimensão na prática clínica por parte desses profissionais (SANSONE; KATHAIN; RODENHAUSERH, 1990; PUCHALSKI et al., 2000; GRABOVAC; GANESAN, 2003; THE GEORGE WASHINGTON INSTITUTE FOR SPIRITUALITY & HEALTH, 2006; KOZAK et al., 2010; HUGUELET et al., 2011; RENSBURG et al., 2013).

Até o momento, diferentes publicações incentivaram o treinamento nessa área, quer de forma teórica (LARSON; LU; SWYERS, 1997; LAWRENCE; DUGGAL, 2001; BLASS, 2007), quer após a constatação do cenário deficitário em pesquisa sobre seus respectivos contextos (BOWMAN, 2009; SANSONE; KATHAIN; RODENHAUSERH, 1990; GRABOVAC; GANESAN, 2003; RENSBURG et al., 2013; PUCHALSKI et al., 2000), ou mesmo como delineamento dos próximos passos após as próprias intervenções (KOZAK et al., 2010; BALBONI et al., 2013; OSÓRIO et al., 2017).

Porém, ainda não há consenso sobre a melhor forma de ensino nesse campo, e as iniciativas se mostram bastante diversificadas (ver Quadro 2). Existe uma lacuna formada pelas dúvidas sobre os melhores conteúdos a serem ministrados, quais as técnicas pedagógicas e formas

de avaliação mais adequadas, bem como quais competências a serem desenvolvidas nesse campo (LARSON; LU; SWYERS, 1997; BALBONI et al., 2013; HATHAWAY et al., s.d.).

1.3 Considerações educacionais

Duas questões cabem aqui serem abordadas. A primeira se refere ao processo de concepção do currículo proposto neste trabalho e a segunda diz respeito ao conceito de competências a ele atrelado.

Quanto ao currículo, existem diferentes conceitos a respeito do tema (NELSON; JACOBS; CUBAN, 1992), porém discutir esses aspectos não foi o foco dessa dissertação. Vale ressaltar que o processo de delineamento da proposta curricular ocorreu a partir das diretrizes de Kern et al. (2016) e foi mais bem detalhada no subitem “Proposta Curricular”, do item “Material e Métodos” deste trabalho.

Com relação ao tópico das competências, é importante dizer que esse é um paradigma que vem tomando corpo no cenário do ensino médico, em caráter global (ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION, 2001; ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA, 2000; ALBANESE et al., 2008; SWICK; HALL; BERESIN, 2006; THOMAS; KEEPERS, 2014), inclusive na pós-graduação da RMP ela se mostrou atual (SWICK; HALL; BERESIN, 2006; THOMAS; KEEPERS, 2014; HUMPHREY et al., 2013; GUERRERO; BERESIN; BALON, 2017; FITCH et al., 2008; PSYCHIATRISTS RCO, 2013; WOJTCZAK, 2003).

A discussão conceitual sobre esse aspecto também é ampla e não foi o foco desta dissertação (ME, 2006; FERNANDES et al., 2012; GONTIJO et al., 2013). O conceito utilizado neste trabalho foi aquele encontrado em Epstein e Hudert (2002, p. 226), que definem competência profissional como: “competência é o uso habitual e judicioso da comunicação, conhecimento, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores e reflexão na prática diária para o benefício do indivíduo e da comunidade por ele atendida” (tradução nossa)⁴. Esse aspecto foi retomado no item “Discussão” deste trabalho.

⁴ Trecho original: “competence is the habitual and judicious use of communication, knowledge, technical skills, clinical reasoning, emotions, values, and reflection in daily practice for the benefit of the individual and community being served.” (EPSTEIN; HUDERT, 2002, p. 226).

2 OBJETIVOS

- 1) Examinar publicações, por meio de revisão sistemática, com intervenções curriculares voltadas para o desenvolvimento de competências R/E na RMP e seu respectivo impacto.
- 2) Propor um currículo de R/E na prática clínica, para programas de RMP, baseado nas melhores evidências disponíveis.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Na primeira etapa do estudo foi realizada uma revisão sistemática de literatura, cujo protocolo foi registrado na base PROSPERO [CRD42018093618] (PROSPERO, 2018).

A pergunta de pesquisa foi a seguinte: “Quais as formas de ensino da R/E na RMP e quais os impactos dessas evidências?” (COOK; WEST, 2012).

A partir dos achados, foi elaborada uma proposta curricular para o ensino da R/E na RMP.

3.1 Revisão de literatura

Primeira fase (busca primária na literatura): os dados foram pesquisados a partir do uso da seguinte expressão, para as bases de dados em inglês:

(spiritual* AND psychiatry*) OR (religion* AND psychiatry*) AND (residency OR resident*) AND (educa* OR train* OR teach* OR instruct* OR curricul*).

E, para as bases de dados em português e espanhol:

(espiritual* AND psiqui*) OR (religio* AND psiqui*) AND (residente OR residência) AND (Educ* OR Formación OR ensino OR instruc* OR curric*).

Para tanto, foram usadas as seguintes bases: EMBASE, PUBMED, COCHRANE, PSYCHARTICLES, PSYCHINFO, LILACS e SCOPUS.

As listas de referências obtidas em bancos de dados foram selecionadas de acordo com os critérios de elegibilidade abaixo descritos, por pelo menos dois pesquisadores (FHAOO, DH, MM) para eliminar referências que não eram diretamente relevantes para o objetivo da pesquisa.

Os artigos completos foram recuperados, quando necessário, para uma análise mais aprofundada, a partir da avaliação de seus títulos e resumos. Essa análise visou, num primeiro momento, identificar descrições originais de intervenções relacionadas ao ensino da R/E na residência médica em Psiquiatria que atendessem aos critérios de inclusão/exclusão abaixo descritos. Outros revisores (AMA, AF, JP) foram consultados apenas no caso de desacordo, para os quais estabeleceu-se que seria resolvido por meio de consenso (Figura 1).

Conforme a última busca primária realizada na literatura em 26/08/2018: 100 referências do PubMed; 161 referências do EMBASE, 51 referências da Cochrane Library, 3762 artigos do PsychINFO, 170 artigos do PsychArticles do SCOPUS, 100 artigos e do

LILACS, 9. Assim, um total de 4.353 referências foram descobertas na pesquisa da literatura primária, representando 4052 referências únicas após 301 duplicatas terem sido removidas.

Dos identificados, 49 referências foram selecionadas para posterior revisão a partir da leitura do título e do resumo (Figura 1). Além desses, mais 7 artigos foram incluídos após uma busca manual (segunda fase, abaixo descrita). Desses 56 artigos, 45 foram excluídos por não preencherem os critérios de elegibilidade.

Os critérios de elegibilidade foram os seguintes: selecionados estudos de pesquisa originais – incluindo relatos de caso – publicados em revistas revisadas por pares que examinaram experiências de ensino da R/E nos programas de RMP.

Estudos que incluíram residentes de psiquiatria e preceptores como sujeitos, mas que não permitiram que esses profissionais fossem distinguidos de outros profissionais médicos de saúde mental ou não psiquiatras, foram excluídos desta revisão. Não houve restrições de data. Foram excluídos trabalhos publicados fora dos idiomas inglês, português ou espanhol. Também foram excluídos trabalhos que abordavam o desenvolvimento mais amplo de competências culturais, sem a especificidade do desenvolvimento de competências R/E.

Segunda fase (busca manual de literatura): os títulos das referências selecionadas na Primeira Fase do estudo – após exclusão de duplicados – foram usados como palavras-chave de busca para o Google Acadêmico e Web of Science para descobrir outras referências que atendessem aos critérios de inclusão/exclusão elencados acima. Essa fase levou à descoberta de sete artigos adicionais (Figura 1).

Terceira fase (correspondência com autores): estabeleceu-se contato por meio de correio eletrônico com pelo menos um dos autores e/ou suas respectivas instituições referentes aos artigos selecionados ao final da quarta fase em busca de “literatura cinzenta”. Foram enviadas correspondências eletrônicas pelo menos uma vez para pelo menos um contato associado aos 11 artigos selecionados. Dois dos autores já haviam falecido e não houve retorno da instituição, que também foi contactada (WESTENDORP, 1982; TARG, 1999). Dentre os autores que responderam aos e-mails (n= 4), apenas dois trouxeram sugestões bibliográficas novas, porém não compatíveis com os critérios de elegibilidade elencados para este estudo (GRABOVAC, 2008; HUGUELET, 2011). Essa fase não acrescentou nenhum registro.

Quarta fase (avaliação crítica das pesquisas originais): as referências finais selecionadas foram avaliadas a partir de 18 categorias criadas ao longo da leitura das 11 publicações, com o objetivo de facilitar a análise e a geração de evidências úteis na elaboração da proposta curricular (Quadros 3 a 15), a partir das orientações de Cook e West (2012). Para eles, uma revisão sistemática de literatura em educação médica deve abranger 7 passos. São

eles: Passo 1 – definição de uma pergunta de pesquisa; Passo 2 – avaliar se a revisão sistemática seria a maneira mais apropriada para responder à questão elencada no primeiro passo; Passo 3 – montar uma equipe e escrever um protocolo de estudo; Passos 4 e 5 – pesquisar estudos qualificados por meio de bancos de dados e outros recursos e decidir sobre a inclusão ou exclusão de cada estudo identificado, usando critérios definidos explicitamente; Passo 6 – resumir as principais informações (inclusive desenho do estudo, participantes, recursos de intervenção e comparação e resultados) a cada artigo incluído; e o Passo 7 – “analisar e sintetizar os resultados por agrupamento narrativo ou quantitativo, investigando a heterogeneidade e explorando a validade e os pressupostos da própria revisão” (COOK; WEST, 2012, p. 943, tradução nossa)⁵. Cada um desses passos está detalhado a seguir.

O primeiro passo versou sobre a definição de uma pergunta de pesquisa que incluísse a população, a intervenção, o grupo de comparação (se houvesse) e os resultados. No caso desta dissertação, a pergunta de pesquisa, diante dessa recomendação, foi: “Quais as formas de ensino da R/E na RMP e quais os impactos dessas evidências?”. A grande heterogeneidade dos desenhos dos estudos e dos tipos de intervenção (Quadros 4, 7, 8) bem como da descrição de seus resultados (Quadros 9, 10, 11) impediu a realização de uma meta-análise a este respeito.

O segundo passo foi o de avaliar se uma revisão sistemática seria a maneira mais apropriada para responder à questão elencada no primeiro passo. Isso porque, segundo Cook e West (2012, p. 945) as revisões sistemáticas e não sistemáticas assumem características complementares. As primeiras teriam a função de “[...] resumir a pesquisa em tópicos focalizados e destacar os pontos fortes e fracos nos corpos de evidências existentes” (tradução nossa)⁶, enquanto as últimas teriam a função de “[...] integrar a pesquisa de diversos campos e identificar novos insights” (tradução nossa)⁷.

A revisão foi sistemática na medida em que focou na identificação e avaliação quantitativa e qualitativa dos artigos selecionados (Quadro 2) a partir das 18 categorias previamente selecionadas para isso (Quadro 1). Foram também, em síntese, avaliados os pontos considerados fortes e fracos por este autor sobre cada estudo. Essa ação, embora não tivesse o objetivo primário de integração de pesquisas de “diversos campos”, incluiu algumas pesquisas

⁵ Trecho original: “Analyse and synthesise the results by narrative or quantitative pooling, investigating heterogeneity, and exploring the validity and assumptions of the review itself” (COOK; WEST, 2012, p. 943).

⁶ Trecho original: “[...] summarise research on focused topics and highlight strengths and weaknesses in existing bodies of evidence” (COOK; WEST, 2012, p. 943).

⁷ Trecho original: “[...] integrate research from diverse fields and identify new insights” (COOK; WEST, 2012, p. 943).

na área de saúde e permitiu, como consequência, secundariamente, “identificar novos insights” a partir da análise dos dados levantados (Quadros 3 a 14).

Essa análise mais aprofundada permitiu, inclusive, a origem de uma proposição: o currículo apresentado no final desta dissertação (Quadro 15). Por tudo o que foi acima exposto, optou-se por considerar esta, em primeira instância, uma revisão sistemática de literatura.

Seguindo, ainda, os 7 passos, o terceiro passo proposto (COOK; WEST, 2012) foi montar uma equipe e escrever um protocolo de estudo. Isso foi realizado e a equipe foi composta de membros dos Estados Unidos (MM, DH, JP), Canadá (AF) e do Brasil (AMA e FHAOO). O protocolo foi registrado na base PROSPERO, sob o protocolo CRD42018093618, como acima citado.

Os passos 4 e 5 propostos foram “pesquisar estudos qualificados usando vários bancos de dados [...] e outros recursos” e “decidir sobre a inclusão ou exclusão de cada estudo identificado, usando critérios definidos explicitamente” (COOK; WEST, 2012, p. 943, tradução nossa)⁸. A síntese desse processo encontra-se descrita no Fluxograma PRISMA (Figura 1), e o resumo dos achados apresenta-se no Quadro 2 deste trabalho. Foi excluído um artigo iraniano (ARZANIK et al., 2015) que poderia ter trazido uma perspectiva diferente da norte-americana ou europeia sobre essas iniciativas, caso não fosse a limitação do idioma. Outro grupo relevante de artigos que também foram excluídos foram aqueles que abordaram mais amplamente os aspectos das competências culturais (LUKOFF; LU, 1999; LUKOFF; LU; TURNER, 1992; TURNER; LUKOFF; BARNHOUSE, 1995; KIRMAYER et al., 2008; LU; TSAI; TSENG, 2014; MILLS et al., 2016; MILLS et al., 2017; LIM et al., 2008; LIM; LU, 2008; VERHAGEN; COX, 2010; LU; PRIMM, 2006; LEWIS HARRIS et al., 2008; ALARCON et al., 1999; KRIPALANI et al., 2006; WILLEN, 2013; PENA et al., 2016; CORRAL et al., 2017).

O Passo 6, em seguida, propôs “resumir as principais informações (incluindo o desenho do estudo, participantes, recursos de intervenção e comparação e resultados) para cada artigo incluído [...]” (COOK; WEST, 2012, p. 943, tradução nossa)⁹. Tais recomendações foram seguidas e sua síntese expressa nos Quadros 1 a 14 desta dissertação. A apresentação e discussão mais amplas das mesmas se deu nos capítulos Resultados e Discussão deste trabalho.

O Passo 7, por fim, buscou “analisar e sintetizar os resultados por agrupamento narrativo ou quantitativo, investigando a heterogeneidade e explorando a validade e os pressupostos da

⁸ Trechos originais: “Search for eligible studies using multiple databases [...] and other resources”; “Decide on the inclusion or exclusion of each identified study, ideally in duplicate, using explicitly defined criteria” (COOK; WEST, 2012, p. 943).

⁹ Trecho original: “Abstract key information (including on study design, participants, intervention and comparison features, and outcomes) for each included article [...]” (COOK; WEST, 2012, p. 943).

própria revisão” (COOK; WEST, 2012, p. 943, tradução nossa)¹⁰. Foi feito, da mesma forma, na descrição dos “Resultados” e na apresentação crítica ao longo da “Discussão” desta dissertação.

O Quadro 2, por sua vez, mostrou os estudos incluídos. Um par de referências (KOZAK; GARDINER; BEZY, 2004; KOZAK et al., 2010) foi baseado nos mesmos dados, de acordo com a própria informação de um deles, e, por isso, eles foram agrupados como uma só evidência para os propósitos desta revisão.

Quanto às 18 categorias, elas incluíram aspectos bibliométricos, aspectos relativos aos métodos de pesquisa utilizados em cada estudo, bem como aspectos relacionados ao processo de ensino em si (Quadro 1).

Dentre as categorias que abrangem os aspectos bibliométricos, estiveram a localização do estudo, país de origem e ano das publicações, bem como as revistas utilizadas para estas publicações.

Já as categorias que abordaram aspectos relativos aos métodos incluíram definição de amostras, fontes de financiamento, desenho do estudo e tipo de intervenção.

Por fim, com relação ao processo de ensino em si, as demais categorias foram: ano da pós-graduação, coordenadores do curso, ferramentas de avaliação utilizadas, objetivos curriculares e competências R/E, tópicos ensinados, métodos de ensino utilizados, resultados (pacientes, residentes e currículo), indicação expressa de bibliografia, limitações, desafios, problemas encontrados e recomendações.

Num primeiro momento, foi dada maior ênfase a este último grupo de categorias, voltadas para o processo de ensino em si, visando à criação da proposta curricular, principalmente para as categorias: métodos de ensino, tópicos ensinados, bibliografia recomendada e formas de avaliação utilizadas.

Já as categorias relativas ao método foram consideradas para fins de pesquisa futura sobre o próprio currículo proposto.

As referências foram organizadas com o auxílio do software ENDNOTE X8 (COOK; WEST, 2012; KING; HOOPER; WOOD, 2011).

¹⁰ Trecho original: “Analyse and synthesise the results by narrative or quantitative pooling, investigating heterogeneity, and exploring the validity and assumptions of the review itself” (COOK; WEST, 2012, p. 943).

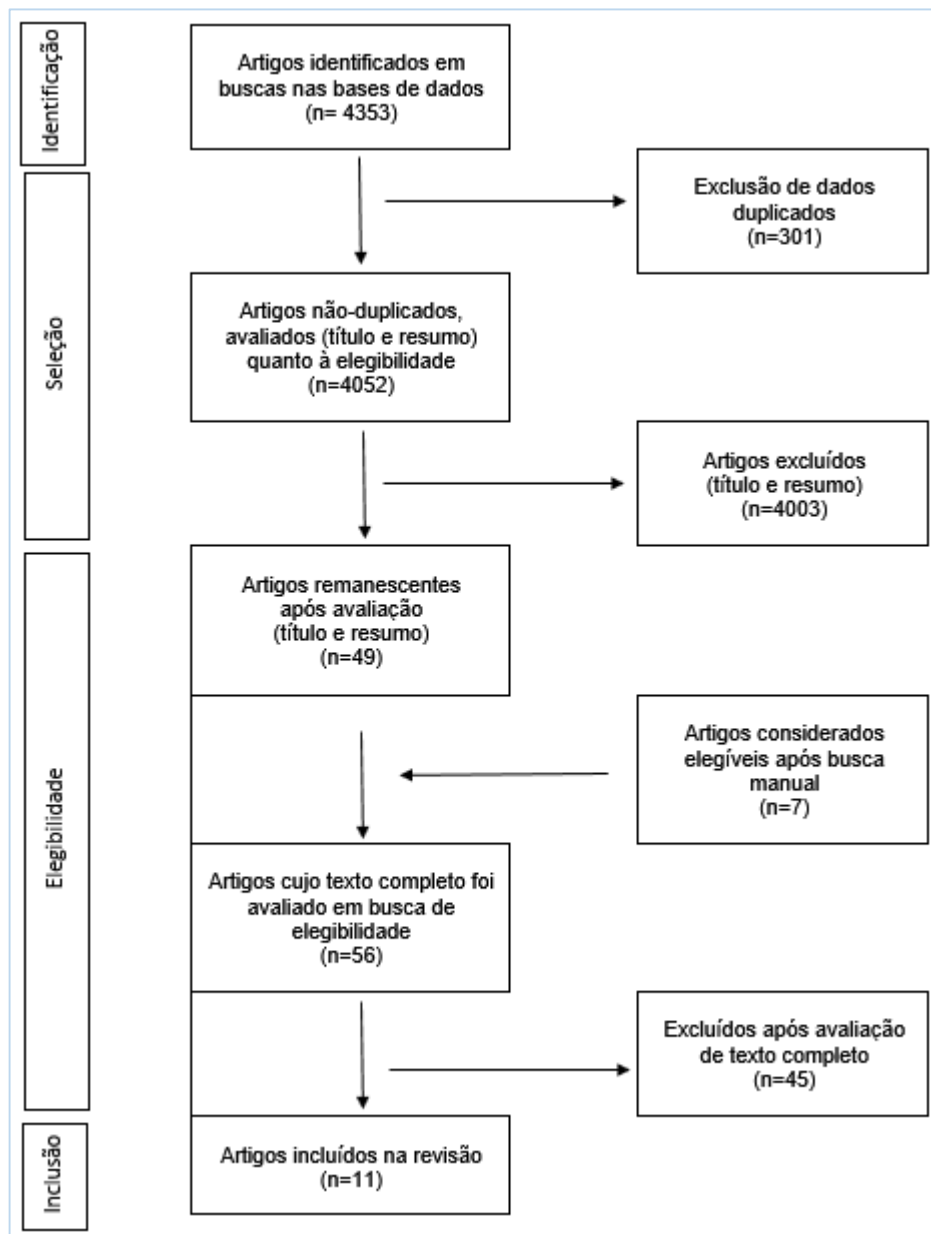
3.2 Proposta curricular

O delineamento da proposta curricular ocorreu a partir das diretrizes de Kern et al. (2016). Esses autores propuseram uma abordagem de seis passos no desenvolvimento de uma proposta curricular na área médica: Passo 1 – Identificação do problema e avaliação das necessidades gerais; Passo 2 – Avaliação das necessidades visadas; Passo 3 – Metas e objetivos; Passo 4 – Estratégias educacionais; Passo 5 – Implementação; Passo 6 – Avaliação e *feedback*.

A partir dessas diretrizes, houve a combinação dos seguintes critérios: 1) os procedimentos mais prevalentes sobre o currículo (tópicos e métodos) a partir das categorias acima elencadas; 2) elementos curriculares que estivessem em sintonia com as recomendações internacionais de temas relevantes para o desenvolvimento de competências R/E na prática psiquiátrica, favorecendo a efetividade de tais recomendações; 3) a experiência clínica e docente do autor e dos seus orientadores na área de R/E, todos eles psiquiatras, com formação e produção acadêmica voltada para o tema (MOREIRA-ALMEIDA; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2017; TAUNAY et al., 2012; CURCIO; LUCCHETTI; MOREIRA-ALMEIDA, 2015; LUCCHETTI et al., 2012; BEAUREGARD et al., 2014; MOREIRA-ALMEIDA; ARAÚJO; CLONIGER, 2018; SLEUTJES; MOREIRA-ALMEIDA; GREYSON, 2014; ROCHA et al., 2014; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO-NETO, 2017; MOREIRA-ALMEIDA, 2013; MOREIRA-ALMEIDA, 2012; MAINIERI et al., 2017; PERES et al., 2012; PIMENTEL; ALBERTO; MOREIRA-ALMEIDA, 2016; MOREIRA-ALMEIDA, 2013a; STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2013; STROPPA et al., 2018; LUCCHETTI et al., 2012a; CURCIO; MOREIRA-ALMEIDA, 2018; REZENDE-PINTO et al., 2018; LUCCHETTI et al., 2018; DELMONTE et al., 2016; MENEZES; MOREIRA-ALMEIDA, 2010; MOREIRA-ALMEIDA; KOSS-CHIOINO, 2009; MOREIRA-ALMEIDA, 2009; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG, 2008; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; CARDEÑA, 2008; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; GREYSON, 2007; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO-NETO, 2005; MOREIRA-ALMEIDA; SILVA DE ALMEIDA; LOTUFO NETO, 2005; JOSEPHSON; PETEET, 2007; BALBONI et al., 2015; BALBONI et al., 2012; MITCHELL et al., 2016; PETEET et al., 2016; BANDINI et al., 2017; PETEET, 2018; PETEET; ZABEN; KOENIG, 2018; PETEET, 2018; PETEET, 2014; PETEET, 2012; BALBONI et al., 2011; PETEET, 2010; ALCORN et al., 2010; PETEET, 2009; PETEET, 2007; PETEET, 2007a; PETEET, 2008; PETEET, 2008a; PETEET, 2010; PETEET, 2010a).

A partir daí, direcionando a criação da proposta curricular, procurou-se, a partir da análise das evidências geradas por cada uma das categorias analisadas, responder de forma mais prática, simples e eficaz possível aos principais questionamentos que poderiam surgir para quem estivesse interessado a implementar essa intervenção em seu próprio programa de RMP. Tais questionamentos seriam: Por que implementar? Como? Quando (em que ano da residência)? Com quem e onde ensinar? Quais tópicos deveriam ser ensinados? Quais métodos deveriam ser utilizados? Quais competências desenvolver? Qual bibliografia recomendar? Como avaliar?

Figura 1 – Fluxograma PRISMA



Fonte: elaborada pelo autor.

4 RESULTADOS

Quadro 1 – Categorias para investigação de cada trabalho selecionado

Número	Categoria	Síntese disponível em
1	Localização do estudo	Quadro 2
2	País de origem da publicação	
3	Ano das publicações	
4	Definição de amostras	Quadro 3
5	Fontes de financiamento	
6	Revistas utilizadas para publicação	
7	Desenho do estudo	Quadro 4
8	Tipo de intervenção	
9	Ano da pós-graduação	Quadro 5 Anexo C e D
10	Coordenadores dos cursos	
11	Ferramentas de avaliação utilizadas	
12	Objetivos curriculares e Competências R/E	Quadro 6 Anexo B
13	Tópicos ensinados	Quadro 7
14	Métodos de ensino utilizados	Quadro 8
15	Resultados (residentes, pacientes e currículo)	Quadros 9, 10 e 11
16	Indicação expressa de bibliografia	Quadro 12 Anexo A
17	Problemas, barreiras, limitações	Quadro 13
18	Recomendações	

4.1 Localização do estudo, país de origem e ano das publicações

Dos onze estudos selecionados, nove trabalhos foram publicados nos EUA, um no Canadá e um único europeu, da Suíça (ver Quadro 2). As publicações se concentraram entre 1982 e 2017. Com a exceção de 2011 e 2012, em que houve duas publicações em cada ano, todas as outras foram exclusivas em seu ano de publicação (Quadro 2).

Quadro 2 – Artigos selecionados sobre o ensino da R/E na RMP

Ano / Localização do estudo	Título	Autores / País de origem da publicação
1982 (EUA)	The interface of psychiatry and religion: A program career training in psychiatry (WESTENDORP, 1982)	Westendorp (EUA)
1999 (EUA)	A Curriculum on Spirituality, Faith, ad Religion for Psychiatry Residents (TARG, 1999)	Targ (EUA)
2003 (EUA)	Teaching residents about religion and spirituality (MCCARTHY; PETEET, 2003)	McCarthy and Peteet. (EUA)
2008 (Canadá)	Pilot study and evaluation of postgraduate course on "the interface between spirituality, religion and psychiatry (GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008)	Grabovac et al. (Canadá)
2010 (EUA)	Introducing spirituality, religion and culture curricula in the psychiatry residency programme (KOZAK et al., 2010)	Kozak et al. (EUA)
2011 (EUA)	Introducing Spirituality into Psychiatric Care (GALANTER et al., 2011)	Galanter et al. (EUA)
2011 (Suíça)	A Randomized Trial of Spiritual Assessment of Outpatients with Schizophrenia: Patients' and Clinicians' Experience (HUGUELET et al., 2011)	Huguelet et al. (Suíça)
2012 (EUA)	Psychiatry in the Deep South: a pilot study of integrated training for psychiatry residents and seminary students (STUCK et al., 2012)	Stuck et al. (EUA)
2012 (EUA)	Spirituality training in residency: changing the culture of a program (CAMPBELL; STUCK; FRINKS, 2012)	Campbell et al. (EUA)
2015 (EUA)	A Process-Oriented Approach to Teaching Religion and Spirituality in Psychiatry Residency Training (AWAAD et al., 2015)	Awaad et al. (EUA)
2017 (EUA)	A Descriptive Study of a Spirituality Curriculum for General Psychiatry Residents (MCGOVERN et al., 2017)	McGovern et al. (EUA)

4.2 Revistas, fontes de financiamento e definição da amostra

Com relação às revistas utilizadas para publicação (ver Quadro 3), observou-se um predomínio das publicações (n = 5) na revista *Academic Psychiatry*, sendo as demais publicações uma em cada das outras revistas encontradas.

No que diz respeito às fontes de financiamento, oito artigos fizeram menção a recebimento de fundos, sendo seis da *John Templeton Foundation* – um parcial e os demais, total – e outros dois artigos de outras duas fontes diferentes (Quadro 3).

A definição do tamanho da amostra não ocorreu em quatro dos estudos. O número total de residentes de Psiquiatria investigados foi de 195, considerando os dados fornecidos pelos outros sete estudos (Quadro 3).

Quadro 3 – Definição de amostra, revistas e financiamento dos artigos publicados

1º Autor	Amostra (n)	Revista	Fonte de financiamento
Westendorp	Não declarada	Journal of Psychology and Theology	Não declarado.
Targ	Não declarada	Psychiatric Annals	John Templeton Foundation
McCarthy	Não declarada	Harvard Review of Psychiatry	John Templeton Foundation
Grabovac	N=30	Academic Psychiatry	Não declarado.
Kozak	Não declarada	Journal of Medical Ethics	Parcial da John Templeton Foundation/Parcial da bolsa de Phd.
Galanter	N=15	Journal of Religion and Health	Não declarado.
Huguelet	N=8	Psychiatric Services	Swiss National Science Foundation
Stuck	N=30	Academic Psychiatry	John Templeton Foundation
Campbell	N=80	Academic Psychiatry	John Templeton Foundation
Awaad	N=20	Academic Psychiatry	Sim, parcial. American Psychiatry Association (APA) minority fellowship grant.
McGovern	N=12	Academic Psychiatry	John Templeton Foundation

4.3 Desenho do estudo e tipo de intervenção

Com relação ao desenho do estudo, de acordo com a classificação proposta por Kern et al. (2016), houve cinco relatos de caso, um ensaio pré-experimental (sem grupo controle) e quatro ensaios quase-experimentais (com grupo controle, mas sem randomização). Houve apenas um ensaio randomizado. Nos ensaios quase-experimentais, em dois estudos houve avaliação pré-teste e pós-teste e nos outros dois, apenas pós-teste (ver Quadro 4).

Considerados os tipos de intervenção, houve significativa heterogeneidade entre os estudos, que foram resumidamente descritos a seguir (Quadro 4).

Westendorp (1982) propôs cinco componentes para uma integração abrangente da psiquiatria com a religião: a) experiência clínica em um hospital cristão; b) retiro anual; c) grupos de discussão; d) supervisão e seminários (Quadros 4 a 8).

Targ (1999), por sua vez, descreveu uma iniciativa curricular dispersa ao longo dos três anos da residência com misto de atividades teóricas – com 12 sessões em dois formatos diferentes, caráter obrigatório e eletivo – e duas eletivas clínicas. No currículo obrigatório ocorreu um encontro a cada 3 meses no período de 3 anos. Já no eletivo, os encontros foram mensais e pelo período de apenas 1 ano. Foram utilizadas aulas teóricas, leituras, entrevistas ao vivo e gravadas com pacientes, bem como vivências voltadas para o aspecto subjetivo dos próprios residentes (por exemplo: meditação, yoga, exercícios contemplativos, arteterapia, dentre outros) (Quadros 4 a 8).

McCarthy e Peteet (2003) descreveram um currículo voltado para o último ano da formação de seus residentes, com um módulo de 12 encontros semanais. Nesses encontros havia discussão em grupo, predominantemente associada à presença de diferentes convidados que abordavam temas pré-estabelecidos. Alguns temas eram livres de acordo com o interesse dos residentes (Quadros 4 a 8).

Grabovac (2008) propôs, ao seu turno, uma intervenção obrigatória de 6 horas de duração para os alunos dos dois últimos anos de residência, e inseriu uma matriz de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) religiosas e espirituais clara em seu currículo, baseada em outra diretriz curricular (LARSON; LU; SWYERS, 1997). A metodologia do currículo foi baseada principalmente em aulas teóricas e discussões de casos clínicos (Quadros 4 a 8).

Galanter (2011) descreveu uma forma de ensino criada a partir de um grupo de discussão – com a participação de residentes numa série de encontros voltados para abordagem subjetiva de conteúdos religioso-espirituais pelos pacientes. Tais reuniões foram conduzidas a partir de um questionário semiestruturado e exercícios vivenciais propostos aos pacientes. As reuniões eram avaliadas duas vezes por semana por um grupo multidisciplinar que ajustava a condução dos encontros e dos temas de acordo com os conteúdos que iam surgindo a partir dos encontros semanais (Quadros 4 a 8).

Em linhas gerais, Kozak (2010) descreveu uma intervenção distribuída ao longo dos 4 anos da residência, entre atividades teóricas, experiências clínicas, apresentações em “*grand rounds*” e experiências de campo (Quadros 4 a 8).

Huguelet (2011), por sua vez, empregou uma pesquisa atitudinal inicial e uma sessão de treinamento de 90 minutos para os residentes de diferentes anos, seguida de uma sessão de supervisão (apenas para o grupo de intervenção) de 10 a 40 minutos após uma avaliação religiosa-espiritual de cada um dos pacientes designados para esse grupo, feita no começo do estudo. Os pacientes foram reavaliados após um período de 3 meses com relação a inúmeras

variáveis com o emprego de múltiplos questionários, sem achados primários significativos (Quadros 4 a 8).

Stuck (2012) avaliou residentes do 2º ano e de Infância e Adolescência a partir de uma intervenção que consistiu de duas sessões de 3 horas cada. Na intervenção houve também a presença de seminaristas e internos de psicologia, e todos foram avaliados a partir de um questionário de avaliação de atitudes entre clérigos e psiquiatras e quanto ao próprio bem-estar religioso e espiritual de cada um. Nessa intervenção casos eram apresentados e os participantes submetidos a uma discussão em grupo multidisciplinar (Quadros 4 a 8).

Campbell (2012) descreveu um currículo que incluiu residentes como professores, avaliação 360º, aulas teóricas e *workshops* interdisciplinares para residentes do 1º ao 5º ano e *fellows*. Na avaliação 360º, os pacientes também avaliavam a forma como os residentes abordaram ou não o aspecto R/E durante a consulta (Quadros 4 a 8).

Awaad (2014) descreveu duas intervenções de seis sessões cada para dois diferentes grupos. O primeiro grupo composto de residentes do 4º ano, e o segundo de residentes do 3º ano. Aulas teóricas breves foram combinadas com diferentes métodos baseados em discussão de casos clínicos, palestras e painel com capelães, voltadas para o desenvolvimento de atitudes dos residentes em relação ao aspecto R/E (Quadros 4 a 8).

McGovern (2017), por sua vez, descreveu um currículo disperso ao longo de todos os anos da residência, incluindo aulas teóricas, seminários, apresentação e série de casos de psicoterapia, além de jantares periódicos (Quadros 4 a 8).

Quadro 4 – Desenho de cada estudo e resumo da intervenção curricular realizada

1º Autor(a) do Estudo	Desenho do estudo	Intervenção curricular
Westendorp	Relato de caso	Experiência clínica em um hospital cristão; retiro anual; grupos de discussão; supervisão e seminários.
Targ	Relato de caso	Misto de atividades teóricas em 2 formatos (12 sessões obrigatórias e 12 sessões eletivas) e 2 estágios clínicos eletivos
McCarthy	Relato de caso	12 encontros semanais
Grabovac	Pré-experimental (sem grupo controle, com avaliação pré e pós-teste)	Sessão de 6 horas de duração baseada principalmente em aulas teóricas e discussões de casos clínicos
Kozak	Relato de caso	Atividades teóricas, experiências clínicas, apresentações em “ <i>grand rounds</i> ”, experiências de campo e <i>feedback</i> dos residentes.
Galanter	Relato de caso	Série de encontros semanais com pacientes (grupos de discussão)
Huguelet	Ensaio clínico randomizado	Treinamento dos residentes (90 minutos) Avaliação do paciente seguida de supervisão (apenas para o grupo da intervenção).

1º Autor(a) do Estudo	Desenho do estudo	Intervenção curricular
Stuck	Quase-experimental (não randomizado, com avaliação pré e pós-teste)	2 sessões de 3 horas junto com seminaristas e internos de psicologia com apresentação de casos clínicos e discussão em grupo multidisciplinar
Campbell	Quase-experimental (não randomizado, apenas com avaliação pós-teste)	Residentes como professores, avaliação 360°, aulas teóricas e <i>workshops</i> interdisciplinares
Awaad	Quase-experimental (não randomizado, com avaliação pré e pós-teste)	Duas intervenções de 6 sessões cada, com aulas teóricas breves associadas a discussão de casos clínicos, palestras e painel com capelães.
McGovern	Quase experimental (não randomizado, apenas com avaliação pós-teste)	Currículo disperso ao longo dos anos da residência, incluindo aulas teóricas, seminários, apresentação e série de casos de psicoterapia e jantares

4.4 Coordenação do curso, questionários e anos da residência cobertos pelo currículo

Relativamente ao ano do programa de cada residência em que foi feita a intervenção educacional, encontrou-se que o terceiro ano só não foi coberto por dois dos 11 estudos (MCCARTHY; PETEET, 2003; STUCK et al., 2012). Os demais anos – de 1 a 4 – foram contemplados por cinco das 11 intervenções. Três estudos incluíram residentes em formação em duas diferentes áreas de atuação: Infância e Adolescência e Psicoterapia (Quadro 5).

O perfil dos coordenadores de cada um dos cursos foi especificado na menor parte dos estudos (n = 5). Em um deles houve a criação de um comitê para desenvolver e supervisionar a implementação do currículo (WESTENDORP, 1982). Dois trabalhos informaram a presença de equipe multiprofissional na organização da atividade, mas não declararam formalmente quem seriam os organizadores (GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008; KOZAK et al., 2010).

Noutro estudo, uma equipe multidisciplinar ofereceu o curso – professores seminaristas, psicólogos e psiquiatras (STUCK et al., 2012) –, mas sem descrição dos coordenadores. Houve uma iniciativa em que o residente coordenava o grupo inicialmente com o preceptor e depois participava da coordenação com outros membros da equipe multidisciplinar ao longo das reuniões com os pacientes (GALANTER et al., 2011). Por fim, noutro trabalho, o currículo foi construído a partir de um grupo focal de residentes, mas sem coordenadores declarados (CAMPBELL; STUCK; FRINKS, 2012).

Dos onze estudos, oito apresentaram ferramentas de avaliação dos residentes (WESTENDORP, 1982; MCCARTHY; PETEET, 2003; KOZAK et al., 2010).

Apenas três estudos trouxeram ferramentas que avaliaram a realidade dos pacientes (HUGUELET et al., 2011; GALANTER et al., 2011; CAMPBELL; STUCK; FRINKS, 2012). Porém, desses três, apenas um avaliou diretamente o impacto da intervenção sobre o comportamento dos pacientes (HUGUELET et al., 2011). Dos outros dois, um avaliou apenas aspectos sociodemográficos e diagnósticos dos pacientes, coletando temas de interesse por parte dos pacientes que surgissem nas reuniões em grupo (GALANTER et al., 2011), sem avaliar diretamente o impacto dessa intervenção sobre eles, e o outro (CAMPBELL; STUCK; FRINKS, 2012) incluiu os pacientes numa avaliação 360° dos residentes, utilizando duas perguntas para saber se o aspecto R/E foi abordado durante a consulta. Esse último estudo também não avaliou nenhum outro impacto da intervenção sobre o contexto dos pacientes.

Finalmente, três estudos apresentaram ferramentas de avaliação dos currículos em si (KOZAK et al., 2010; CAMPBELL; STUCK; FRINKS, 2012; MCGOVERN et al., 2017) (Quadro 5).

Quadro 5 – Coordenação do curso, questionários, anos da residência cobertos pelo currículo

1º autor(a)	Coordenação dos cursos	Ferramentas / questionários	Ano do programa
Westendorp (1982)	1 psiquiatra presbítero.	Não informado.	R1 a R3
Targ (1999)	1 psiquiatra e 1 capelão.	Questionário com 5 perguntas. (residentes)	R1 a R3
McCarthy (2003)	2 psiquiatras.	Não informado.	R4
Grabovac (2008)	Não informado.	Course Impact Questionnaire. (pré e pós teste) nos tempos semana 0, semana 6 e seis meses após (residentes)	R3 e R4
Kozak (2010)	Não informado.	Didactics Evaluation/ Attendance form (após cada aula) (currículo)	R1 a R4
Galanter (2011)	Residente + Preceptor (1ª reunião) e residente + rodízio da equipe multidisciplinar nas outras	Spirituality Self-Rating Scale (Galanter et al, 2007). (residentes) Questionário semi-estruturado para grupo (pacientes)	R1 a R3
Huguelet (2011)	Não informado.	Questionnaire on integration of the spiritual dimension into clinical practice (residentes) Mini-International Neuropsychiatric Interview (pacientes) Positive and Negative Syndrome Scale (pacientes) Global Assessment of Functioning (GAF) (pacientes) Social Functioning Questionnaire (pacientes) WHO Quality of Life instrument	R1 a R8 Inclui Residentes de Psicoterapia.

1º autor(a)	Coordenação dos cursos	Ferramentas / questionários	Ano do programa
		(pacientes) Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) (pacientes) Recovery Assessment Scale (pacientes) Working Alliance Inventory (pacientes)	
Stuck (2012)	Não informado.	ABCP (Attitudes & Beliefs regarding Clergy & Psychiatrists) – (residentes) Spirituality & Religious Well-being Scales – (residentes)	R2 + Residentes de Infância e Adolescência.
Campbell (2012)	Não informado.	Avaliação 360° (residentes e pacientes) Ferramenta de avaliação do currículo (currículo)	R1 a R5 + Residentes de Infância + Fellows
Awaad (2015)	2 psiquiatras (um deles teólogo)	Course impact Questionnaire (modificado e original) (para residentes)	R3 e R4
McGovern (2017)	Não informado.	SARPP – 42-item (residentes e currículo)	R1 a R3

4.5 Definição de objetivos curriculares e/ou competências R/E

Com relação à definição de objetivos do currículo e competências a serem desenvolvidas pelos residentes, apenas dois artigos (TARG, 1999; MCCARTHY; PETEET, 2003) não incluíram tais tópicos. Os demais abordaram, predominantemente, os objetivos do curso – e de forma indireta as competências – e apenas um artigo (GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008) mapeou as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) de forma direta e organizada (Quadro 6, Anexo B).

Quadro 6 – Objetivos do currículo e competências R/E

1º Autor(a)	Objetivos e/ou competências
Westendorp (1982)	Primeiro ano: 1) explorar a correlação conceitual entre religião/teologia e psiquiatria/psicologia, habilitando o residente a identificar, entender e articular termos teológicos e religiosos com os fenômenos e dimensões fundamentais da função e disfunção psicológica; distinguir religião saudável da religião não-saudável. 2º ano: melhor entendimento da psicologia da religião. 3º ano: crescimento espiritual.
Targ (1999)	Não
McCarthy (2003)	Não.
Grabovac (2008)	Aumentar o entendimento de aspectos religiosos/espirituais clinicamente relevantes e aumentar o conforto em abordar tais aspectos no trabalho clínico e melhora das atitudes.

	Além de quadro com competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) a serem alcançados (Anexo B).
Kozak (2010)	1) Familiarizar os residentes com a literatura de pesquisa na área da religião e da espiritualidade em psiquiatria; 2) Expor os residentes a uma variedade de tradições religiosas e espirituais; 3) Treinar os residentes para que se tornem competentes na avaliação das dimensões religiosas e espirituais dos pacientes e na formulação de diagnósticos diferenciais e planos de tratamento que levem em conta questões religiosas e espirituais. 4) Educar os residentes sobre como a religiosidade e a espiritualidade dos pacientes podem afetar os elementos do tratamento. 5) Abordar questões éticas envolvidas na abordagem da religião e espiritualidade em um ambiente clínico. 6) Educar os residentes sobre religião e espiritualidade no desenvolvimento humano. 7) Proporcionar um fórum no qual os residentes possam discutir sua própria identidade religiosa / espiritual e como isso influencia seu trabalho profissional.
Galanter (2011)	1) Introduzir o conceito de R/E; 2) Aplicar uma abordagem compatível com o cuidado clínico, 3) promover abertura para discussão de aspectos religiosos e espirituais entre residentes, <i>staff</i> e pacientes.
Huguelet (2011)	1) Determinar, num protocolo randomizado, qual o nível de tolerância e aceitação de uma avaliação espiritual feita pelos seus psiquiatras; 2) Elicitar o <i>feedback</i> dos psiquiatras a respeito do processo; 3) Avaliar desfechos primários (aliança terapêutica e adesão ao tratamento), bem como alguns desfechos secundários.
Stuck (2012)	1) Aprender sobre as possíveis razões para a falta de interação entre o clero e psiquiatras/psicólogos em cuidar de pessoas com problemas emocionais; 2) “Identificar alguns parâmetros em que o encaminhamento para um psiquiatra/psicólogo é aconselhável; 3) Identificar alguns parâmetros em que o encaminhamento ao clero/provedor de cuidados espirituais é aconselhável; 4) Explorar maneiras em que clero e psiquiatras/psicólogos podem trabalhar juntos; 5) Tornar-se familiarizado com diretrizes para encaminhamentos de emergência; com uma visão geral do sistema de saúde mental; 6) Tornar-se familiarizado com a maneira de se referir e trabalhar eficazmente com um pastor em uma igreja; 7) Adquirir uma compreensão da linguagem usada nos círculos da igreja em questões de saúde mental; e 8) Aprender sobre o conhecimento/habilidades únicas que o clero, psicólogos e psiquiatras recebem.
Campbell (2012)	Uma ferramenta de avaliação curricular foi usada para cada aula teórica, incluindo uma descrição do tema, formato, apresentador (es), objetivos específicos baseados em competências e questões separadas que abordam qualidade e eficácia (mas o artigo não define quais são).
Awaad (2015)	Avaliar o efeito dessa intervenção na competência dos residentes, nos padrões da prática e atitudes frente à espiritualidade.
McGovern (2017)	1) Aumentar a consciência da própria espiritualidade dos residentes; 2) Elucidar uma história do paciente que respeite as dimensões espirituais, culturais e religiosas da vida do paciente; 3) responder ao sofrimento do paciente de forma compassiva e solidária; 4) montar literatura relevante à espiritualidade em estágio de residência psiquiátrica; 5) familiarizar-se com instrumentos que medem a espiritualidade; 6) avaliar e responder na prática clínica às dimensões espirituais da doença mental ao longo do ciclo de vida, com particular referência a problemas de depressão, ansiedade, luto, dependência e fim da vida.

4.6 Tópicos para o ensino da R/E na RMP

Os tópicos ensinados foram organizados em 23 categorias (Quadro 7), sendo que dos 8 mais presentes, 2 estiveram presentes em 10 (Ferramentas de abordagem da R/E dos pacientes e Transferência e Contratransferência/autoconhecimento), 3 presentes em 9 (Aconselhamento Pastoral/Capelanía e Interconsulta; Definições de R/E e de outros aspectos; Psicoterapia,

Teologia e Espiritualidade), e os outros 3 em 8 dos trabalhos publicados (Diagnóstico diferencial ente experiências espirituais e psicopatologia; Aspectos históricos em Psiquiatria, Ciência e Religião; Psiquiatria Transcultural, Abordagens do DSM-IV e DSM-V sobre R/E, Identidade, Valores e Estigma).

Quadro 7 – Categorias de tópicos cobertos pelos artigos

1982 Univ. de Michigan (EUA) (Westendorp 1982)	1999 Univ. da Califórnia (EUA) (Targ 1999)	2003 Harvard Longwood (EUA) (McCarthy and Peteet 2003)	2008 Univ. British Columbia (Canadá) (Grabovac, Clark et al. 2008)	2010 Univ. Washington (EUA) (Kozak, Boynton et al. 2010)	2011 Univ. Geneva (Suíça) (Huguelet, Mohr et al. 2011)	2011 Univ. de Nova Iorque (EUA) (Galanter, Dermatis et al. 2011)	2012 Univ. Carolina do Sul (EUA) (Campbell, Stuck et al. 2012)	2012 Univ. Carolina do Sul (EUA) (Campbell, Stuck et al. 2012)	2015 Univ. Stanford (EUA) (Awaad, Ali et al. 2015)	2017 Univ. Texas (EUA) (McGovern, McMahon et al. 2017)	N	Tópicos
											10	Ferramentas de abordagem R/E do paciente / Inquérito existencial
											10	Transferência e contra-transferência/ Auto-conhecimento
											9	Aconselhamento e cuidados pastorais / Capelania / Consulta e Interconsulta
											9	Definições de R/E e outros assuntos
											9	Psicoterapia, Teologia e Espiritualidade
											8	Diagnóstico diferencial: Experiências espirituais/psicopatologia
											8	Aspectos históricos entre Psiquiatria, Ciência e Religião
											8	Psiquiatria Transcultural / Aspectos do DSM-IV e do DSM-V /

											4	Grandes áreas (casamento, divórcio, moradores de rua, adicção, cuidados paliativos, finitude, luto, dor, manicômio, doenças crônicas, etc).
											4	Temas livres (interesse e <i>feedback</i> dos residentes / do trabalho com os pacientes)
											2	Desenvolvimento moral / Aspectos morais no trabalho
											1	Trabalhando com intérpretes
											1	Revisão de filme ou de livro
											1	Psicofarmacologia, etnia e espiritualidade
											1	Conexão corpo-mente-espírito
											1	Psiquiatria Transpessoal / Descrição de experiências subjetivas

4.7 Métodos de ensino da R/E na RMP

Os métodos de ensino da R/E utilizados nas intervenções curriculares foram distribuídos em 31 categorias (Quadro 8), que foram aglutinadas em dois grandes grupos: o das mais comuns e o das iniciativas mais inovadoras e/ou inusitadas.

Dentre os métodos mais comuns, as aulas teóricas estiveram presentes em todos os estudos, e a apresentação de casos em 10. Grupos de discussão (entre residentes, preceptores, diretores e convidados) em 9, e supervisão clínica, em 8. Seminários e atividades afins, que incluíram a discussão de experiências subjetivas no campo religioso-espiritual por parte dos residentes, bem como de caráter vivencial, somaram 7 estudos.

Dentre os menos usuais, podem ser citados: retiro anual (n=1), grupos de discussão com pacientes (n=1); jantares bimestrais (n=1); encontros mensais, mais informais, com o diretor, aberto também aos cônjuges (n=1), ou mesmo a visita de campo a centros religiosos e grupos de alcoólicos anônimos. (n=2). No caso do retiro anual e dos jantares bimestrais, inclusive, com relato dos autores de grande aprovação por parte dos residentes devido ao forte senso de pertencimento atrelado a essa experiência (WESTENDORP, 1982; MCGOVERN et al., 2017).

Quadro 8 – Métodos de ensino utilizados

1982 Univ. de Michigan (EUA) (Westendorp 1982)	1999 Univ. da California (EUA) (Targ 1999)	2003 Harvard Longwood (EUA) (McCarthy and Peteet 2003)	2008 Univ. British Columbia (Canadá) (Grabovac, Clark et al. 2008)	2010 Univ. Washington (EUA) (Kozak, Boynton et al. 2010)	2011 Univ. Geneva (Suíça) (Huguelet, Mohr et al. 2011)	2011 Univ. de Nova Iorque (EUA) (Galanter, Dermatis et al. 2011)	2012 Univ. Carolina do Sul (EUA) (Campbell, Stuck et al. 2012)	2012 Univ. Carolina do Sul (EUA) (Campbell, Stuck et al. 2012)	2015 Univ. Stanford (EUA) (Awaad, Ali et al. 2015)	2017 Univ. Texas (EUA) (McGovern, McMahon et al. 2017)	N	Métodos
											11	Aulas Teóricas
											10	Apresentação de casos (inclusive gravados)
											9	Grupos de discussão (entre residentes, preceptores, diretores e convidados)
											8	Supervisão clínica (individual ou em grupo/pacientes internados ou ambulatoriais)
											7	Seminários (incluindo aprendizagem experiencial pelos residentes) / workshops / simpósios / painéis / fóruns (para discussão de experiências subjetivas)
											6	Instrumentos de abordagem espiritual

											2	Experiências de campo (reuniões de Alcoólicos Anônimos / Centros Religiosos)
											1	Eletivas teóricas
											1	Eletivas de pesquisa
											1	Entrevistando o coordenador
											1	Retiro anual
											1	Encontro mensal com o diretor (aberto aos cônjuges)
											1	Jantares bimestrais
											1	Trabalhando com intérpretes
											1	Grupos de discussão com pacientes/ Psicoterapia de grupo
											1	<i>Portfolio</i>
											1	Avaliação em 360°
											1	Residentes como professores
											1	Estudo de diretrizes
											1	Consulta ética

4.8 Resultados sobre residentes, pacientes e currículo

Quanto aos principais resultados de aprendizagem dos residentes, de um ponto de vista quantitativo, houve ganho estatisticamente significativo relatado em três dos onze estudos (GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008; STUCK et al., 2012; AWAAD et al., 2015) com ganho de competência R/E (GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008; AWAAD et al., 2015), conhecimento na área R/E (STUCK et al., 2012) e mudança na prática clínica (AWAAD et al., 2015), voltada para a abordagem da R/E dos pacientes.

No estudo de Grabovac, Clark e McKenna (2008), o ganho de competência foi considerado a partir do uso do *Course Impact Questionnaire*. Essa ferramenta foi criada pela própria autora e seus colaboradores na medida em que não foi encontrado nenhum questionário validado até aquela data, na literatura, para esse fim.

O questionário de autoavaliação foi composto de 20 questões abrangendo 6 domínios, sendo o domínio de “competência” composto de 5 perguntas. Essas perguntas foram pontuadas numa escala Likert de 1 a 7 (1 = discordo fortemente; 7 = concordo fortemente). Este questionário foi aplicado nas semanas 0 e 6 e após 6 meses dos grupos de residentes participantes do estudo, entre janeiro de 2005 e setembro de 2006, segundo informações dos autores.

A consistência interna de cada domínio foi avaliada utilizando o coeficiente alfa. Ao final, utilizando esse coeficiente, o domínio de “competência” foi pontuado com um coeficiente alfa de 0,608. Os autores desse estudo comentam que, em estudos exploratórios, de uma forma geral, o nível de corte é mais baixo do que isso, sendo normalmente usado o valor de corte de 0,60 (GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008; BONFERRONI, 1936), embora, por convenção tenha-se estabelecido, neste estudo, o ponto de corte para confiabilidade de 0,70 ou maior.

Além disso, os dados desse questionário foram examinados quanto à normalidade, homogeneidade e dados faltantes: foram removidos aqueles com menos de 50% dos dados do questionário preenchidos. Para aqueles que completaram entre 50 e 100% dos dados do questionário, “[...] os escores dos itens faltantes foram atribuídos usando a interpretação linear dos itens (SPSS V14.0)” (GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008, p. 335, tradução nossa)¹¹.

¹¹ Trecho original: “[...] scores on the missing items were assigned using linear interpretation of the items (SPSSV14.0)” (GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008, p. 335).

Isso resultou em um total de 22 residentes para a análise (15 mulheres, 7 homens). As diferenças intragrupo foram calculadas para determinar a importância relativa das questões religiosas e espirituais antes e depois das sessões de treinamento usando testes t pareados em cada escala.

Segundo os autores,

Os resultados indicaram uma diferença estatisticamente significativa entre a escala pré e pós-sessão para a competência. Os escores médios aumentaram de 7,2 para 11,7, indicando uma mudança no conforto geral com questões espirituais na prática clínica ($p=0,0001$). Os demais fatores não apresentaram resultados estatisticamente significativos ($p < 0,05$). (GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008, p. 335, tradução nossa)¹².

O termo “competência”, segundo a opinião de Grabovac, conforme esclarecimento por meio de correio eletrônico, na medida em que tal conceituação não ficou clara no corpo de seu artigo, foi por ela conceituado como “a habilidade de fazer algo de forma eficiente ou bem sucedida”. Além disso, esse construto foi considerado por ela como “uma medida de auto-avaliação ao invés de uma medida externa, objetiva”¹³. Esses autores disponibilizaram uma versão do *Course Impact Questionnaire* (pré e pós-teste) e esses dois questionários, não traduzidos, foram disponibilizados nos Anexo C e D desta dissertação.

Já o aumento estatisticamente significativo no nível de conhecimento no estudo de Stuck et al. (2012) foi obtido a partir do desenvolvimento de uma escala piloto, “Atitudes e Crenças sobre Clérigos e Psiquiatras/Psicólogos”, a ABCP. Segundo esses autores, o questionário foi desenvolvido de forma colaborativa entre um psicólogo consultor em pesquisa e os professores do próprio seminário, e as perguntas do psicólogo foram selecionadas para avaliar as atitudes e crenças sobre saúde mental, doença mental, tratamento e os papéis que psiquiatras, psicólogos e clero desempenham na ajuda a pessoas mentalmente doentes (STUCK et al., 2012).

O questionário de autoavaliação consistiu em 48 itens, classificados em uma escala Likert de 3 pontos, com opções de “Concordo”, “Neutro” ou “Discordo”. No subconjunto de questões relativas ao conhecimento do clero, houve mudança significativa estatisticamente na direção positiva para os residentes de psiquiatria comparados os questionários pós-teste e pré-teste. As respostas neutras não foram incluídas na análise estatística e regressão logística foi

¹² Trecho original: “Results indicated a statistically significant difference between the pre- and postsession scale for competency. Mean scores increased from 7.2 to 11.7, indicating a shift in overall comfort with spiritual issues in clinical practice ($p>0.0001$). The remaining factors showed no statistically significant results ($p<0.05$)” (GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008, p. 335).

¹³ Dito pela autora em contato via e-mail.

utilizada para analisar os resultados. O questionário ABCP foi solicitado aos autores, porém não houve resposta até o momento da escrita desta dissertação.

Por fim, no estudo de Awaad et al. (2015) houve achado estatisticamente de mudança na prática clínica e ganho de competência. Nesse estudo, foi utilizada uma versão modificada do *Course Impact Questionnaire*, acima citado.

A mudança na prática clínica foi avaliada a partir de cinco itens que mediram a quantidade de história espiritual realizada pelos participantes nas últimas 6 semanas e, ainda, avaliaram o grau em que os residentes superaram as barreiras percebidas para abordar questões espirituais e religiosas em sua prática. Já o ganho de competência, nesse estudo (AWAAD et al., 2015), foi avaliado a partir de três itens do questionário, e mediu a capacidade percebida dos participantes de colher uma história espiritual e a sua compreensão do diagnóstico de problemas espirituais e religiosos segundo o DSM-IV.

Competência, nesse estudo, foi considerada percepção da capacidade por parte dos residentes na gestão de questões espirituais com seus pacientes (AWAAD et al., 2015). Os questionários foram aplicados nas semanas 0 e 6 na coorte de residentes que terminou o curso. De acordo com os autores, como o curso foi obrigatório, não houve grupo controle e o desenho desse estudo usou uma forma de avaliação pré e pós-teste. As escalas foram reavaliadas para consistência interna usando coeficiente alfa e correlação total de itens. Ambas as subescalas, Competência e Incorporação na Prática Clínica, apresentaram adequada confiabilidade, respectivamente $\alpha = 0,88$ e $\alpha = 0,779$. Além disso, os dados desse questionário foram examinados quanto à homogeneidade, normalidade e valores faltantes com o PSPSS padrão GradPack22.

O tamanho da amostra foi de 19 participantes ($n = 19$). Houve apenas um valor faltante que foi substituído com o uso da técnica de interpolação linear. Os resultados mostraram melhora estatisticamente significativa na subescala de Competências $t(18) = 5,59$, $p < 0,001$, sendo que os escores médios aumentaram de 10,74 para 14,53 (escore máximo 21). Para a subescala Incorporação na Prática Clínica também houve diferença estatisticamente significativa entre pré e pós-sessões $t(18) = 3,33$, $p = 0,004$ ($p < 0,05$).

Nesse caso, os escores médios melhoraram de 19,19 para 21,56 (escore máximo de 35). As demais subescalas não apresentaram diferenças estatisticamente significantes no pré e pós-teste ($p > 0,05$). O Questionário adaptado foi solicitado aos autores e até o momento da escrita desta dissertação não houve resposta por parte deles.

A avaliação qualitativa dos residentes foi predominantemente positiva nos estudos, tanto em relação a si mesmos quanto em relação ao currículo (Quadros 9 e 11).

Quadro 9 – Resultado sobre os residentes

Estudo	Avaliação sobre residentes
Westendorp (1982)	Não declarado.
Targ (1999)	Não declarado.
McCarthy (2003)	Residentes mais confortáveis e mais interessados em abordar a R/S dos pacientes.
Grabovac (2008)	Ganho de conhecimentos e habilidades. Resultado estatisticamente significativo: aumento de competência (P<0.0001)
Kozak (2010)	Reportaram aumento da habilidade em entender diferentes perspectivas culturais e espirituais, aumento do conforto em acessar os contextos religiosos e espirituais dos pacientes e expressaram um nível alto de satisfação em explorar seu próprio contexto cultural/espiritual e como isso está relacionado ao cuidado com o paciente.
Galanter (2011)	No final do treinamento, os R3 tiveram taxas altas de avaliação nesse treinamento em relação a outros treinamentos durante a residência.
Huguelet (2011)	Intervenção não foi tão bem aceita pelos residentes quanto pelos pacientes. Residentes não entusiasmados, possivelmente influenciados pelo viés da desajustabilidade social, na visão dos autores. (respostas politicamente corretas). Alguns clínicos consideraram estar indo além do seu próprio campo. Na avaliação dos últimos quartos de pacientes, os clínicos marcaram escores que apontavam para importância da avaliação espiritual e da supervisão.
Stuck (2012)	Mudança positiva estatisticamente significativa de conhecimento a atitudes pelos seminaristas em relação ao grupo de residentes de psiquiatria e internos de psicologia
Campbell (2012)	Currículo foi de forma geral bem recebido pelos residentes, com solicitações de retorno para assistir às aulas após a formatura. Qualitativa: “bons exemplos de estudos e como a espiritualidade ajuda”; ajudou a “reenquadrar a visão de espiritualidade, sobretudo de pessoas com crenças drasticamente diferentes”; “aumentou o entendimento do relacionamento com a doença mental”; “aprendi uma nova forma de abordar a espiritualidade e o sistema de crenças do paciente”.
Awaad (2015)	Quantitativamente: auto-percepção estatisticamente significativa em relação a ganho de competência (p<0,001) e mudança na prática profissional (p=0,004). Qualitativamente: aumento do conforto em referir para capelães. Além de: maior entendimento do tema, vontade de incluir na prática clínica, descoberta que estavam subestimando esse aspecto na prática clínica, e detecção de elementos de transferência e contra-transferência antes não detectados
McGovern (2017)	Forte concordância de que espiritualidade não deveria se afastar da religiosidade (85,7%); maioria dos residentes concordou que apreciar sua própria espiritualidade poderia ajudar no cuidado com o paciente; houve consenso da maioria em itens relacionados a competências essenciais em treinamento que incluem conhecimento de espiritualidade, avaliação e consciência da espiritualidade do paciente, sensibilidade ética e cultural, abordando questões espirituais no planejamento do tratamento holístico e trabalhando com líderes espirituais e outros recursos da comunidade; pouca concordância em como deve ser iniciada a conversa R/S (42,8%). Outros resultados mistos: sobre a habilidade em colher uma anamnese espiritual, apenas 46% reportou aumento da consciência e integração da espiritualidade nos cuidados clínicos.

Apenas três estudos incluíram aspectos avaliando os pacientes envolvidos nas intervenções, mas nem todos avaliaram diretamente o impacto dessas intervenções sobre os

pacientes atendidos pelos residentes (HUGUELET et al., 2011; GALANTER et al., 2011; CAMPBELL; STUCK; FRINKS, 2012) (Quadro 10).

Um deles, por exemplo (GALANTER et al., 2011) apenas categorizou os pacientes de um ponto de vista diagnóstico e classificou o seu nível de orientação espiritual em relação aos outros grupos estudados. O outro (HUGUELET et al., 2011), por sua vez, não identificou alterações significativas, em termos de desfecho primário, após a intervenção.

Os desfechos primários avaliados foram aderência à medicação e satisfação com o tratamento. Porém, em termos de desfecho secundário, houve menor taxa de abandono de tratamento por parte do grupo de pacientes dos residentes que receberam treinamento do que com o grupo de pacientes dos residentes que não receberam no período de três meses.

O último estudo (CAMPBELL; STUCK; FRINKS, 2012) avaliou, com duas perguntas, numa perspectiva de avaliação 360°, o nível de satisfação dos pacientes com a entrevista feita pelos residentes em relação aos aspectos de R/E, sem, contudo, citar os seus resultados.

Quadro 10 – Resultado sobre os pacientes

1º Autor(a)	Pacientes
Galanter (2011)	Pacientes foram avaliados com relação ao nível de orientação espiritual (taxas maiores que dos residentes e menores do que a dos capelães). Quanto ao diagnóstico, 47% com diagnóstico no espectro de esquizofrenia e 35% uma co-morbidade com dependência química.
Huguelet (2011)	Não houve diferença entre intervenção e grupo controle nos desfechos primários (Escala de Avaliação de Aderência de Medicamentos e Inventário de Aliança de Trabalho). Melhoria no desfecho secundário: menos pacientes no grupo de intervenção perdeu compromissos vs. grupo controle em 3 meses.
Campbell (2012)	Não houve menção aos resultados. As duas perguntas para os pacientes responderem incluídas na avaliação de 360° dos residentes foram: 1) “Meu médico me perguntou sobre crenças espirituais”; 2) “Meu médico me permite discutir questões espirituais pertinentes a mim”.

Os currículos foram predominantemente bem avaliados, com destaque para temas envolvendo a abordagem da R/E dos pacientes, discussão sobre a própria R/E dos residentes (TARG, 1999; MCCARTHY; PETEET, 2003) e quanto à qualidade do programa (TARG, 1999; KOZAK et al., 2010; MCCARTHY; PETEET, 2003; STUCK et al., 2012; MCGOVERN et al., 2017). Alguns autores consideraram a própria continuidade do currículo de R/E no programa de residência como uma evidência de seu sucesso (WESTENDORP, 1982; GALANTER et al., 2011).

Embora não tenha havido menção de impacto negativo do currículo (CAMPBELL; STUCK; FRINKS, 2012) um trabalho identificou o potencial do currículo de gerar divisão entre os residentes (MCCARTHY; PETEET, 2003) na medida em que manifestaram diferentes

opiniões sobre o tema da R/E. Outro considerou a presença de certa apatia na forma com que os residentes lidavam com a intervenção (HUGUELET et al., 2011), além de um outro em que um grupo de residentes achou pouco relevante a abordagem (AWAAD et al., 2015) e outro em que houve resistência inicial por parte dos residentes com a implementação da proposta (GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008) (Quadro 11).

Quadro 11 – Resultado sobre os currículos

1º Autor(a)/ Ano	Avaliação do currículo
Westendorp (1982)	“Sucesso.”
Targ (1999)	Curso foi de forma geral bem recebido. Notas mais altas para materiais de pacientes e discussão de experiências espirituais subjetivas. Queixa dos residentes de pouco tempo para discussão, nos seminários.
McCarthy (2003)	Coordenadores perceberam potencial do currículo de dividir os residentes com visões muito divergentes. Foi considerado positivo ter dois coordenadores para se evitar proselitismo ou uma “agenda oculta”. Necessário balancear apresentações formais com a necessidade dos residentes de discutir as suas próprias questões a respeito. Os residentes apreciaram desenvolver uma abordagem estruturada para a espiritualidade do paciente, mas as aulas mais bem-sucedidas foram as que permitiram aos mesmos articular o que eles mesmos traziam de si no encontro com os seus pacientes.
Grabovac (2008)	<i>Feedback</i> dos residentes geralmente positivo. Alguns residentes falaram do ambiente hospitalar pouco propício à inclusão da R/E, muitos residentes resistentes à introdução do curso no currículo geral (na visão dos preceptores). Isso pareceu estar relacionado à transferência de atitudes pessoais em relação à espiritualidade para o contexto profissional.
Kozak (2010)	Residentes estavam muito satisfeitos com relação a: 1) qualidade das apresentações, 2) escolha dos tópicos, 3) nível educacional do programa.
Galanter (2011)	O autor considera que a continuidade e sobrevivência do programa é uma evidência de sucesso do mesmo.
Huguelet (2011)	O processo não foi muito bem aceito pelos psiquiatras, embora tenham reportado em supervisão em 67% dos casos o uso potencial de informações colhidas na avaliação religiosa e espiritual.
Stuck (2012)	Taxas de avaliação tanto para o primeiro quanto para o segundo seminário foram “muito boa” e “excelente”. E 8 dos 9 objetivos do programa receberam a mesma nota. Qualitativa: permitiu, no futuro “prover mais referências aos clérigos”; “informações sobre interação com outras crenças” (não cristãs); “bom para o futuro relacionamento com os clérigos”.
Campbell (2012)	Boa receptividade entre os residentes. Avaliação quantitativa: não houve impacto negativo.
Awaad (2015)	Alguns residentes acharam abordagem vaga e pouco voltada para a prática, e outros que o conteúdo já lhes era conhecido e os elementos práticos já vinham sendo incorporados por eles na prática. Muitos reconheceram a importância do diálogo entre capelães e o time de médicos e notaram aumento do conforto em envolver e referenciar pacientes para capelães.
McGovern (2017)	O currículo foi considerado significativo pela maioria dos residentes (69.2%), expandiu sua apreciação do que é espiritualidade na prática (76.9%), e aumentou sua expertise clínica em assuntos de espiritualidade (92.3%). Em geral bem aceito pelos residentes.

4.9 Indicação expressa de bibliografia

Houve indicação expressa de bibliografia em 6 dos 11 estudos (WESTENDORP, 1982; MMCCARTHY; PETEET, 2003; GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008; GALANTER et al., 2011; AWAAD et al., 2015; MCGOVERN et al., 2017). Nos demais artigos não houve qualquer menção à bibliografia utilizada. Ao todo, somam-se 34 livros e 20 artigos indicados (Quadro 12). O estudo em que houve maior indicação de livros foi o Westendorp (1982), com 25 itens ao todo, e o com maior indicação de artigos foi o de Galanter (2011), com 10 indicações. De todas essas 64 referências, houve sobreposição de indicações bibliográficas de apenas um artigo, nos trabalhos de Galanter (2011) e Awaad (2015). A lista com o total de livros e artigos indicados pode ser encontrada no Anexo A desta dissertação.

Quadro 12 – Indicação expressa de bibliografia

Estudo (Autor/Ano)	Livros (N)	Artigos (N)
Westendorp (1982)	25	-
McCarthy & Peteet (2003)	5	1
Grabovac (2008)	-	7
Galanter (2011)	2	10
Awaad (2012)	-	2
McGovern (2015)	2	-
Total	34	20

4.10 Problemas, desafios, barreiras e recomendações

Quase metade dos trabalhos não citou problemas e barreiras encontrados na implementação dos currículos (KOZAK et al., 2010; HUGUELET et al., 2011; GALANTER et al., 2011; STUCK et al., 2012; MCGOVERN et al., 2017). Dentre os que incluíram essa discussão, encontram-se: resistência inicial por parte dos residentes (MCCARTHY; PETEET, 2003; GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008; AWAAD et al., 2015) e preceptores (WESTENDORP, 1982, CAMPBELL et al., 2012) e a falta de *feedback* dos mesmos (CAMPBELL et al., 2012), tensão entre residentes (TARG, 1999; MCCARTHY; PETEET, 2003), conflitos dos residentes sobre sua própria fé, entre residentes e preceptores (medo de reprovação dos residentes pelos preceptores (TARG, 1999; WESTENDORP, 1982) e entre

preceptores entre si, por exemplo, quanto à extensão da literatura a ser indicada (TARG, 1999; WESTENDORP, 1982).

Em relação aos problemas envolvendo apenas residentes, houve relato de grande eficácia do uso da ferramenta de supervisão em grupo, por exemplo (WESTENDORP, 1982). Nesse caso, essa ferramenta permitiu a expressão dos conflitos entre os residentes de forma supervisionada. Isso facilitou a expressão das tensões geradas pelas diferenças, bem como direcionou a discussão sobre os temas atrelados ao contexto da R/E para a busca de soluções, com aceitação dessas soluções entre os residentes.

Houve, ainda, desafios na relação entre residentes e pacientes. Por exemplo, relatos de comportamento inadequado por parte dos residentes ou mesmo preocupação em manifestá-los frente às questões religiosas e espirituais dos pacientes (proselitismo, descrença, participação em rituais de maneira inadequada, ou uso inapropriado de oração e escrituras no *setting*) (TARG, 1999; WESTENDORP, 1982) (Quadro 13).

Já com relação às limitações citadas pelos próprios estudos, as principais foram: pouca publicação a respeito (WESTENDORP, 1982), abordagem mais conservadora (MCCARTHY; PETEET, 2003) – utilizando métodos mais tradicionais de ensino, na perspectiva de seus autores –, amostra pequena (GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008; AWAAD et al., 2015; MCGOVERN et al., 2017), ausência de grupo controle (GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008; AWAAD et al., 2015), uso de questionários não validados (GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008; STUCK et al., 2012; AWAAD et al., 2015), viés de desajustabilidade social por parte dos residentes ao preencherem os questionários (HUGUELET et al., 2011; GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008) ou viés por resistência inicial (GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008) no preenchimento dos dados. Viés de coleta no *feedback* colhido pelos residentes – foi voluntário (CAMPBELL; STUCK; FRINKS, 2012).

Houve ainda a possibilidade de viés regional a respeito da autoidentidade religiosa (CAMPBELL; STUCK; FRINKS, 2012). Essa limitação considerou que poderia haver um viés devido à religiosidade dominante entre os residentes com relação ao local de origem desses residentes, no contexto em que aquele estudo foi realizado. Além dessas limitações, houve também a aquisição de habilidades avaliada de forma não estratificada (CAMPBELL; STUCK; FRINKS, 2012) ou seja, esse estudo considerou uma limitação avaliar simplesmente se houve ou não a aquisição da habilidade. Na perspectiva desses autores (CAMPBELL; STUCK; FRINKS, 2012) essa avaliação poderia ser mais bem feita quando em níveis de aquisição de habilidades mais detalhados, e não simplesmente se ela houve ou não.

Além dessas limitações, considerou-se a ausência de avaliação pré-teste (MCGOVERN et al., 2017) e a não coleta de dados no longo prazo (STUCK et al., 2012; AWAAD et al., 2015). Além disso, também as amostras dos residentes e dos pacientes foram consideradas de conveniência, e não de probabilidade em relação à amostra geral da população (GALANTER et al., 2011).

Por fim, com a exceção de três estudos (HUGUELET et al., 2011; GALANTER et al., 2011; CAMPBELL; STUCK; FRINKS, 2012) não foi avaliada a dimensão dos pacientes, nem sequer o seu impacto. O processo foi altamente dependente da dinâmica instrutor-residente e instrutor-dependente (difícil avaliar de forma padronizada) (AWAAD et al., 2015). O único estudo randomizado também apresentou sérias limitações (HUGUELET et al., 2011), como tempo gasto a mais na consulta do grupo em que se abordou a R/E; a supervisão foi feita apenas no grupo de R/E (Quadro 13).

Houve dois aspectos considerados limitações pelos estudos, mas que podem ser considerados um erro metodológico (o primeiro) e uma barreira (o segundo). São eles, respectivamente: os pacientes assinaram o termo de consentimento antes de serem randomizados (HUGUELET et al., 2011) e houve queixa de falta de tempo por parte dos residentes (TARG, 1999) para a inclusão do currículo em R/E no programa.

As recomendações feitas pelos estudos para os novos estudos sobre currículos em R/E na RMP, quer para fins de pesquisa, quer para fins de ensino, vieram ao encontro de suas limitações (Quadro 13).

Quadro 13 – Problemas, barreiras, limitações e recomendações

PROBLEMAS E BARREIRAS	LIMITAÇÕES	RECOMENDAÇÕES
<p>Aprovação do currículo pelo programa (WESTENDORP, 1982).</p> <p>- Seleção dos residentes para o programa (WESTENDORP, 1982).</p> <p>- Coping dos residentes em tempos de estresse (maior uso de textos sagrados do que de textos de psiquiatria) (WESTENDORP, 1982).</p> <p>- Residentes ultrapassando barreiras na psicoterapia (WESTENDORP, 1982).</p> <p>- Resistência inicial por parte dos residentes</p>	<p>Pouca publicação a respeito (WESTENDORP, 1982).</p> <p>Queixa de falta de tempo por parte dos residentes (TARG, 1999).</p> <p>Amostra pequena (GRABOVAC, CLARK, & MCKENNA, 2008; AWAAD et al., 2015; MCGOVERN et al., 2017).</p> <p>Ausência de grupo controle (GRABOVAC et al., 2008; AWAAD et al., 2015).</p> <p>Uso de questionários não validados (STUCK et al., 2012; GRABOVAC, CLARK, & MCKENNA, 2008; AWAAD et al., 2015).</p> <p>Viés de desejabilidade social por parte dos residentes ao preencherem os</p>	<p>Incentivo a pesquisa pelos preceptores (WESTENDORP, 1982).</p> <p>Incentivo à publicação pelos residentes (WESTENDORP, 1982).</p> <p>Mais estudos de caso (GRABOVAC, CLARK, & MCKENNA, 2008).</p> <p>Menos membros no corpo docente (GRABOVAC, CLARK, & MCKENNA, 2008).</p> <p>Mais pesquisas sobre o impacto das intervenções (GRABOVAC, CLARK, & MCKENNA, 2008; AWAAD et al., 2015; GALANTER et al., 2011).</p>

<p>(GRABOVAC et al., 2008; AWAAD et al., 2015; MCCARTHY & PETEET, 2003).</p>	<p>questionários (GRABOVAC, CLARK, & MCKENNA, 2008, HUGUELET et al., 2011).</p>	<p>Mais desenvolvimento de currículos (GALANTER et al., 2011; HUGUELET et al., 2011).</p>
<p>- Resistencia inicial por parte dos preceptores (WESTENDORP, 1982; CAMPBELL et al., 2012).</p>	<p>Viés por resistência inicial no preenchimento dos mesmos por parte dos residentes. (GRABOVAC, CLARK, & MCKENNA, 2008).</p>	<p>Currículos com ênfase na diferenciação conceitual entre religiosidade e espiritualidade (KOZAK et al., 2010).</p>
<p>- Falta de <i>feedback</i> dos preceptores (CAMPBELL et al., 2012).</p>	<p>Viés de coleta no <i>feedback</i> colhido (voluntário) pelos residentes (CAMPBELL, STUCK, FRINKS, 2012).</p>	<p>Incentivar mais supervisão sobre o tema, tanto do ponto de vista da pesquisa quanto da clínica (HUGUELET et al., 2011).</p>
<p>- Tensão entre residentes (MCCARTHY & PETEET, 2003; TARG, 1999).</p>	<p>Possibilidade de viés regional a respeito da auto-identidade religiosa (CAMPBELL, STUCK, FRINKS, 2012).</p>	<p>Incentivar inserção precoce do tema no treinamento de residentes (HUGUELET et al., 2011).</p>
<p>- Conflitos dos residentes sobre sua própria fé (TARG, 1999).</p>	<p>Aquisição de habilidades avaliada de forma não estratificada (GRABOVAC, CLARK, & MCKENNA, 2008).</p>	<p>Validação de questionários (STUCK et al., 2012; AWAAD et al., 2015).</p>
<p>- Conflitos entre residentes e preceptores (ex.: medo de reprovação dos residentes pelos preceptores) (WESTENDORP, 1982; TARG, 1999).</p>	<p>Ausência de avaliação pré-teste (MCGOVERN et al., 2017).</p>	<p>Avaliação de longo prazo (STUCK et al., 2012; AWAAD et al., 2015).</p>
<p>- Conflitos entre preceptores entre si (ex.: quanto à extensão da literatura a ser indicada. (WESTENDORP, 1982; TARG, 1999).</p>	<p>Não haver coleta de longo prazo (AWAAD et al., 2015, STUCK et al., 2012).</p>	<p>Seminários com clérigos de diferentes credos (STUCK et al., 2012).</p>
<p>- Desafios na relação entre residentes e pacientes (TARG, 1999; WESTENDORP, 1982)</p>	<p>Processo altamente dependente da dinâmica instrutor-residente e instrutor-dependente (AWAAD et al., 2015).</p>	<p>Encorajar <i>feedback</i> anônimo de residentes e preceptores (CAMPBELL et al., 2012).</p>
	<p>Amostras dos residentes e dos pacientes de conveniência (e não de probabilidade) (GALANTER et al., 2011).</p>	<p>Inserir intervenções baseadas em mindfulness (CAMPBELL et al., 2012).</p>
	<p>Pouca avaliação do desfecho do sucesso do programa em relação aos pacientes (GALANTER et al., 2011).</p>	<p>Mais espaço para os pacientes falarem de suas próprias experiências e mais foco na questão da contra-transferência (AWAAD et al., 2015).</p>
	<p>Problemas na randomização: tempo gasto a mais na consulta do grupo em que se abordou a R/E; supervisão foi feita apenas no grupo de R/E; pacientes assinaram consentimento antes de serem randomizados (HUGUELET et al., 2011).</p>	

4.11 Pontos fortes e fracos de cada estudo

Dando seguimento ao passo-a-passo de revisão sistemática proposto por Cook e West (2012), apresenta-se um resumo da avaliação dos pontos fortes e fracos de cada um dos 11 estudos (Quadro 14).

Quadro 14 – Pontos fortes e fracos de cada estudo

Autor do Estudo	Pontos Fortes	Pontos fracos
Westendorp (1982)	Pioneirismo e descrição dos estágios	Bibliografia muito extensa, avaliação do impacto do currículo não foi feita
Targ (1999)	Na descrição curricular e na descrição das barreiras encontradas	Avaliação do impacto do currículo
McCarthy (2003)	Interdisciplinaridade, qualidade técnica dos convidados	Curso ministrado no último ano da residência permitiu pouca experiência com pacientes dentro da residência com o tema R/E
Grabovac (2008)	Questionário mais qualificado Matriz de ensino por competências	Perda de amostra a longo prazo com mudança no desenho do estudo
Kozak (2010)	Detalhamento de tópicos e métodos	Sem referências bibliográficas Avaliação do impacto pouco detalhada
Galanter (2011)	Trabalho em grupo bem supervisionado com os pacientes e indicação adequada de bibliografia	Incluiu questionários sobre pacientes, mas que não avaliaram o impacto sobre os mesmos
Huguelet (2011)	Randomização da amostra e mediou impacto sobre pacientes	Qualidade da randomização e sem indicação bibliográfica
Stuck (2012)	Interdisciplinaridade	Viés de maturação (KERN et al., 2016)
Campbell (2012)	Interdisciplinaridade, grupo focal na construção do currículo, avaliação 360º	Viés de maturação (KERN et al., 2016) e competências não detalhadas a partir dos questionários citados
Awaad (2015)	Currículo baseado em atitudes, resultados objetivos mais bem delineados	Limitações inerentes ao desenho do estudo (KERN et al., 2016)
McGovern (2017)	Diálogo entre as competências R/E e as gerais na formação dos residentes, inovação de métodos com alta receptividade entre residentes	Limitações inerentes ao desenho do estudo (KERN et al., 2016)

Considerou-se a presença do viés de maturação como uma das limitações de alguns estudos (Quadro 14) na medida em que a diferença encontrada entre as medidas pré e pós-teste das intervenções não pôde ser atribuída exclusivamente a elas. Isso porque essa diferença foi considerada passível de ser atribuída ao desenvolvimento dos indivíduos por influências dos

processos psicológicos decorrentes das interações sociais, por exemplo, ao longo das intervenções (KERN et al., 2016).

A síntese dos achados de toda essa revisão encontra-se sumarizada em Hathaway et al. (s.d.) e foi incluída no Apêndice desta dissertação.

5 DISCUSSÃO

Em resumo, esta revisão encontrou 11 artigos com descrições de currículos originais de ensino da R/E na RMP num universo de mais de quatro mil artigos, sendo a maioria deles da América do Norte (apenas um da Europa) e 70% deles com alguma forma de financiamento. As publicações ocorreram entre os anos de 1982 e 2017, e a revista onde ocorreu a maior parte das publicações foi a *Academic Psychiatry*.

A amostra declarada de residentes alcançou um total de 195 indivíduos. As intervenções curriculares foram marcadas por grande heterogeneidade entre elas, bem como entre os desenhos dos estudos, com apenas um estudo randomizado. Os demais variaram entre relatos de caso e estudos experimentais ou quase-experimentais. O ano mais coberto pelos currículos foi o terceiro ano da residência, e houve a presença de pelo menos um psiquiatra na coordenação dos cursos em que esse item foi citado.

Os objetivos do currículo foram explicitados na maioria dos casos, mas apenas um trabalho incluiu claramente um mapa de competências R/E a serem desenvolvidas (conhecimentos, habilidades e atitudes) pelos residentes.

As competências R/E podem ser consideradas uma das formas de expressão das competências culturais (LIM et al., 2008). Porém, o guarda-chuva dessas últimas é mais amplo que o das primeiras, e a revisão desse escopo iria além dos objetivos desse trabalho, na medida em que ampliaria muito mais essa discussão.

Todos os tópicos e métodos dos currículos implementados puderam ser inseridos em 23 categorias de tópicos e 31 categorias de métodos, sendo que a recomendação expressa de bibliografia foi tão diversificada quanto as próprias intervenções, num total de 34 livros e 20 artigos, com apenas a sobreposição de 1 artigo entre elas.

Quanto aos resultados das intervenções, em relação aos residentes, a maioria das descrições foi qualitativa e com descrição de impacto positivo e favorável por parte dos residentes. Do ponto de vista objetivo, houve achados estatisticamente significativos descritos em apenas três trabalhos, com ganho de conhecimento, de competência, e mudança na prática clínica. Apenas três trabalhos avaliaram algum aspecto relacionado à dimensão dos pacientes, mas sem nenhum achado primário estatisticamente significativo. Com relação ao currículo, a avaliação foi predominantemente positiva e feita de forma qualitativa.

Na perspectiva de ensino, as principais barreiras e desafios encontrados ocorreram na esfera intra ou interpessoal, dentro ou entre os grupos de residentes, de preceptores e de pacientes. Em todas as descrições tais dificuldades foram superadas.

Numa perspectiva de pesquisa, as principais limitações metodológicas foram: amostras pequenas, questionários não validados, falta de grupo controle e de avaliação em longo prazo, apenas um estudo randomizado e mesmo assim com várias limitações no seu método de randomização.

5.1 Principais pontos fortes e fracos de cada estudo

Com relação aos pontos fracos e fortes de cada estudo, foram destacados os elementos de cada um, e, a seguir, apresentados (Quadro 14):

O trabalho de Westendorp (1982) tem o mérito de ser desbravador e possui qualidade na descrição dos estágios. Porém, avalia pouco o impacto da intervenção sobre os residentes e o próprio currículo, além de oferecer muitas referências bibliográficas, que poderiam, na prática, dificultar a real implementação do próprio currículo de maneira integral.

Targ (1999), por sua vez, também tem o mérito de descrever com riqueza de detalhes os métodos de ensino, os ambientes de estágio e citar as barreiras encontradas, mas deixa a desejar com relação à avaliação do impacto da intervenção sobre os residentes e a avaliação do próprio currículo.

McCarthy e Peteet (2003) se destacam pela riqueza interdisciplinar e qualidade técnica e didática dos convidados – curso ministrado em Harvard. O ponto fraco, na perspectiva do autor, foi que a intervenção aconteceu num período de 12 semanas apenas no último ano da residência, o que inviabiliza mais tempo de prática protegida pelos residentes ao longo de sua formação, já que o quarto ano é o último ano de formação básica dos residentes nesse cenário.

Grabovac, Clark e McKenna (2008) avançam em relação à discussão de uma matriz de ensino por competências na área de R/E e na tentativa de usar um questionário mais qualificado, embora sem validação. Esses são dois pontos fortes, na perspectiva do autor, em relação a outros estudos. Esse questionário chegou, inclusive, a ser reaproveitado e adaptado por outro autor, revelando algum reconhecimento por pares, nesse aspecto, dessa iniciativa (AWAAD et al., 2015).

Uma das principais perdas do estudo foi a diminuição da amostra ao longo do tempo, o que fez com que houvesse necessidade de mudança do desenho do estudo na medida em que o grupo controle não entregou os questionários na sexta semana e no sexto mês da intervenção.

O estudo de Kozak et al. (2010), por sua vez, tem a força de trazer um grande detalhamento de tópicos e métodos, porém deixa a desejar com relação à avaliação do impacto – pouco detalhada – e à ausência de recomendações bibliográficas.

Galanter et al. (2011) trazem a colaboração diferenciada do trabalho em grupo com pacientes e um cuidado muito grande, na perspectiva desse estudo, no gerenciamento dessa atividade: os encontros foram semanais e eles descreveram um encontro duas vezes por semana, da equipe, para gerenciar os temas e avaliar a dinâmica do processo. Além disso, o estudo apresenta clara e numerosamente adequada indicação de bibliografia. Um ponto fraco: embora tenha incluído questionários sobre a realidade dos pacientes, não mediu diretamente o impacto dessa intervenção sobre esses pacientes.

Huguelet et al. (2011), como já foi dito, foi o único estudo randomizado encontrado estudando essa população de residentes de psiquiatria e que incluiu o impacto da intervenção sobre os pacientes. Esses são os seus pontos mais fortes. Sua amostra foi muito pequena (apenas 8 residentes), e houve muitos vieses na randomização dos grupos, o que enfraqueceu o estudo, além de não ter havido indicação bibliográfica.

Já o estudo de Stuck et al. (2012) se destaca positivamente pela perspectiva interdisciplinar e integrativa assumida em sua intervenção, agregando internos de psicologia, seminaristas e residentes de psiquiatria. Sem dúvida, uma das exceções em relação aos outros estudos. Nesse ponto, a sua principal força dá origem à sua principal fragilidade, e tal limitação foi reconhecida pelos próprios autores: até que ponto os resultados avaliados da intervenção não poderiam ser considerados decorrentes da interação entre esses grupos? Tal limitação poderia ter sido extinta a partir da randomização dos grupos.

O trabalho de Campbell, Stuck e Frinks (2012) traz vários pontos fortes e algumas poucas limitações. Uma inovação é a construção do currículo a partir de um grupo focal de residentes e *fellows*. Além disso, introduz a ferramenta de avaliação 360°, que inclui a autoavaliação, um questionário de avaliação de satisfação dos pacientes, uma avaliação do supervisor e avaliação de pares.

Na perspectiva dos autores, esse tipo de avaliação permite manter a consciência ao longo do programa de residência sobre os fatores R/E. Além disso, assim como Stuck et al. (2012), o estudo de Campbell, Stuck e Frinks (2012) também realizou um currículo interdisciplinar, tanto do ponto de vista docente quanto discente, incluindo capelães, psicólogos e psiquiatras, além

de outros profissionais. Porém, não detalhou quais as competências avaliadas em seu questionário, para os residentes. Além desse ponto fraco, outros foram o *feedback* voluntário e o viés regional na amostra.

Awaad et al. (2015), por sua vez, trouxeram como força em seu estudo uma ênfase no aspecto da abordagem das atitudes, no mapa de competências R/E, ao contrário de outros estudos com maior ênfase no aspectos de conhecimentos e habilidades, segundo a perspectiva desses autores (GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008; CAMPBELL; STUCK; FRINKS, 2012). Com o uso de um questionário adaptado de outro estudo (KOZAK et al., 2010), geraram dados objetivos mais bem delineados. Porém, o desenho do estudo sem grupo controle dificultou, devido aos vieses implícitos a esse tipo de desenho, associar os resultados encontrados à intervenção curricular.

Por fim, McGovern et al. (2017) trouxeram como força em seu estudo um diálogo entre as competências R/E, com sua inserção nas seis matrizes de competências da ACGME, dos Estados Unidos, voltadas para a formação dos médicos: 1) cuidado com o paciente, 2) conhecimento médico, 3) aprendizado baseado no paciente, 4) habilidades de comunicação e interpessoais, 5) profissionalismo e 6) prática baseada no sistema.

Enquanto método de ensino, o referido estudo trouxe uma inovação que são os jantares periódicos com supervisores, com forte aceitação entre os residentes devido ao senso de pertencimento gerado. Além disso, introduziu também um método de visita de campo aos Alcoólicos Anônimos, que no contexto dessa revisão foi considerado inovador. A principal fraqueza do estudo foi a falta de grupo controle e randomização, além da amostra pequena, que, todas somadas, dificultam a atribuição dos resultados encontrados à intervenção realizada, devido aos potenciais vieses envolvidos no desenho de estudo.

5.2 Considerações sobre as 18 categorias

Quanto às 18 categorias, elas incluíram aspectos bibliométricos, aspectos relativos aos métodos de pesquisa utilizados em cada estudo, bem como aspectos relacionados ao processo de ensino em si.

5.2.1 Aspectos bibliométricos

Houve uma predominância marcante de publicações norte-americanas ($n = 10$), sendo apenas uma europeia (Quadro 2). Não houve achados asiáticos, sul-americanos, da Oceania ou africanos nos idiomas de inclusão. Isso aponta para uma realidade predominantemente norte-americana sobre o ensino desse tema, com pouco ou quase nada sabido a respeito de outras iniciativas (BOWMAN, 2009; SANSONE; KATHAIN; RODENHAUSERH, 1990; GRABOVAC; GANESAN, 2003; RENSBURG et al., 2013; PUCHALSKI et al., 2000).

O período das publicações coincide, de certa forma, temporalmente, com o aumento das publicações na área de Religiosidade e Espiritualidade na área médica (KOENIG; MCCULLOGH; LARSON, 2001; KOENIG, 2009; KOENIG; KING; LARSON, 2012; PUCHALSKI et al., 2014; LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014; DAMIANO, 2016; VANDERWEELE; BALBONI; KOH, 2017), sendo a primeira encontrada em 1982 e a última em 2017 (Quadro 2).

De todas as revistas, a que mais recebeu publicações foi a *Academic Psychiatry*. Esse dado teve influência sobre a escolha de qual revista receberia a submissão de um dos artigos derivados desta dissertação (OLIVEIRA E OLIVEIRA; PETEET; MOREIRA-ALMEIDA, s.d.).

5.2.2 Aspectos relacionados aos métodos de pesquisa

Ao todo, 195 residentes foram inseridos nos estudos que declararam suas amostras, e 4 estudos não o fizeram (Quadro 3). Essa é a primeira evidência da falta de padronização dos estudos, na perspectiva deste autor, e uma das limitações desta revisão. Isso tornou a extrapolação dos achados dessa revisão para outros contextos passível de ser questionada, na medida em que, quando declaradas, as amostras foram geralmente pequenas e representativas de contextos culturais diversos.

Além disso, devido às diferenças significativas entre todas as intervenções estudadas, os achados se tornaram muito pouco comparáveis, ainda que houvesse a mínima paridade entre elas. Nesse aspecto, a exceção foi de um estudo que contou com 80 participantes (CAMPBELL; STUCK; FRINKS, 2012).

A maioria, como foi dito, apresentou o baixo número de residentes avaliados como uma de suas principais limitações. Tal dificuldade, na perspectiva deste autor, pode ser sanada com

a condução de intervenções de forma multicêntrica e com um cálculo prévio de amostra feito de maneira estatisticamente adequada (KERN et al., 2016; KARA-JÚNIOR, 2014).

De forma geral, a presença de financiamento foi um fator marcante em mais de 70% das publicações avaliadas (Quadro 3). Desse ponto de vista, destacou-se o papel da Fundação John Templeton, inclusive com outras premiações feitas, porém sem os respectivos artigos publicados (PUCHALSKI; LARSON; LU, 2000; THE GEORGE WASHINGTON INSTITUTE FOR SPIRITUALITY & HEALTH, 2016). Essa pode ser uma provável explicação para os estudos serem quase todos da América do Norte, na medida em que a origem dessa Fundação é também norte-americana (THE GEORGE WASHINGTON INSTITUTE FOR SPIRITUALITY & HEALTH, 2016).

Segundo Kern et al. (2016), o financiamento é uma das importantes variáveis a serem consideradas no passo de implementação do currículo, para fins de ensino e/ou pesquisa. O financiamento é considerado um recurso que pode favorecer ou dificultar a implementação de um currículo, assim como tempo, recursos humanos, dentre outros. Esse é considerado um fator determinante para a grande predominância das iniciativas existirem no contexto norte-americano, até o momento. Além disso, a única pesquisa fora desse contexto, na Europa, também contou com financiamento. Nesse sentido, surge a hipótese de o financiamento ser um fator relevante para o avanço desse cenário em outros contextos mundiais. O financiamento, embora não tenha se mostrado imprescindível, haja vista a presença de publicações sem o seu incentivo (Quadro 4), parece ser um fator importante para a expansão e implementação de currículos em R/E na RMP (KERN et al., 2016).

Quanto ao desenho do estudo, houve apenas um estudo randomizado (Quadro 6). Além desse, cinco relatos de caso e um estudo pré-experimental. Os demais ensaios foram considerados quase-experimentais, com avaliação pré e ou pós-teste. Essa classificação foi feita baseada no trabalho de Kern et al. (2016).

Segundo tal classificação, um estudo quase experimental é aquele em que houve avaliação do impacto da intervenção – quer seja pré e/ou pós-teste – normalmente com grupo controle, mas sem randomização. Já o pré-experimental é aquele em que não houve grupo controle e nem randomização.

Além disso, foram encontrados na literatura relatos sobre as dificuldades em se encontrar e realizar estudos randomizados de qualidade na área de educação médica em geral, e a constatação de que grande parte dos estudos não alcançou esse nível mais sofisticado de desenho metodológico (KERN et al., 2016; COOK; WEST, 2012; REED et al., 2005; PHILIBERT, 2012; TURNER; BALMER; COVERDALE, 2013; KALET et al., 2010).

Além dessa, outra ponderação presente na literatura dessa área é a de que os estudos randomizados, quando feitos, nem sempre são realizados da maneira mais adequada (REED et al., 2005; PHILIBERT, 2012; TURNER; BALMER; COVERDALE, 2013; KALET et al., 2010).

Tal consideração encontra base nos achados da presente revisão, pois o único estudo randomizado identificado apresentou sérias limitações metodológicas, declaradas, inclusive, pelos seus próprios autores: randomização posterior à coleta do termo de consentimento, maior tempo nas consultas em que se abordou a questão R/E e supervisão oferecida apenas aos residentes que estavam no grupo intervenção (HUGUELET et al., 2011).

Esses tipos de limitações dificultam a valorização dos achados, embora se tenha usado um método mais sofisticado. Ou seja, a randomização posterior à coleta do termo de consentimento pode criar um viés no grupo de pacientes que não foi exposto à intervenção, na medida que esse grupo pode passar a acreditar que não está sendo tratado da mesma forma e, com isso, passar a manifestar algum tipo de comportamento diferente ou mesmo respostas aos questionários influenciadas por esse tipo de viés.

Ao mesmo tempo, a quantidade de horas ou minutos gastos a mais nas consultas em que foi feita a investigação dos aspectos R/E dos pacientes, já que não houve alguma outra intervenção pareada, no grupo controle, poderá ter criado uma diferença no nível de satisfação no grupo intervenção maior ou menor em relação ao grupo controle. Isso pode ter influenciado o achado final de não haver diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com relação a este quesito, por exemplo.

Um dado na literatura que pode sustentar essa possível interferência é o fato de que os pacientes, em sua maioria, querem ter a sua dimensão R/E na prática clínica (EHMAN et al., 1999; PARGAMENT; LOMAX, 2013; MCCORD et al., 2004; BAETZ et al., 2004; OLIVEIRA et al., 2013). Por fim, o próprio fato de os residentes do grupo controle, nesse estudo, não receberem supervisão durante essa intervenção, pode, inclusive, ter impactado negativamente a forma como esses residentes participaram do estudo, assim como a forma como entrevistaram os seus próprios pacientes.

Durante o processo de revisão mais ampla da literatura foi encontrado um estudo que, embora o enfoque no ensino da R/E fosse na graduação, se apresentou como o primeiro estudo randomizado na área até aquele presente momento, considerando aquele público (OSÓRIO et al., 2017). De toda forma, no âmbito da pós-graduação, na residência em Psiquiatria, mereceu destaque, com relação ao desenho do estudo, o trabalho de Huguelet et al. (2011). No universo do ensino da R/E na RMP, esse estudo se mostrou pioneiro e paradigmático.

Além disso, do ponto de vista do uso de ferramentas, foi esse o que mais utilizou ferramentas de avaliação, quer seja dos pacientes, dos residentes ou mesmo de avaliação do currículo (Quadro 6) e deve, certamente, se tornar uma das principais referências para a criação de outros estudos no campo.

Além de tudo, quanto ao quesito “avaliação do impacto sobre os pacientes”, uma outra ressalva encontrada na literatura é a de que os estudos na área de educação médica ainda deixam de privilegiar, em sua maioria, esse tipo de impacto. Essa avaliação dos pacientes é considerada por alguns autores como o último nível – mais sofisticado e importante – de avaliação de eficácia de uma intervenção curricular (KERN et al., 2016; REED et al., 2005; PHILIBERT, 2012; TURNER; BALMER; COVERDALE, 2013; KALET et al., 2010). O estudo de Huguelet et al. (2011), embora com todas as suas limitações metodológicas, o fez.

Por tudo isso, em relação aos aspectos relacionados à metodologia de pesquisas envolvendo o ensino da R/E na RMP, destaca-se o estudo de Huguelet et al. (2011) como principal referência metodológica no assunto, embora sejam necessárias adaptações diante das limitações – acima citadas – que nele se encontram.

A seguir, foram abordados e discutidos os aspectos relacionados ao processo de ensino em si.

5.2.3 Aspectos relacionados ao processo de ensino em si

O ano mais coberto pelas intervenções foi o R3, com nove programas cobertos, embora a grande diversidade dos modelos curriculares (Quadro 6). Tal dado não permitiu inferir que o terceiro ano fosse o melhor, embora diferentes elementos tenham surgido dessa realidade para uma discussão mais aprofundada. De forma geral, pareceu razoável que o currículo em R/E priorizasse os anos do meio na RMP e evitasse os extremos desse período de formação (BRASIL, 1977; DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2006; ME, 2006; LOPEZ-IBOHR; OKASHA, 2002).

Por um lado, o extremo do último, ou dos últimos anos, dependendo da extensão do programa, faria com que o residente aproveitasse pouco em relação aquele indivíduo que recebesse esse treinamento mais precocemente, exercendo a prática psiquiátrica de forma mais protegida para treinar a elaboração bio-psico-socio-espiritual dos seus casos (KOZAK et al., 2010; SULAMSY, 2002; JOSEPHSON, 2004; BARNARD; DAYRINGER; CASSEL, 1995).

Por outro lado, de acordo com diretrizes brasileiras e da AMP (BRASIL, 1977; DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2006; ME, 2006; LOPEZ-IBOHR; OKASHA, 2002), a inserção muito precoce do currículo R/E no programa poderia se sobrepor a uma ênfase do programa geral da residência diferente da clínica psiquiátrica, quando o residente fica mais voltado para outras atividades, como neurologia e emergência médica, por exemplo.

Nesse sentido, considerou-se que os anos do programa, normalmente voltados de forma mais enfática para a clínica psiquiátrica, poderiam ser mais adequados para o desenvolvimento de competências para a abordagem da R/E do paciente (KOENIG, 2016) do que os outros. Em síntese, priorizar os anos do meio do programa, em virtude dos argumentos acima expostos, e evitar o(s) primeiro(s) e o(s) último(s) ano(s), dependendo da duração completa de todo o programa, variável de acordo com o contexto de cada país (HUGUELET et al., 2011; MCCARTHY; PETEET, 2003; GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008).

Ao se considerar as ferramentas utilizadas para avaliação dos currículos nos estudos, encontrou-se que nenhuma delas foi validada, até o que se soube no momento desta escrita (Quadro 6). Dois estudos usaram um mesmo questionário, o “*Course Impact Questionnaire*”, sendo este, na segunda vez, utilizado de forma adaptada (GRABOVAC et al., 2008; AWAAD et al., 2015). Os originais desse questionário foram disponibilizados nos Anexos C e D desta dissertação. Os demais questionários foram solicitados, mais ainda não foram obtidas respostas junto aos respectivos autores dos artigos citados até o momento de finalização desta dissertação.

De acordo com Kern et al. (2016), a validade de um questionário é medida pelo grau em que um instrumento de medição realmente mede o objeto a ser mensurado. Já a confiabilidade de uma ferramenta tem a ver com a sua consistência ou capacidade de reprodutibilidade dessas medidas encontradas.

Essa foi outra limitação metodológica importante dentre os achados desta revisão. Nessa perspectiva, esse trabalho incentiva – junto com outros autores (GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008; STUCK et al., 2012; AWAAD et al., 2015) e também a partir de outras iniciativas de validação de questionários na área de R/E no Brasil (TAUNAY et al., 2012; CURCIO; LUCCHETTI; MOREIRA-ALMEIDA, 2015; LUCCHETTI et al., 2012) – que se procure validar um ou mais questionários que possam avaliar, de forma eficaz a realidade de pacientes, residentes e do próprio currículo, no âmbito da proposta de ensino da R/E na RMP.

Com relação aos coordenadores do curso, pareceu adequado, de acordo com as evidências encontradas, que pelo menos um psiquiatra fizesse parte não apenas da coordenação de um programa de R/E numa RMP (Quadro 6), mas também do corpo docente, por ser um

currículo de R/E dentro de um programa de residência em Psiquiatria para residentes em Psiquiatria, ainda que com a presença de outros membros docentes ou discentes.

A interlocução de saberes desse campo com outros fora da instituição poderia ser facilitada, por um lado. Por outro, poderia diminuir tensões e possíveis barreiras existentes entre preceptores e residentes, por exemplo (Quadro 14). Nessa direção, a construção de um processo de identificação e modelagem por parte dos residentes com os seus preceptores/coordenadores poderia ser também facilitada (MCCARTHY; PETEET, 2003; GALANTER et al., 2011; AWAAD et al., 2015).

Grabovac, Clark e McKenna (2008) recomendaram em seu estudo um grupo menor de docentes. Tal medida facilitaria a construção de vínculo num processo de ensino e de identificação entre discentes e docentes e o manejo, inclusive, de possíveis tensões entre os mesmos. Por outro lado, McCarthy e Peteet (2003) ressaltaram a importância de haver mais de um professor, o que diminuiria a suspeição em relação a uma “agenda oculta” em relação à iniciativa, como o caso de proselitismo, por exemplo (BALBONI et al., 2015; BANDINI, et al. 2017; MCCARTHY; PETEET, 2003).

Naturalmente, tais medidas, privilegiando a presença do psiquiatra na coordenação e corpo docente, não devem, sob hipótese alguma, desmerecer nem excluir a possibilidade de participação de outros membros, como os próprios residentes, clérigos ou membros do corpo clínico e multiprofissional da instituição em que esta intervenção esteja sendo promovida, como aconteceu em alguns dos casos encontrados (Quadro 6).

Com relação aos tópicos de ensino abordados em cada currículo, encontrou-se grande variedade, bem como com relação aos métodos de ensino utilizados (Quadros 7 e 8). Considerou-se, a partir da prevalência dos mesmos nos achados dessa revisão (HATHAWAY et al., s. d.; OLIVEIRA E OLIVEIRA; PETEET; MOREIRA-ALMEIDA, s. d.) e dos métodos de ensino mais utilizados no currículo geral da RMP (UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES, 2013; TASMAN et al., 2011; FERNANDES et al., 2012; SWICK; HALL; BARESIN, 2006; THOMAS; KEEPERS, 2014; FITCH et al., 2008), das diretrizes internacionais na área de R/E sobre o ensino desse tema na RMP (AMERICAN ASSOCIATION OF MEDICAL COLLEGES, 1999; COMMITTEE ON RELIGION AND PSYCHIATRY, 1990; CULTURAL COMPETENCE COMPENDIUM, 2003; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2012; COOK, 2011; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2016), e na experiência clínica e pedagógica desse autor e de seus orientadores na área – com vasta experiência de pesquisa, clínica e educacional no campo (MOREIRA-ALMEIDA; OLIVEIRA E OLIVEIRA, 2017; TAUNAY

et al., 2012; CURCIO; LUCCHETTI; MOREIRA-ALMEIDA, 2015; LUCCHETTI et al., 2012; BEAUREGARD et al., 2014; MOREIRA-ALMEIDA; ARAÚJO; CLONIGER, 2018; SLEUTJES; MOREIRA-ALMEIDA; GREYSON, 2014; ROCHA et al., 2014; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO-NETO, 2017; MOREIRA-ALMEIDA, 2013; MOREIRA-ALMEIDA, 2012; MAINIERI et al., 2017; PERES et al., 2012; PIMENTEL; ALBERTO; MOREIRA-ALMEIDA, 2016; MOREIRA-ALMEIDA, 2013a; STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2013; STROPPA et al., 2018; LUCCHETTI et al., 2012a; CURCIO; MOREIRA-ALMEIDA, 2018; REZENDE-PINTO et al., 2018; LUCCHETTI et al., 2018; DELMONTE et al., 2016; MENEZES; MOREIRA-ALMEIDA, 2010; MOREIRA-ALMEIDA; KOSS-CHIOINO, 2009; MOREIRA-ALMEIDA, 2009; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG, 2008; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; CARDEÑA, 2008; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; GREYSON, 2007; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO-NETO, 2005; MOREIRA-ALMEIDA; SILVA DE ALMEIDA; LOTUFO NETO, 2005; JOSEPHSON; PETEET, 2007; BALBONI et al., 2015; BALBONI et al., 2012; MITCHELL et al., 2016; PETEET, 2008; PETEET, 2008a; PETEET, 2010; PETEET, 2010a; PETEET et al., 2016; BANDINI et al., 2017; PETEET, 2018; PETEET, ZABEN & KOENIG, 2018; PETEET, 2018; PETEET, 2014; PETEET, 2012; BALBONI et al., 2011; PETEET, 2010; ALCORN et al., 2010; PETEET, 2009; PETEET, 2007; PETEET, 2007a) – quais daqueles poderiam ser utilizados numa proposta curricular mínima, que foi apresentada nesta dissertação (Quadro 15).

A síntese desta proposta curricular já foi submetida (OLIVEIRA E OLIVEIRA; PETEET; MOREIRA-ALMEIDA, 2018) e encontra-se disponível no Apêndice A desta dissertação, bem como a revisão sistemática (HATHAWAY et al., s.d.), no Apêndice B.

Com relação à avaliação do impacto da intervenção sobre os residentes, a maioria dos achados foi subjetiva (Quadro 9) e os achados objetivos e estatisticamente significativos foram escassos (GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008; STUCK et al., 2012; AWAAD et al., 2015). Subjetivamente e qualitativamente os residentes foram em geral bem avaliados, com exceção do estudo europeu (HUGUELET et al., 2011), que apresentou com mais clareza uma postura mais “politicamente correta” dos estudantes, que poderia ter configurado um viés nas respostas. Além desse estudo, outros autores chegaram a expor a possibilidade de um viés na coleta de dados, na medida em que houve voluntários ou involuntários com certa apatia e desvalorização dos conteúdos ministrados, dentro de cada contexto (Quadro 14), mas sem a apresentação explícita de uma avaliação mais negativa do grupo de residentes, como no primeiro.

No caso dos achados desta revisão, houve predomínio dos processos de autoavaliação com avaliação tanto qualitativa quanto quantitativa do grupo dos residentes (Quadro 9). Porém, tanto a avaliação qualitativa quanto a quantitativa fazem parte no processo de formação de um residente de psiquiatria. E, da mesma maneira, tanto a avaliação somativa quanto a formativa (UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EUROPEAN, 2013; TASMAN et al., 2011; FERNANDES et al., 2012; GONTIJO et al., 2013; ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION, 2000; ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA, 2000; SWICK; HALL; BERESIN, 2006; THOMAS; KEEPERS, 2014; FITCH et al., 2008; PSYCHIATRISTS RCO, 2013).

Incentiva-se, para fins de pesquisa e também de ensino, aumentar a ênfase das avaliações dos residentes no aspecto quantitativo, sem diminuir a importância da avaliação qualitativa predominantemente encontrada nos achados dessa revisão, a fim de facilitar a comparação entre os resultados dentro do mesmo processo e também entre intervenções de lugares diferentes. Além disso, observou-se a presença marcante de processo de autoavaliação. Incentiva-se aumentar a interação entre preceptores e residentes nos processos de avaliação formativa e somativa, acima destacados.

Com relação ao impacto sobre os pacientes, apenas três estudos utilizaram ferramentas para avaliarem essa dimensão, embora apenas um correlacionasse diretamente os achados à intervenção (Quadro 10). Neste, não houve mudanças de desfechos primários avaliados, embora como desfechos secundários, houve maior adesão às consultas no período de 3 meses por parte do grupo intervenção (HUGUELET et al., 2011).

Outro estudo (GALANTER et al., 2011) se restringiu mais a aspectos sociodemográficos e diagnósticos dos pacientes, sem avaliar diretamente o impacto das intervenções sobre eles. Porém, numa perspectiva de ensino processual, os temas que surgiam nas conversas com os pacientes eram avaliados e inseridos na esteira de temas a serem discutidos nas próximas sessões, por uma equipe que se reunia duas vezes por semana para programar as atividades seguintes.

Assim, numa perspectiva qualitativa, isso coloca esse estudo de forma muito diferenciada no cenário dos demais. Galanter et al. (2011) mereceram, nesse aspecto, destaque pela qualidade com que cuidaram do processo de acompanhamento do grupo de pacientes ao longo da intervenção curricular.

Já no terceiro estudo (CAMPBELL; STUCK; FRINKS, 2012) não houve menção aos resultados da investigação sobre os pacientes. Houve apenas duas perguntas para os pacientes responderem, incluídas na avaliação 360° dos residentes: 1) “Meu médico me perguntou sobre

crenças espirituais”; 2) “Meu médico me permite discutir questões espirituais pertinentes a mim”, sem menção aos resultados obtidos nessa investigação particular.

Considerando ainda essa dimensão da avaliação do impacto sobre os pacientes, Grabovac, Clark e McKenna (2008) citam uma referência importante sobre os níveis de avaliação de uma intervenção na perspectiva de Kirkpatrick (1967). Em breve síntese, segundo esse autor, seriam 4 os níveis de uma avaliação:

o primeiro, avaliação da reação (satisfação); o segundo, avaliação do aprendizado (conhecimentos ou habilidades adquiridas); o terceiro, avaliação do comportamento (transferência do conhecimento para o local de trabalho); e por fim, o quarto, a avaliação dos resultados (transferência ou impacto sobre a sociedade)” (KIRKPATRICK, 1967 apud GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008, p. 334, tradução nossa)¹⁴.

A grande maioria dos estudos, nesse aspecto, não alcançou sequer o terceiro nível – quanto mais o quarto – segundo essa classificação (Quadros 9, 10 e 11).

Pela importância de se medir o impacto de qualquer uma dessas intervenções sobre os pacientes e a sociedade em geral, inclusive como uma forma de retorno ao interesse da própria sociedade em ter a sua R/E no encontro clínico (EHMAN et al., 1999; PARGAMENT; LOMAX, 2013; MCCORD et al., 2004; BAETZ et al., 2004; OLIVEIRA et al., 2013) alcançar esse quarto nível tornou-se uma recomendação a ser alcançada, inclusive pela proposta curricular elaborada na presente revisão (Quadro 15), sendo essa, inclusive, uma de suas limitações.

Numa perspectiva da avaliação do currículo, houve, qualitativamente, em geral, boa receptividade e satisfação com a implementação, embora em alguns casos tenha sido descrita uma resistência inicial por um grupo de preceptores. Houve também, em dois estudos, menção a certa apatia e pouca valorização do que foi ensinado (Quadros 11, 13 e 14).

Além desses aspectos, destaca-se a grande heterogeneidade das intervenções curriculares e das referências bibliográficas indicadas, com apenas uma sobreposição entre os 20 artigos e nenhuma entre os 34 livros indicados, nessa amostra de estudos (Quadros 4, 12 e Anexo A). Isso, por um lado, pôde ressaltar, positivamente, a diversidade cultural do tema, do ponto de vista de ensino, como inclusive pontuaram os autores dessa revisão (TARG, 1999; KOZAK et al., 2010; MCCARTHY; PETEET, 2003).

¹⁴ Trecho original: “evaluation of reaction (satisfaction), evaluation of learning (knowledge or skills acquired), and evaluation of behavior (transfer of learning to workplace) (35). The fourth level, evaluation of results (transfer or impact on society)” (KIRKPATRICK, 1967 apud GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008, p. 334).

Porém, do ponto de vista de pesquisa, tal diversidade e heterogeneidade de intervenções (Quadro 4) tornaria inviável qualquer extrapolação a partir da comparação dos dados de cada uma delas. Aqui se explicitou outra grande limitação dos estudos, na perspectiva de pesquisa, ou seja, a grande diversidade das indicações bibliográficas das intervenções. Ressaltou-se, ainda, que, o processo de avaliação e *feedback*, segundo Kern et al. (2016), é uma etapa muito importante na construção de uma proposta curricular. Assim, incentivar o *feedback* sobre o currículo, tanto de residentes quanto de preceptores, é favorecer seu próprio desenvolvimento em suas próximas edições.

Com relação aos métodos de ensino encontrados, observou-se grande variedade. A escolha dos métodos visando à proposta curricular foi feita a partir da maior prevalência desses métodos e também daqueles que poderiam estar mais bem alinhados com a matriz de competências definida para essa proposta (Quadros 6, 8 e Anexo B). Inclusive, de acordo com Kern et al. (2016), esse deve ser um ponto nuclear de uma proposta curricular baseada em uma matriz de desenvolvimento de competências: o alinhamento entre os métodos de ensino com os objetivos e competências a serem alcançados por ela (KERN et al., 2016). Tais aspectos serão mais detidamente abordados a seguir, no subitem “Sobre a proposta curricular” desta dissertação.

A partir desse ponto, foi discutida e realizada a apresentação da proposta curricular (Quadro 15), que incluiu a discussão das categorias restantes nessa primeira parte, quais foram os Objetivos Curriculares e Competências R/E e os Problemas, Barreiras, Limitações e Recomendações dos estudos (Quadros 6 e 13).

Até aqui, a discussão pretendeu a apresentação crítica das 18 categorias, para, a seguir, ser apresentada a Proposta Curricular e sua relevância, orientada pelas diretrizes de Kern et al. (2016).

5.3 Sobre a proposta curricular

Quadro 15 – Proposta Curricular em R/E na RMP

Aula 1	Objetivos de Aprendizagem	Introdução à R/E na Psiquiatria (2h) Parte 1: Introdução: Contexto histórico, aspectos conceituais e de pesquisa Parte 2: Position statement (PS) da WPA
	Método(s) de ensino/facilitador(es)	Parte 1: Aula teórica / Preceptor ou convidado (1h) Parte 2: Discussão em grupo do PS/ Pelos residentes (1h)

	Forma(s) de avaliação	Pequena redação individual sobre a experiência ao final da aula (até 20 linhas). Sugestão de pergunta: Quais aprendizados pessoais e profissionais ficam sobre essa aula?
	Bibliografia recomendada	1) Moreira-Almeida et al. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. Revista Brasileira de Psiquiatria. V. 36, p. 176–182, 2014. 2) Moreira-Almeida, A, Sharma A, van Rensburg BJ, Verhagen PJ, Cook CC. WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. World Psychiatry, v.15, n. 1, p. 87-8, 2016.
Aula 2	Tópico	Coleta da História Religiosa e Espiritual e Formulação bio-psico-socio-espiritual do caso (2h)
	Método(s) de ensino / facilitador(es)	Aplicação em duplas pelos residentes de questionários de abordagem religiosa e espiritual (FICA) (30´) Formulação por escrito e apresentação oral do caso pelos residentes (30´) Discussão em grupo pelos residentes e preceptores. (1h)
	Forma(s) de avaliação	Formulação por escrito da história bio-psico-socio-espiritual pelos residentes com diagnóstico e plano de tratamento com ênfase no aspecto religioso/espiritual Sugestões de perguntas: Quais recursos ou interferências, do ponto de vista religioso e espiritual, estão presentes na história desse paciente? Quais aspectos religiosos ou espirituais podem influenciar no diagnóstico ou na formulação do plano de tratamento? Discussão em grupo (após a formulação, apresentação oral da HE por cada residente, pedir para destacar elementos R/E importantes para possível diagnóstico e tratamento)
	Bibliografia recomendada	1) Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. J Palliat Med. V. 3, p. 129-37, 2000. 2) Josephson AM: Formulation and treatment: integrating religion and spirituality in clinical practice. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. V. 13, p. 71–84, 2004.
Aula 3	Tópico	Aspectos Históricos e Pesquisa: R/E e Psiquiatria (Ciência e Religião) – (2h)
	Método de ensino / facilitador(es)	Aula teórica pelos residentes (artigo e vídeos) (1h) Discussão em grupo – entre residentes e preceptores (1h)
	Forma(s) de avaliação	Apresentação das aulas Participação nas discussões
	Bibliografia recomendada	1) Numbers, Ronald L. Myths and truths in science and religion: a historical perspective. Acesso em: https://faraday-institute.org/Lectures_old.php?Mode=Add&ItemID=Item_Multimedia_50&width=720&height=460 . –TV NUPES - www.youtube.com/user/nupesufjf/search?query=ronald+numbers 2) Koenig, H. G. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical implications. ISRN Psychiatry, 2012.
Aula 4	Tópico	Principais tradições religiosas do mundo e/ou locais e suas lideranças (2h)
	Método de ensino / facilitador(es)	Painel (em 2 partes):

		<p>Parte 1 (residentes): Relato oral dos residentes de suas impressões sobre suas visitas a centros religiosos e/ou grupo de Alcoólicos Anônimos (1h) *.</p> <p>Parte 2 (convidados): A visão de líderes religiosos sobre a interface entre R/E e Saúde Mental (1h) *.</p> <p>*Com adaptação cultural ao contexto de ensino de cada programa de residência.</p>
	Forma(s) de avaliação	Relato escrito sobre a sua experiência ao final do painel.
	Bibliografia recomendada	Ver os materiais em: http://www.psychiatry.org/faith
Aula 5	Tópico	Diagnóstico Diferencial: Experiências R/E e psicopatologia
	Método(s) de ensino / facilitador(es)	<p>1) Apresentação de casos (residentes ou preceptores) (1h)</p> <p>2) Discussão em grupo (Artigo científico) (1h)</p>
	Forma(s) de avaliação	Relato escrito do caso / Participação na discussão do artigo
	Bibliografia recomendada	<p>Moreira-Almeida A, Cardeña E. Differential diagnosis between non-pathological psychotic and spiritual experiences and mental disorders: a contribution from Latin American studies to the ICD-11. <i>Rev. Bras. Psiquiatr.</i> V. 33 (suppl.1), p. s21-s28, 2011.</p> <p>During EH, Elahi FM, Taieb O, Moro MR, Baubet T. A critical review of dissociative trance and possession disorders: etiological, diagnostic, therapeutic, and nosological issues. <i>Can J Psychiatry.</i> V. 56, n. 4, p. 235-42, 2011.</p>
Aula 6	Tópico	Integração da R/E no tratamento (2h)
	Método(s) de ensino / facilitador (es)	<p>Aula expositiva (pelos residentes) (1h) + grupo de discussão de casos (clínicos ou gravados) (1h) OU</p> <p>Discussão em grupo do artigo (1h) + Supervisão clínica (ou supervisão durante o atendimento) para pacientes ambulatoriais ou internados (1h).</p>
	Forma(s) de avaliação	<p>Apresentação dos artigos pelos residentes (aula teórica)</p> <p>Integração biopsisocioespiritual na formulação dos casos por escrito</p>
	Bibliografia recomendada	<p>1) McCord G, Glichrist VJ, Grossman SD, et al: Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. <i>Ann Fam Med.</i> V. 2, p. 356–361, 2004.</p> <p>2) Abernathy JD, Lancia JJ. Religion and the psychotherapeutic relationship: transferential and countertransferential dimensions. <i>J Psychother Prac Res.</i>, v. 7, p. 281–89, 1998.</p> <p>3) Josephson AM, Peteet JR. Talking with patients about spirituality and worldview: practical interviewing techniques and strategies.. <i>Psychiatr Clin North Am.</i>, v. 30, n. 2, p. 181-97, 2007.</p> <p>4) Gonçalves JP, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. <i>Psychol Med.</i>, v. 23, p. 1-13, 2015.</p>

5.3.1 Subsídios teóricos: o modelo de Kern et al. (2016)

De acordo com Kern et al. (2016), uma proposta curricular deve envolver “seis passos”, e o processo de revisão de literatura deve ser um dentre vários elementos envolvidos na organização adequada de uma proposta.

Os seis passos propostos por esses autores são: Passo 1: Identificação do problema e avaliação das necessidades gerais; Passo 2: Avaliação das necessidades visadas; Passo 3: Metas e objetivos; Passo 4: Estratégias educacionais; Passo 5: Implementação; Passo 6: Avaliação e *feedback*. A seguir, foram tecidos alguns comentários sobre cada uma das fases no processo de elaboração curricular, contextualizando a revisão de literatura realizada, bem como os outros passos e tarefas envolvidos na elaboração da proposta presente nesta dissertação. Em seguida, é apresentada a proposta curricular em si, voltada mais para a prática.

O Passo 1 – Identificação do problema e avaliação das necessidades gerais – segundo a visão de Kern et al. (2016): a identificação de um problema requer uma análise das abordagens em curso tanto pelos pacientes quanto por clínicos, pelo sistema médico educacional e pela sociedade, para que se possa endereçar essa necessidade ou problema. Em seguida, deve-se buscar a abordagem ideal, que descreva como todos os grupos envolvidos deveriam estar endereçando esse problema ou necessidade. A diferença entre a abordagem ideal e a corrente representaria, na visão desses autores, a avaliação das necessidades gerais.

No caso dessa proposta curricular, o principal problema identificado foi a lacuna entre a teoria e a prática. Ou seja, embora a importância epidemiológica do tema da R/E e da Saúde Mental (OMS, 2002, 2017; PEW RESEARCH CENTER, 2012; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010) da correlação geralmente positiva entre as duas (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001; KOENIG; KING; LARSON, 2012) do endosso das grandes associações de psiquiatria no mundo (AMERICAN ASSOCIATION OF MEDICAL COLLEGES, 1999; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2012; COOK, 2011; COMMITTEE ON RELIGION AND PSYCHIATRY, 1990; CULTURAL COMPETENCE COMPENDIUM, 2003; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2016) e o desejo dos pacientes em tê-la abordada, geralmente, no encontro clínico (EHMAN et al, 1999; PARGAMENT; LOMAX, 2013; MCCORD et al., 2004; BAETZ et al., 2004; OLIVEIRA et al., 2013), essa abordagem não foi bem estabelecida na prática ainda (SANSONE; KHATAIN; RODENHAUSER, 1990; GRABOVAC; GANESAN, 2003; HATHAWAY et al., s.d.; BALBONI; SULLIVAN; AMOBI, 2013; LARSON; LU; SWYERS, 1997) (Quadros 3 a 14).

Além disso, na prática, apenas parte dos clínicos aborda essa questão (MENEGATTI-CHEQUINI et al., 2016; KATTAN; TALWAR, 2013; PAULINO; MOREIRA-ALMEIDA, s. d.) e apenas recentemente vêm sendo apresentadas ao sistema médico as evidências que corroboram a inserção dessa dimensão no cuidado com o paciente (KOENIG; MCCULLOGH; LARSON, 2001; KOENIG; KING; LARSON, 2012; KOENIG, 2004; TOSTES; PINTO; MOREIRA-ALMEIDA, 2013; LUCCHETTI et al., 2010).

Na psiquiatria há, inclusive, indícios de um viés anti-religioso (COMMITTEE ON RELIGION AND PSYCHIATRY, 1990; POST, 1990; ANDERSON, 1954; PRUYSER, 1966; BAETZ, 2013; FREUD, 1961), por questões já abordadas ao longo desta dissertação. Estudos nessa área apresentam evidências de que o tema não costuma ser abordado por diferentes causas, além do conflito entre Psiquiatria e Religião acima mencionado. Dentre elas estariam o medo de infringir barreiras éticas, a falta de tempo e a falta de treinamento (COMMITTEE ON RELIGION AND PSYCHIATRY, 1990; MENEGATTI-CHEQUINI et al., 2016; KATTAN; TALWAR, 2013; PAULINO; MOREIRA-ALMEIDA, s.d.).

Na perspectiva dos clínicos, de forma geral, o tema ainda não é rotineiramente abordado, mas parece haver uma tendência crescente de reconhecimento da importância da inclusão dessa dimensão (CULTURAL COMPETENCE COMPENDIUM, 2003; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2012; COOK, 2011; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2016). O sistema médico, na psiquiatria, numa perspectiva institucional, por meio do posicionamento de diferentes associações, tem reconhecido a importância da inclusão desse tópico, com diretrizes gerais – WPA, por exemplo – mas sem nenhuma proposição curricular mais clara (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2016) embora hajam manifestações isoladas a esse respeito (LAWRENCE; DUGGAL, 2001; LARSON; LU; SWYERS, 1997; WALDFOGEL; WOLPE; SHMUELY, 1998; BLASS, 2007).

Nesse sentido, avaliando a diferença entre as práticas correntes e as que seriam ideais como a forma de identificação das necessidades gerais, parece muito adequado uma proposta curricular mínima que ajude o residente e futuro profissional de psiquiatria a superar as principais barreiras alegadas para que essa realidade se concretize na prática, dentre elas, a falta de treinamento (COMMITTEE ON RELIGION AND PSYCHIATRY, 1990; MENEGATTI-CHEQUINI et al., 2016; KATTAN; TALWAR, 2013; PAULINO; MOREIRA-ALMEIDA, s.d.). E um currículo bem elaborado é uma das bases de um bom treinamento.

Sobre o Passo 2 – Avaliação das necessidades visadas – Kern et al. (2016) propõem que os desenvolvedores do currículo deverão fazer uma avaliação das diferenças entre as

características ideais e atuais tanto do grupo de alunos visados quanto do ambiente de aprendizado desses alunos.

Nesse aspecto, as características atuais dos alunos visados, de acordo com os achados da revisão, são de amostras pequenas – quando declaradas – e concentradas sobretudo nos países da América do Norte (Quadros 2 e 3). Pouco se sabe, a partir das publicações encontradas, sobre a realidade de outros países (BOWMAN, 2009). Idealmente, portanto, as amostras deveriam ser maiores e representativas de diferentes contextos culturais, pelo menos de todos os continentes, se não de todos os países do globo onde há a formação na RMP.

Com relação às características atuais do ambiente de aprendizagem, a revisão demonstrou que os locais são os mais variados, desde os mais tradicionais envolvendo ambientes ambulatoriais, hospitalares a outros contextos de aprendizagem menos convencionais, como retiros (WESTENDORP, 1982), jantares (WESTENDORP, 1982; MCGOVERN et al., 2017) e encontros com diretores, incluindo a presença de cônjuges (MCGOVERN et al., 2017) e visitas a centros religiosos ou de autoajuda (KOZAK et al., 2010; MCGOVERN et al., 2017), como o Alcoólicos Anônimos, por exemplo. As intervenções nesses locais, também, por sua vez, se mostraram muito variadas (Quadros 4 e 13).

Tais locais não pareceram distantes do que seria considerado ideal para o ensino de um currículo em R/E na residência médica em Psiquiatria. Dentre os achados da revisão não houve nenhum questionamento a esse respeito por parte dos autores. Alguns autores falaram de desafios institucionais, com resistência inicial por parte de alguns residentes e preceptores, mas que foram superadas após o início e bom andamento das atividades (Quadro 13).

Os alunos visados, no caso, para a resolução do problema identificado no Passo 1 são os residentes de Psiquiatria, numa perspectiva de longo prazo. Uma das variáveis encontradas em grande parte dos artigos foi a presença de fundos para a implementação da proposta (Quadro 3). Isso parece ter sido um incentivador importante no contexto norte-americano, onde os currículos foram predominantemente implementados, com a Fundação John Templeton desempenhando um marcante papel (PUCHALSKI; LARSON; LU, 2000; THE GEORGE WASHINGTON INSTITUTE FOR SPIRITUALITY & HEALTH, 2016).

Outras ações, de curto prazo, poderiam ser incentivadas, mas fugiram ao escopo deste trabalho. Dentre elas, a eleição, por exemplo, de outros públicos visados, como o de psiquiatras já formados ou de outros profissionais de saúde mental, por meio de iniciativas presenciais ou online, por exemplo (KERN et al., 2016; VIETEN et al., 2013).

Além disso, uma outra medida seria o incentivo à capacitação docente, preparando melhor os preceptores para a implementação do currículo, antes da capacitação dos residentes.

Essa última medida foi incluída como uma possibilidade dentro do Passo 6, em relação ao processo de disseminação do currículo proposto. Por fim, em relação a esse passo, nenhuma dessas iniciativas devem ser excludentes umas às outras. Pelo contrário, devem ser complementares, embora fora do objetivo geral deste trabalho.

Sobre o Passo 3 – Metas e objetivos – Kern et al. (2016) recomendam que se o início se dê com os objetivos e metas gerais, para depois se buscar os objetivos específicos e mensuráveis. Além disso, destaca que os objetivos devem incluir os objetivos cognitivos (conhecimentos), afetivos (atitudes) e psicomotores (habilidades e comportamentos) para o educando. Além disso, objetivos associados à condução do currículo e a desfechos sobre a saúde, aos cuidados de saúde e mesmo aos pacientes. Nesse aspecto, nesta revisão, apenas três trabalhos avaliaram desfechos sobre os pacientes (Quadro 9).

Quanto à definição de objetivos e competências a serem desenvolvidos, ela foi mais amplamente coberta (Quadro 6), embora em apenas um artigo (GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008) tenham sido explicitados os conhecimentos, habilidades e atitudes esperados serem desenvolvidos com a intervenção. Essa proposta foi a adotada, de forma adaptada (Anexo B) pelo autor desta dissertação, como mapa de competências mínimo a ser desenvolvido pelo residente, durante e após a intervenção proposta.

O objetivo principal do currículo, nesse aspecto, foi fornecer aos residentes competências básicas (conhecimentos, habilidades e atitudes) para abordar a R/E em sua prática clínica rotineira. Uma limitação dessa proposta curricular foi não avaliar o impacto dessa intervenção sobre os pacientes. Espera-se, na perspectiva de condução do currículo, que o residente assista integralmente a todas as aulas, para uma efetiva formação mínima nessa área.

Nesse passo, ainda segundo seus autores (KERN et al., 2016) deve ser incluída a discussão sobre o ensino baseado em competências. Essa questão será discutida mais detalhadamente a seguir.

No Brasil, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais, a formação médica deve se basear em competências (ME, 2006; FERNANDES et al., 2012; GONTIJO et al., 2013). Porém, de acordo com Fernandes et al. (2012, p. 130), “para os diversos programas de residência médica, não existem diretrizes curriculares nacionais propostas, tampouco exigências de processos de avaliação para certificação ao final de treinamento do especialista”.

Essa realidade não é a mesma fora do país. Alguns países na América do Norte e na Europa já têm se voltado para o problema, visando avaliar os residentes dentro de matrizes associadas ao desenvolvimento de competências (ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION, 2001; ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND

SURGEONS OF CANADA, 2000; ALBANESE et al., 2008; SWICK; HALL; BERESIN, 2006; THOMAS; KEEPERS, 2014). Na RMP, essa discussão também se mostrou presente na literatura em diferentes e recentes publicações (SWICK; HALL; BERESIN, 2006; THOMAS; KEEPERS, 2014; HUMPHREY et al., 2013; GUERRERO; BERESIN; BALON, 2017; FITCH et al., 2008; PSYCHIATRISTS RCO, 2013; WOJTCZAK, 2003).

Como dito, a inserção das competências R/E surge nessa revisão explicitamente em apenas uma publicação (GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008). Esse achado isolado não parece corresponder às tendências da educação médica moderna (UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EUROPEAN, 2013; TASMAN et al., 2011; FERNANDES et al., 2012; GONTIJO et al., 2013; ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION, 2001; ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA, 2000; ALBANESE et al., 2008; SWICK; HALL; BERESIN, 2006; CHRISTOPHER; SWICK; HALL; BERESIN, 2006; THOMAS; KEEPERS, 2014; HUMPHREY et al., 2013; GUERRERO; BERESIN; BALON, 2017; FITCH et al., 2008; PSYCHIATRISTS RCO, 2013; WOJTCZAK, 2003) na perspectiva deste autor.

De forma mais ampla, na literatura, em alguns trabalhos, essas competências R/E foram inseridas e discutidas dentro da matriz das competências culturais (CULTURAL COMPETENCE COMPENDIUM, 2003; LUKOFF; LU, 1999; MILLS et al., 2016; MILLS et al., 2017; LU; TSAI; TSENG, 2014; KIRMAYER et al., 2008; LIM et al., 2008; VERHAGEN; COX, 2010; LU; PRIMM, 2006; LIM; LU, 2008; LUKOFF; LU; TURNER, 1992; TURNER; LUKOFF; BARNHOUSE, 1995; LEWIS HARRIS; et al., 2008; ALARCON et al., 1999; KRIPALANI et al., 2006; WILLEN, 2013; PENA et al., 2016; CORRAL et al., 2017; GUERRERO; BERESIN; BALON, 2017; FITCH et al., 2008; PSYCHIATRISTS RCO, 2013; WOJTCZAK, 2003)

Esse conjunto de achados parece apontar para uma transição no ensino da pós-graduação em direção ao ensino por competências e todas essas justificativas pretenderam explicar o motivo da eleição de uma matriz de competências curricular ter sido incluída como referência principal na presente proposta curricular (Anexo B).

A discussão conceitual sobre competências é ampla e ainda destituída de consenso, e não pretendeu ser esgotada aqui (OSÓRIO et al., 2017; FERNANDES et al., 2012; WOJTCZAK, 2003; EPSTEIN; HUNDERT, 2002). Porém, para efeitos conceituais, competência profissional, como anteriormente mencionado, neste trabalho foi considerada a “competência é o uso habitual e judicioso da comunicação, conhecimento, habilidades técnicas,

raciocínio clínico, emoções, valores e reflexão na prática diária para o benefício do indivíduo e da comunidade por ele atendida.” (EPSTEIN; HUNDERT, 2002, p. 226, tradução nossa)¹⁵.

Nessa linha, embora de acordo com outros autores,

Tais conhecimentos e habilidades são necessários para realizar as tarefas que refletem o escopo das práticas profissionais. A competência pode diferir de ‘performance’, que denota ações tomadas em uma situação da vida real. A competência, portanto, não é o mesmo que “conhecer”, pelo contrário, pode ser sobre reconhecer os próprios limites. Quanto mais experiente o profissional que está sendo testado, mais difícil é criar uma ferramenta para avaliar sua compreensão real e as habilidades complexas das tarefas que realizam. Uma integração holística de entendimentos, habilidades e julgamentos profissionais, ou seja, um modelo “genérico”, é aquele em que a competência não é necessariamente diretamente observável, mas pode ser inferida a partir do desempenho. (WOJTCZAK, 2003 apud OSÓRIO et al., 2017, p. 7, tradução nossa)¹⁶.

Sobre o Passo 4 – Estratégias educacionais – compreende-se, segundo a estratégia educacional proposta por Kern et al. (2016), que cada competência deve ser especificada em relação ao método utilizado. Tais autores recomendam, enquanto diretrizes, que haja congruência entre os objetivos e os métodos educacionais, que se recorra aos múltiplos métodos educacionais e a escolha do pesquisador recaia nos métodos praticáveis em termos de recursos.

De acordo com esses autores, para se alcançar objetivos cognitivos, estariam indicados métodos como leituras diversas, aulas, materiais on-line, discussões, bem como a aprendizagem baseada em problemas, inquéritos e times, focando o ensino por pares.

Já na perspectiva do alcance dos objetivos psicomotores (habilidades), Kern et al. (2016) apresentam como os mais comumente utilizados a supervisão da experiência clínica, a demonstração e simulação em modelos artificiais, as dramatizações e a revisão visual ou auditiva de habilidades.

Por fim, na perspectiva dos objetivos voltados para o desenvolvimento das atitudes, Kern et al. (2016) apresentaram os seguintes métodos como sendo os comumente utilizados: apresentações e debates (com leituras, discussões, narrativas de experiências), aprendizado

¹⁵ Trecho original: “competence is the habitual and judicious use of communication, knowledge, technical skills, clinical reasoning, emotions, values, and reflection in daily practice for the benefit of the individual and community being served” (EPSTEIN; HUNDERT, 2002, p. 226).

¹⁶ Trecho original: “Such knowledge and skills are necessary to perform the tasks that reflect the scope of professional practices. Competence may differ from “performance”, which denotes actions taken in a real life situation. Competence is therefore not the same as “knowing” on the contrary, it may well be about recognizing one's own limits. The more experienced the professional being tested, the more difficult it is to create a tool to assess their actual understandings and the complex skills of the tasks they undertake. A holistic integration of understandings, abilities and professional judgments, i.e. a “generic” model, is one where competence is not necessarily directly observable, but rather can be inferred from performance.” (WOJTCZAK, 2003 apud OSÓRIO et al., 2017, p. 7).

experiential, escrita reflexiva, facilitação de abertura e compartilhamento, introspeção e reflexão e utilização de modelos de interpretação (“*role models*”), conforme foi organizado no Quadro 16.

Quadro 16 – Modelos de métodos propostos para ensino por competências

Cognitivos (conhecimentos)	Psicomotores (habilidades)	Afetivos (atitudes)
Leituras Aulas teóricas Materiais de aprendizado online Discussão em grupo Aprendizagem baseada em problemas, Aprendizagem baseada em inquéritos/questionários Aprendizagem baseada em times Ensino por pares	Supervisão da experiência clínica Demonstração, simulação e modelos artificiais Dramatizações Pacientes-padrão Revisão visual ou auditiva de habilidades	Exposições (leituras, discussões, experiências) como medicina narrativa, Aprendizado experiencial; escrita reflexiva Facilitação de abertura/compartilhamento; Introspeção e reflexão, Modelos de interpretação (“ <i>role models</i> ”).

Fonte: elaborado pelo autor com acordo com Kern et al. (2016).

Nessa perspectiva, considerando a proposta curricular desse trabalho, pôde-se aferir que houve em cada uma das aulas, por meio de diferentes métodos de ensino sugeridos por Kern, et al. (2016), a cobertura do mapa de competências R/E proposto neste trabalho (Anexo B), por meio de diferentes métodos (Quadros 15, 16, 17).

Quadro 17 – Competências e métodos de ensino utilizados cobertos por aula

Competências/métodos aulas	Conhecimentos	Habilidades	Atitudes
1	Aula teórica Leituras Discussão em grupo		Leituras Discussão em grupo Escrita reflexiva
2	Leitura Discussão em grupo Ensino por pares	Simulação	Leitura Discussão em grupo
3	Aula teórica Leitura Discussão em grupo Material de aprendizagem online Ensino por pares		Leitura Discussão em grupo
4	Aula teórica Leitura Materiais de aprendizado online Ensino por pares	Supervisão de experiência clínica	Leitura Exposições Aprendizagem experiencial Escrita reflexiva
5	Discussão em grupo Leitura Aprendizagem baseada em problemas		Discussão em grupo Apresentação de casos Aprendizado experiencial

	Ensino por pares		Escrita reflexiva
6	Aula teórica Discussão em grupo Leitura Ensino por pares	Supervisão clínica	Discussão em grupo Exposição Escrita reflexiva Aprendizado experiencial

Para o Passo 5 – Implementação – Kern et al. (2016) consideram que é esse o passo que faz a conversão de um exercício mental em realidade. Além disso, consideram que a implementação envolve dois elementos, a intervenção educacional e sua avaliação. Diferentes elementos devem, na perspectiva desses autores, ser considerados nessa fase, a saber: obter suporte político, identificar e adquirir recursos, identificar e abordar barreiras para a implementação, introduzir o currículo (exemplo: inserir um projeto-piloto em uma instituição amigável, antes de todos os alunos-alvo, faseando o currículo em partes sucessivas); administrar esse currículo; refinar o currículo a partir de sucessivos ciclos, ou seja, da experiência.

Essa fase, considerando o contexto desta dissertação, foi alcançada apenas parcialmente. É parte da estratégia deste autor e de seu orientador dar seguimento a esse passo em um projeto de doutoramento. Devido à excelente inserção do grupo de pesquisa e de seu coordenador, do qual este mestrando faz parte, contatos já foram feitos com diferentes instituições no Brasil, que demonstraram apoio ao projeto em conversas informais, firmando parcerias para testagem dessa intervenção.

A princípio, este autor ainda não mobilizou nenhuma busca por financiamentos e considerou relevante a proposta de um projeto-piloto em uma instituição amigável (KERN et al., 2016) como uma ideia pertinente para expandir em um segundo momento tais intervenções para outras instituições.

Este autor pretende, ainda, para fins de pesquisa, implementar tal intervenção nas outras instituições visando ampliar a sua amostra, torná-la multicêntrica e, com isso, materializar a ideia. O plano foi trazer os preceptores interessados das residências para um *workshop* de nivelamento, a fim de que eles possam implementar o currículo em seus respectivos contextos.

Por fim, no Passo 6 – Avaliação e *feedback* – os autores Kern et al. (2016) consideram ser importante “avaliar tanto a performance do indivíduo quanto a performance do currículo (chamada avaliação do programa).

Essa avaliação de ambos pode ser tanto somativa quanto formativa, tanto quantitativa quanto qualitativa. Tal avaliação pode valer, na perspectiva desses autores, não apenas para o processo do desenvolvimento do indivíduo ou do currículo, mas também para se conseguir suporte e fundos e, numa situação de pesquisa, responder questões sobre a efetividade de um currículo específico ou os métodos relativos de diferentes abordagens educacionais.”

Nesse ponto, eles sugeriram dez tarefas a serem implementadas visando à ideal avaliação da intervenção. Foram elas: 1) identificação dos usuários; 2) identificação dos usos do currículo; 3) identificação dos recursos; 4) identificação das questões de avaliação; 5) escolha dos desenhos de avaliação; 6) escolha dos métodos de mensuração e construção instrumentos; 7) abordagem de preocupações éticas; 8) coleta de dados; 9) análise dos dados; 10) divulgação dos resultados.

O Passo 6, como um todo, considerando essas 10 tarefas propostas, resumem a principal limitação desta revisão. Ou seja, como o currículo proposto ainda não foi implementado, esse será o próximo dado por este autor, visando à sua materialização.

Os usuários já foram identificados, para fins de pesquisa, residentes e preceptores de programas de RMP do Brasil (Quadro 15). O uso futuro dessa iniciativa poderá ser tanto para pesquisa quanto para o ensino. O ensino pode abranger inclusive profissionais já formados, na perspectiva deste autor, e que não estivessem familiarizados com o tema R/E (Tarefa 2). No caso da pesquisa, as próximas tarefas ainda deverão ser cumpridas – Tarefa 3 a 10 – num momento posterior à conclusão do Mestrado.

Na Tarefa 3, nesse caso, a identificação dos recursos, envolverá, inicialmente, a avaliação de disponibilidade de tempo deste autor para a implementação e avaliação, tempo disponível dos programas de residência para a avaliação, financiamento, suporte administrativo, institucional, estatístico, de pares e de outros programas de residência.

Com relação à Tarefa 4, pareceram, dentre os achados desta revisão, para fins de pesquisa, as principais referências os trabalhos de Huguelet et al. (2011), por ser o único estudo randomizado e os estudos quase experimentais de Stuck et al. (2012), Campbell, Stuck e Frinks (2012) Awaad et al. (2015) e McGovern (2017) (Quadro 4). Fora dessa revisão, o único estudo randomizado até o que se foi possível encontrar, focado na implementação curricular R/E na graduação foi o de Osório et al. (2017). Esse último estudo apresenta também suas limitações, como ter sido conduzido em uma só universidade, ter apresentado alta taxa de evasão (40%), bem como os achados terem surgido a partir de instrumentos de autoavaliação.

A Tarefa 5 se justifica pelos argumentos apresentados para a Tarefa 4. Ou seja, pareceu adequado que a proposta curricular fosse testada num modelo de estudo randomizado. Quanto a esse modelo, pareceu razoável o de Osório et al. (2017), diante da escassez de estudos randomizados nessa área, que deixa o grupo controle em lista de espera, enquanto testa a intervenção no outro grupo (OSÓRIO et al., 2017; KERN et al., 2016).

A Tarefa 6 é fundamental para a realização das tarefas 8 e 9, na medida em que os dados só poderão ser bem coletados e analisados na medida em que a construção dos instrumentos e

a escolha dos métodos de mensuração seja feita de forma adequada, alinhadas inclusive com os objetivos e metas da proposta curricular (Passo 3), segundo Kern et al. (2016).

Nesse sentido, já existem trabalhos de validação de questionários no Brasil, na área de R/E, que poderiam ser utilizados como referências para esse projeto (TAUNAY et al., 2012; CURCIO; LUCCHETTI; MOREIRA-ALMEIDA, 2015; LUCCHETTI et al., 2012a), mas ainda não existem questionários especificamente sobre competências na área de R/E.

As tarefas 6, 8 e 9 deverão ser realizadas, nesse aspecto e na perspectiva deste autor, com o auxílio de um profissional da estatística, visando minimizar recursos e otimizar os resultados (KERN et al., 2016). Como o único estudo randomizado encontrado de R/E na educação médica, fora da RMP, foi o de Osório et al. (2017), uma das limitações relatadas por esses autores foi exatamente esta: a de um aumento de erros do tipo 1 – ou seja, chegar-se a um resultado estatisticamente significativo passível de ser atribuível ao acaso – possivelmente devido ao grande número de itens no questionário. Além disso, o questionário utilizado neste estudo (OSÓRIO et al., 2017), foi de autoavaliação, considerado uma limitação pelos seus próprios autores e também por este autor.

A princípio, o autor desta dissertação pretende criar, para fins de pesquisa, um instrumento (Quadro 5) que avalie de alguma forma o impacto sobre os residentes (Quadro 8) e sobre o currículo (Quadro 10). A Tarefa 7 será pré-requisito tanto para a realização de um estudo piloto quanto para um estudo multicêntrico, na medida em que tal intervenção envolverá seres humanos, e deverá ser cumprida após a elaboração do projeto de pesquisa de doutoramento por este autor. Como dito acima, os principais trabalhos que nortearão a elaboração de tal projeto foram definidos na Tarefa 4.

A Tarefa 10, por fim, mas não menos importante, deverá ser uma das formas de disseminação dos achados dessa iniciativa, independentemente de quais sejam eles. Até o momento, a síntese dos achados da revisão ainda não foi submetida para publicação (HATHAWAY et al., s.d.), enquanto a síntese da proposta curricular já foi (OLIVEIRA E OLIVEIRA; PETEET; MOREIRA-ALMEIDA, 2018). Essa última publicação foi disponibilizada no Apêndice desta dissertação.

Em suma, as principais limitações desta revisão se tornaram, automaticamente, os próximos passos deste autor, quais sejam: a busca de um suporte de um estatístico para a construção e validação de instrumentos de pesquisa, a elaboração do projeto de pesquisa com a consequente submissão do mesmo ao comitê de ética de sua Universidade para a consequente realização de um projeto piloto, preparando o autor e sua proposta de intervenção para a intervenção multicêntrica.

Essa última medida, a partir de uma amostra estatisticamente definida e adequadamente calculada (Quadro 3), submetida a uma intervenção minimamente padronizada (Quadros 3 a 12, Anexos A a C), com instrumentos de avaliação idealmente validados pra medir o impacto sobre residentes e o próprio currículo e com avaliações não só de curto, mas também de longo prazo, poderão suprir, na perspectiva deste autor, várias das limitações encontradas nos artigos desta revisão (HATHAWAY et al., s. d.) (Quadros 13 e 14).

Para fins de ensino, na perspectiva dessa proposta curricular, visou-se maior facilidade de implementação (OLIVEIRA E OLIVEIRA; PETEET; MOREIRA-ALMEIDA, 2018). Nesse contexto, a forma de avaliação geral do residente foi simplificada e enquadrada de forma qualitativa, solicitando-se que ele formulasse um caso de sua escolha numa perspectiva bio-psico-sócio-espiritual (KOZAK et al., 2010; SULAMSY, 2002; JOSEPHSON, 2004; BARNARD; DAYRINGER; CASSEL, 1995), com ênfase nos aspectos religiosos e espirituais do caso eleito, visando facilitar a avaliação da aquisição das competências R/E por parte dos residentes e sua avaliação por parte da preceptoría (Quadros 16 e 17).

Tal medida não visou impedir, naturalmente, que os residentes fossem avaliados após cada intervenção, de acordo com a metodologia de ensino utilizada (Quadro 15). Inclusive, nesse aspecto, Kern et al. (2016) – principal referência utilizada nesta proposição curricular – recomendaram, na avaliação por competências, que houvesse diversificação dos processos, de acordo com o método de ensino utilizado (Quadros 1, 8, 15, 17).

Além disso, o autor do presente estudo propõe, baseado na grade de competências trazida por Grabovac, Clark e McKenna (2008), um modelo de questionário (com notas de 1 a 100) para direcionar a avaliação pré e pós-teste dos residentes ao longo do processo (antes e após a intervenção completa ser realizada) (Anexo B). Tal avaliação pode ser feita pelos próprios residentes.

Com relação à avaliação do curso, propõe-se um *feedback* por escrito, quantitativo (notas de 1 a 100) e qualitativo – tanto de residentes quanto de preceptores – sobre cada aula, solicitando que apontem ao final do programa, também, os pontos fortes e fracos (a melhorar) do próprio curso, com espaço para as sugestões que se fizerem pertinentes.

Resta, ainda, discutir as principais limitações, desafios e barreiras encontradas pelos estudos e nos próprios estudos, por parte deste autor, bem como as recomendações dos estudos e deste autor para os estudos futuros. Acreditou-se ser apropriado essa categoria ser discutida aqui, pois permite ao mesmo tempo a discussão do tema em relação aos estudos e em relação à própria dissertação, inclusive com a proposta curricular nela contida.

De forma geral, a partir dos referenciais encontrados, há grande defasagem entre o que se tem produzido e o que se tem publicado a esse respeito (PUCHALSKI; LARSON; LU, 2000; THE GEORGE WASHINGTON INSTITUTE FOR SPIRITUALITY & HEALTH, 2016). Quanto aos problemas descritos na implementação dos currículos, em sua maioria, seu surgimento foi na relação intra ou interpessoal de três grandes grupos: residentes, preceptores/instituição e pacientes. Todos eles pareceram ser bem contornados com as intervenções devidas.

No caso de residentes, por exemplo, a ferramenta de supervisão em grupo, citada por um dos autores (WESTENDORP, 1982), pareceu ser adequada para a resolução de tais conflitos intra e interpessoais. Nesse aspecto, na abordagem de temas de forte cunho existencial e filosófico, é natural que os residentes questionassem as bases de suas próprias crenças – fato também descrito. Deve-se, do ponto de vista docente, incentivar a abordagem dessas dinâmicas de maneira neutra, respeitosa e adequada.

Dissonâncias entre residentes e pacientes nas abordagens iniciais da R/E foram bem conduzidas pela ferramenta da supervisão individual. E houve valorização dos residentes de temas que ampliassem a sua percepção subjetiva do assunto – por meios vivenciais, inclusive – e também do universo dos pacientes.

Entre preceptores e instituição, houve discussão sobre a relevância e pertinência da inclusão de tal tema na formação dos residentes, bem como conflitos entre a extensão da bibliografia a ser indicada, considerando outras necessidades acadêmicas da própria formação. Medo dos residentes comprometerem suas carreiras ou mesmo serem malvistas pelos preceptores e pares foi algo descrito nos trabalhos e coincidem com o cenário subjetivo abordado por este autor, sobre sua própria realidade de formação, no capítulo “Introdução” do presente estudo (Quadro 13).

Quanto às limitações dos estudos, do ponto de vista de pesquisa, as amostras, em geral, foram consideradas pequenas, com pouca existência de grupo controle, uso de questionários não validados, inexistência ou existência parcial de avaliação pré e pós-teste, inclusive a de longo prazo, além de não avaliarem o impacto das intervenções sobre os pacientes (Quadros 3, 4, 5, 10, 13, 14). Foi cogitada a presença de viés de desejabilidade social e de resistência inicial por parte dos residentes no preenchimento dos questionários, bem como o próprio viés de coleta – algumas vezes voluntário – entre os residentes (Quadro 13). Com relação ao ensino, ficou patente a grande diversidade das intervenções (Quadros 4 e 13).

Dentre as recomendações, a principal, naturalmente do ponto de vista de ensino, diante de todos os achados, seria uma intervenção curricular minimamente padronizada, visando

facilitar a comparação entre os achados com aprimoramento e adaptação dessa intervenção de acordo com as realidades locais. Numa perspectiva de pesquisa, vale a indicação de amostras maiores, randomização adequada entre os grupos intervenção e controle, uso de questionários pré e pós-teste, incluindo a aplicação de longo prazo e, de preferência, validados previamente.

Em síntese, na perspectiva deste autor, há evidências suficientes de ausência para se propor um currículo minimamente padronizado nessa área, embora as evidências de sua efetividade ainda sejam ausentes.

O autor considerou que implementar e testar esse currículo deve ser o próximo passo de pesquisa e ensino. Ou seja, estabelecer, em seu país, um estudo multicêntrico (LUCCHETTI et al., 2014), testando uma proposta curricular, cujos resultados possam ser comparados, testados, com amostras maiores (OSÓRIO et al., 2017), com avaliações pré e seguimento de curto e longo prazo, no pós-teste.

Uma limitação importante existente nessa proposta futura, na perspectiva de pesquisa e devida à escassez de recursos (e que pretende ser superada), seria a inclusão da abordagem do impacto sobre o paciente. Tal medida, porém, na perspectiva de ensino, não deixou de ser incluída, na medida em que já foi estimulada ao longo da experiência curricular proposta para o residente. Inclusive, nesse aspecto, a forma de avaliação proposta para tal intervenção atravessa diretamente a realidade do paciente, na medida em que é feita a partir da formulação bio-psico-sócio-espiritual de um caso a ser eleito pelo residente, em sua casuística discente (HATHAWAY et al., s.d.) (Quadro 15).

Não se sabe ao certo ainda qual o impacto – da presença ou da ausência – de financiamento para iniciativas que venham a ocorrer fora da América do Norte do ponto de vista de ensino. Porém, do ponto de vista de pesquisa, tal variável pareceu ser relevante, pelo menos de acordo tanto com a sua prevalência dentre os relatos estudados e a sua relação com as propostas implementadas mas não publicadas de que se tomou conhecimento nesta revisão (PUCHALSKI; LARSON; LU, 2000; THE GEORGE WASHINGTON INSTITUTE FOR SPIRITUALITY & HEALTH, 2016)

Do ponto de vista prático, o da implementação em si, restou ainda o esclarecimento, após a fundamentação teórica acima exposta, de como justificá-la e como realizá-la, passo dado a seguir.

5.3.2 A proposta curricular em si

O objetivo principal desse currículo foi desenvolver processos ativos de aprendizagem aos residentes com competências básicas (conhecimentos, habilidades e atitudes) para abordar a R/E dos pacientes em sua prática clínica rotineira.

Esse currículo de 12 horas foi composto de seis reuniões de 2 horas (Quadro 15), e abrangeu os seguintes aspectos: tópicos, métodos, métodos de avaliação, quem deve entregar o conteúdo e referências básicas. Tais referências, naturalmente, foram consideradas passíveis de serem adaptadas e expandidas segundo cada contexto.

Decidiu-se simplificar as recomendações de leitura para facilitar a implementação e aumentar o interesse. Uma vasta bibliografia também pôde ser recomendada (LARSON; LU; SWYERS, 1997) além daquelas indicadas pelos artigos incluídos nesta revisão (Quadro 12 e Anexo A). Recomendou-se que as referências fossem entregues com antecedência para facilitar a leitura prévia pelos residentes (Quadro 15).

A fim de sistematizar as evidências disponíveis de uma maneira mais prática para apoiar o currículo proposto, foram apresentados os conteúdos respondendo às principais questões: por que ensinar um currículo R/E? O que ensinar? Como? Quando? Onde? Quem poderia ensinar? Quais competências desenvolver? Quais são os desafios, barreiras ou limitações mais comuns? O “porquê” foi respondido pelo raciocínio apresentado na seção de “Introdução” desta dissertação. As perguntas restantes foram respondidas conforme se apresenta na sequência.

5.3.2.1 O que deve ser ensinado e quais competências devem ser desenvolvidas?

Os tópicos e os métodos de ensino foram escolhidos com foco no desenvolvimento das competências de R/E pelos residentes, para ajudá-los a abordar esses aspectos na prática clínica. Os resultados ainda não foram testados.

O Anexo B descreve as competências a serem desenvolvidas para orientar o desenvolvimento dos currículos no PRP. Essa tabela também pode ser usada como referência para criar diferentes métodos de avaliação e/ou autoavaliação antes e depois da intervenção, no formato de uma lista de verificação de competências, com pontuações de 1 a 100, por exemplo. Recomendou-se informar aos residentes sobre essa lista de competências antes que o programa fosse ensinado, de modo a orientá-los sobre o que se esperaria que houvessem aprendido ao final dessa intervenção.

Em um contexto mais amplo, o desenvolvimento de competências de R/E (LUKOFF; LU, 1999; LUKOFF; LU; TURNER, 1992; TURNER; LUKOFF; BARNHOUSE, 1995) pôde ser incluído no grupo de competências culturais (TURNER; LUKOFF; BARNHOUSE, 1995; LEWIS HARRIS et al., 2008; ALARCON et al., 1999; KRIPALANI et al., 2006; WILLEN, 2013; PENA et al., 2016; CORRAL et al., 2017).

De acordo com o *WPA Position Statement* (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2016), espera-se que os psiquiatras saibam como obter um histórico de R/E, permitindo espaço para a inclusão desse aspecto no cuidado clínico de maneira ética e centrada no paciente. Eles também devem entender a interface cultural entre líderes psiquiátricos e religiosos, membros e comunidades, estabelecendo diálogos e encaminhamentos recíprocos como os supramencionados para o benefício de cada paciente.

Em um *continuum* da prevenção ao tratamento, esses profissionais devem estar preparados para formular um diagnóstico diferencial, incluindo experiências culturais, religiosas e espirituais e psicopatologia, enquanto são capazes de formular um plano de tratamento de um ponto de vista bio-psico-sócio-espiritual. Isso inclui avaliar aspectos positivos e desafiadores – do âmbito religioso, espiritual ou secular – como fatores de risco ou fatores de proteção na vida de cada um de seus pacientes.

Eles também devem ser capazes de identificar intervenções que poderiam ser feitas usando as práticas de R/E para o benefício do paciente, desde leitura, oração e participação em templos, grupos e outras organizações religiosas até atividades voluntárias, de meditação e relaxamento, e assistir à televisão ou ouvir programas de rádio, conteúdos da internet, dentre outras (Anexo B).

Os 11 currículos analisados abrangeram 23 tópicos de R/E, sendo os 8 mais frequentes: história espiritual; transferência e contratransferência/autoconhecimento; aconselhamento pastoral/capelania; definições de R/E e outros tópicos; psicoterapia, teologia e espiritualidade; diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicopatológicas; aspectos históricos da psiquiatria, ciência e religião; psiquiatria transcultural.

Assim, o currículo proposto cobre a maioria desses tópicos, enfocando-lhes as competências da forma mais sucinta e eficiente possível, para evitar que um excesso de informações, ou referências, impeça a efetiva implementação por diferentes programas de RMP (Quadro 15).

5.3.2.2 Como ensinar?

Os artigos revisados descreveram 31 métodos de ensino e, para aumentar a eficácia, esta proposta foi baseada nos mais comuns: sessões didáticas, apresentações de casos, grupos de discussão, supervisão clínica, seminários/*workshops* e conferências/palestras (HATHAWAY et al., s.d.; FITCH et al., 2008; PSYCHIATRISTS RCo, 2013).

Alguns relatos descobriram que as intervenções em grupo com envolvimento subjetivo pessoal dos residentes (por exemplo: yoga, meditação, atenção plena, compartilhamento de experiências subjetivas, participação em um retiro) pareceram significativas em sua formação pessoal (TARG, 1999; KOZAK et al., 2010; WESTENDORP, 1982; MCCARTHY; PETEET, 2003; CAMPBELL; STUCK; FRINKS, 2012; AWAAD et al., 2015). Os residentes pediram ênfase em tópicos que melhor atendessem as realidades de seus pacientes (TARG, 1999).

5.3.2.3 Quando ensinar?

A maioria dos artigos apresentou um currículo disperso ao longo dos anos (TARG, 1999; KOZAK et al., 2010; WESTENDORP, 1982; MCCARTHY; PETEET, 2003; CAMPBELL; STUCK; FRINKS, 2012; GALANTER et al., 2011; MCGOVERN et al., 2017) ou então em iniciativas mais concentradas (HUGUELET et al., 2011; GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008; STUCK et al., 2012; AWAAD et al., 2015) – aceitando residentes de diferentes anos. Alguns podem defender a importância de os residentes já terem alguma experiência clínica para utilizarem melhor o conteúdo e as discussões que surgem.

Por outro lado, é possível argumentar a favor de um treinamento precoce dos residentes para diminuir parte da resistência em relação ao R/E e favorecer a relação médico-paciente. Em geral, tendo em vista os resultados, considerou-se aconselhável fornecer treinamento em R/E em algum momento no meio do curso de residência (por exemplo: no segundo ano em um programa de 3 ou 4 anos).

Tendo em vista as diversas outras demandas para o ensino na residência, foi proposta uma carga de estudo mínima viável para evitar sobrecarregar o corpo docente e os residentes: um currículo mínimo de 12 horas, com seis sessões de 2 horas, valorizando o preparo prévio. Sugeriu-se que esta seja uma carga de estudo mínima obrigatória e que outros módulos opcionais sejam criados de acordo com a demanda cultural local ou o perfil e interesse dos residentes e preceptores.

5.3.2.4 Quem deve ensinar?

Muitos dos coordenadores e professores foram psiquiatras e, houve, em um dos casos, um que também era presbítero (WESTENDORP, 1982), além de outro que também era teólogo (AWAAD et al., 2015). Houve, ainda, um comitê para desenvolver e supervisionar a implementação do currículo (WESTENDORP, 1982).

Alguns estudos relataram que o curso foi oferecido por uma equipe multidisciplinar, incluindo seminaristas, psicólogos e psiquiatras (KOZAK et al., 2010; GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008; STUCK et al., 2012). Foi proposto, então, que o curso fosse coordenado por um psiquiatra (WESTENDORP, 1982; MCCARTHY; PETEET, 2003; GALANTER et al., 2011; AWAAD et al., 2015), que poderia ou não dividir as tarefas de ensino com outro membro da equipe multidisciplinar (TARG, 1999; KOZAK et al., 2010; GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008; STUCK et al., 2012) ou, possivelmente, até mesmo com os residentes (GALANTER et al., 2011; CAMPBELL; STUCK; FRINKS, 2012).

Também pareceu apropriado convidar palestrantes que possam atender necessidades específicas de acordo com os temas em questão (MCCARTHY; PETEET, 2003). O objetivo dessa proposta é encorajar situações em que preceptores associados a residentes interessados sejam capazes de gerenciar um currículo mínimo, sem necessariamente serem especialistas nessa área.

5.3.2.5 Como avaliar?

A avaliação pode cobrir o próprio curso, seu impacto sobre os residentes e sobre os pacientes (HATHAWAY et al, s.d.). Apenas três estudos avaliaram a dimensão dos pacientes e com muitas limitações (HUGUELET et al., 2011; GALANTER et al., 2011; CAMPBELL et al., 2012). Essa é também uma das limitações do currículo proposto: não abordar o efeito sobre os pacientes. Isso não impede que atividades que envolvam pacientes sejam desenvolvidas com foco na avaliação do efeito que a abordagem R/E tem sobre eles (HUGHELET et al., 2011; GALANTER et al., 2011; ROSMARIN; FORESTER; BJÖRGVINSSON, 2016; PHILLIPS; LAKIN; PARGAMENT, 2002). Tais atividades podem ocorrer simultaneamente ou, mais provavelmente, após a implementação deste currículo.

Nesse aspecto, poderia ser utilizada a ferramenta do Miniex, por exemplo, com o objetivo de avaliar o residente durante o processo de coleta da anamnese espiritual (NORCINI et al, 1995; MEGALE; GONTIJO; MOTTA, 2009). Esse instrumento

vem sendo utilizado em vários serviços de residência e universidades norte-americanas como uma escala de avaliação de habilidades clínicas. É um instrumento de observação direta de desempenho, que permite que o professor avalie o estudante enquanto este realiza uma consulta objetiva e rápida, focada em determinada necessidade do paciente. Sua principal característica é reproduzir da maneira mais fiel possível a rotina do profissional em seu local de trabalho. Não interfere na rotina do serviço, não usa o paciente como objeto de ensino e consegue identificar e corrigir deficiências de desempenho. (MEGALE; GONTIJO; MOTTA, 2009, p. 167).

No que diz respeito ao curso, existe a possibilidade de uma avaliação geral, bem como uma avaliação após cada aula. Recomendou-se que o *feedback* fosse dado por preceptores e residentes, quantitativa e/ou qualitativamente. Alguns estudos utilizaram questionários para esse fim (HATHAWAY et al., s.d.).

Os residentes podem ser avaliados de maneira formativa (por exemplo, através de *feedback* nas supervisões), de forma somativa (através de instrumentos quantitativos, como o uso de questionários), ou qualitativamente por meio de relatos orais e escritos de suas experiências nesta área e o impacto dessas experiências sobre sua formação (FITCH et al., 2008; BHUGRA, 2006).

Esta avaliação pode ser realizada no final do programa ou no final de cada aula. Recomenda-se que o processo de avaliação seja orientado para o desenvolvimento das competências R/E (Quadro 6 e Anexo B). Se o processo de avaliação for simplificado, recomendamos a utilização de apenas uma avaliação no final do curso, onde cada residente realize uma formulação bio-psico-sócio-espiritual do caso por escrito, com sua respectiva proposta de tratamento com ênfase nos aspectos de R/E de um paciente real visto pelo residente.

Esta mesma formulação também deve discutir as implicações para o tratamento, incluindo, se possível, intervenções R/E integradas específicas para o caso daquele paciente (BARNARD; DAYRINGER; CASSEL, 1995; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2016; GONÇALVES et al., 2015).

5.3.2.6 Como superar possíveis desafios, barreiras e limitações?

As iniciativas relatadas foram geralmente bem aceitas e avaliadas positivamente pelos residentes. Quase metade dos artigos não mencionou problemas e barreiras encontrados na

implementação do currículo (HUGUELET et al., 2011; GALANTER et al., 2011; KOZAK et al., 2010; STUCK et al., 2012; MCGOVERN et al., 2017). Quando relatados, os problemas mais relevantes foram resistência inicial por residentes (MCCARTHY; PETEET, 2003; GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008; AWAAD et al., 2015) e preceptores (WESTENDORP, 1982; CAMPBELL; STUCK; FRINKS, 2012); tensão entre os residentes (TARG, 1999; MCCARTHY; PETEET, 2003) e conflitos com a própria fé; tensão entre residentes e preceptores (medo dos residentes de desaprovação pelos preceptores) (TARG, 1999; WESTENDORP, 1982); e tensão entre os próprios preceptores, por exemplo, em relação à extensão da literatura indicada (TARG, 1999, WESTENDORP, 1982).

As principais limitações citadas dizem respeito a questões relacionadas à pesquisa (WESTENDORP, 1982; GRABOVAC; CLARK; MCKENNA, 2008; GALANTER et al., 2011; STUCK et al., 2012; CAMPBELL; STUCK; FRINKS, 2012; AWAAD et al., 2015; MCGOVERN et al., 2017) e foram menos voltadas para o ensino em si, como a queixa dos residentes sobre a falta de tempo para o tema (TARG, 1999).

A supervisão individual pôde ajudar a superar conflitos entre residentes e pacientes. Grupos de discussão e supervisão em grupo para os residentes em relação à sua própria experiência R/E puderam diminuir as tensões intra e interpessoais e encorajar os residentes a superá-los (WESTENDORP, 1982).

A apresentação de evidências robustas de pesquisa, limites profissionais adequados e ênfase em uma abordagem centrada no paciente pode ser muito útil para superar barreiras institucionais e pessoais (por exemplo, receios de abordagem não científica, proselitismo, preconceitos etc.).

Restringir referências obrigatórias ao mínimo necessário evitará o estresse de sobrecarregar o corpo docente e os residentes (WESTENDORP, 1982). O *feedback* individual e os grupos de discussão – formais ou informais – entre residentes e professores podem ajudar a reduzir a tensão ao longo do processo.

Ter mais de um membro do corpo docente envolvido no curso pode ajudar a ampliar o leque de abordagens apresentadas e minimizar a resistência que pode surgir contra uma possível “agenda oculta” (BALBONI et al., 2015; BANDINI et al., 2017; MCCARTHY; PETEET, 2003). Por outro lado, um número excessivo de docentes pode comprometer a identificação e a continuidade do processo (WESTENDORP, 1982).

5.3.3 *Propostas curriculares modificadas*

Se apenas uma lição pudesse ser ensinada durante todo o programa de RMP, sugerir-se-ia um resumo das aulas 1 e 2 (duração máxima de 4 h): uma breve apresentação introdutória sobre o tema ensinado pelo preceptor com aplicação de um questionário (pré-curso) de autoavaliação para os residentes antes dessa apresentação (30 min) + discussão em grupo pelo residentes sobre o Posicionamento oficial da AMP (45 min) + intervalo (15 min) + Coleta da História espiritual por pares de residentes (15 min cada), com uma subsequente formulação bio-psico-sócio-espiritual escrita do caso por cada residente (15 min) e uma apresentação oral sucinta da formulação feita por cada residente (1h30min – até 10 min para cada residente); uma avaliação escrita do programa (pontos positivos e negativos e sugestões para futuras iniciativas) tanto dos residentes quanto dos preceptores; preenchimento do questionário (pós-curso) de autoavaliação dos residentes e considerações finais (15 min).

No outro extremo do espectro, se houver mais tempo disponível e maior interesse em R/E – seja em termos de pesquisa, ensino ou aplicações clínicas – pelo corpo docente e/ou de residentes, então módulos complementares poderiam ser explorados, de acordo com as necessidades e interesses locais.

Os módulos propostos para desenvolvimento adicional incluíram dependência química, cuidados paliativos, desenvolvimento humano, R/E no atendimento de grupos específicos (por exemplo, idosos, mulheres, LGBT, sem-teto e pacientes institucionalizados) (LARSON; LU; SWYERS, 1997; BOWMAN, 2009; KOENIG, 2016), psiquiatria positiva (ciência do bem-estar, felicidade etc.) (JESTE et al., 2015; ELLISON; SMITH, 1991; CLONINGER; ZOHAR, 2011; CLONINGER et al., 2012), psiquiatria integrativa (integração com terapias alternativas e complementares) (QURESHI; Al-BEDAH, 2013) e psiquiatria transpessoal (FEIFEL et al. 1996; BEAUREGARD et al., 2014; MOREIRA-ALMEIDA; ARAÚJO; CLONINGER, 2018; DAHER, 2017; KASPROW; SCOTTON, 1999), no estudo de temas como a relação mente-cérebro.

6 CONCLUSÃO

Após a análise crítica e a avaliação de todos os dados e estudos incluídos a partir das fontes acima delineadas, foram identificadas as tendências e estratégias didáticas mais utilizadas e/ou com mais evidências de efetividade nas iniciativas já realizadas de implantação de currículo em R/E na Residência em Psiquiatria.

Com base nesses dados, foi elaborada uma proposta curricular mínima a este respeito. Essa proposta curricular foi constituída da síntese das informações disponibilizadas pelos artigos que foram incluídos na revisão, a partir da elaboração de um resumo crítico das evidências encontradas, que foram divididas em diferentes categorias, tais como: temas das aulas, método de ensino/aprendizagem e sua avaliação, ano da residência em que foram realizadas, competências-alvo a serem desenvolvidas pelos residentes em cada aula, recomendações bibliográficas, dentre outras.

Do ponto de vista do ensino, a compreensão da R/E como uma dimensão específica dentro da grande dimensão cultural de cada paciente parece ser um passo importante na abordagem integral do paciente. Compreender a relação, caso-a-caso, centrada no paciente, a respeito do impacto – quer positivo ou negativo – de suas crenças sobre a sua saúde mental parece ser algo muito relevante, do ponto de vista epidemiológico, na formação de um residente em Psiquiatria em qualquer lugar do mundo.

Numa perspectiva de pesquisa, intervenções padronizadas, mínimas, mas eficazes, que possam ser abordadas de forma multicêntrica e randomizada podem constituir um caminho para se compreender essa necessidade e essa realidade, em escala global.

A carência de referências padronizadas nessa direção tornou a proposta curricular trazida por esta dissertação algo passível de ser implementado, testado e tomado como referência de estudos nesse campo, em futuro próximo.

Por existirem ainda poucos estudos na área, incentiva-se a realização de mais trabalhos, no sentido prático, a partir da implementação dessa proposta, a fim de se testar os objetivos, visando à sua adequação e adaptação ao contexto cultural em que for aplicada, com os necessários ajustes que se façam necessários. Tal medida deve facilitar o preenchimento da lacuna R/E presente atualmente entre a teoria e a prática na área de Saúde Mental, em especial, na Psiquiatria, de acordo com os achados do presente trabalho.

Numa perspectiva clínica, por fim, este trabalho se propôs a favorecer a abordagem da R/E por meio de treinamento adequado e ético para os residentes de Psiquiatria, diminuindo a lacuna que existe entre a alta prevalência da religiosidade da população mundial, o desejo em geral presente e não atendido dos pacientes de ter essa dimensão de sua vida abordada, e a correlação geralmente positiva da religiosidade com a saúde mental, por meio de diferentes estudos. Com isso, espera-se tornar cada vez mais natural – e menos sobrenatural – a mudança de um paradigma biopsicossocial para um paradigma bio-psico-sócio-espiritual na abordagem integral da saúde humana.

REFERÊNCIAS

ABERNATHY, J. D.; LANCIA, J. J. Religion and the psychotherapeutic relationship: transferential and countertransferential dimensions. **Journal of Psychotherapy Practice and Research**, v. 7, p. 281-289, 1998.

ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION (ACGME). Disponível em: <www.acgme.org/outcome/comp/compFull.asp>. Acesso em: 13 mai. 2018.

ALARCON, R. D.; WESTERMEYER, J.; FOULKS, E. F.; RUIZ, P. Clinical relevance of contemporary cultural psychiatry. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 187, p. 465-447, 1999.

ALBANESE, M. A.; MEJICANO, G.; MULLAN, P.; KOKOTAILO, P.; GRUPPEN, L. Defining characteristics of educational competencies. **Medical Education**, v. 42, p. 248-255, 2008.

ALCORN, S. R.; BALBONI, M. J.; PRIGERSON, H. G.; REYNOLDS, A.; PHELPS, A. C.; WRIGHT, A. A.; BLOCK, S. D.; PETEET, J. R.; KACHNIC, L. A.; BALBONI, T. A. If God wanted me yesterday, I wouldn't be here today: religious and spiritual themes in patients' experiences of advanced cancer. **Palliative Medicine**, v. 13, n. 5, p. 581-588, 2010.

ALMEDER, R. Objeção materialista contra o dualismo cartesiano. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 40, n. 4, p. 150-156, 2013.

AMERICAN ASSOCIATION OF MEDICAL COLLEGES. **Contemporary issues in medicine: Communication in medicine**. Washington, DC: American Association of Medical Colleges, 1999.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4. ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 5. ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Mental health and faith community partnership**. Disponível em: <<http://www.psychiatry.org/faith>>. Acesso em: 1 out. 2018.

ANANDARAJAH, G; MITCHELL, M. A spirituality and medicine elective for senior medical students: 4 years' experience, evaluation, and expansion to the family medicine residency. **Family Medicine**, v. 39, p. 313-315, 2007.

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

ARAÚJO, S. Materialism's eternal return: recurrent patterns of materialistic explanations of mental phenomena. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 40, n. 3, p. 114-119, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Disponível em:
<<http://www.abp.org.br/portal/>>. Acesso em: 13 mai. 2018.

AWAAD, R., ALI, S.; SALVADOR, M.; BANDSTRA, B. A process-oriented approach to teaching religion and spirituality in psychiatry residency training. **Academic Psychiatry**, v. 39, n. 6, p. 654-660, 2015.

BAETZ, M; GRIFFIN, R; BOWEN, R; MARCOUX, G. Spirituality and psychiatry in Canada: psychiatric practice compared with patient expectations. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 49, n. 4, p. 265-271, 2004.

BAETZ, M. Religion and psychiatry: from conflict to consensus. **World Psychiatry**, v. 12, n. 1, p. 38-39, 2013

BALBONI, M. J; BABAR, A.; DILLINGER, J.; PHELPS, A. C.; GEORGE, E.; BLOCK, S. D.; KACHNIC, L.; HUNT, J.; PETEET, J.; PRIGERSON, H. G.; VANDERWEELE, T. J.; BALBONI, T. A. It depends: viewpoints of patients, physicians, and nurses on patient-practitioner prayer in the setting of advanced cancer. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 41, n. 5, p. 836-847, 2011.

BALBONI, M. J.; BANDINI, J.; MITCHELL, C.; EPSTEIN-PETERSON, Z. D.; AMOBI, A.; CAHILL, J.; ENZINGER, A. C.; PETEET, J.; BALBONI, T. Religion, Spirituality, and the Hidden Curriculum: Medical Student and Faculty Reflections. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 50, n. 4, p. 507-515, 2015.

BALBONI, M. J.; SULLIVAN, A.; AMOBI, A.; PHELPS, A. C.; GORMAN, D. P.; ZOLLFRANK, A.; PETEET, J. R.; PRIGERSON, H. G.; VANDERWEELE, T. J.; BALBONI, T. A. Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. **Journal of Clinical Oncology**, v. 31, n. 4, p. 461-467, 2012.

BALBONI, M. J.; SULLIVAN, A.; AMOBI, A.; PHELPS, A. C.; GORMAN, D. P.; ZOLLFRANK, A.; PETEET, J. R.; PRIGERSON, H. G.; VANDERWEELE, T. J.; BALBONI, T. A. Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. **Journal of Clinical Oncology**, v. 31, p. 461-467, 2013.

BANDINI, J.; MITCHELL, C.; EPSTEIN-PETERSON, Z. D.; AMOBI, A.; CAHILL, J.; PETEET, J.; BALBONI, T.; BALBONI, M. J. Student and Faculty Reflections of the Hidden Curriculum. **American Journal of Hospice & Palliative Medicine**, v. 34, n. 1, p. 57-63, 2017.

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

BARNETT, K. G.; FORTIN A. H. Spirituality and medicine. A workshop for medical students and residents. **Journal of General Internal Medicine**, v. 21, p. 481-485, 2006.

BARZKAR, F.; BARADARAN, H. R.; KOOHPAYEHZADEH, J. Knowledge, attitudes and practice of physicians toward evidence-based medicine: A systematic review. **Journal of Evidence-Based Medicine**, v. 11, n. 4, p. 246-251, 2018.

BEAUREGARD, M; SCHWARTZ, G. E.; MILLER, L.; DOSSEY, L.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; SCHLITZ, M.; SHELDRAKE, R.; TART, C. Manifesto for a post-materialist science. **Explore (NY)**, v. 10, n, 5, p. 272-274, 2014.

BHUGRA, D. The new curriculum for psychiatric training. **Advances in Psychiatric Treatment**, v. 12, n. 6, p. 393-396, nov. 2006.

BLASS, D. M. A pragmatic approach to teaching psychiatry residents the assessment and treatment of religious patients. **Academic Psychiatry**, v. 31, p. 25-31, 2007.

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

BONFERRONI, C. Teoria statistica delle classi e calcolo delle probabilità. **Pubblicazioni del R Istituto Superiore di Scienze Economiche e Commerciali di Firenze**, v. 8, p. 3-62, 1936.

BOUMA, G. D. The Emergence of Religious Plurality in Australia: a multicultural society. **Sociology of Religion**. v. 56, n. 3, p. 285-302, 1995.

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

BRASIL. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a residência médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, 06/09/1977, p. 11787. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-80281-5-setembro-1977-429283-norma-actualizada-pe.pdf>>. Acesso em: 13 de mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº4, de 07 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. ME, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2018.

CALIZAYA-GALLEGOS, C.; MAYTA-TRISTÁN, P.; PEREYRA-ELÍAS R.; MONTENEGRO-IDROGO, J.; AVILA-FIGUEROA, J.; BENÍTEZ-ORTEGA,

I.; CABRERA-ENRIQUEZ, J.; CALIXTO, O. J.; CARDOZO-LÓPEZ, P. J.; GRANDEZ-URBINA, J. A.; MORENO-LOAIZA, O.; RODRIGUEZ, M. A.; SEPÚLVEDA-MORALES, R.; SIERRA-AVENDAÑO, J. A.; CARREÑO, F.; VÁSQUEZ-GARCÍA, G. R.; VÁSQUEZ-SULLCA, R. R.; YESCAS, G.; RED-LIRHUS. Religious affiliation and the intention to choose psychiatry as a speciality among physicians in training from 11 Latin American countries. **Transcult Psychiatry**, n. 8, p. 1-18, 2018.

CAMPBELL, N.; STUCK, C.; FRINKS, L. Spirituality training in residency: Changing the culture of a program. **Academic Psychiatry**, v. 36, n. 1, p. 56-59, 2012.

CLONINGER, C. R.; ZOHAR, A. H. Personality and the perception of health and happiness. **Journal of Affective Disorders**, v. 128, n. 1-2, p. 24-32, 2011.

CLONINGER, C. R.; ZOHAR, A. H.; HIRSCHMANN, S.; DAHAN, D. The psychological costs and benefits of being highly persistent: personality profiles distinguish mood disorders from anxiety disorders. **Journal of Affective Disorders**, v. 136, n. 3, p. 758-766, 2012.

COMMITTEE ON RELIGION AND PSYCHIATRY GUIDELINES REGARDING POSSIBLE CONFLICT BETWEEN PSYCHIATRISTS. Religious Commitments and Psychiatric Practice. **American Journal of Psychiatry**, v. 147, p. 542, 1990.

COOK, C. C. H. **Recommendations for psychiatrists on spirituality and religion**. Londres: Royal College of Psychiatrists, 2011.

COOK, D. A.; WEST, C. P. Conducting systematic reviews in medical education: a stepwise approach. **Medical Education**, v. 46, n. 10, p. 943-952, 2012.

CORRAL, I.; JOHNSON, T. L.; SHELTON, P. G.; GLASS, O. Psychiatry Resident Training in Cultural Competence: an educator's toolkit. **Psychiatric Quarterly**, v. 88, n. 2, p. 295-306, 2017.

CULTURAL COMPETENCE COMPENDIUM. **American Medical Association**. Chicago: The Association, 2003. Disponível em: <http://www.ama-assn.org/ama/upload/mm/40/05.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2016.

CURCIO, C. S. S.; LUCCHETTI, G.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Validation of the Portuguese version of the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (BMMRS-P) in clinical and non-clinical samples. **Journal of Religion and Health**, v. 54, n. 2, p. 435-448, 2015.

CURCIO, C. S. S.; MOREIRA-ALMEIDA A. Who Does Believe in life After Death? Brazilian Data from Clinical and Non-clinical Samples. **Journal of Religion and Health**, Oct. 2018.

DAHER, J. C. Research on Experiences Related to the Possibility of Consciousness Beyond the Brain: A Bibliometric Analysis of Global Scientific Output. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 205, n. 1, p. 37-47, 2017.

DAMIANO, R. F.; COSTA, L. A.; VIANA, M. T. S. A.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; LUCCHETTI, A. L. G.; LUCCHETTI, G. Spirituality, Religion and Health. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 43, n. 1, p. 11-16, 2016.

DELMONTE, R.; LUCCHETTI, G.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; FARIAS, M. Can the DSM-5 differentiate between nonpathological possession and dissociative identity disorder? A case study from an Afro-Brazilian religion. **Journal of Trauma & Dissociation**, v. 17, n. 3, p. 322-337, mai./jun. 2016.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. **Seção 1**. nº 95, p. 35. Publicado em 19 mai. 2006.

DURING, E. H.; ELAHI, F. M.; TAIEB, O.; MORO, M. R.; BAUBET, T. A critical review of dissociative trance and possession disorders: etiological, diagnostic, therapeutic, and nosological issues. **Canadian Psychiatric Association**, v. 4, p. 235-242, 2011.

EHMAN, J. W., OTT, B. B., SHORT, T. H., CIAMPA, R. C., HANSEN-FLASCHEN, J. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? **Archives of Internal Medicine**, v. 159, n. 15, p. 1803-1806, 1999.

ELLISON, C.; SMITH, J. Toward an integrative measure of health and well-being. **Journal of Psychology and Theology**, v. 19, p. 35-44, 1991.

EPSTEIN, R. M.; HUNDERT, E. M. Defining and assessing professional competence. **JAMA**, v. 287, n. 2, p. 226-235, 2002.

FEIFEL, D. Parallels of psychoanalytic theory and quantum mechanics. **Harvard Review of Psychiatry**, v. 4, n. 1, p. 58, 1996.

FERNANDES, C. R.; FARIAS FILHO, A.; GOMES, J. M. A.; PINTO FILHO, W. A.; CUNHA, G. K. F.; MAIA, F. L. Currículo Baseado em Competências na Residência Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, p. 129-136, 2012.

FITCH, C.; MALIK, A.; LELLIOTT, P.; BHUGRA, D.; ANDIAPPAN, M. Assessing psychiatric competencies: what does the literature tell us about methods of workplace-based assessment? **Advances in Psychiatric Treatment**, v. 14, n. 2, p. 122-130, 2008.

FOCH, G. F. L.; SILVA, A. M. B.; ENUMO, S. R. F. Coping religioso/espiritual: uma revisão sistemática de literatura (2003-2013). **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 69, n. 2, p. 53-71, 2017.

FREUD, S. **Civilization and its discontents**. Nova York: WW Norton, 1961. Original publicado em 1930.

GALANTER, M.; DERMATIS, H.; TALBOT, N.; MCMAHON, C.; ALEXANDER, M. J. Introducing spirituality into psychiatric care. **Journal of Religion and Health**, v. 50, n. 1, p. 81-91, 2011.

GALBRAITH, K.; WARD, A.; HENEGHAN, C. A real-world approach to Evidence-Based Medicine in general practice: a competency framework derived from a systematic review and Delphi process. **BMC Medical Education**, v. 3, n. 17, p. 78, 2017.

GONÇALVES, J. P.; LUCCHETTI, G.; MENEZES, P. R.; VALLADA, H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. **Psychological Medicine**, v. 23, p. 1-13, 2015.

GONTIJO, E. D.; ALVIM, C.; MEGALE, L.; MELO, J. R. C.; LIMA, M. E. C. C. Matriz de Competências Essenciais para a Formação e Avaliação de Desempenho de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 4, p. 526-539, 2013.

GRABOVAC, A.; CLARK, N.; MCKENNA, M. Pilot study and evaluation of postgraduate course on "The interface between spirituality, religion and psychiatry. **Academic Psychiatry**, v. 32, n. 4, p. 332-337, 2008.

GRABOVAC, A. D.; GANESAN, S. Spirituality and religion in Canadian psychiatric residency training. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 48, n. 3, p. 171-175, 2003.

GUERRERO, A. P. S.; BERESIN, E. V.; BALON, R.; BRENNER, A. M.; LOUIE, A. K.; COVERDALE, J. H.; ROBERTS, L. W. The competency movement in psychiatric education. **Academic Psychiatry**, v. 41, n. 3, p. 312-314, jun. 2017.

HATHAWAY, D. B.; OLIVEIRA E OLIVEIRA, F. H. A.; MIRHOM, M.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; FUNG, W. L. A.; PETTET, J. R. **Teaching spirituality & religiosity-related competencies to psychiatry residents: a systematic and scoping review.** (Submetido em 2019).

HUGUELET, P.; MOHR, S.; BETRISEY, C.; BORRAS, L.; GILLIERON, C.; MARIE, A. M.; RIEBEN, I.; PERROUD, N.; BRANDT, P. Y. A Randomized Trial of Spiritual Assessment of Outpatients with Schizophrenia: Patients' and Clinicians' Experience. **Psychiatric Services**, v. 62, n. 1, p. 79-86, 2011.

HUMPHREY, H. J.; MARCANGELO, M.; RODRIGUEZ, E. R.; SPITZ, D. Assessing competencies during education in psychiatry. **International Review of Psychiatry**, v. 25, n. 3, p. 291-300, 2013.

LOPEZ-IBOR, J. J., OKASHA, A. **Core Curriculum for Postgraduate Training in Psychiatry.** 2002. Disponível em: <http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=8&content_id=112>. Acesso em: 12 out. 2018.

JESTE, D. V.; PALMER, B. W.; RETTEW, D. C.; BOARDMAN, S. Positive psychiatry: its time has come. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 76, n. 6, p. 675-683, 2015.

JOSEPHSON, A. M. Formulation and treatment: integrating religion and spirituality in clinical practice. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v. 13, p. 71-84, 2004.

JOSEPHSON, A. M.; PETEET, J. R. Talking with patients about spirituality and worldview: practical interviewing techniques and strategies. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 30, n. 2, p. 181-197, 2007.

KALET, A. L.; GILLESPIE, C. C.; SCHWARTZ MD.; HOLMBOE, E. S.; ARK, T. K.; JAY, M.; PAIK, S.; TRUNCALI, A.; HYLAND BRUNO, J.; ZABAR, S. R.; GOUREVITCH, M. N. New measures to establish the evidence base for medical education: identifying educationally sensitive patient outcomes. **Academic Medicine**, v. 85, p. 844-851, 2010.

KARA-JUNIOR, N. Definição da população e randomização da amostra em estudos clínicos. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 73, n. 2, p. 67-68, 2014.

KASPROW, M. C, SCOTTON, B. W. A review of transpersonal theory and its application to the practice of psychotherapy. **Journal of Psychotherapy Practice and Research**, v. 8, n. 1, p. 12-23, 1999.

KATTAN, W.; TALWAR, V. Psychiatry resident's attitudes toward spirituality in psychiatry. **Academic Psychiatry**, v. 37, p. 360-362, 2013.

KERN, D. E.; THOMAS, P. A.; HUGHES, M. T.; CHEN, B. Y. **Curriculum Development for Medical Education: a six-step approach**. 3rd ed. John Hopkins University Press, 2016.

KING, R.; HOOPER, B.; WOOD, W. Using bibliographic software to appraise and code data in educational systematic review research. **Medical Teacher**, v. 33, n. 9, p. 719-723, 2011.

KIRKPATRICK, D. **Evaluation of training, in Training and Development Handbook**. New York: McGraw-Hill, 1967.

KIRMAYER, L. J.; ROUSSEAU, C.; GUZDER, J.; JARVIS, J. E. Training clinicians in cultural psychiatry: a Canadian perspective. **Academic Psychiatry**, v. 32, n. 4, p. 313-319, 2008.

KRIPALANI, S.; BUSSEY-JONES, J.; KATZ, M. G.; GENAO, I. A prescription for cultural competence in medical education. **Journal of General Internal Medicine**, v. 21, p. 1116-1120, 2006.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. **Southern Medical Journal**, v. 97, p. 1194-1200, 2004.

KOENIG, H. G. Concerns about measuring "spirituality" in research. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 196, p. 349-355, 2008.

KOENIG, H. G. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 54, p. 283-291, 2009.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **ISRN Psychiatry**, v. 2012, p. 1-33, December 2012.

KOENIG, H. **Spirituality in Patient Care: Why, How, When, and What**. 3rd ed. Pensilvania: Templeton Press Foundation, 2016.

KOENIG, H. G.; KING, D.; LARSON, V. B. **Handbook of religion and health**. 2. ed. Nova York: Oxford University Press, 2012.

KOENIG, H. G.; MCCULLOGH, M. E.; LARSON, D. B. **Handbook of Religion and Health**. Nova York: Oxford University Press, 2001.

KOZAK, L.; BOYNTON, L.; BENTLEY, J.; BEZY, E. Introducing spirituality, religion and culture curricula in the psychiatry residency programme. **Journal of Medical Ethics and Medical Humanities**, v. 36, p. 48-51, 2000.

KOZAK, L.; GARDINER, L.; BEZY, E. Espiritualidad, religion y cultura: La introduccion de estas areas tematicas en programas de residencia medica psiquiatrica. V Congreso Virtual de Psiquiatria, 2004. **Proceedings of Presented Papers of the V Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis**, 2004. Disponível em: <http://www.interpsiquis.com/> 2004. Acesso em: 13 maio 2018.

LARSON, D. B.; LU, F. G.; SWYERS, J. P. **A model curriculum for psychiatry residency training programs: religion and spirituality in clinical practice**. Rockville, MD: National Institute for Healthcare Research, 1997.

LAWRENCE, R. M.; DUGGAL, A. Spirituality in psychiatry education and training. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 94, p. 303-305, 2001.

LEWIS HARRIS, T.; MCQUERY, J.; RAAB, B.; ELMORE, S. Multicultural Psychiatric Education: Using the DSM-IV-TR Outline for Cultural Formulation to Improve Resident Cultural Competence. **Academic Psychiatry**, v. 32, n. 4, p. 306-312 Jul./Aug. 2008.

LIM, R. F.; LU, F. G. Culture and psychiatric education. **Academic Psychiatry**, v. 32, n. 4, p. 269-271, 2008.

LIM, R. F.; LUO, J. S.; SUO, S.; HALES, R. E. Diversity initiatives in academic psychiatry: Applying cultural competence. **Academic Psychiatry**, v. 32, n. 4, p. 283-290, 2008.

LIND, B.; SENDELBACH, S.; STEEN, S. Effects of a spirituality training program for nurses on patients in a progressive care unit. **Critical Care Nurse**, v. 31, p. 87-90, 2011.

- LU, F. G.; PRIMM, A. Mental health disparities, diversity, and cultural competence in medical student education: how psychiatry can play a role. **Academic Psychiatry**, v. 30, n. 1, p. 9-15, 2006.
- LU, P. Y.; TSAI, J. C.; TSENG, S. Y. Clinical teachers' perspectives on cultural competence in medical education. **Medical Education**, v. 48, n. 2, p. 204-214, Feb. 2014.
- LUCCHETTI, A.; BARCELOS-FERREIRA, R.; BLAZER, D. G.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Spirituality in geriatric psychiatry. **Current opinion in Psychiatry**, v. 31, n. 4, p. 373-377, 2018.
- LUCCHETTI, G.; AGUIAR, P. R.; BRAGHETTA, C. C.; VALLADA, C. P.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; VALLADA, H. Spiritist psychiatric hospitals in Brazil: integration of conventional psychiatric treatment and spiritual complementary therapy. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 36, n. 1, p. 124-135, 2012.
- LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; PERES, M. F.; LEÃO, F. C.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G. Validation of the Duke Religion Index: durel (Portuguese version). **Journal of Religion and Health**, v. 51, n. 2, p. 579-586, 2012a.
- LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L.; VALLADA, H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. **São Paulo Medical Journal**, v. 131, p. 112-122, 2013.
- LUCCHETTI, G.; OLIVEIRA, L. R.; KOENIG, H. G.; LEITE, J. R.; LUCCHETTI, A. L. Medical students, spirituality and religiosity – results from the multicenter study SBAME. **BMC Medical Education**, v. 13, p. 162, 2013.
- LUCCHETTI, G.; DE OLIVEIRA, L. R.; LEITE, J. R.; LUCCHETTI, A. L.; SBAME Collaborators. Medical students and controversial ethical issues: results from the multicenter study. **BMC Medical Ethics**, v. 15, n. 15, p. 85, 2014.
- LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G. Spirituality, Religion, and Health: Over the Last 15 Years of Field Research the International. **Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 48, n. 3, p. 199-215, 2014.
- LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; BASSI, R. M.; LATORRACA, R.; NACIF, S. A. P. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 8, n. 2, p. 154-158, 2010.
- LUKOFF, D.; LU, F.; TURNER, R. Toward a more culturally sensitive DSM-IV: psychoreligious and psychospiritual problems. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 180, p. 673-682, 1992.
- LUKOFF, D.; LU, F. C. Cultural competence includes religious and spiritual issues in clinical practice. **Psychiatric Annals**, v. 29, n. 8, p. 469-472, 1999.

MAINIERI, A. G.; PERES, J. F. P.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; MATHIAK, K.; HABEL, U.; KOHN, N. Neural correlates of psychotic-like experiences during spiritual-trance state. **Psychiatry Research Neuroimaging**, v. 30, n. 266, p. 101-107, 2017.

NELSON, M.; JACOBS, C.; CUBAN, L. Concepts of curriculum. **Teaching and Learning in Medicine**, v. 4, n. 4, p. 202-205, 1992.

MARIOTTI, L. G.; LUCCHETTI, G.; DANTAS, M. F.; BANIN, V. B.; FUMELLI, F.; PADULA, N. A. Spirituality and medicine: views and opinions of teachers in a Brazilian medical school. **Medical Teacher**, v. 33, p. 339–340, 2011.

MCCARTHY, M. K.; PETEET, J. R. Teaching residents about religion and spirituality. **Harvard Review of Psychiatry**, v. 11, n. 4, p. 225-228, Jul./Aug. 2003.

MCCORD, G.; GLICHRIST, V. J.; GROSSMAN, S. D.; KING, B. D.; MCCORMICK, K. F.; OPRANDI, A. M.; SCHROP, S. L.; SELIUS, B. A.; SMUCKER, W. D.; WELDY, D. L.; AMORN, M.; Carter, M A.; DEAK, A. J.; HEFZY, H.; SRIVASTAVA, M. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. **Annals of Family Medicine**, v. 2, p. 356-361, 2004.

MCGOVERN, T. F.; MCMAHON, T.; NELSON, J.; BUNDOC-BARONIA, R.; GILES, C.; SCHMIDT, V. A descriptive study of a spirituality curriculum for general psychiatry residents. **Academic Psychiatry**, v. 41, n. 4, p. 471-476, 2017.

MENEGATTI-CHEQUINI, M. C.; GONÇALVES, J. P.; LEÃO, F. C.; PERES, M. F.; VALLADA, H. A preliminary survey on the religious profile of Brazilian psychiatrists and their approach to patients' religiosity in clinical practice. **BJPsych Open**. v. 2, n. 6, p. 346-352, 2016.

MENEZES, A. JR.; MOREIRA-ALMEIDA A. Religion, spirituality, and psychosis. **Current Psychiatry**, v. 12, n.3, p. 174-179, 2010.

MILLS, S.; WOLITZKY-TAYLOR, K.; XIAO, A. Q.; BOURQUE, M. C.; ROJAS S. M.; BHATTACHARYA, D.; SIMPSON, A. K.; MAYE A.; LO, P.; CLARK, A.; LIM, R.; LU, F. G. Training on the DSM-5 Cultural Formulation Interview Improves Cultural Competence in General Psychiatry Residents: A Multi-site Study. **Academic Psychiatry**, v. 40, n. 5, p. 829-834, Oct. 2016.

MILLS, M.; WOLITZKY-TAYLOR, K.; XIAO, A. Q.; LIM, R.; LU, F. G. Training on the DSM-5 Cultural Formulation Interview improves cultural competence in general psychiatry residents: a pilot study. **Transcult Psychiatry**, v. 54, n. 2, p. 179-191, 2017.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (ME). **Residência Médica**. Boletim Informativo Comissão Nacional de Residência Médica. S.d. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude>>. Acesso em: 26 jan. 2018.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (ME). Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). **Resolução CNRM nº 02 /2006, de 17 de maio de 2006**. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. ME, 2006. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=512-resolucao-cnrm-02-17052006&Itemid=30192>. Acesso em: 26 jan. 2018.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (ME). **Programa mínimo para Residência Médica em Psiquiatria**. Agosto 2010. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=6534-psiquiatria-sesu-rm&category_slug=agosto-2010-pdf&Itemid=30192> Acesso em: 13 mai. 2018.

MITCHELL, C. M.; EPSTEIN-PETERSON, Z. D.; BANDINI, J.; AMOBI, A.; CAHILL, J.; ENZINGER, A.; NOVEROSKE, S.; PETEET, J.; BALBONI, T.; BALBONI, M. J. Developing a Medical School Curriculum for Psychological, Moral, and Spiritual Wellness: Student and Faculty Perspectives. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 52, n. 5, p. 727-736, 2016.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Differentiating spiritual from psychotic experiences. **British Journal of Psychiatry**, v. 195, n. 4, p. 370-371, 2009.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Assessing clinical implications of spiritual experiences. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 5, n. 4, p. 344-346, 2012.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Implications of spiritual experiences to the understanding of mind-brain relationship. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 6, n. 6, p. 585-589, 2013.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Religion and health: the more we know the more we need to know. **World Psychiatry**, v. 12, n. 1, p. 37-38, 2013a.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; CARDEÑA, E. Differential diagnosis between non-pathological psychotic and spiritual experiences and mental disorders: a contribution from Latin American studies to the ICD-11. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33 (suppl.1), p. s21-s28, 2011.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G. 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" (v. 62, n. 6, p.1486-1497, 2006). **Social Science & Medicine**, v. 63, n. 4, p. 843-845, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G. Religiousness and spirituality in fibromyalgia and chronic pain patients. **Current Pain and Headache Reports**, v. 12, n. 5, p. 327-332, 2008.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. K.; LUCCHETTI, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 36, n. 2, p. 176-182, 2014.

- MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOSS-CHIOINO, J. D. Recognition and treatment of psychotic symptoms: spiritists compared to mental health professionals in Puerto Rico and Brazil. **Psychiatry**, v. 72, n. 3, p. 268-283, 2009.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F. Spiritist views of mental disorders in Brazil. **Transcult Psychiatry**, v. 42, n. 4, p. 570-595, 2005.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F. Methodological guidelines to investigate altered states of consciousness and anomalous experiences. **International Review of Psychiatry**, v. 29, n. 3, p. 283-292, 2017.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; GREYSON, B. Dissociative and psychotic experiences in Brazilian spiritist mediums. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 76, n. 1, p. 57-58, 2007.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; CARDEÑA, E. Comparison of brazilian spiritist mediumship and dissociative identity disorder. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 196, n. 5, p. 420-424, 2008.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; OLIVEIRA E OLIVEIRA, F. H. A. A brief panorama of Brazil's contributions to psychiatry. **International Review of Psychiatry**, v. 29, n. 3, p. 206-207, 2017.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; LARANJEIRA, R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 1, p. 12-15, 2010.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; SHARMA, A.; VAN RENSBURG, B. J.; VERHAGEN, P. J.; COOK, C. C. WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. **World Psychiatry**, v. 15, n. 1, p. 87-88, 2016.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; SILVA DE ALMEIDA, A. A.; NETO, F. L. History of 'Spiritist madness' in Brazil. **History of Psychiatry**, v.16, n. 61, p. 5-25, 2005.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; ARAUJO, S. L.; CLONINGER, C. R. The presentation of the mind-brain problem in leading psychiatry journals. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 40, n. 3, p. 335-342, 2018.
- MUSICK, D. W.; CHEEVER, T. R.; QUINLIVAN, S.; NORA, L. M. Spirituality in medicine: a comparison of medical students' attitudes and clinical performance. **Academic Psychiatry**, v. 27, p. 67-73, 2003.
- NEELY, D.; MINFORD, E. J. Current status of teaching on spirituality in UK medical schools. **Medical Education**, v. 42, p. 176-182, 2008.

NUMBERS, R. L. **Myths and truths in science and religion: a historical perspective.** S.d. Disponível em: <https://faraday-institute.org/Lectures_old.php?Mode=Add&ItemID=Item_Multimedia_50&width=720&height=460>. Acesso em: 13 mai. 2018.

OLIVEIRA, G. R.; FITTIPALDI NETO, J.; CAMARGO, S. M.; SALVI, M. C.; EVANGELISTA, J. L.; ESPINHA, D.C.M.; LUCCHETTI, G. Health, spirituality and ethics: patients' perceptions and comprehensive care. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 11, p. 140-144, 2013.

OLIVEIRA E OLIVEIRA, F. H. A.; PETEET, J. R.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosity and Spirituality in Psychiatric Residency: Why, What and How to Teach? **Academic Psychiatry**, s.d. (Submetido em 2018).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope.** Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2001/en/>>. Acesso em: 26 jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Mental Health Atlas, 2017.** Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/>. Acesso em: 26 jan. 2018.

OSÓRIO, I. H. S.; GONÇALVES, L. M.; POZZOBON, P. M.; GASPAR JÚNIOR, J. J.; MIRANDA, F. M.; LUCCHETTI, A. L. G.; LUCCHETTI, G. Effect of an educational intervention in “spirituality and health” on knowledge, attitudes, and skills of students in health-related areas: A controlled randomized trial. **Medical Teacher**, v. 39, n. 10, p. 1057-1064, 2017.

PARGAMENT, K. I.; LOMAX, J. W. Understanding and addressing religion among people with mental illness. **World Psychiatry**, v. 12, n. 1, p. 26-32, 2013.

PAULINO, P. R. V.; MOREIRA-ALMEIDA, A. **A religiosidade/espiritualidade de psiquiatras e psicólogos: uma revisão [Religiosity/Spirituality of Psychiatrists and Psychologists: a review].** s.d. (Não submetido).

PENA, J. M.; MANGUNO-MIRE, G.; KINZIE, E.; JOHNSON, J. E. Teaching Cultural Competence to Psychiatry Residents: Seven Core Concepts and Their Implications for Therapeutic Technique. **Academic Psychiatry**, v. 40, n. 2, p. 328-336, Apr. 2016.

PERES, J. F.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; CAIXETA, L.; LEÃO, F.; NEWBERG, A. Neuroimaging during trance state: a contribution to the study of dissociation. **PLOS One**, v. 7, n. 11, 2012.

PETEET, J. R. Should clinicians prescribe forgiveness? **Southern Medical Journal**, v. 100, n. 4, p. 339-340, 2007.

PETEET, J. Spirituality and mental health. **Southern Medical Journal**, v. 100, n. 6, p. 620, 2007a.

PETEET, J. R. A Closer Look at Transcendence and Its Relationship to Mental Health. **Journal of Religion and Health**, v. 57, n. 2, p. 717-724, 2008.

PETEET, J. R. Psychiatric Medication and Spirituality: An Unforeseen Relationship. **Journal of Palliative Medicine**, v. 21, n. 8, p. 1199, 2008a.

PETEET, J. R. Struggles with god: transference and religious countertransference in the treatment of a trauma survivor. **Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry**, v. 37, n. 1, p. 165-174, 2009.

PETEET, J. R. Educating medical students about spirituality: lessons from the United Kingdom. **Southern Medical Journal**, v. 103, n. 12, p. 1197, 2010.

PETEET, J. R. Proximal intercessory prayer. **Southern Medical Journal**, v. 103, n. 9, p. 853, 2010a.

PETEET, J. R. Spiritually integrated treatment of depression: a conceptual framework. **Depression Research and Treatment**, v. 2012, p. 1-6, 2012.

PETEET, J. R. What is the place of clinicians' religious or spiritual commitments in psychotherapy? A virtues-based perspective. **Journal of Religion and Health**, v. 53, n. 4, p. 1190-1198, 2014.

PETEET, J. R.; ZABEN, F. A.; KOENIG, H. G. Integrating spirituality into the care of older adults. **International Psychogeriatrics**, v. 10, p. 1-8, 2008.

PETEET, J. R.; RODRIGUEZ V. B.; HERSCHKOPF, M. D.; MCCARTHY, A.; BETTS, J.; ROMO, S.; MURPHY, J. Does a Therapist's World View Matter? **Journal of Religion and Health**, v. 55, n. 3, p. 1097-1106, 2016.

PEW RESEARCH CENTER. **The Global Religious Landscape**. Washington, DC, 2012. Disponível em: <<http://assets.pewresearch.org/wp>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

PHILIBERT, I. Review article: Closing the research gap at the interface of learning and clinical practice. **Canadian Journal of Anesthesia**, v. 59, n. 2012, p. 203-212, 2012.

PHILLIPS, R. E.; LAKIN, R.; PARGAMENT, K. I. Development and implementation of a spiritual issues psychoeducational group for those with serious mental illness. **Community Mental Health Journal**, v. 38, p. 487-495, 2002.

PIMENTEL, M. G.; ALBERTO, K. C.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Investigations of psychic/spiritual phenomena in the nineteenth century: somnambulism and spiritualism, 1811-1860. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 23, n. 4, p. 1113-1131, 2016.

POST, S. G. DSM-III-R and Religion. **American Journal of Psychiatry**, v. 147, p. 6, 1990.

PRISMA. Disponível em: <<http://www.prisma-statement.org/>>. Acesso em: 23 mai. 2018.

PROSPERO. **International Prospective register for systematic reviews**. Disponível em: <<https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>>. Acesso em: 26 de jan. 2018.

PRUYSER, P. W. Religion and psychiatry. A polygon of relationships. **JAMA**, v. 195, n. 3, p. 197-202, 1966.

PSYCHIATRISTS RCo. **A Competency Based Curriculum for Specialist Core Training in Psychiatry**. 2013.

PUCHALSKI, C.; BLATT, B.; KOGAN, M.; BUTLER, A. Spirituality and Health: the development of a field. **Academic Medicine**, v. 89, n. 1, 2014.

PUCHALSKI, C. M.; ROMER, A. L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. **Journal of Palliative Medicine**, v. 3, p. 129-137, 2000.

PUCHALSKI, C. M.; LARSON, D. B.; LU, F. G. Spirituality courses in psychiatric residency programs. **Psychiatry Journal**, v. 30, p. 543-548, 2000.

QURESHI, N. A.; AL-BEDAH, A. M. Mood disorders and complementary and alternative medicine: a literature review. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 9, p. 639-658, 2013.

REED, M. D.; EBONI, G.; PRICE, M. D.; WINDISH, D. M.; WRIGHT, S. M.; GOZU, A.; HSU, E. B.; BEACH, M. C.; KERN, D.; BASS, E. Challenges in Systematic Reviews of Educational Intervention Studies. **Annals of Internal Medicine**, v. 142, p. 1080-1089, 2005.

RENSBURG, A. B.; MYBURGH, C. P.; SZABO, C. P.; POGGENPOEL, M. The role of spirituality in specialist psychiatry: a review of the medical literature. **African Journal of Psychiatry**, v. 16, n. 4, p. 247-255, 2013.

REZENDE-PINTO, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R.; VALLADA, H. The effect of religiosity during childhood and adolescence on drug consumption patterns in adults addicted to crack cocaine. **BJPsych Open**, v. 4, n. 5, p. 324-331, 2018.

ROCHA, A. C.; PARANÁ, D.; FREIRE, E. S.; LOTUFO NETO, F.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Investigating the fit and accuracy of alleged mediumistic writing: a case study of Chico Xavier's letters. **Explore**, v. 10, n. 5, p. 300-8, 2014.

ROSMARIN, D. H.; FORESTER, B. P.; BJÖRGVINSSON, T. Spirituality and Religion: Initiating a Discussion with Patients. **Psychiatric Services**, v. 67, n. 3, p. 359, 2016.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA (CanMEDS). CanMEDS Project Societal Needs Working Group Report. **Medical Teacher**, v. 22, n. 6, p. 549-554, 2000.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001.

SACKETT, D. L.; ROSENBERG, W. M.; GRAY, J. A.; HAYNES, R. B.; RICHARDSON, W. S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. **British Medical Journal**, v. 312, n. 13A, p. 71-72, 1996.

SAGUIL, A.; FITZPATRICK, A. L.; CLARK, G. Are Residents Willing to Discuss Spirituality with Patients? **Journal of Religion and Health**, v. 50, n. 2, p. 279-288, 2011.

SANSONE, R. A.; KHATAIN, K.; RODENHAUSER, P. The role of religion in psychiatric education: a national survey. **Academic Psychiatry**, v. 14, n. 1, p. 34-38, 2013.

SIMONS, M. R.; ZURYNSKI, Y.; CULLIS, J.; MORGAN, M. K.; DAVIDSON, A. S. Does evidence-based medicine training improve doctors' knowledge, practice and patient outcomes? A systematic review of the evidence. **Medical Teacher**, v. 17, p. 1-7, 2018.

SIQUEIRA, J.; TOSTES, M.; REZENDE-PINTO, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade/espiritualidade na prática clínica: o que o psiquiatra pode fazer? **Revista Debates em Psiquiatria**, ano 3, n. 2, p. 20-25, mar/abr. 2013.

SLEUTJES, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; GREYSON, B. Almost 40 years investigating near-death experiences: an overview of mainstream scientific journals. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 202, n. 11, p. 833-836, 2014.

SWICK, S.; HALL, S.; BERESIN, E. Assessing the ACGME competencies in psychiatry training programs. **Academic Psychiatry**, v. 30, n. 4, p. 330-351, 2006.

STROPPA, A.; COLUGNATI, F. A.; KOENIG, H. G.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosity, depression, and quality of life in bipolar disorder: a two-year prospective study. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 40, n. 3, p. 238-243, 2018.

STROPPA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. **Bipolar Disorders**, v. 15, n. 4, p. 385-393, 2013.

STUCK, C.; CAMPBELL, N.; BRAGG, J.; MORAN, R. Psychiatry in the deep south: a pilot study of integrated training for psychiatry residents and seminary students. **Academic Psychiatry**, v. 36, n. 1, p. 51-55, 2012.

SULAMSY, D. P. A biopsychosocio-spiritual model for the care of patients at the end of life. **Gerontologist**, v. 42, n. 3, p. 24-33, 2002.

TARG, E. A Curriculum on Spirituality, Faith, ad Religion for Psychiatry Residents. **Psychiatric Annals**, v. 29, p. 485-488, 1999.

TASMAN, A.; KAY, J.; UDOMRATN, P.; ALARCON, R.; JENKINS, R.; LINDHARDT, A. **WPA template for undergraduate and graduate psychiatric education**. Department of Psychiatry, University of Cape Town, South Africa, 2011.

TAUNAY, T. C.; CRISTINO, E. D.; MACHADO, M. O.; ROLA, F. H.; LIMA, J. W.; MACÊDO, D. S.; GONDIM, F. A. A.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; CARVALHO, A. Development and validation of the Intrinsic Religiousness Inventory (IRI). **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 34, n. 1, p. 76-81, 2012.

THOMAS, C. R.; KEEPERS, G. The Milestones for General Psychiatry Residency Training. **Academic Psychiatry**, v. 38, n. 3, p. 255-260, 2014.

TONIOL, R. Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. **Anuário Antropológico**, v. 2, 2018.

TURNER, T. L.; BALMER, D. F.; COVERDALE, J. H. Methodologies and study designs relevant to medical education research. **International Review of Psychiatry**, v. 25, n. 3, p. 301-310, 2013.

TURNER, R. P.; LUKOFF, D.; BARNHOUSE, R.T.; LU, F. G. Religious or spiritual problem: a culturally-sensitive diagnostic category in the DSM-IV. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 183, p. 435-444, 1995.

TV NUPES. **Vídeos de Ronald Numbers**. Disponível em: <www.youtube.com/user/nupesufjf/search?query=ronald+numbers>. Acesso em: 26 jan. 2018.

UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EUROPEAN BOARD OF PSYCHIATRY APPROVED. LJUBLJANA, SLOVENIA, 17 2009. **European Framework For Competencies In Psychiatry**. Due for revision. 2013.

VANDERWEELE, T. J.; BALBONI T. A.; KOH, H. K. Health and Spirituality. **JAMA**, v. 318, n. 6, p. 519-520, 2017.

VERHAGEN, P. J.; COX, J. L. Multicultural education and training in religion and spirituality. Religion and psychiatry: Beyond boundaries. Wiley-Blackwell: p. 587-613, 2010.

VIETEN, C.; SCAMMELL, S.; PILATO, R.; AMMONDSON, I.; PARGAMENT, K. I.; LUKOFF, D. Spiritual and Religious Competencies for Psychologists. **Psychology of Religion and Spirituality**. Advance online publication. 2013.

WALDFOGEL, S.; WOLPE, P. R.; SHMUELY, Y. Religious training and religiosity in psychiatry residency programs. **Academic Psychiatry**, v. 22, p. 29-35, 1998.

WESTENDORP, F. The interface of psychiatry and religion: A program for career training in psychiatry. **Journal of Psychology and Theology**, v. 10, n. 1, p. 22-27, 1982.

WHOQOL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. **Social Science and Medicine**, v. 62, p. 1486-1497, 2006.

WILLEN, S. S. Confronting a “big huge gaping wound”: emotion and anxiety in a cultural sensitivity course for psychiatry residents. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 2013, n. 37, p. 253-279, 2013.

WOJTCZAK, A. **Glossary of Medical Education Terms**. AMEE Occasional Paper n° 3. Dundee: AMEE, 2003.

WORLD PSYCHIATRY ASSOCIATION. Disponível em <<http://www.wpanet.org>>. Acesso em: 26 jan. 2018.

APÊNDICES

APENDICE A – Artigo submetido à Academic Psychiatry (RETIRADO)

APÊNDICE B – Artigo submetido ao The Lancet Psychiatry (RETIRADO)

ANEXOS

ANEXO A – Recomendações bibliográficas nos 11 artigos

LIVROS	AUTOR
<u>Westendorp (1982)</u>	
Nature and Destiny of man	Niebuhr
Whatever became a sin	Menniger
Competent to Counsel	Adams
The dogma of Christ –	Fromm
Psychology and religion	Jung
Beyond the Classicis? Essays in the Scientific Study of Religion	Gluck and Hammond
Varieties of Religion experience	
Young man Luther	William James
They shall take up serpents	Erickson
Religious dimensions of personality	La Barre
Becoming	Oates
	Alport
When profecy fails	
The cost of Discipleship	Festinger
On becoming a person	Bonhoeffer
The knowlodge of man	Rogers
If you see the Buda on the road, kill him	Buber
The undiscovered self	Kopp
Psychosyntesis	Jung
	Assaglioli
Loneliness	
Thoughts in solitude	Moustakis
Game free: The meaning of intimacy	Merton
Reaching out	Oden
On caring	Nouwen
	Mayeroff
The meaning of persons, pt I, II	Tournier

<p><u>McCharty and Peteet (2003)</u></p> <p>Civilization and its discontents. New York: WW Norton, 1961 [originally published 1930].</p> <p>The relaxation response. New York: Avon Books, 1976.</p> <p>The birth of the living God: a psychoanalytic inquiry. Chicago: University of Chicago Press, 1979</p> <p>Combatting cult mind control. Rochester, VT: Park Street Press, 1988.</p> <p>Cults: faith, healing and coercion. Oxford: Oxford University Press, 1999.</p>	<p>Freud S.</p> <p>Benson H.</p> <p>Rizzuto AM.</p> <p>Hassan S</p> <p>Galanter M.</p>
<p><u>Galanter (2011)</u></p> <p>(2000). Women and human development: The capabilities approach. Cambridge: Cambridge University Press.</p> <p>(1992). On ethics and economics. Oxford: Oxford University Press.</p>	<p>Nussbaum, M. C.</p> <p>Sen, A.</p>
<p><u>McGovern (2015)</u></p> <p>Encountering the sacred in psychotherapy how to talk with people about their spiritual lives. New York: The Guilford Press; 2002.</p> <p>Handbook of spirituality and worldview in clinical practice. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc; 2004.</p>	<p>Griffith JL, Griffith ME.</p> <p>Josephson AM, Peteet JR.</p>
ARTIGOS	AUTORES
<p><u>McCarthy and Peteet (2003)</u></p> <p>The concept of boundaries in clinical practice: theoretical and risk-management dimensions. Am J Psychiatry 1993;150:188–96.</p>	<p>Gutheil T, Gabbard GO.</p>
<p><u>Grabovac (2008)</u></p> <p>Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. Psychosomatic Med 2003; 65:564–570</p> <p>The emerging meanings of religiousness and spirituality: problems and prospects. J Pers 1999; 67:789–819</p> <p>Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. J Theory Soc Behav 2000; 30:51–77</p>	<p>Davidson R</p> <p>Zinnbauer B, Pargament K, Scott A</p> <p>Hill P, Pargament K, Hood R, et al:</p>

<p>Religion and spirituality: unfuzzing the fuzzy. <i>J Sci StudyRelig</i>1997;63:549–564</p> <p>Spirituality, psychiatry and participation: a cultural analysis. <i>Transcult Psychiatry</i> 2005; 42:526–544</p> <p>Religion and spirituality in the lives of people with serious mental illness. <i>Community Ment Health J</i> 2003; 39:487–499</p> <p>Spirituality, religion, and health. <i>Am Psychol</i> 2003; 58:24–35</p>	<p>Zinnbauer B, Pargament K, Cole B, et al</p> <p>Dein S., Corrigan P., McCorkle B, Schell B, et al.</p> <p>Miller R, Thoresen E.</p>
<p><u>Galanter (2011)</u></p> <p>(2009). Coping with thoughts of suicide: Techniques used by consumers of mental health services. <i>Psychiatric Services</i>.</p> <p>(2002). Stimulating illusory own-body perceptions. <i>Nature</i>, 418, 269–270.</p> <p>(2003). The serotonin system and spiritual experiences. <i>American Journal of Psychiatry</i>, 160, 1965–1969.</p> <p>(1997). Role of personality self-organization in development of mental order and disorder. <i>Developments in Psychopathology</i>, 9, 881–906.</p> <p>(2007). The relationship between psychiatry and religion among US physicians. <i>Psychiatric Services</i>, 58, 1193.</p> <p>(2008). Remission and recovery in schizophrenia. <i>Schizophrenia Bulletin</i>, 34, 5–8.</p> <p>(2005). The importance of personal medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. <i>Scandinavian Journal of Public Health</i>, 33, 29–35.</p> <p>Overview: Charismatic sects and psychiatry. <i>American Journal of Psychiatry</i>, 139, 1539–1548.</p> <p>(2007). Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i>, 33, 257–264.</p>	<p>Alexander, M. J., Haugland, G., Knight, E., Ashenden, P, & Brown, I.</p> <p>Blanke, O., Ortigue, S., Landis, T., & Seeck, M. Borg, J., Bengt, A., Soderstrom, H., & Farde, L.</p> <p>Cloninger, C. R., Svrakie, N. M., & Svrakie, D. M.</p> <p>Curlin, F. A., Odell, S. V., Lawrence, R. E., et al.</p> <p>Davidson, L., Schmutte, T., Dinzeo, T., & Andres-Hyman, R.</p> <p>Deegan, P. E.</p> <p>Galanter, M. (1982)</p> <p>Galanter, M., Dermatis, H., Bunt, G., Williams, C., Trujillo, M., & Steinke, P.</p>

(2008). Addressing patients' spirituality in medical treatment. Primary Psychiatry, 15, 82-90.	Galanter, M., Glickman, L., Dermatis, H., Tracy, K., & McMahon, C.
<p><u>Awaad (2012)</u></p> <p>The relationship between psychiatry and religion among U.S. physicians. Psychiatr Serv. 2007;58(9):1193-8.</p> <p>Spiritual assessment in clinical practice. Psychiatr Ann. 2006;36(3):150-5.</p>	<p>Curlin FA, Odell SV, Lawrence RE, et al</p> <p>Puchalski C.</p>

ANEXO B – Quadro de competências com referências indicadas

CONHECIMENTOS
<p>Os residentes devem demonstrar compreensão de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demografia de crenças espirituais / religiosas em várias populações de pacientes (MOREIRA-ALMEIDA, KOENIG & LUCCHETTI, 2014; KOENIG, 2012; NUMBERS, 2018) 2. Pesquisa sobre a relação entre espiritualidade / crenças religiosas e saúde física e mental (MOREIRA-ALMEIDA, KOENIG & LUCCHETTI, 2014) 3. Questões espirituais / religiosas em terapia psicodinâmica (por exemplo, significado das imagens de Deus) (JOSEPHSON & PETEET, 2007; ALBERNATHY & LANCIA, 1998)
HABILIDADES
<p>Os residentes devem demonstrar capacidade de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tomar uma história espiritual / religiosa; (MOREIRA-ALMEIDA, KOENIG & LUCCHETTI, 2014; PUCHALSKI & ROMER, 2000) 2. Incorporar informações coletadas na compreensão biopsicossocial / espiritual do paciente, refletidas no plano de diagnóstico e tratamento; (MOREIRA-ALMEIDA, KOENIG & LUCCHETTI, 2014; JOSEPHSON, 2004; MOREIRA-ALMEIDA & CARDEÑA, 2011; DURIN et al, 2011; GONÇALVES et al. 2015) 3. Identificar como suas próprias crenças espirituais / religiosas podem afetar sua formulação de caso, diagnóstico e planos de manejo (MCCORD et al, 2004; JOSEPHSON, 2004; JOSEPHSON & PETEET, 2007; ALBERNATHY & LANCIA, 1998) 4. Reconhecimento e trabalho por meio de reações de transferência e contratransferência (JOSEPHSON & PETEET, 2007; ALBERNATHY & LANCIA, 1998). 5. Decidir quando é apropriado consultar ou consultar capelães, diretores espirituais ou curandeiros de base cultural (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2018)
ATITUDES
<p>Os residentes devem demonstrar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consciência de suas experiências espirituais e culturais e o impacto dessas experiências em sua identidade e visão de mundo, bem como possíveis preconceitos que possam influenciar o tratamento dos pacientes; (MCCORD et al, 2004) 2. Respeito e aceitação da diversidade espiritual e cultural; experiências (MCCORD et al, 2004)

Fonte: adaptado de Grabovac, Clark e Mckenna (2008).

ANEXO C – Course Impact Questionnaire (antes do curso)

“Interface Between Spirituality, Religion and Psychiatry”

Course Impact Questionnaire

Pre-Course

1. I consider myself to be a religious person.

Strongly			Neutral			Strongly
Disagree						Agree
1	2	3	4	5	6	7

2. I consider myself to be a spiritual person.

Strongly			Neutral			Strongly
Disagree						Agree
1	2	3	4	5	6	7

3. I consider religious and/or spiritual practices to be part of my lifestyle

Strongly			Neutral			Strongly
Disagree						Agree
1	2	3	4	5	6	7

4. During the last week, I engaged in a spiritual or religious practise ... (check one)

- 10 or more times.
- 7-9 times.
- 4-6 times
- 1-3 times.
- 0 times.

5. I define religion as:

6. I define spirituality as:

7. My expectations of / hopes for this course are:

8. I feel that my own experience of spirituality/religion affects my clinical assessments and management of clinical situations in the following ways:

Note: Your name will only be used for the purpose of collating the results of each questionnaire to determine the effectiveness of this course. This portion of the questionnaire will be removed after collation is complete.

Name: _____

9. There is a need for training in how to address religious and spiritual issues in psychiatric practice.

Strongly Disagree				Neutral				Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7		

10. Clinical situations arise in psychiatry where it is important to consider issues related to religion or spirituality.

Strongly Disagree				Neutral				Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7		

11. I often do not take a spiritual history or discuss spiritual issues with patients due to lack of time.

Strongly Disagree				Neutral				Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7		

12. I often do not take a spiritual history or discuss spiritual issues with patients due to lack of experience or training.

Strongly Disagree				Neutral				Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7		

13. I often do not take a spiritual history or discuss spiritual issues with patients due to concern that I will project my own beliefs onto patients.

Strongly			Neutral			Strongly
Disagree						Agree
1	2	3	4	5	6	7

14. Discussing spiritual or religious issues with patients is not appropriate to the physician's role.

Strongly			Neutral			Strongly
Disagree						Agree
1	2	3	4	5	6	7

15 I am hesitant to address religious or spiritual issues in my practice because of negative attitudes of colleagues/faculty toward spiritual or religious assessment of patients.

Strongly			Neutral			Strongly
Disagree						Agree
1	2	3	4	5	6	7

16 People who attend church regularly have reduced mortality rates, after all confounders have been accounted for, including effects of social interaction, medical status and mobility.

Strongly			Neutral			Strongly
Disagree						Agree
1	2	3	4	5	6	7

17 Participating in regular mindfulness meditation can alter baseline brain function between periods of meditation.

Strongly			Neutral			Strongly
Disagree						Agree
1	2	3	4	5	6	7

18 The majority of psychiatric patients want psychiatrists to address spiritual issues.

Strongly Disagree			Neutral			Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7

Comments on questions 9 to 18:

19 I am able to assess when it is relevant to take a spiritual history or discuss spiritual issues.

Strongly Disagree			Neutral			Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7

20 I have enough experience and/or training to adequately take a spiritual history.

Strongly Disagree			Neutral			Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7

21 I understand when to use the DSM IV diagnosis of Religious or Spiritual Problem.

Strongly Disagree			Neutral			Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7

22 I am uncertain about how to manage spiritual issues raised by patients.

Strongly Disagree			Neutral			Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7

23 I experience strong countertransference reactions when religious/spiritual issues arise in clinical situations.

Strongly Disagree			Neutral			Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7

24 In the last six weeks, the percentage of patients in my psychiatric practice where it has been pertinent to take a partial or complete spiritual history is:

0-10 11-20 21-30 31-40 41-50 51-60 61-70 71-80 81-90 91-100

Comments on Questions 19 to 24:

ANEXO D – Course Impact Questionnaire (após o curso)

“Interface Between Spirituality, Religion and Psychiatry”

Course Impact Questionnaire

Post - Course

25 I consider myself to be a religious person.

Strongly			Neutral			Strongly
Disagree						Agree
1	2	3	4	5	6	7

26 I consider myself to be a spiritual person.

Strongly			Neutral			Strongly
Disagree						Agree
1	2	3	4	5	6	7

27 I consider religious and/or spiritual practices to be part of my lifestyle

Strongly			Neutral			Strongly
Disagree						Agree
1	2	3	4	5	6	7

28 During the last week, I engaged in a spiritual or religious practise ... (check one)

- 10 or more times.
- 7-9 times.
- 4-6 times
- 1-3 times.
- 0 times.

29 Reflecting back on my expectations of / hopes for this course, I feel that:

30 I feel that my own experience of spirituality/religion affects my clinical assessments and management of clinical situations in the following ways:

Note: Your name will only be used for the purpose of collating the results of each questionnaire to determine the effectiveness of this course. This portion of the questionnaire will be removed after collation is complete.

Name: _____

31 There is a need for training in how to address religious and spiritual issues in psychiatric practice.

Strongly Disagree			Neutral			Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7

32 Clinical situations arise in psychiatry where it is important to consider issues related to religion or spirituality.

Strongly Disagree			Neutral			Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7

33 I often do not take a spiritual history or discuss spiritual issues with patients due to lack of time.

Strongly Disagree			Neutral			Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7

34 I often do not take a spiritual history or discuss spiritual issues with patients due to lack of experience or training.

Strongly Disagree			Neutral			Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7

35 I often do not take a spiritual history or discuss spiritual issues with patients due to concern that I will project my own beliefs onto patients.

Strongly Disagree				Neutral			Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7	

36 Discussing spiritual or religious issues with patients is not appropriate to the physician's role.

Strongly Disagree				Neutral			Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7	

37 I am hesitant to address religious or spiritual issues in my practice because of negative attitudes of colleagues/faculty toward spiritual or religious assessment of patients.

Strongly Disagree				Neutral			Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7	

38 People who attend church regularly have reduced mortality rates, after all confounders have been accounted for, including effects of social interaction, medical status and mobility.

Strongly Disagree				Neutral			Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7	

39 Participating in regular mindfulness meditation can alter baseline brain function between periods of meditation.

Strongly Disagree				Neutral			Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7	

40 The majority of psychiatric patients want psychiatrists to address spiritual issues.

Strongly Disagree				Neutral				Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7		

Comments on questions 9 to 18:

41 I am able to assess when it is relevant to take a spiritual history or discuss spiritual issues.

Strongly Disagree				Neutral				Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7		

42 I have enough experience and/or training to adequately take a spiritual history.

Strongly Disagree				Neutral				Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7		

43 I understand when to use the DSM IV diagnosis of Religious or Spiritual Problem.

Strongly Disagree				Neutral				Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7		

44 I am uncertain about how to manage spiritual issues raised by patients.

Strongly Disagree				Neutral				Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7		

45 I experience strong countertransference reactions when religious/spiritual issues arise in clinical situations.

Strongly Disagree				Neutral				Strongly Agree
1	2	3	4	5	6	7		

46 In the last six weeks, the percentage of patients in my psychiatric practice where it has been pertinent to take a partial or complete spiritual history is:

0-10 11-20 21-30 31-40 41-50 51-60 61-70 71-80 81-90 91-100

47 a) Do you feel that this course has been helpful to you?

b) If so, how? If not, why not?

48 a) Did this course have any influence on your practise of psychiatry?

b) If so, how? If not, why not?