

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC-SP

Edson Sigueyoshi Hamazaki

A integração de crenças e experiências religiosas e espirituais na terapia cognitivo-comportamental: apresentação e análise crítica do trabalho realizado pelo Prof. Dr. Harold G. Koenig e equipe do Centro de espiritualidade, teologia e saúde da Universidade Duke.

Mestrado em Ciência da Religião

São Paulo
2021

Edson Siqueyoshi Hamazaki

A integração de crenças e experiências religiosas e espirituais na terapia cognitivo-comportamental: apresentação e análise crítica do trabalho realizado pelo Prof. Dr. Harold G. Koenig e equipe do Centro de espiritualidade, teologia e saúde da Universidade Duke.

Mestrado em Ciência da Religião

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE EM CIÊNCIA DA RELIGIÃO, sob a orientação do Professor Doutor Everton de Oliveira Maraldi.

São Paulo
2021

Banca Examinadora

Dedico este trabalho à minha família.
À Adriana, esposa e parceira de uma vida.
Aos meus filhos Rafael, Amanda e Natália.
Ao meu neto Lucas.

À minha mãe Sae e ao meu pai Satoru (in memoriam).

Pelo apoio, incentivo e paciência, ao longo de todo o percurso
que me trouxe até aqui.

**O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de
Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES)
Código de Financiamento 88887.369240/2019-00.**

**This study was financed in part by the Coordenação de
Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES)
Finance Code 88887.369240/2019-00**

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES),
pela bolsa que viabilizou a realização desse trabalho.

À Fundação São Paulo, mantenedora da Pontifícia Universidade Católica de
São Paulo, pela bolsa, fundamental para que esse trabalho pudesse ser realizado.

Ao Professor Doutor Everton de Oliveira Maraldi, orientador e amigo, pelo
incentivo e ajuda providencial durante todo o período de realização desse trabalho.

A todos os Professores do Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciência
da Religião da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, especialmente:

Edin Sued Abumanssur e Suzana Ramos Coutinho pela acolhida e
encantamento proporcionado durante o meu primeiro contato com o programa,
na entrevista durante o processo seletivo;

Frank Usarski, Wagner Lopes Sanchez, João Décio Passos, Fernando
Torres-Londoño, Everton de Oliveira Maraldi e Fábio Leandro Stern, pelas
belíssimas aulas durante o curso.

Ao Professor Doutor Jeverson Rogério Costa Reichow e novamente à
Professora Doutora Suzana Ramos Coutinho pelas preciosas pontuações e
orientações dadas durante a qualificação e a defesa dessa dissertação.

A Andreia Bisuli de Souza, assistente da coordenação do programa, pela
atenção e carinho durante toda essa jornada.

E finalmente a todos os colegas mestrandos e doutorandos do Programa de
Estudos Pós-Graduados em Ciência da Religião da PUC-SP, pelo apoio,
solidariedade e cumplicidade. Que possamos continuar a ter cafés e almoços com
conversas agradáveis e produtivas como foram as que desfrutamos ao longo desses
semestres.

Resumo

O Prof. Dr. Harold G. Koenig e equipe, no âmbito do Centro de espiritualidade, religiosidade e saúde da Universidade Duke (CETS), desenvolveram um amplo projeto de pesquisa, com o propósito de desenvolver um protocolo de tratamento de base Cognitivo-Comportamental (TCC), com aspectos religiosos/espirituais (R/E) integrados, criando o que eles chamaram de Terapia Cognitivo-Comportamental Religiosa (TCCR). O objetivo do presente trabalho foi analisar criticamente e apresentar essa pesquisa ao público brasileiro interessado no impacto que a R/E, pode ter, no tratamento em saúde mental. A pesquisa desenvolvida por Koenig e colaboradores, foi um ensaio clínico randomizado, multicêntrico, envolvendo protocolos de tratamento para a depressão de religiosos com doenças crônicas, das cinco maiores religiões mundiais: cristianismo, judaísmo, budismo, hinduísmo e islã, comparando com a psicoterapia secular e verificando se há reversão de alterações fisiológicas induzidas pela depressão. Foram realizadas 10 sessões de 50 minutos, durante 12 semanas, por telefone em sua maioria (94%). 132 pacientes foram randomizados para TCC (n=67) e TCCR (n=65). Os resultados indicaram que a TCCR foi tão eficaz quanto a TCC, na remissão da depressão, indicando uma pequena superioridade, quando os pacientes possuíam religiosidade intrínseca. Não foi encontrado padrão de associação entre experiências e práticas religiosas (EPR) e citocinas inflamatórias, ou marcadores de hormônios do estresse, nas análises clínicas realizadas. Porém, a aplicação do protocolo de psicoterapia desenvolvido pelo CETS também apresenta desafios. Embora exequível para um estudo clínico randomizado, o protocolo muito estruturado, dificulta a personalização do atendimento a cada paciente e desconsidera fenômenos complexos como múltiplos pertencimentos e trânsito religioso, hibridismo, crises de fé e processos de desconversão religiosa, bem como o crescente fenômeno da espiritualidade sem religião. Há pouca consideração, ainda, de outros fatores, como diferenças culturais e denominacionais no interior de uma mesma afiliação religiosa. Conclui-se, reconhecendo a importância da dimensão R/E na psicoterapia e apontando a importância de se considerar os aspectos levantados, no desenvolvimento de pesquisas e protocolos de atendimentos futuros.

Palavras chave: Terapia cognitivo-comportamental. Religião. Religiosidade. Espiritualidade. Crenças religiosas.

Abstract

Prof. Dr. Harold G. Koenig and team, within the scope of the Center for Spirituality, Religiosity and Health at Duke University, developed a broad research project, with the purpose of developing a treatment protocol for a Religiously Integrated Cognitive Behavioral Therapy, creating what they called Religious Cognitive Behavioral Therapy (RCBT). The aim of this work was to, critically examine and present this research to the Brazilian public interested in the impact of religiosity and spirituality on mental health treatment. The research developed by Koenig and collaborators, was a randomized, multicenter clinical trial, involving treatment protocols for depression among religious believers with chronic diseases, members of the five major world religions: Christianity, Judaism, Buddhism, Hinduism and Islamism. The study compared RCBT, with secular psychotherapy in order to verify if the treatment could reverse physiological changes induced by depression. The majority of 10 50-minute sessions over 12 weeks were conducted by telephone (94%). 132 patients were randomized to either CBT (n = 67) and CBTR (n = 65). The results indicated that CBTR was as effective as CBT in remission of depression, indicating a small superiority when patients have intrinsic religiosity. There was no pattern of association between religious experiences and practices (RPE) and inflammatory cytokines, or stress hormone markers, in the clinical analyzes performed. However, the psychotherapy protocol developed by CETS also presents challenges. Although feasible for a randomized clinical study, the highly structured protocol makes it difficult to personalize the treatment for each patient and disregards complex phenomena such as multiple religious belonging and religious switching, hybridism, crises of faith and processes of desconversion, as well as the growing phenomenon of spirituality without religion. There is still little consideration for other factors, such as cultural and denominational differences within the same religious affiliation. We conclude by recognizing the importance of the religious/spiritual dimension in psychotherapy and by pointing out the relevance of considering the aforementioned aspects in the development of future research and psychotherapy protocols.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy. Religion. Religiosity. Spirituality. Religious beliefs.

SUMÁRIO		Página
1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Justificativa	14
1.2	Objeto	16
1.3	Problema	16
1.4	Hipóteses	17
1.4.1	Hipótese básica	17
1.4.2	Hipóteses secundárias	18
1.5	Objetivos	18
1.5.1	Objetivo Geral	18
1.5.2	Objetivos específicos	19
1.6	Metodologia	19
1.7	Referencial Teórico	20
1.7.1	Terapia Cognitivo-Comportamental	20
1.7.2	Psicologia da Religião	21
Capítulo 1 - REVISÃO DA LITERATURA ENVOLVENDO OS PRINCIPAIS CONCEITOS ABORDADOS NA PESQUISA		22
2	Religião, Religiosidade e Espiritualidade	22
3	Crenças e Experiências Religiosas e Espirituais	24
4	Terapia Cognitivo-Comportamental	26
4.1	O que é?	26
4.2	Breve histórico	26
4.3	Princípios básicos	27
4.3.1	Conceituação cognitiva individual do paciente	27
4.3.2	Aliança terapêutica sólida	28
4.3.3	Colaboração e participação ativa	28
4.3.4	Foco nos objetivos e problemas	28
4.3.5	Ênfase no presente	28
4.3.6	Psicoeducação	28
4.3.7	Reestruturação cognitiva	29
5	Terapia Cognitivo Comportamental com a religiosidade integrada (TCCR)	29
5.1	O que é	29
5.2	Princípios básicos	29
5.3	Outras pesquisas envolvendo TCC, religiosidade e espiritualidade	30
5.3.1	Práticas de R/E adaptada àTCC encontradas nessas pesquisas	38
6	Psicologia da Religião	38
6.1	O que é	38
6.2	Breve histórico	39
6.3	Psicologia da Religião no Brasil	40
6.4	Princípios básicos	41
6.4.1	Coping religioso e espiritual	41
6.4.2	Religiosidade intrínseca e extrínseca	43
6.4.2.1	Orientação intrínseca	44
6.4.2.2	Orientação extrínseca	44
6.5	Psicoterapia e Religião, Religiosidade e Rspiritualidade	45
6.6	Psicologia da Religião e Ciência da Religião	46

7	Ciência da Religião e Teologia	48
8	Transtorno Depressivo Maior	51
8.1	Sintomas fisiológicos	52
8.2	Sintomas psíquicos	53
8.3	Evidências comportamentais	53
Capítulo 2 - APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE SISTEMATIZAÇÃO REALIZADO PELO PROF. DR. HAROLD G. KOENIG E EQUIPE NO ÂMBITO DO CENTRO PARA ESPIRITUALIDADE, TEOLOGIA E SAÚDE DA UNIVERSIDADE DUKE		54
9	Universidade Duke	54
10	Centro de Espiritualidade, Teologia e Saúde (CETS)	55
11	Fundação John Templeton	55
12	Equipe responsável pela pesquisa	56
12.1	Harold G. Koenig	56
12.2	Michael B. King	56
12.3	Harvey Jay Cohen	57
12.4	Clive Robins	57
12.5	Michelle Pearce	57
12.6	Rebecca Propst	57
12.7	Jack Yu	57
12.8	Bruce Nelson	58
12.9	Larry Ereshefsky	58
12.10	Noha Daher	58
12.11	Lee S. Berk	58
12.12	Denise Bellinger	58
12.13	Jorge Cervilla	59
12.14	Blanca Gutiérrez	59
13	Desenvolvimento da pesquisa	60
13.1	Título da Pesquisa	60
13.2	Objetivos	63
13.2.1	Objetivo geral	63
13.2.2	Objetivos específicos	65
13.3	Método	67
13.3.1	Participantes	67
13.3.2	Crítérios de inclusão	68
13.3.3	Crítérios de exclusão	69
13.3.4	Procedimento	69
13.3.5	Triagem	70
13.3.6	Terapeutas	74
13.3.7	Intervenções	75
13.3.8	Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)	75
13.3.9	Terapia Cognitivo-Comportamental com a religiosidade integrada (TCCR)	75
13.3.10	Aderência ao tratamento	76
13.3.11	Efeitos da depressão e da religião nas funções fisiológicas	77
13.3.12	Entendendo a associação da base genética para a religião com a depressão	78

13.4	Riscos e Benefícios	79
13.4.1	Riscos potenciais	79
13.4.2	Consentimento informado.	80
13.4.3	Plano de Proteção ao Suicídio	80
13.4.4	Benefícios potenciais	81
13.5	Custos para os Sujeitos	81
13.6	Análise de dados e considerações estatísticas	82
13.7	Monitoramento de dados e segurança	82
13.8	Integração das crenças e práticas religiosas na TCC	83
13.8.1	Renovação dos pensamentos	83
13.8.2	Memorização de escrituras	84
13.8.3	Oração contemplativa	84
13.8.4	Pensamentos desafiadores usando os recursos da religião	84
13.8.5	Práticas e recursos religiosos	85
13.8.6	Envolvimento na comunidade religiosa	86
13.9	Sessões de tratamento	86
13.9.1	Sessão 1 - Avaliação e introdução a TCCR	86
13.9.2	Sessão 2 - Ativação Comportamental	87
13.9.3	Sessão 3 - Identificando pensamentos inúteis	88
13.9.4	Sessão 4 - Confrontando pensamentos disfuncionais	90
13.9.5	Sessão 5 - Lidando com a perda	91
13.9.6	Sessão 6 - Lidando com as Lutas espirituais e com as Emoções negativas	91
13.9.7	Sessão 7 - Gratidão	92
13.9.8	Sessão 8 - Altruísmo e Generosidade	93
13.9.9	Sessão 9 - Estresse como promotor de crescimento espiritual	93
13.9.10	Sessão 10 - Esperança e Prevenção de Recaídas	93
13.10	Comparação entre as sessões de TCC e a TCCR	95
13.11	Caderno de Atividades de Prática Doméstica	96
13.12	Treinamento e Supervisão	97
14	Resultados	98
14.1	Participantes	98
14.1.1	Dados demográficos	98
14.1.2	Características sociais	98
14.1.3	Características religiosas	99
14.1.3.1	Afiliação	99
14.1.3.2	Atividade religiosa pública	99
14.1.3.3	Atividades religiosas particulares	99
14.1.3.4	Religiosidade auto classificada	100
14.1.3.5	Experiências espirituais diárias	100
14.1.3.6	Motivação religiosa intrínseca	101
14.1.3.7	<i>Coping</i> religioso	101
14.2	Depressão	102
14.3	Doenças crônicas	103
14.4	Suporte Social	104
14.5	Emoções positivas	105
14.5.1	Propósito na vida	105
14.5.2	Otimismo	105

14.5.3	Generosidade	105
14.5.4	Gratidão	106
14.6	Análise combinada	106
14.7	Biomarcadores de Estresse	107
Capítulo 3 - DISCUSSÃO		108
15	Considerações finais	117
Referências		119
Tabelas		
1		95
2		103
3		104
4		104

1 INTRODUÇÃO

Aaron Beck concebeu a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), como uma psicoterapia estruturada, voltada para o presente, direcionada para a solução de problemas e alteração de pensamentos e comportamentos, considerados disfuncionais, resultado de uma interpretação negativa da realidade, que não trazem benefícios, não contribuem e causam desconforto (BECK apud BECK, 2013). Na TCC, o conceito de crenças nucleares – compreensões tão profundas e fundamentais que são consideradas como verdades absolutas – é importantíssimo, visto que, quando disfuncionais, influenciam negativamente sua maneira de pensar, sentir e se comportar, provocando sofrimento, e muitas vezes, levando ao adoecimento (BECK, 2013).

A religião como fenômeno humano, é uma das dimensões mais significativas e marcantes. Fonte de significado e objeto de investigação complexo, pois se constitui filosófico, político, antropológico, sociológico, teológico, psicológico e eminentemente experiencial (DALGALARRONDO, 2008).

As palavras Religiosidade e Espiritualidade são utilizadas, muitas vezes, como sinônimas. Por isso é importante esclarecer que, apesar de relacionadas, possuem significados diferentes. A espiritualidade não precisa estar necessariamente, vinculada a uma determinada religião ou a princípios religiosos. Koenig (2001) conceitua religião como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos, que auxiliam o indivíduo a se aproximar do sagrado e/ou transcendente. Religiosidade é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião (FLECK et al, 2003). Espiritualidade seria a busca pessoal por sentido e significado para a vida e pela solução dos problemas e questionamentos interiores (LEITE; SEMINOTTI, 2013), através de conceitos que transcendem aquilo que é tangível, além do relacionamento com o sagrado e/ou transcendente (POWELL; SHAHABI; THORESEN, 2003).

O Prof. Dr. Harold G. Koenig, diretor do *Center for Spirituality, Theology and Health* da *Duke University*, e equipe, desenvolveram um amplo projeto de pesquisa, com o objetivo de integrar as crenças e experiências religiosas no protocolo de tratamento em TCC, criando o que eles chamaram de Terapia Cognitivo-Comportamental Religiosa (TCCR) ou com a religiosidade integrada (PEARCE, 2015).

1.1 Justificativa

Há, atualmente, uma enorme quantidade de evidências substanciando a relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde física e mental. Essas pesquisas revelam o impacto, tanto positivo quanto eventualmente negativo, da religiosidade/espiritualidade na saúde (KOENIG, 2001). Um levantamento mostrou que 84,7% da população mundial refere filiação a alguma religião (PEW RESEARCH CENTER, 2012). O Instituto Gallup em sua pesquisa de 2016, revela que 79% dos estadunidenses se identificam com alguma religião, 74% deles se dizem cristãos e 53% dizem que a religião é muito importante (NEWPORT, 2016). De acordo com o censo demográfico realizado em 2010, 91,9% da população brasileira se diz filiada a alguma religião (IBGE, 2010). Esses dados indicam a importância que a crença religiosa pode ter, na maneira como o indivíduo vê, entende e se coloca no mundo, influenciando suas percepções e impactando sua saúde mental. Apesar disso, essa temática tem sido pouco abordada na formação do profissional de saúde, não obstante as frequentes demandas religiosas e/ou espirituais apresentadas por pacientes no contexto clínico e da existência de ferramentas conceituais e clínicas para o manejo desses conflitos de forma ética e profissional (BEST; BUTOW; OLVER, 2015). Espiritualidade e religiosidade fazem parte da história humana, independente do período ou cultura que se observe. Conhecer e considerar as crenças espirituais e/ou religiosas do indivíduo facilita sua aderência ao tratamento psicoterápico, potencializando seus resultados (KOENIG, 2001). No âmbito da formação e da atuação dos psicólogos brasileiros, esses conceitos são mal compreendidos e em muitas situações rechaçados, como se não pertencessem ao campo da Psicologia (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – SÃO PAULO, 2016).

No entanto, um número cada vez maior de pesquisadores, nacional e internacionalmente vem se dedicando a essas investigações. Em um levantamento feito por nós, em novembro de 2020, na PubMed, ferramenta de busca da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, usando os termos “*spiritual or religious*”, foram encontrados 50.926 artigos. Lucchetti e Lucchetti (2014), calculam que pelo menos 7 artigos novos são publicados sobre essa temática diariamente.

No que concerne especificamente a TCC, quando relacionada à religiosidade e espiritualidade, o cenário parece ser bastante diferente. A produção nacional pode

ser considerada inexistente (SILVA, 2012). Encontram-se pesquisas realizadas fora do nosso país, entre elas alguns ensaios clínicos randomizados, avaliando a TCC com crenças religiosas e espirituais consideradas para o tratamento de transtornos mentais, em que os transtornos depressivos são os mais estudados. Os resultados demonstraram que esses protocolos adaptados foram tão eficazes quanto os protocolos padrão usados na terapia cognitivo-comportamental tradicional (COSTA; SIQUEIRA; RESENDE, 2019). Dentre essas pesquisas, encontramos aquela realizada pelo Professor Doutor Harold G. Koenig e sua equipe, no âmbito do Centro de Espiritualidade, Teologia e Saúde da Universidade Duke, Estados Unidos da América, que buscou sistematizar a integração dos aspectos religiosos, envolvendo crenças e experiências à terapia (KOENIG et al, 2015).

O professor doutor Harold G. Koenig é reconhecido mundialmente, como um dos pesquisadores mais importantes no campo da religiosidade, espiritualidade e sua influência sobre a saúde, publicou mais de 500 artigos científicos em revistas especializadas revisadas por pares, mais de 50 livros e 100 capítulos em livros profissionais.

Não temos conhecimento de nenhum trabalho no Brasil, que tenha se debruçado sobre como essa integração das crenças religiosas e espirituais à TCC, foi feita, apresentando e analisando essa pesquisa para o público brasileiro, especialmente para os profissionais que lidam com a saúde mental.

O autor dessa dissertação, após a graduação em Psicologia, fez especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental, que é usada como base teórica na sua prática clínica. Além disso, o tema religião, religiosidade e espiritualidade, vem sendo objeto de estudos e pesquisas desde a graduação, participando do Grupo de pesquisa em experiência religiosa e estados alterados de consciência e do NUMINA (Grupo de estudos psicológicos da religião) ambos vinculados à PUC-SP.

O presente estudo também comportou implicações para o campo mais amplo da Ciência da Religião, especialmente a Ciência da Religião aplicada. Os estudos em religião e saúde mental têm chamado à atenção de profissionais da psicologia e da psiquiatria, mas foram ainda muito pouco devassados pelos cientistas da religião no Brasil. Esses estudos geram discussões sobre como as crenças religiosas se formam, sobre como podem estar associadas a quadros psicopatológicos ou à promoção da saúde e sobre como o contexto social e religioso influencia a interpretação de

fenômenos patológicos. Também podem indicar caminhos pelos quais profissionais de saúde, cientistas da religião e líderes religiosos, como padres e pastores, podem trabalhar de forma conjunta, com uma finalidade terapêutica, em favor de indivíduos religiosos que estejam enfrentando problemas de ordem mental/emocional.

Considerando o exposto, fica clara a relevância de se estudar como foi feita essa pesquisa sobre a integração das crenças e experiências religiosas e espirituais na TCC, pelo Prof. Koenig e equipe, seus resultados, contribuições e o seu impacto no tratamento em saúde mental.

1.2 Objeto

O objeto desse estudo é a apresentação e análise crítica do trabalho de integração de crenças e experiências religiosas e espirituais na Terapia Cognitivo-Comportamental, realizado pelo Prof. Dr. Harold G. Koenig e equipe, no âmbito do Centro de Espiritualidade, Teologia e Saúde da Universidade Duke, cuja pesquisa é encontrada no site da instituição, além do impacto que essa integração provoca no tratamento em saúde mental.

1.3 Problema

O problema deve ser formulado de acordo com o tema proposto, esclarecendo as dificuldades específicas que se pretende resolver através da pesquisa. Para ter validade científica, deve passar pelos seguintes crivos: pode ser enunciado na forma de uma pergunta; corresponde a interesses pessoais, sociais e científicos, estando esses interesses harmonizados; o problema pode ser objeto de investigação sistemática, controlada e crítica (MARCONI; LAKATOS, 2018).

Considerando essa definição, o problema desse estudo envolve buscar respostas para as seguintes perguntas:

- a) Como foi feita a integração das crenças e experiências religiosas e espirituais na TCC, realizada pelo Prof. Dr. Harold G. Koenig e sua equipe,

no âmbito do Centro de Espiritualidade, Teologia e Saúde da Universidade Duke?

- b) Existem evidências favoráveis a essa integração, como realizada por Koenig e equipe?
- c) Existem problemas? Se sim, como foram superados?
- d) Os conceitos mais importantes da Psicologia da Religião foram levados em consideração na formulação dessa integração?
- e) Os pacientes religiosos com transtornos mentais podem ter resultados mais efetivos na psicoterapia quando suas crenças e experiências religiosas são levadas em conta e utilizadas no tratamento pelo terapeuta?
- f) Essa integração pode contribuir para que o profissional psicólogo, sem se esquecer de que a Psicologia é laica, com ética e profissionalismo busque conhecer e considere no processo terapêutico o sistema de crenças e experiências religiosas do seu paciente?
- g) O conhecimento advindo dos estudos dessa integração pode contribuir para uma discussão das relações entre religiosidade e saúde no contexto da Ciência da Religião?

1.4 Hipóteses

1.4.1 Hipótese básica

De acordo com Marconi e Lakatos (2018) a hipótese básica, dentre as diferentes formas possíveis, é aquela que aponta a existência ou não de determinadas relações entre fenômenos ou que preveem variação concomitante, direta ou inversa, entre certos fenômenos. Considerando isso, a hipótese básica desse trabalho é a

suposição de que a integração das crenças e experiências religiosas e espirituais pode tornar a TCC mais efetiva no tratamento da saúde mental de pacientes religiosos e caso isso não seja constatado, por que?

1.4.2 Hipóteses secundárias

A integração proposta e formulada pelo Centro de Espiritualidade, Teologia e Saúde liderado por Harold G. Koenig e sua equipe conseguiu alcançar essa efetividade, considerando ter sido uma das poucas a sistematizar essa integração na TCC;

Essa integração pode ser efetiva no tratamento em saúde mental, independente de qual religião é a fonte da qual são retiradas as crenças e experiências, considerando que a terapia foi adaptada para diferentes religiões;

É possível integrar crenças e experiências espirituais, obtendo maior efetividade na terapia.

O Cientista da Religião pode ter papel relevante nesse trabalho de integração de crenças religiosas na TCC.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo geral

Realizar uma revisão narrativa e crítica sobre a integração das crenças e experiências religiosas e espirituais na Terapia Cognitivo-Comportamental para o tratamento de pacientes com doença crônica, religiosos e com Depressão, que foi realizada por Harold G. Koenig e equipe, do Centro de Espiritualidade, Teologia e Saúde da Universidade Duke, traduzindo, analisando e apresentando a sistematização dessa integração para o público brasileiro, de forma a contribuir com os estudos sobre o impacto e importância da religiosidade e da espiritualidade na saúde mental.

1.5.2 Objetivos específicos

Contribuir, apresentando esse trabalho de integração para os profissionais que trabalham com a saúde mental;

Analisar e discutir criticamente os achados dessa pesquisa, de maneira a encontrar possíveis implicações clínicas e psicossociais no trabalho terapêutico com pacientes religiosos;

Analisar e discutir criticamente esse trabalho de integração à luz dos conceitos fundamentais da Psicologia da Religião;

Refletir sobre como o conhecimento advindo dessa pesquisa podem contribuir para uma discussão das relações entre religiosidade e saúde no contexto da Ciência da Religião;

Enfatizar a importância de que mais investigações sobre esse tema sejam realizadas em nosso país.

1.6 Metodologia

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica no material encontrado no site da *Duke University* onde se encontra o *Center for Spirituality, Theology and Health* dirigido pelo Professor Doutor Harold G. Koenig. Todo o material relativo à pesquisa de integração das crenças e experiências religiosas na TCC, envolvendo: Desenho do Estudo, resumo da pesquisa, protocolo completo, publicações de pesquisa, manuais e apostilas; foram analisados para que pudessem ser apresentados ao público brasileiro interessado.

Foi feita uma leitura analítica, buscando respostas para o problema da pesquisa e estabelecendo as categorias temáticas. Além disso, artigos encontrados nas bases de dados mais importantes, que envolvem saúde mental - PubMed, da biblioteca nacional de medicina dos Estados Unidos; BVS, biblioteca virtual em saúde; Scielo, biblioteca eletrônica científica on-line e Google acadêmico, mecanismo virtual de pesquisa em literatura acadêmica, utilizando os descritores: Espiritualidade, Religiosidade, Terapia Cognitivo-Comportamental, *Spirituality*, *Spiritual*, *Religion*, *Religious*, *Religiosity*, *Religiouness and Cognitive Behavioral*, *Cognitive Therapy* - que

foram úteis para alcançar os objetivos desse trabalho, além de Dissertações, teses, livros e artigos relacionados ao tema, encontrados a partir das referências anteriores, também foram considerados para discussão.

Os idiomas para a pesquisa cobriram o Inglês e o Português, de modo a atingir tanto a literatura internacional de referência, quanto às pesquisas no Brasil.

Uma análise qualitativa crítica da evidência foi conduzida, averiguando-se regularidades e disparidades, a qualidade da metodologia e a sensibilidade dos métodos empregados na apreciação da dimensão cultural e religiosa dos participantes. Foram sumariados os principais achados da literatura, a par das limitações conceituais e metodológicas.

A partir da pesquisa bibliográfica realizada, verificaram-se quais protocolos de atendimento foram utilizados para aferir as crenças mais recorrentes, como essas impactam na saúde mental da população em geral e como essas informações podem ser usadas na prática clínica dos profissionais que lidam com saúde mental, especialmente aqueles que se utilizam da terapia cognitivo-comportamental. A dissertação foi finalizada com uma discussão sobre as implicações e contribuições dos achados para as inter-relações entre Psicologia da religião e Ciência da Religião.

1.7 Referencial teórico

1.7.1 Terapia Cognitivo-Comportamental

As análises e o desenvolvimento da pesquisa tiveram como fundamento a Terapia Cognitivo-Comportamental como formulada por Aaron T. Beck e Judith S. Beck, uma psicoterapia estruturada, que conceitua individualmente cada paciente, enfatizando colaboração e participação ativa, criando uma aliança terapêutica sólida, orientada para os objetivos, voltada para o momento presente, breve, que busca solucionar problemas atuais, modificando pensamentos e comportamentos considerados disfuncionais. Esses pensamentos disfuncionais, ao influenciar o pensamento e a maneira de lidar com os desafios diários do paciente, são comuns a todos os transtornos psicológicos. As obras Terapia Cognitiva da Depressão e Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática nortearam esse trabalho.

1.7.2 Psicologia da Religião

Os fundamentos da Psicologia da Religião, foram considerados na análise do trabalho de integração das crenças religiosas, especialmente os conceitos de *Coping* Religioso positivo e negativo e Religiosidade intrínseca e extrínseca, a serem detalhados no primeiro capítulo.

Os aspectos sociais e culturais, tópicos importantes do arcabouço conceitual da psicologia cultural da religião, também são fundamentais. Wilhelm Maximilian Wundt (1832-1920), fundador da psicologia experimental, contesta o raciocínio de que para a compreensão dos processos psíquicos superiores a investigação deva ser restrita aos indivíduos, afinal muitos processos psíquicos, entre eles a memória, a aprendizagem e o pensamento são dependentes e condicionados pela cultura. Assim a psicologia, para Wundt, deveria se desenvolver a partir dos estudos experimentais, mas também a partir dos estudos do que ele chamou de psicologia dos povos, que além dos processos psíquicos individuais, se ocupasse dos costumes, da linguagem, da ética, sociedade e religião, elementos indiscutivelmente pertencentes à cultura, uma produção coletiva e não individual. Quando nos debruçamos sobre a linguagem, percebemos que ela não depende do indivíduo, pelo contrário, o indivíduo para fazer uso desse recurso, precisa se adaptar à uma linguagem que já existe. O humano, para sobreviver, precisa ser aculturado, apropriar-se da cultura na qual está inserido. Então esse raciocínio também será válido para a religião, o estudo psicológico da religião também precisa ser feito a partir de um ponto de vista cultural (BELZEN, 2009).

Capítulo 1 - REVISÃO DA LITERATURA ENVOLVENDO OS PRINCIPAIS CONCEITOS ABORDADOS NA PESQUISA

2 Religião, Religiosidade e Espiritualidade

A religião pode ser definida como “um sistema unificado de crenças e de práticas relativo a coisas sagradas (...) que unem os seus aderentes numa comunidade moral única denominada igreja.” (DURKHEIM, 2001, p. 46). Para Pierre Bourdieu (1930-2002), além desse conjunto de práticas e representações identificadas por um caráter sagrado, pode ser pensada também como um sistema simbólico de pensamento e comunicação, uma linguagem, que por existir no âmbito de uma sociedade concreta e caótica, faz com que a religião produza sentido, integrando experiências pessoais e fragmentárias numa ordem cósmica estabelecida pela religião. Assim eterno e temporal, material e espiritual, sagrado e profano, constituem-se categorias fundamentais, alicerces simbólicos que permitem ao sujeito social ordenar suas experiências. Peter Berger (1929 – 2017), enfatiza que uma qualidade essencial proporcionada, pela religião, ao homem, é uma possível defesa da ameaça de não encontrar significativa ordenação na vida, seja nos fatos cotidianos ou nos mais extremos como o adoecimento, a catástrofe ou a morte (DALGALARRONDO, 2008).

A religiosidade se refere ao modo, como o sujeito elabora suas respostas, as demandas pessoais de sentido existencial, ancoradas nas suas crenças sobre o transcendente (FREITAS, 2017). Expõe a realidade humana e psicológica do indivíduo, mostrando-se na face subjetiva da religião, num modo específico de encontro de sentido (VALLE, 1998).

Lousada (2017), buscou compreender o conceito de espiritualidade vigente nas principais produções das áreas de psicologia, saúde e educação, concluindo que as definições variam de acordo com a área. Na psicologia a espiritualidade é entendida como um aspecto inerente e constitutivo do ser humano, uma força motora capaz de proporcionar transformações positivas e crescimento pessoal. Por ser uma das dimensões do sujeito, acaba por criar uma demanda de autoconhecimento e

compreensão da dinâmica intrapsíquica, num movimento direcionado a si mesmo, em busca de coerência entre o sentir, o pensar, e o agir.

Na área da saúde a espiritualidade é compreendida como um elemento fundamental das práticas de tratamento, ocupando-se da mensuração de como, quando e quanto, os pacientes podem se beneficiar de tratamentos e cuidados que, tendo a espiritualidade como base, impactem a saúde física e mental. Por isso, entendem que ela deve fazer parte dos programas públicos de saúde, incentivando o uso de uma avaliação/anamnese espiritual, que auxiliaria na prática clínica. Recomendam para que seja incluído um texto sobre esse tema, na próxima edição do Código Internacional de Saúde (CID), de forma a contribuir no diagnóstico diferencial entre transtornos dissociativos e experiências espirituais que, devidamente contextualizadas, poderiam ser consideradas normais.

A educação vê a espiritualidade como um fundamento da prática educativa, que pode auxiliar na formação de seres humanos mais coesos e inteiros, postulando a necessidade de também os educadores, vivenciarem a própria espiritualidade nos seus processos de formação.

Apesar de não haver, por parte dessas áreas, uma definição única e homogênea, o conceito é apresentado de forma útil e benéfica, vinculado à busca de autonomia, autorrealização, qualidade de vida, sensação de bem estar, através da busca pessoal de sentido para a vida. Todas sinalizam que o conceito de espiritualidade deve ser considerado como uma dimensão humana, concebendo o ser humano como algo que transcende o biológico, o psicológico e o social, portanto um ser integral (LOUSADA, 2017).

Poderíamos considerar a religião como um sistema fornecedor do conteúdo simbólico, ritual, doutrinário, moral, das crenças, do transcendente. A religiosidade seria como o fiel se apropria desse sistema, adaptando-o a partir das suas vivências e experiências pessoais, desenvolvendo o seu senso e comprometimento religioso. E a espiritualidade, se constituiria em um sistema independente, que pode, inclusive, ser desvinculado da idéia de Deus ou outras concepções religiosas e sobrenaturais, o que lhe possibilitaria a existência em ambientes ateus, na medida em que envolve criatividade, liberdade, autenticidade, esperança e uma busca pessoal por significado e sentido para a vida, com ênfase no aperfeiçoamento do potencial humano (FRANCO, 2013). Alguns autores como André Comte-Sponville e Alain de Botton,

falam em uma espiritualidade secular, considerando ser possível o exercício espiritual desvinculado de qualquer cenário religioso, propõem aproveitar a expertise das religiões e seu patrimônio acumulado em áreas como: comunidade social, exercício da gentileza, prática da solidariedade, a arte, a arquitetura, os sistemas de ensino, reflexões sobre aspectos da existência como amor e morte... Reconhecendo que as religiões tiveram historicamente e, em alguns contextos, ainda têm, um importante papel social de organização, produção e de orientação, propondo um diálogo entre as necessidades seculares e esta carga histórica (FRANCO, 2017).

Outro aspecto fundamental, quando refletimos sobre religiosidade e espiritualidade, e que interessa diretamente a esse trabalho, diz respeito a uma revisão sistemática realizada por Koenig et al. (2012), em que pouco mais de 3000 estudos empíricos foram analisados, a maior parte deles envolvendo saúde mental, e investigando a relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde, encontraram que níveis maiores de R/E tendem a estar associados a uma quantidade menor de uso/abuso de drogas, depressão, suicídio e a melhores índices de qualidade de vida. No entanto, quando são usadas estratégias de coping religioso negativo, apesar de menos frequentes do que as positivas, isso acaba sendo associado a desfechos piores na saúde. Por isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS), inclui a R/E como uma das dimensões de qualidade de vida (WHOQOL SRPB Group, 2006).

3 Crenças e Experiências Religiosas e Espirituais

De acordo com Rodrigues (2015), etimologicamente a palavra crença provém do latim “*credere*” cujo significado é crer, ter confiança a respeito de algo. A crença também pode ser entendida como um estado psicológico em que o indivíduo detém uma premissa ou proposição para a verdade, uma convicção ou opinião formada. Essas convicções vão sendo construídas ao longo da vida, formando a identidade e determinando as escolhas e a maneira de enxergar o mundo.

Segundo Peres et al. (2007), a maneira como as informações assimiladas pelos indivíduos é processada e julgada, tem nas crenças e práticas religiosas e/ou espirituais, um referencial importante, visto fazerem parte de sua cultura e princípios.

Maraldi (2020), considera que experiência religiosa se refere a uma vivência direta, do objeto da crença religiosa, sendo que essa vivência pode ser individual ou coletiva. Como exemplo temos várias experiências místicas narradas por pessoas de tradições religiosas e espirituais diferentes, como experiências mediúnicas no espiritismo e na umbanda, dons do Espírito Santo em igrejas evangélicas e carismáticas e visões da Virgem Maria no catolicismo popular (informação verbal fornecida por Everton de Oliveira Maraldi em reunião de grupo de estudos).

Rudolf Otto (1869-1937) entendia essas vivências como experiências *sui generis* e para que se pudesse identificar a sua natureza essencialmente religiosa, seria necessário vinculá-la a um dado fundamental e primordial da religião, o *numinoso*, sagrado (SOUZA, 2013). Ao contrário de Otto, William James (1842-1910), um dos mais importantes estudiosos das experiências religiosas, não se interessava nem por doutrinas, nem por dogmas, mas pela vivência religiosa, identificando nela as mesmas emoções encontradas em outras experiências, pautadas por fatores culturais, profundamente vinculadas ao funcionamento da mente humana. A diferença é que essas vivências são moldadas especificamente por crenças e práticas de uma religião e, por isso, denominadas experiências religiosas (MARALDI, no prelo).

Quando analisamos crenças e experiências religiosas e/ou espirituais, outro princípio importante a ser considerado é a fé, etimologicamente a palavra vem do latim “*fides*” que tem como significado fidelidade, certeza de que algo é verdade, sem critério objetivo de verificação ou prova. No contexto religioso pode significar fidelidade, compromisso ou lealdade (RODRIGUES, 2015). Fé, nas palavras de James W. Fowler (1940), que desenvolveu a teoria dos estágios da fé, é aquilo em que colocamos o nosso coração, algo universal que serve como centro de valor e poder, algo que esta presente na vida das pessoas, independente de confessarem-se religiosas ou não, perguntas sobre o sentido da vida que precisam ser respondidas, parte integrante da personalidade, envolvendo o modo como a pessoa constroi seus relacionamentos, propósitos e significados da vida, ninguém pode viver muito tempo sem ela, é única em cada pessoa, dinâmica, interativa e social (FOWLER, 1992).

A Terapia Cognitivo-Comportamental, parte do pressuposto de que o conhecimento e valorização dos sistemas de crenças, experiências e fé religiosa do paciente, colabora na aderência desse à psicoterapia, além de ajudar o terapeuta a potencializar as capacidades desse indivíduo.

4 Terapia Cognitivo-Comportamental

4.1 O que é?

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma psicoterapia estruturada, breve, voltada para o presente e direcionada para a solução de problemas, através da modificação de comportamentos e pensamentos disfuncionais. É um processo cooperativo de investigação empírica, testagem da realidade e resolução de problemas entre o terapeuta e o paciente (BECK, 1964).

4.2 Breve histórico

A TCC foi desenvolvida pelo médico psiquiatra Aaron Temkin Beck, nascido em 18 de julho de 1921, na cidade de Providence, Rhode Island, EUA.

Casado desde 1950 com Phyllis W. Beck, é pai de Judith S. Beck.

Graduou-se em 1942 em Ciência Política e Inglês na *Brown University*. Depois em 1946, em medicina, na *Yale Medical School*. De 1953 a 1958 faz sua formação em psicanálise no *Philadelphia Psychoanalytical Institute*. É professor emérito da *University of Pennsylvânia*.

Na década de 1960, dando aulas de psiquiatria na *University of Pennsylvânia*, focou seus estudos no tratamento da depressão. Considerando que os tratamentos usados, não alcançavam resultados satisfatórios, e percebendo que havia uma grande dificuldade para ajudar os pacientes a perceberem as suas emoções, e que, além disso, possuíam fluxos de pensamentos negativos recorrentes, que pareciam surgir espontaneamente, provocando a manutenção dos sintomas da depressão, decidiu que ao invés de tratar os sintomas, precisava encontrar uma maneira de alterar os pensamentos disfuncionais. Ao invés de reviver traumas passados e dificuldades vividas na infância, passou a focar em fazer com que o paciente conseguisse entender como o seu passado afeta seus pensamentos e atitudes no presente, transformando o padrão de pensamentos negativos em pensamentos mais positivos e saudáveis, gerando assim, comportamentos mais assertivos e funcionais. Reconhecendo e

entendendo os próprios processos cognitivos o paciente aprende a impedir que esses pensamentos disfuncionais se formem e/ou se instalem.

A partir dos resultados positivos no tratamento da depressão, na década de 1970, expande e desenvolve técnicas para o tratamento dos demais transtornos, especialmente aqueles vinculados à ansiedade e personalidade. No caso dos transtornos de ansiedade, percebe que os pacientes precisam aprender a avaliar o risco das situações temidas, considerar e melhorar seus recursos internos e externos, reduzindo a evitação e realizando o enfrentamento, testando comportamentalmente suas crenças negativas.

Em 1994, junto com sua filha, funda o *Beck Institute – Cognitive Behavior Therapy*, uma organização sem fins lucrativos, que tem como objetivo ensinar e disseminar a Terapia Cognitivo-Comportamental para melhorar a qualidade de vida das pessoas (BECK INSTITUTE, 2020, §1; IPTC, 2020, § 1; BECK, 2013).

4.3 Princípios básicos

4.3.1 Conceituação cognitiva individual do paciente

Essa conceituação consiste em fazer o enquadramento para compreender o paciente, identificando, a partir das informações trazidas por ele, na sessão de avaliação e ao longo de todo o processo psicoterapêutico, o diagnóstico, problemas atuais, padrões de pensamento e os comportamentos problemáticos, que levam ao adoecimento, sendo aprimorada a cada sessão. Esses comportamentos disfuncionais tem origem nos Pensamentos Automáticos Negativos (PAN's) e acabam por reforçá-los. Essa conceituação vai sendo compartilhada com o paciente em momentos estratégicos do tratamento para que ele examine as suas experiências, identifique os PAN's e aprenda a formular respostas mais adaptativas a esses pensamentos, impactando a forma como se sente e comportando-se de maneira mais positiva e saudável.

4.3.2 Aliança terapêutica sólida

Uma relação terapêutica robusta, embasada em confiança, se relaciona diretamente a resultados positivos no tratamento. Para tanto, empatia, compromisso, compreensão, respeito e valorização são fundamentais.

4.3.3 Colaboração e participação ativa

O paciente é encorajado a encarar a terapia como um trabalho conjunto, o que será trabalhado em cada sessão é decidido por ambos, terapeuta e paciente. Inicialmente as iniciativas costumam ser do terapeuta, mas conforme o paciente vai vencendo o transtorno e familiarizando-se com o tratamento, vai sendo encorajado a ser cada vez mais ativo na sessão.

4.3.4 Foco nos objetivos e problemas

A TCC é orientada para os objetivos e focada nos problemas. Objetivos específicos, com base nos problemas existentes são enumerados e norteiam o tratamento.

4.3.5 Ênfase no presente

O tratamento envolve foco nos problemas atuais e situações específicas angustiantes que são vividas no aqui e agora.

4.3.6 Psicoeducação

A TCC é eminentemente educativa, ajudando o paciente a se transformar no seu próprio terapeuta, aprendendo a fazer as avaliações cognitivas dos próprios PAN's, e a planejar as próprias mudanças comportamentais, sem criar uma relação de dependência com o terapeuta.

4.3.7 Reestruturação cognitiva

O paciente pode ter centenas de PAN's diariamente, que afetam seu humor, comportamento e em muitos casos sua fisiologia, provocando doenças e/ou sintomas muito desagradáveis. O objetivo é aprender a identificar essas cognições e desenvolver perspectivas mais adaptativas e realistas, melhorando e equilibrando-se emocionalmente.

5 Terapia Cognitivo-Comportamental com a Religiosidade integrada (TCCR)

5.1 O que é?

A TCCR envolve utilizar as crenças e práticas religiosas e espirituais do paciente, no protocolo padrão de tratamento da TCC. Esse conteúdo religioso/espiritual é usado, ao longo do tratamento psicoterapêutico. Enfatizando que não se trata de proselitismo, mas de utilizar as crenças do paciente, não as do terapeuta, no seu processo de tratamento.

5.2 Princípios básicos

Todo o conteúdo religioso/espiritual do paciente, envolvendo crenças, práticas e experiências é usado, ao longo do tratamento psicoterapêutico, na psicoeducação, estratégias motivacionais, intervenções comportamentais, reestruturação cognitiva e técnicas de *coping*. As crenças consideradas no tratamento, são as do paciente, mesmo que o terapeuta professe a mesma fé e/ou tenha as mesmas crenças religiosas e espirituais do paciente. O terapeuta deverá estar atento à compreensão e entendimento desses conceitos, por parte do seu paciente, que muitas vezes poderá ser diferente da sua. A decisão de utilizar técnicas que tenham a religiosidade/espiritualidade do paciente integradas, não deve ser tomada apenas

porque o paciente se diz religioso ou espiritualizado, deve ser tomada com conhecimento e anuência deste (COSTA; SIQUEIRA; RESENDE, 2018).

5.3 Outras pesquisas envolvendo TCC e Religiosidade e/ou Espiritualidade.

Segundo Pearce (2015), nas últimas décadas vários estudos foram feitos com o objetivo de testar a eficácia de terapias que integrassem as crenças religiosas e espirituais de pacientes, envolvendo várias formas diferentes de psicoterapia, que incluíram discussões, imagens, textos, orações etc. Esses estudos variaram bastante no que diz respeito ao seu desenho e rigor metodológico, apesar disso, os resultados indicam que falar sobre as crenças e práticas religiosas, ajuda a reduzir os sintomas de angústia emocional. Costa, Siqueira e Resende (2018), fizeram uma revisão de literatura, buscando identificar linhas psicoterapêuticas que contemplam a religiosidade/espiritualidade, dizem que a TCC é a técnica terapêutica, com adaptações à fé, mais estudada, encontrando 10 ensaios clínicos randomizados envolvendo a TCC com a R/E integrada. São eles:

a) Título: Behavioral activation of religious behaviors - treating depressed college students with a randomized controlled trial.

Autor: Maria Elizabeth Anne Armento

Publicado em: Dissertation (Doctor of Philosophy) – University of Tennessee. Tennessee, 2011.

Objetivo: Investigar a eficácia de um protocolo breve para ação religiosa na ativação comportamental (PRA-BA) em relação a uma condição de “suporte” sem tratamento, entre estudantes universitários com depressão leve a moderada (n = 50).

Método: Estudo randomizado controlado com intervenção individualizada de uma sessão e um intervalo de ativação de 2 semanas. Os resultados clínicos avaliaram depressão, recompensa ambiental, ansiedade e qualidade de vida.

Resultados: Análises de variância de medidas repetidas indicaram que o grupo PRA-BA teve reduções significativamente maiores na depressão e ansiedade e aumentos na recompensa ambiental no pós-tratamento. Também

houve tendência estatística indicando que o PRA-BA pode melhorar a qualidade de vida. No acompanhamento de um mês, os ganhos do tratamento foram mantidos para os participantes do PRA-BA.

Conclusão: Este estudo fornece suporte encorajador para a eficácia de uma intervenção comportamental estritamente baseada na religião para atenuar os sintomas de depressão em estudantes universitários.

a) **Título:** Evaluation of a spiritually focused intervention with older trauma survivors.

Autores: Sharon Bowland; Tonya Edmond; Roger D. Fallot

Publicado em: Social Work, v. 57, n. 1, p. 73-82, 2012.

Objetivos: Avaliar a eficácia de uma intervenção em grupo, com foco espiritual, em mulheres sobreviventes de trauma interpessoal na redução de sintomas depressivos relacionados ao trauma, estresse pós-traumático e ansiedade.

Método: Quarenta e três mulheres que vivem na comunidade (com 55 anos ou mais), sobreviventes de trauma interpessoal (abuso infantil, agressão sexual ou violência doméstica), foram randomizadas em grupos de tratamento (n = 21) ou controle (n = 22). Os participantes das 11 sessões de psicoterapia em grupo, discutiram as lutas espirituais relacionadas ao abuso e desenvolveram recursos espirituais de enfrentamento.

Resultados: O grupo de tratamento apresentou sintomas depressivos, ansiedade e sintomas físicos significativamente mais baixos no pós-teste em comparação com o grupo de controle. Em uma análise separada, os sintomas de estresse pós-traumático também caíram significativamente no grupo de tratamento. Os ganhos foram mantidos em três meses de acompanhamento.

Conclusão: Este estudo fornece um forte apoio inicial para a eficácia da intervenção em grupo, com foco espiritual, para sobreviventes mais velhos de trauma interpessoal de origem cristã.

b) **Título:** Controlled randomized clinical trial of spirituality integrated psychotherapy, cognitive-behavioral therapy and medication intervention on

depressive symptoms and dysfunctional attitudes in patients with dysthymic disorder.

Autores: Amrollah Ebrahimi; Hamid Taher Neshatdoost; Seyed Ghafur Mousavi; Ghorban Ali Asadollahi e Hamid Nasiri.

Publicado em: Advanced Biomedical Research, v. 2, n. 53, 2013.

Objetivo: Comparar a eficácia da Psicoterapia Espiritual Integrada (SIPT) e da terapia cognitivo-comportamental (TCC) na intensidade dos sintomas de depressão e atitudes disfuncionais de pacientes com transtorno distímico.

Método: Desenho qualitativo e quantitativo misto. Na primeira fase, foi elaborado o modelo SIPT e, na segunda fase, foi realizado um ensaio clínico randomizado duplo-cego. Sessenta e dois pacientes com transtorno distímico foram selecionados de vários centros, incluindo Nour e Alzahra Medical Center, Centros de Aconselhamento da Universidade de Ciências Médicas de Isfahan e Goldis em Isfahan. Os participantes foram distribuídos aleatoriamente em três grupos experimentais e um grupo controle. O primeiro grupo recebeu 8 sessões de tratamento de SIPT, o segundo grupo também teve 8 sessões de TCC, específica para transtorno distímico, e o terceiro grupo estava em tratamento antidepressivo. O inventário de depressão de Beck e a escala de atitudes disfuncionais foram usados para avaliar todos os participantes em quatro estágios de medição. Os dados foram analisados usando o método de medida repetida MANCOVA.

Resultados: O SIPT teve mais eficácia do que a medicação com base em ambas as escalas ($P < 0,01$); no entanto, não foi diferente da TCC. SIPT foi mais eficaz na modificação de atitudes disfuncionais em comparação com TCC e medicação ($P < 0,05$).

Conclusão: Esses achados corroboram a eficácia da psicoterapia enriquecida com capacidades culturais e ensinamentos religiosos.

c) **Título:** Brief christian and non-christian rational-emotive therapy with depressed christian clientes: an exploratory study.

Autores: W. Brad Johnson e Charles R. Ridley

Publicado em: Conseling and values, v. 36, n. 3, p. 220-229, 1992.

Objetivo: Operacionalizar uma forma cristã de terapia racional-emotiva (CRET), usar a CRET com clientes intrinsecamente religiosos e comparar a eficácia da CRET com uma versão secular da terapia racional-emotiva (RET).

Método: 10 entrevistados qualificados, foram randomizados em dois grupos de tratamento e vistos individualmente pelo conselheiro, duas vezes por semana, num total de seis sessões de 50 minutos cada, durante 3 semanas. Um protocolo estruturado de tratamento foi aplicado em cada grupo, um de CRET e outro de RET.

Resultados: Ambos os tratamentos, foram eficazes na redução da depressão e pensamentos automáticos negativos, enquanto apenas o CRET reduziu as crenças irracionais dos clientes. Nenhuma diferença entre os grupos foi obtida para as percepções dos clientes sobre o conselheiro.

Conclusão: Apesar das limitações, a terapia racional-emocional breve oferece uma promessa no tratamento de clientes cristãos deprimidos. Esta investigação exploratória levantou uma série de questões importantes que devem estimular novas pesquisas com essa população.

d) **Título:** A comparison of secular and religious versions of cognitive therapy with depressed Christian college students.

Autores: David R. Pecheur e Keith J. Edwards

Publicado em: Journal of Psychology and Theology, v. 12, n. 1, p. 45-54, 1984.

Objetivos: Comparar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental cristã (CCBT) com a da terapia cognitivo-comportamental tradicional, em um grupo de pacientes internados, adultos, cristãos e deprimidos.

Método: Um procedimento de corte múltiplo foi utilizado na seleção de sujeitos para um grupo secular de modificação de comportamento cognitivo, um grupo de modificação de comportamento cognitivo religioso e um grupo de controle de lista de espera

Resultados: Os resultados indicaram que os grupos de modificação de comportamento cognitivo secular e religioso foram significativamente mais eficazes do que o grupo de controle de lista de espera, no alívio da

depressão. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de modificação de comportamento cognitivo secular e religioso.

Conclusão: Os resultados encorajam o uso de terapia que corresponda e utilize os valores religiosos.

e) **Título:** The comparative efficacy of religious and nonreligious imagery for the treatment of mild depression in religious individuals.

Autora: Rebecca L. R. Propst

Publicado em: Cognitive Therapy and Research, v. 4, n. 2, p. 167-178, 1980.

Objetivos: Comparar a eficácia terapêutica relativa, de uma modificação de imagens religiosas e não religiosas, para indivíduos religiosos, levemente deprimidos.

Método: 42 estudantes universitários, com idades entre 18 e 20 anos, que pontuaram para depressão leve a moderada, foram randomizados para quatro grupos, um para imagens religiosas, imagens não religiosas, condições de contato do terapeuta mais automonitoramento e automonitoramento.

Resultados: O tratamento com imagens religiosas, mostrou mais ganhos significativos no tratamento do que os tratamentos de automonitoramento ou imagens não religiosas, enquanto o automonitoramento mais o tratamento de contato do terapeuta foi intermediário em eficácia.

Conclusão: O presente relatório concentra-se em uma variante única de reestruturação cognitiva para depressivos de orientação religiosa, a modificação de imagens depressivas usando conteúdo religioso. Mais pesquisas são necessárias, estendendo os tratamentos a populações clínicas mais graves e a outras faixas etárias, visto que a população do presente estudo impede tal generalização.

f) **Título:** Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals.

Autora: Rebecca L. R. Propst

Publicado em: Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 60, n. 1, p. 94-103, 1992.

Objetivos: Comparar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental religiosa e não religiosa no tratamento da depressão clínica, em indivíduos religiosos.

Método: Duas versões de terapia cognitivo-comportamental (TCC), uma com conteúdo religioso (RCT) e outra com protocolo padrão (NRCT), foram usadas para tratar pacientes religiosos. Cinquenta e nove pacientes religiosos que preencheram os Critérios de Diagnóstico de Pesquisa para depressão não psicótica e não bipolar foram tratados em sessões de 18-20 horas durante 3 meses. Terapeutas religiosos e não religiosos foram usados em cada grupo de TCC. As condições de tratamento usual de aconselhamento pastoral (PCT) e de controle de lista de espera (WLC) continham, cada uma, 10-11 pacientes.

Resultados: Os pacientes de RCT e PCT relataram depressão pós-tratamento significativamente mais baixa e escores de ajuste do que o NRCT ou a condição WLC. A diferença da TCC foi em grande parte devido ao desempenho superior dos terapeutas não religiosos (com valores diferentes para os pacientes) no RCT sobre a condição NRCT. A melhora nas três condições de tratamento foi igual em acompanhamentos de 3 meses e 2 anos e maior do que os níveis de melhora de WLC pós-tratamento.

Conclusão: O desempenho surpreendentemente positivo do PCT, se replicado, tem implicações significativas para a saúde pública porque uma grande parte do público é orientada pela religião e há muito mais pastores do que terapeutas.

g) **Título:** Religious cultural psychotherapy in the management of anxiety patients.

Autores: Salleh Mohd Razali; Kassim Aminah e Umeed Ali Khan

Publicado em: Transcultural Psychiatry, v. 39, n. 1, p. 130-136, 2002.

Objetivos: Este estudo investigou a eficácia da incorporação de aspectos socioculturais e religiosos no gerenciamento da ansiedade entre pacientes muçulmanos de origem malaia.

Método: Oitenta e cinco pacientes religiosos e 80 não religiosos com transtorno de ansiedade generalizada (TAG) foram aleatoriamente designados para o estudo ou grupo de controle. Ambos os grupos receberam um

tratamento padrão para GAD, embora o grupo de estudo tenha recebido psicoterapia religiosa-cultural (RCP) adicional. Os pacientes foram acompanhados e avaliados periodicamente por seis meses.

Resultados: Pacientes religiosos que receberam RCP mostraram melhora significativamente mais rápida nos sintomas de ansiedade do que aqueles no grupo de controle. A diferença, entretanto, tornou-se insignificante ao final de seis meses. Não houve diferença significativa na melhora entre o grupo de estudo e controle de pacientes não religiosos.

Conclusão: Concluimos que o RCP melhorou rapidamente os sintomas de ansiedade em pacientes muçulmanos com uma forte formação religiosa.

h) **Título:** Chinese taoist cognitive psychtherapy in the treatment of generalized anxiety disorder in contemporary China.

Autores: Yalin Zhang; Derson Young; Sing Lee; Honggen Zhang; Zeping Xiao; Wei Hao; Yongmin Feng; Hongxiang Zhou e Doris F. Chang.

Publicado em: Transcultural Psychiatry, v. 39, n. 1, p. 115-129, 2002.

Objetivos: A psicoterapia cognitiva taoísta chinesa (CTCP) combina elementos da terapia cognitiva e da filosofia taoísta. Faltam evidências empíricas de sua eficácia e mecanismos de ação. Este estudo comparou a eficácia do CTCP, benzodiazepínicos (BDZ) e tratamento combinado em pacientes chineses com transtorno de ansiedade generalizada (GAD).

Método: 143 pacientes com GAD foram aleatoriamente designados para um dos três grupos de tratamento: CTCP apenas, apenas BDZ ou tratamento combinado de CTCP e BDZ. Os pacientes foram avaliados na ingestão e reexaminados um e seis meses após o tratamento.

Resultados: O tratamento com BDZ reduziu rapidamente os sintomas de GAD em um mês, mas seu efeito foi perdido em seis meses. CTCP reduziu os sintomas mais lentamente e seu efeito foi significativo após seis meses de tratamento. O tratamento combinado levou à redução aguda e também duradoura dos sintomas. Ao contrário do tratamento com BDZ, o CTCP reduziu o comportamento do tipo A, melhorou o estilo de enfrentamento e diminuiu o neuroticismo.

Conclusão: O CTCP com ou sem tratamento com BDZ é um método mais eficaz, embora mais lento, para o tratamento de GAD do que o BDZ para pacientes com GAD na China urbana.

i) Pesquisa objeto desta dissertação:

Título: Religious vs. Conventional cognitive behavioral therapy for major depression in persons with chronic medical illness: a pilot randomized trial.

Autores: Harold G. Koenig; Michelle J. Pearce; Bruce Nelson; Sally F. Shaw; Clive J. Robins; Noha S. Daher; Harvey Jay Cohen; Lee S. Berk; Denise L. Bellinger; Kenneth L. Pargament; David H. Rosmarin; Sasan Vasegh; Jean Kristeller; Nalini Juthani; Douglas Nies e Michael B. King.

Publicado em: The journal of nervous and mental disease, v. 203, n. 4, p. 243-251, 2015.

Objetivos: Examinar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental convencional (TCC) versus TCC religiosamente integrada (TCCR) em pessoas com depressão maior e doença crônica.

Método: Os participantes foram randomizados para TCC (n = 67) ou TCCR (n = 65). A intervenção em ambos os grupos consistiu em dez sessões de 50 minutos entregues remotamente durante 12 semanas (94% por telefone).

Resultados: A adesão ao tratamento foi semelhante, exceto em participantes mais religiosos nos quais a adesão ao TCCR foi ligeiramente maior (85,7% vs. 65,9%, $p = 0,10$). A análise do tratamento em 12 semanas não indicou nenhuma diferença significativa no resultado entre os dois grupos ($B = 0,33$; SE, 1,80; $p = 0,86$). As taxas de resposta e as taxas de remissão também foram semelhantes. A religiosidade geral interagiu com o grupo de tratamento ($B = -0,10$; SE, 0,05; $p = 0,048$), sugerindo que a TCCR foi ligeiramente mais eficaz nos participantes mais religiosos.

Conclusão: Essas descobertas preliminares sugerem que TCC e a TCCR são tratamentos equivalentes para depressão maior em pessoas com doença crônica. A eficácia, assim como a adesão, pode ser afetada pela religiosidade do cliente.

5.3.1 Práticas de R/E adaptada à TCC encontradas nessas pesquisas

a) Anamnese adaptada

Informações referentes à religiosidade/espiritualidade são incorporadas à entrevista inicial, para se compreender como ele se relaciona com essas crenças, práticas e experiências, se considera estarem vinculadas de alguma forma ao seu diagnóstico, além de conhecer os símbolos religiosos, eventualmente usados por ele. Essas informações poderão ser úteis para ativação comportamental e enfrentamentos fóbicos.

b) Psicoeducação adaptada

Trabalham a tríade cognitiva da depressão de Beck, através da revisão dos conhecimentos religiosos sobre si, o mundo e o futuro.

c) Reestruturação cognitiva adaptada

Utilizam os preceitos e material encontrado nos livros sagrados da religião do paciente para alterar as suas percepções negativas.

d) Estratégias motivacionais adaptadas

Uso das crenças religiosas/espirituais do paciente para engajamento no tratamento e ativação comportamental, no enfrentamento de transtornos fóbicos, além de valores como o perdão, compaixão, altruísmo e generosidade.

e) Intervenção comportamental adaptada

Incentivar a participação em atividades de benemerência, estudos, rituais relacionados com a sua religiosidade para suporte social.

6 Psicologia da Religião

6.1 O que é?

A Psicologia da Religião (PR) é entendida como o estudo dos aspectos psicológicos que acompanham ou se apresentam na experiência religiosa (PAIVA; FREITAS, 2019) ou, como o estudo do comportamento religioso, determinado pela crença numa dimensão transcendente (FREITAS, 2017).

6.2 Breve histórico

Grandes pensadores, considerados pais da Psicologia, como Wilhelm Wundt (1832-1920), William James (1842-1910), Carl Gustav Jung (1875-1961), Stanley Hall (1846-1924) e Théodore Flournoy (1854-1920), entre outros, dedicaram-se ao estudo dos fenômenos religiosos, formulando grande parte de suas teorias psicológicas a partir de relatos de experiências religiosas, salientando a importância dessa dimensão para que a mente humana pudesse ser compreendida. (MARALDI, 2020; FREITAS, 2017).

Pode-se dizer que a PR surge com Stanley Hall (1844-1924), ungido presidente fundador do *Clark University School of Religious Psychology*, primeiro centro de estudos específicos neste campo, em 1888. No entanto, Edwin Diller Starbuck (1866-1947), publica em 1899, seu livro *The Psychology of Religion*, prefaciado por William James, e considerado o ponto de largada para o estudo sistemático, enquanto disciplina formalmente constituída, nesse campo. Enquanto Starbuck se debruça sobre os aspectos cognitivos e intelectuais da religião, James se dedica a evidenciar o sentimento religioso como um fenômeno real que proporciona a emancipação humana, uma singularidade psíquica pessoal, (FREITAS, 2017; RODRIGUES; GOMES, 2013). Ambos, defendem que a religiosidade constitui uma dimensão fundamental da vida psíquica e social, preocupando-se em retirar das práticas e experiências religiosas, inspiração para a criação das suas teorias sobre a mente humana. Em 1902, James publica *The varieties of the religious experience*, que se tornou um clássico, e o tornou conhecido como o principal pioneiro em Psicologia da Religião (MARALDI, 2020; FREITAS, 2017).

Sigmund Freud (1856-1939), considerado o pai da psicanálise, adotou uma postura naturalista, secularista, dando explicações fisiológicas e psicopatológicas aos fenômenos religiosos, especulando sobre um momento em que a religião; tida por ele

como ilusão infantil, geradora de neuroses, criada pelo desejo humano e desconectada da realidade, um sistema de defesa construído socialmente para que o homem lide com sua condição de desamparo; seria substituída pela razão, através do desenvolvimento científico. O antropólogo Antony Wallis também previu que o futuro evolucionário da Religião seria a extinção (MARALDI, 2020; NUMBERS, 2009; KOENIG, 1995). Considerando que nos dias atuais aproximadamente 80% da população mundial, se diz afiliada a alguma religião e no Brasil, esse número, de acordo com o censo realizado em 2010, é ainda maior, 91,9% (IBGE, 2010), parece correto afirmar que suas previsões não se realizaram. Apesar da sedutora tendência de caracterizar através do conflito a relação entre ciência e religião, evidenciando a existência de uma incompatibilidade e animosidade entre elas (NUMBERS, 2009), o número de pesquisas empíricas cada vez maior sobre religiosidade, espiritualidade e saúde indicam que ambas podem conversar e que não necessariamente, precisam ser antagônicas. Ainda sobre o pai da psicanálise, é importante dizer que a religião ocupa um espaço considerável em sua obra e que talvez não seja justo reduzi-lo a um inimigo cientificista da religião, afinal as teorias elaboradas por ele sobre a cultura e a religião, influenciaram toda a análise teórica posterior (DALGALARRONDO, 2008).

6.3 Psicologia da Religião no Brasil

A Psicologia da Religião no Brasil, segundo Paiva e Freitas (2019) pode ter sua certidão de nascimento vinculada à publicação do ensaio sobre o exame psicológico de seminaristas, na Revista de Psicologia Normal e Patológica, pelo sacerdote húngaro A. Benkő em 1956, pesquisador da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ). Em 1962, um grupo de psicólogos e psicanalistas que se reuniam na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), fundam a Sociedade Brasileira de Psicologia Religiosa (SBPR), publicando seus estudos e proporcionando um contorno propriamente científico ao campo no Brasil (VALLE, 2017; ANDERY, 2001).

Esperandio et al. (2019), entendem que a Psicologia da Religião no Brasil teve sua infância marcada pelo trabalho isolado de pioneiros na primeira metade do século XX, adolescência na segunda metade desse século, juventude conforme alcança o

ambiente acadêmico mais amplo e nos dias atuais sua vida adulta. Uma maturidade que tem a energia da juventude como dizem os integrantes do Grupo de Trabalho Psicologia & Religião da Associação Nacional de Psicologia e Pós- Graduação em Psicologia (ANPEPP), principal responsável pela articulação dos pesquisadores brasileiros dessa área. Um fato que merece ser mencionado, é o oferecimento da disciplina “Psicologia da Religião” no programa de pós-graduação em Psicologia social, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, em meados dos anos 80. A partir dessa disciplina, ainda que eletiva e na pós graduação, muitas dissertações e teses em PR, foram realizadas. Interessante notar que os pós-graduandos vinham de vários cursos da Universidade, mas não da Psicologia. Felizmente isso se altera quando passa a ser oferecida uma disciplina no curso de graduação, ainda que optativa. Devido ao aumento das pesquisas é criado, em 2004, o Laboratório de Psicologia Social da Religião, que passa a receber amparo das agências de pesquisa, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

6.4 Princípios básicos

6.4.1 *Coping* religioso e espiritual

Coping é uma palavra inglesa que não tem uma tradução literal em língua portuguesa. Alguns autores da psicologia da saúde costumam traduzir como enfrentamento (PAIVA, 1998), no entanto, como enfrentamento está relacionado a “encarar de frente” e o *coping* também pode se apresentar como evitação, negação ou fuga do agente estressor, o termo enfrentamento acaba por não abarcar a complexidade do conceito. O *coping* é o conjunto de estratégias, cognitivas e comportamentais, que o indivíduo utiliza para o manejo de situações estressantes (PANZINI; BANDEIRA, 2007). Também pode ser entendido como um processo de interação entre o indivíduo e o ambiente, de forma a minimizar e reduzir o estresse, podendo ser focado no problema ou na emoção, em contextos de trabalho costuma ser focado no problema, enquanto que em contextos de saúde, costuma ser focado na emoção (FOLKMAN; LAZARUS, 1980).

O *coping* religioso e espiritual (CRE), é um conceito que foi desenvolvido por Kenneth I. Pargament, é definido pela utilização da religião, fé ou espiritualidade, no manejo do estresse, em situações de crises existenciais ou circunstanciais que ocorrem ao longo da vida. Tem como objetivos manter o controle, busca de significado, conforto espiritual e transformação da vida. Um processo em que o indivíduo procura entender e lidar com as necessidades importantes de sua vida (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000; PANZINI, 2004). Pode ser um recurso pessoal importante no enfrentamento da doença, trazendo benefícios para a qualidade de vida do sujeito (CORRÊA; BATISTA; HOLANDA, 2016).

É entendido como positivo, quando envolve estratégias que geram efeitos benéficos como encontrar proteção e amor em Deus, uma conexão mais ampla com forças transcendentais, conforto em literaturas religiosas, esforço por perdoar ou ser perdoado, mudança de foco colocando o pensamento no bem estar do próximo através da oração, ressignificar o agente estressor como algo que pode ser benéfico. O CRE também pode ser negativo, quando as estratégias utilizadas proporcionam consequências prejudiciais, como questionamentos relacionados à divindade que geram insegurança, delegar a Deus a solução dos problemas pessoais, insatisfação, descontentamento e frustração quando Deus ou membros da instituição religiosa não atendem às expectativas ou considerar os agentes estressores como punição divina ou representações maléficas (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

Estratégias de CRE positivo são muito mais prevalentes do que as negativas, especialmente diante de problemas relacionados à saúde. Nos Estados Unidos, 86% dos pacientes hospitalizados, ou com cuidado clínico contínuo, as utilizam (HARRISON et al., 2001). Em amostras brasileiras 82,4% apresentaram uso de CRE positivo (PANZINI, 2004).

Segundo Stroppa e Moreira-Almeida (2008) alguns exemplos de estratégias de CRE positivo:

- a) Ajuda através da religião: “Tentei proporcionar ajuda espiritual a outras pessoas”;
- b) Apoio espiritual: “Procurei em Deus conforto e proteção”;
- c) Apoio de membros da Instituição: “Procurei por amor e cuidado junto aos membros da minha instituição religiosa”;

- d) Conexão espiritual: Busquei proteção e orientação de entidades espirituais;
- e) Coping religioso de colaboração: “Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus”;
- f) Foco religioso: “Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos”;
- g) Perdão religioso: “Busquei ajuda espiritual para superar minhas mágoas e ressentimentos”;
- h) Reavaliação religiosa benevolente: “Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu”.

Exemplos de estratégias de CRE negativo:

- a) *Coping* religioso por delegação: “Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora”;
- b) Descontentamento espiritual: “Questionei se Deus realmente se importava”;
- c) Descontentamento religioso: “Senti que meu grupo religioso me rejeitava”;
- d) Intervenção divina: “Esperei que Deus resolvesse meus problemas para mim”;
- e) Reavaliação de Deus como punitivo: “Culpei Deus pela minha situação”;
- f) Reavaliação demoníaca ou malévola: “Forças do mal atuaram para isso acontecer”;
- g) Reavaliação dos poderes de Deus: “Questionei se Deus tem limites”.

6.4.2 Religiosidade intrínseca e extrínseca

Segundo Allport e Ross (1967), a religiosidade pode ser orientada de forma intrínseca ou extrínseca. Simplificam esses conceitos dizendo que a pessoa motivada intrinsecamente vive a sua religião, enquanto que aquela motivada extrinsecamente usa a sua religião. Consideram essas orientações como pólos de motivação religiosa, e dizem que a maioria das pessoas estão situadas em algum ponto entre eles.

6.4.2.1 Orientação intrínseca

Pessoas com essa orientação, encontram na religião uma motivação consistente, que costuma pautar sua vida. Harmonizam as suas crenças religiosas com outras necessidades, por mais importantes que sejam. Buscam internalizar suas crenças religiosas, orientando suas escolhas de acordo com elas. É nesse sentido que os autores dizem que esses sujeitos vivem a sua religião. A orientação intrínseca costuma estar associada a um estado mental e personalidade mais saudáveis. Ilustram a ideia dando como exemplo um clérigo ao dizer: “Algumas pessoas vêm à igreja para agradecer a Deus, reconhecer a Sua glória e pedir a Sua orientação. Outros vêm pelo que podem obter. Seu interesse na igreja é dirigí-la ou explorá-la, em vez de servi-la.

O sociólogo Joseph Henry Fichter (1908-1994) fez um estudo sobre os paroquianos católicos, classificando-os em grupos, como: marginais, modais e nucleares e estimou em termos de números que 20% são marginais, isto é, possuem um envolvimento religioso precário, 70% modais, tem um envolvimento intermediário e 10% são nucleares, com alto grau de envolvimento e dedicação. Allport vincula os nucleares de Fichter àqueles com religiosidade intrínseca, ou seja, estima que apenas 10% das pessoas que se dizem religiosas, têm essa orientação.

6.4.2.2 Orientação extrínseca

Pessoas orientadas dessa forma, usam a religião para seus fins pessoais, por interesses variados que vão desde segurança, consolo, interação social, status, distração ou autojustificação. O indivíduo se volta para Deus, sem afastar-se de si mesmo, suas crenças religiosas são sustentadas seletiva e talvez, levemente, apenas buscando atender às suas necessidades.

A religiosidade extrínseca costuma estar associada a um certo dogmatismo, medo da morte, ansiedade e preconceito.

6.5 Psicoterapia e religião, religiosidade e espiritualidade

A psicoterapia é o encontro entre pessoas, terapeuta e paciente, com o objetivo de compreender como ele percebe, sente, se posiciona e se comporta, frente aos fatos cotidianos da vida, num processo de diálogo entre interlocutores profundamente comprometidos na busca de identificar as mudanças necessárias, encontrar os meios, fazer os ajustamentos, num processo de reeducação que leve ao autoconhecimento e autoestima, de maneira que essa pessoa consiga se desvencilhar do sofrimento que o levou a procurar por ajuda terapêutica (PINTO, 2013). É uma aventura, que será vivenciada em conjunto, cabendo ao terapeuta ir mostrando os caminhos possíveis, abismos, florestas, pontes e caminhos, belezas e dificuldades ao longo do percurso, desenvolvendo autonomia, senso de poder pessoal e a liberdade para escolher, dentre as várias possibilidades possíveis.

A religião, como fenômeno humano, pode ser entendida como uma dimensão relevante e marcante. Segundo Durkheim (1978), ela pode ser definida como um conjunto de representações e práticas revestidas de caráter sagrado, um sistema solidário de crenças, relativo a entidades sacras, que une em uma mesma comunidade moral todos os que a ela aderem. Religiosidade é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião (FLECK et al, 2003). A espiritualidade não precisa estar necessariamente, vinculada a uma determinada religião ou a princípios religiosos, seria a busca pessoal por sentido e significado para a vida e pela solução dos problemas e questionamentos interiores (LEITE; SEMINOTTI, 2013), através de conceitos que transcendem aquilo que é tangível, além do relacionamento com o sagrado e/ou transcendente (POWELL; SHAHABI; THORESEN, 2003).

Quando uma pessoa procura por psicoterapia, não traz apenas partes de si, vem como um todo, e desse todo faz parte a sua religiosidade, a sua espiritualidade, que implica em crenças, e determinam posturas e formas de lidar com aqueles fatos cotidianos da vida, citados anteriormente. Conhecer e considerar as crenças espirituais e/ou religiosas do indivíduo facilita sua aderência ao tratamento psicoterápico, potencializando seus resultados.

Se a imensa maioria da população brasileira se diz filiada a alguma religião, isso indica a importância que a crença religiosa pode ter, na maneira como o indivíduo vê, entende e se coloca no mundo, influenciando suas percepções e impactando sua

saúde mental. Apesar disso, essa temática tem sido pouco abordada na formação do profissional de saúde, não obstante as frequentes demandas religiosas e/ou espirituais apresentadas por pacientes no contexto clínico e da existência de ferramentas conceituais e clínicas para o manejo desses conflitos de forma ética e profissional (BEST; BUTOW; OLVER, 2015).

É preciso levar em conta que fatores culturais interferem na aceitação do paciente e no cumprimento de formas convencionais de psicoterapia, não se deve esquecer que há uma longa história de conflito entre religião e cuidados em saúde mental. Olhares e atitudes preconceituosas em relação à religião, por parte de profissionais de saúde mental, muitas vezes cegam os clínicos para os possíveis benefícios do uso de recursos religiosos em psicoterapia. Da mesma forma, os profissionais religiosos podem relutar em encaminhar membros de sua congregação para profissionais de saúde mental, especialmente para a psicoterapia, considerando que ela pode alterar crenças e atitudes. Muitos pacientes religiosos deprimidos, evitam a psicoterapia secular porque a consideram antipática às suas crenças religiosas, muitas vezes, evitam a psicoterapia porque sentem que a depressão é vergonhosa e que procurar terapia significa abandonar a fé. Pessoas religiosas podem se sentir culpadas por estarem deprimidas e, por isso, não abordam o assunto com seu sacerdote e/ou grupo religioso, evitando buscar apoio dentro da sua comunidade de fé. A psicoterapia com a religiosidade/espiritualidade integrada, pode facilitar o acesso de pacientes religiosos deprimidos, superando essa barreira ao tratamento (KOENIG, 2012).

6.6 Psicologia da Religião e Ciência da Religião

Considerando que esses estudos estão sendo realizados no âmbito de um programa de estudos pós-graduados em Ciência da Religião, não poderia deixar de buscar respostas para algumas perguntas: Os estudos em Ciência da Religião podem ajudar o trabalho do psicoterapeuta? A psicoterapia pode ser um campo de estudo para a Ciência da Religião?

Segundo Pinto (2013), do ponto de vista fenomenológico, pode-se afirmar que a psicoterapia é uma atividade que se ocupa mais da espiritualidade do que

propriamente do psiquismo, considerando que ele entende espiritualidade como um mergulho em si mesmo, numa descoberta de valores e significados pessoais, uma vivência que abre a possibilidade de produção de mudanças profundas e uma integração consigo e com o outro. Se a psicoterapia pode ser desenvolvida com base na espiritualidade, pode ocupar-se da espiritualidade, então ela se transforma num objeto de estudo bastante interessante para a Ciência da Religião, afinal a psicoterapia pode ajudar o sujeito a amadurecer espiritualmente, além da espiritualidade poder ser desenvolvida no seio da religiosidade.

Se a religiosidade estabelece crenças e posturas diante da vida, não há como ela se ausentar do *setting* terapêutico. A religiosidade do paciente, mas também a do terapeuta, na medida em que ele, via de regra também a possui, conduzindo as suas condutas, permeando a sua escuta e pondo a prova os seus valores. O encontro psicoterapêutico é permeado pelas religiosidades de ambos, paciente e terapeuta. Pensando nisso alguns cuidados parecem fundamentais, por parte do terapeuta: Acolher e conhecer a própria religiosidade, percebendo como ela permeia sua escuta, orienta seu olhar e determina seus valores, de modo a não julgar o paciente com base na própria religiosidade, escutá-lo e compreendê-lo empaticamente. Cuidado para não se permitir orientar a psicoterapia através da religião do terapeuta, ou pela falta dela, transformando-a num exercício de catequese, ou ao contrário, antirreligioso. Conhecer e respeitar sem julgamentos, o universo religioso do paciente, entendendo em profundidade o sentido que essas crenças tem para ele. Abster-se de querer trazê-lo para o seu universo religioso.

Considerando o exposto, concluímos que a Ciência da Religião pode ser fundamental no trabalho do psicoterapeuta, enriquecendo a sua cultura, através do contato com estudiosos e profissionais de outras áreas, trazendo pontos de vista e abordagens novas para o mesmo fenômeno, uma aproximação com o mundo religioso, com sua história, características, peculiaridades, não importando qual religião é o objeto de estudo naquele momento, ampliando também, sua compreensão sobre o sujeito religioso, suas dores, conquistas, ajudando-o a encontrar plenitude e saúde mental.

E para além de tudo isso, mas não menos importante, os estudos em Ciência da Religião desenvolverão no psicoterapeuta, pesquisador, a necessária humildade que se deve ter, quando se estuda ou lida com o sagrado alheio.

7 Ciência da Religião e Teologia

Max Müller (1823-1900), filósofo e indólogo, considerado o pai da disciplina, concebe a Ciência da Religião como uma disciplina comparativa que busca o conhecimento das religiões. De acordo com Usarski (2013), o termo Ciência da Religião define um empreendimento acadêmico que é orientado por um interesse de conhecimento específico, mantido por recursos públicos e norteado por um conjunto de teorias específicas, que se dedica de uma maneira não normativa ao estudo empírico e sistemático de religiões concretas em suas várias manifestações, dimensões e contextos socioculturais. Empreendimento acadêmico, porque é uma matéria institucionalizada, que faz parte do sistema universitário, internacionalmente reconhecida. Considerada de interesse específico porque a diferença para as outras disciplinas que se empenham no estudo das religiões manifesta-se em um consenso sobre a legitimidade ou não de um problema de pesquisa do ponto de vista disciplinar envolvendo estudos empíricos e sistemáticos como tarefas da Ciência da Religião. Mantida por recursos públicos, considerando que é uma demanda pública a relevância prático-social da disciplina, o que inclusive, lhe proporciona status institucional. Religiões concretas, na medida em que os objetos de estudo da Ciência da Religião encontram-se no mundo empírico e representam sistemas simbólicos elaborados em relação a uma “realidade culturalmente postulada não falsificável” transcendendo o alcance de métodos cientificamente comprovados.

Guarda uma postura epistemológica específica, fundada em um dever com o ideal de indiferença frente ao seu objeto de estudo, um posicionamento de neutralidade no qual não se questionará as verdades ou qualidades do objeto religião estudado, o chamado agnosticismo metodológico, uma investigação que objetiva aprofundar e aperfeiçoar o conhecimento sobre os fatos da vida religiosa sem fazer apologia a uma determinada crença religiosa. Essa perspectiva ética é condição básica para que o cientista da religião desenvolva seu trabalho (STERN; COSTA, 2017).

Teologia é a especulação ou reflexão sobre uma realidade considerada como última, partindo de dados oferecidos por uma tradição espiritual específica (LACOSTE, 2004).

“A Teologia é a fé mesma que se vertebra, a partir de dentro, em discurso racional. É o desdobramento teórico da fé. É seu desabrochamento intelectual”. A fé é ao mesmo tempo princípio, objeto e objetivo da teologia. A fé esta para a teologia como a seiva para a árvore (BOFF, 1999).

O conceito de teologia pressupõe que o discurso teológico é uma verdade autorizada por Deus. Se fosse apenas um discurso sobre Deus, fundamentado em ideias e concepções humanas, considerando seus interesses e necessidades não seria teologia, apenas fruto da capacidade de criação imaginativa humana (PANNENBERG, 2009).

A teologia pode ser definida como uma reflexão sistemática e crítica sobre o entendimento da fé. Encontra-se numa sequência de movimentos que terminam em Deus, configurando um tipo determinado de conhecimento, resultado de um esforço de compreensão empreendido pela inteligência humana. A teologia trata de Deus, mas mediado pela fé. Todo teólogo desenvolve os seus pensamentos e reflexões como membro da igreja, assume as angústias e problemas que residem na sua comunidade (LIBANIO; MURAD, 1996).

Como função da igreja cristã, a teologia deve servir às exigências desta igreja (TILLICH, 2011).

Ao longo do processo de desenvolvimento e consolidação da Ciência da Religião, essa buscou emancipar-se da Teologia, buscando uma caracterização científica sem perspectivas apologéticas, confessionais e dogmáticas (TEIXEIRA, 2013; HOCK, 2010). Além disso, o crescente conhecimento de culturas variadas e de suas características religiosas, submetidas ao crivo de um pensamento científico eminentemente racional, contribuiu para a institucionalização da Ciência da Religião (USARSKI, 2013).

De acordo com Greschat (2005), os cientistas da religião, ao contrário dos teólogos que prestam um serviço institucional, possuem certa liberdade científica e acadêmica, por não serem comandados e precisar prestar contas devido a uma hierarquia eclesial/religiosa. Isso possibilitaria escolher seu objeto de estudo com maior liberdade, limitados e constrangidos apenas – segundo ele – por falta de afinco ou incompetência. Claro que isso pode ser contestado, quando lembramos que em geral é uma pergunta crítica à tradição de origem que permeia ou dá origem ao fazer

teológico, e que o cientista da religião também costuma estar vinculado a essa ou àquela instituição que o financia.

Na Ciência da Religião, a investigação tem como objetivo aprofundar e aperfeiçoar o conhecimento sobre os fatos da vida religiosa, o objeto de estudo é o fenômeno religioso. Ela é uma disciplina empírica (HOCK, 2010), que têm um campo de conhecimento interdisciplinar, recebendo colaboração teórica de diversas áreas do conhecimento: sociologia, etnologia, filologia, filosofia, história, psicologia etc. Essa interdisciplinaridade é fundamental no conhecimento produzido pela Ciência da Religião, visto ter se apropriado dos métodos utilizados pelas outras. Assim, os estudos apoiaram-se em questões como a origem e a essência da religião, sua língua e na comparação entre as religiões, usando como filtro a Psicologia, a Filosofia, a Antropologia, a Fenomenologia etc. As comunidades religiosas buscam desenvolver suas próprias instituições acadêmicas, onde a teologia confessional é a norma (STIGAR, 2014).

Como a Ciência da Religião tem no fenômeno religioso seu objeto de pesquisa, não se fala de uma Ciência da Religião cristã. Na Teologia o objeto de estudo é a fé, o que condiz com uma Teologia cristã, Teologia do islã etc.

A Teologia tem em seus representantes, um comprometimento costumeiro com o cristianismo, seja por uma referência religiosa pessoal ou material de análise privilegiado. Já a Ciência da Religião não impõe restrições quanto aos fenômenos que podem ser objetos de investigação, acercando-se de seus objetos sem motivos apologéticos ou missionários. Pelo contrário, os cientistas da religião também se ocupam de outras religiões que não a sua (USARSKI, 2006; GRESCHAT, 2005).

Segundo Greschat (2005), os teólogos costumam investigar a religião às quais pertencem, tendo como objetivo enriquecer e proteger essa religião. Quando estudam outra religião que não a sua, o fazem a partir da própria fé, usando sua religião como referencial de pesquisa, avaliando se os outros sistemas estão mais distantes ou mais próximos dos seus.

O cientista da religião deve pautar sua postura e desenvolver como competência, enquanto pesquisador do campo religioso, a realização do seu trabalho de forma não etnocêntrica, tendo a capacidade da abstração religiosa de si, com o compromisso de um “ideal de indiferença” ou “exclusão metodológica da transcendência” em que o estudo científico das crenças, experiências e práticas

religiosas vale-se de uma postura de agnosticismo metodológico (FLOURNOY, 1903; USARSKI, 2006). Enquanto que do teólogo pode-se esperar um “Teísmo” metodológico, onde eventuais descrenças pessoais devem ser deixadas de lado realizando-se a avaliação dos aspectos religiosos de acordo com normas ou pressupostos ideológicos, dogmáticos, uma competência missionária, apologética.

Após um olhar sobre as principais diferenças das duas disciplinas, a Ciência da Religião e a Teologia, uma reflexão ponderada nos leva a concluir que os cientistas da religião podem ser considerados especialistas em religião e os teólogos religiosos especialistas. As duas disciplinas têm em comum a função de contribuir para o estudo das religiões, cada qual com suas abordagens e epistemologias. Como diz Usarski (2007) é importante distinguir a Ciência da Religião da Teologia, não para separar, mas para que possa existir um intercâmbio em que cada um conheça o seu lugar epistemológico, pressupostos e fundamentação teórica a partir da qual falará. O fenômeno religioso não é da competência única dessa ou daquela disciplina, considerando que instiga e desperta o desejo de ser estudado pelas diversas ciências e áreas do conhecimento.

8 Transtorno depressivo maior

A depressão maior é uma doença comum, dolorosa, que causa prejuízo físico, custosa financeiramente, com uma prevalência ao longo da vida de quase 15%, que oferece a mesma porcentagem de risco de suicídio. É a segunda condição mais incapacitante do mundo, atrás apenas das doenças cardíacas. A depressão tem efeitos negativos na saúde física e nos cuidados médicos, destruindo a motivação necessária para se recuperar e afetando adversamente as funções imunes e endócrinas vitais (KOENIG, 2012).

Segundo Del Porto (199), a depressão pode ser analisada enquanto sintoma, surgindo nos mais variados quadros clínicos, no transtorno de estresse pós-traumático, na esquizofrenia, no alcoolismo, demência, doenças clínicas etc. Ocorrendo como resposta a circunstâncias sociais e econômicas adversas ou situações estressantes.

Enquanto síndrome, inclui não apenas alterações do humor como irritabilidade, falta de capacidade de sentir prazer, tristeza e apatia, mas também vários outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas, como alterações no sono e no apetite.

Enquanto doença, a depressão tem sido classificada de várias formas, na dependência do período histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista adotado. Entre os quadros mencionados na literatura atual encontram-se: distímia, transtorno depressivo maior, melancolia, depressão integrante do transtorno bipolar, depressão como parte da ciclotímia etc.

Apesar da característica mais típica dos estados depressivos serem os sentimentos de tristeza ou vazio, nem todos os pacientes relatam essa sensação. Perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral e a redução do interesse pelo ambiente são os sintomas mais comuns na depressão, muitas vezes associados à sensação de perda de energia, cansaço exagerado, alterações psicomotoras, em particular a lentificação. No diagnóstico da depressão levam-se em conta os sintomas fisiológicos; psíquicos e as evidências comportamentais.

8.1 Sintomas fisiológicos

Alterações do sono, insônia ou hipersonolência. A insônia costuma ser do tipo intermediária, acordar no meio da noite, com dificuldades para voltar a dormir, ou acordar mais cedo do que o normal.

Alterações do apetite, envolvendo perda ou aumento. Muitas vezes a pessoa precisa esforçar-se para comer, ou da ajuda de terceiros para conseguir se alimentar. Em algumas formas específicas de depressão ocorre aumento do apetite, especialmente aguçado por carboidratos e doces.

Redução do interesse sexual.

8.2 Sintomas psíquicos

Sensação de tristeza, autodesvalorização, sentimentos de culpa e humor deprimido. Os pacientes costumam dizer que tudo lhes parece sem importância, vazio e sem graça. Imaginam perder a capacidade de sentir alegria ou prazer na vida. Em adolescentes o humor pode ser irritadiço ao invés de triste. Diminuição da capacidade de concentração ou de tomar decisões, curso do pensamento lentificado. Muitos pacientes mostram-se apáticos, referindo-se a uma sensação de falta de sentimentos, ausência de emoções. Com frequência, se considera um peso para os familiares e amigos, muitas vezes buscando pela morte na tentativa de aliviar o sofrimento próprio e dos que estão a sua volta. As motivações para o suicídio incluem distorções cognitivas, entendendo as dificuldades como obstáculos intransponíveis, tendência a superestimar as perdas e o intenso desejo de pôr fim a um estado emocional extremamente penoso percebido como interminável. Os pensamentos relativos à morte devem ser investigados, prevenindo o suicídio ao permitir que o paciente fale sobre isso.

8.3 Evidências comportamentais

Retraimento social, crises de choro e comportamentos suicidas (DEL PORTO, 1999).

Outro dado importante relacionado com a depressão, é que apenas 60% dos indivíduos tratados com medicamentos, alcançam resultados considerados satisfatórios, sendo ainda menos eficazes, nos casos de depressão leve e moderada (GARTLEHNER et al., 2007; FOURNIER et al., 2010). Além disso, pessoas que tem doenças crônicas associadas, costumam ter respostas ao tratamento medicamentoso, ainda menos eficazes (SINYOR; SCHAFFER; LEVITT, 2010)

Recursos amplamente utilizados por pessoas sofrendo de transtornos mentais e doenças crônicas, são psicoterapia e religião/espiritualidade (PEARCE et al., 2015).

Capítulo 2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE COMENTADA DO TRABALHO DE SISTEMATIZAÇÃO REALIZADO PELO PROF. DR. HAROLD G. KOENIG E EQUIPE, NO ÂMBITO DO CENTRO DE ESPIRITUALIDADE, TEOLOGIA E SAÚDE DA UNIVERSIDADE DUKE.

Essa apresentação se baseia numa tradução livre, realizada pelo autor dessa dissertação e para fins eminentemente acadêmicos, não tendo sido validada pelos autores originais da pesquisa. O trabalho original, em língua inglesa, encontra-se no site da instituição, com acesso livre para qualquer pessoa interessada.

Essa pesquisa foi realizada pelo Prof. Dr. Harold G. Koenig e sua equipe no âmbito do Centro de Espiritualidade, Teologia e Saúde sediado na Universidade Duke e financiado pela Fundação Templeton. Teve como propósito desenvolver uma terapia psicológica, de base cognitivo-comportamental, que integra os recursos religiosos dos pacientes, para o tratamento de pacientes religiosos, com depressão maior e doença crônica, verificando a sua eficácia no tratamento da depressão, na comparação com a psicoterapia convencional e na reversão de alterações fisiológicas induzidas pela depressão. Foi produzida, através de um ensaio clínico randomizado multicêntrico e aplicado de forma remota.

9 Universidade Duke

A tradicional *Duke University*, fica na cidade de Durham, Carolina do Norte, nos Estados Unidos da América. Universidade privada, foi fundada por metodistas em 1838 e tem aproximadamente 15.000 alunos, 6.600 na graduação e 8.400 na pós-graduação. Ficou conhecida no Brasil por ser onde o médico e pesquisador brasileiro Miguel Nicolelis, neurocientista, desenvolveu o chamado “exoesqueleto” – um equipamento de alta tecnologia que possibilitou a um jovem paraplégico dar o chute inicial, simbólico, na Copa do Mundo de 2014.

A universidade possui um dos maiores fundos para pesquisa dos Estados Unidos, chegando a um bilhão de dólares em investimento em pesquisa por ano. É a 7ª mais rica dos EUA, com um fundo estimado de US\$ 13 bilhões. Além disso é considerada a 28ª melhor Universidade do mundo, de acordo com o “*Academic Rankings of World Universities*” (BUSTAMANTE, 2020, §1).

10 Centro de Espiritualidade, Teologia e Saúde (CETS)

O *Center for Spirituality, Theology and Health*, foi fundado em 1998, com o apoio da Fundação John Templeton, e faz parte do Centro de Envelhecimento e Desenvolvimento Humano da Duke. Têm como objetivo conduzir pesquisas sobre as relações entre religião, espiritualidade e saúde, treinamento de pesquisadores, interpretação das pesquisas para aplicações clínicas e sociais, explorar o significado dos resultados das pesquisas dentro do contexto das posições teológicas, discutir como essas perspectivas teológicas podem contribuir para o projeto de pesquisas futuras e promoção de atividades acadêmicas de construção do campo relacionado à religião, espiritualidade e saúde. Busca funcionar como um centro de referência de informações sobre esses tópicos, apoiando e encorajando o diálogo entre pesquisadores, clínicos, teólogos, clérigos e outros interessados no assunto.

Como mostrado anteriormente, existem diferenças importantes nos estudos da religiosidade, quando feitos a partir da teologia ou da Ciência da Religião. Deve-se observar que o CETS parece ter um forte viés teológico, e isso, influenciou o desenho da pesquisa e, principalmente, a construção dos manuais terapêuticos usados na TCCR, como será demonstrado depois. Consideramos que seria extremamente valioso se a Ciência da Religião também pudesse fazer parte do programa de pesquisas do CETS.

11 Fundação John Templeton

A Fundação John Templeton (JTF), é uma organização filantrópica com inclinação espiritual ou religiosa, que financia pesquisas interdisciplinares sobre o propósito humano e a realidade última. Foi criada em 1987 pelo investidor e filantropo Sir John Templeton. Disponibiliza cerca de 70 milhões de dólares anuais para custear programas e pesquisas. Em 2019, o Prof. Dr. Marcelo Gleiser, brasileiro, físico, recebeu o prêmio Templeton (£ 1.100.000,00 ou +/- R\$ 7.500.000,00). Foi o primeiro latino-americano a receber esse prêmio.

Considerando o forte investimento feito pela Fundação Templeton em pesquisas envolvendo o tema religião, religiosidade e espiritualidade, seria extremamente benéfico para o campo da Ciência da Religião, se pesquisadores

cientistas da religião, encaminhassem projetos de pesquisas, solicitando aporte financeiro para a sua realização, dessa forma, divulgariam os trabalhos que vem sendo realizados por esses profissionais, especialmente na Ciência da Religião aplicada, contribuindo para a propagação desse campo do saber.

12 Equipe responsável pela pesquisa

12.1 Harold G. Koenig

MD, MHSc, Investigador principal e líder do projeto, diretor do Centro de Espiritualidade Teologia e Saúde da Universidade Duke, pesquisador principal, médico psiquiatra, professor de psiquiatria e ciências do comportamento, professor associado de medicina no *Duke University Medical Center (DUMC)*.

Grande parte do interesse do autor dessa dissertação, em conhecer melhor essa pesquisa, em particular, se deve ao fato de ter sido liderada pelo prof. Koenig, reconhecidamente uma das maiores autoridades mundiais no campo dos estudos sobre espiritualidade e sua influência sobre a saúde.

12.2 Michael B. King

MD, PhD, Co-Líder do Projeto, chefe do Departamento de Pesquisa em Ciências da Saúde Mental, professor de Psiquiatria da Atenção Básica na Faculdade de Medicina da University College London, Co-diretor da unidade de ensaios clínicos de cuidados primários e saúde mental registrada no Reino Unido pelo CRC e co-diretor do serviço de design de pesquisa da UCL. Especialista em ensaios clínicos em estudos de psicoterapia envolvendo depressão em pacientes clínicos em cuidados primários. O Dr. King possui vasta experiência como pesquisador em religião e saúde.

12.3 Harvey Jay Cohen

MD, Co-pesquisador e consultor da Duke, ex-presidente do Departamento de Medicina da DUMC, chefe e diretor do Centro de Envelhecimento e Desenvolvimento Humano, ao qual o Centro de Espiritualidade, Teologia e Saúde se vincula administrativamente.

12.4 Clive Robins

PhD, Co-Investigador, professor de Psicologia e Psicologia clínica na DUMC, tem uma vasta experiência no desenho e execução de ensaios clínicos em psicoterapia envolvendo a TCC. Ele foi responsável pelo treinamento inicial de todos os terapeutas e pela supervisão dos terapeutas de TCC durante os ensaios nesta aplicação.

12.5 Michelle Pearce

PhD, Co-Investigadora, é Professora Assistente de Psicologia e Psicologia clínica da DUMC, treinada na Universidade de Yale, ampla experiência no uso da TCC, ampla experiência no uso da religião como parte da TCC, pesquisadora experiente familiarizada com ensaios clínicos, realizou pesquisas sobre religião e saúde mental por quase uma década. A Dra. Pearce foi responsável pelo desenvolvimento do manual em TCCR e pelo treinamento e supervisão dos terapeutas da TCCR durante o tratamento.

12.6 Rebecca Propst

PhD, consultora para o desenvolvimento da intervenção TCCR, é psicóloga clínica, tendo trabalhado na *Ohio University* e na *Lewis and Clark College*.

12.7 Jack Yu

MD, Co-Investigador, é Diretor Associado de um Programa de Residência em Medicina da Família e Professor Associado em três escolas de medicina da Califórnia, e afiliado ao Glendale Adventist Medical Center, Glendale (GAMC), CA.

12.8 Bruce Nelson

M.A., Co-investigador, é o administrador do Departamento de GAMC da Divisão de Monitoramento e Garantia de Qualidade de Pesquisa Clínica.

12.9 Larry Ereshefsky

PharmD, consultor, diretor científico da California Clinical Trials (parte da PAREXEL, uma das maiores organizações comerciais de ensaios clínicos do mundo) é especialista em projetar e monitorar ensaios clínicos. Atuou como consultor principal da Divisão de Monitoramento e Garantia da Qualidade do Departamento de Pesquisa Clínica do GAMC e foi co-líder do comitê de Garantia da Qualidade para os estudos propostos.

12.10 Noha Daher

DrPH, consultora, estatística principal, possui bacharelado e mestrado em bioestatística e um doutorado em epidemiologia pela *Loma Linda School of Public Health*. Ela é professora associada do Departamento de Pesquisa e Estatística da Escola de Profissões de Saúde Aliadas da Universidade Loma Linda.

12.11 Lee S. Berk

DrPH, MPH, CLS, consultor em neuroimunologia, diretor do Laboratório de Pesquisa em Neuroimunologia da Universidade Loma Linda, professor associado de profissões de saúde e pesquisa de patologia e anatomia humana da Faculdade de Medicina da Universidade Loma Linda, Loma Linda, CA.

12.12 Denise Bellinger

PhD, consultora em neuroimunologia, professora associada da Faculdade de Medicina Loma Linda, trabalha com o Dr. Berk no Laboratório de Pesquisa em Neuroimunologia.

12.13 Jorge Cervilla

MD, PhD, consultor em genética psiquiátrica, professor do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Granada, Espanha, diretor/pesquisador principal do grupo de pesquisa PSYBAM no Centro de Pesquisa Biomédica dessa universidade.

12.14 Blanca Gutiérrez

PhD, consultora em genética psiquiátrica, professora associada do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Granada, Espanha, trabalha com o Dr. Cervilla no Centro de Pesquisa Biomédica.

13 Desenvolvimento da pesquisa

13.1 Título da Pesquisa

O título dado à pesquisa original, quando da elaboração da proposta de estudo foi “Tratamentos cognitivos comportamentais para depressão em pacientes com doença crônica”.

Esse é o título que aparece tanto no resumo da pesquisa quanto no protocolo completo e, provavelmente, foi o título do projeto encaminhado à Fundação Templeton, que proporcionou a bolsa (2011-2014), recursos que permitiram a sua realização. Não encontrei, na literatura relacionada à pesquisa, motivos que pusessem justificar a falta de alusão a integração das crenças e práticas religiosas no título. No entanto, durante, e depois da realização da pesquisa, foram sendo escritos e publicados artigos com títulos diferentes, trazendo o desenvolvimento e os resultados parciais, “recortes” da pesquisa. Neles, a alusão é feita. Foram eles:

- a) Koenig HG (2012). **Psicoterapia religiosa versus convencional para depressão maior em pacientes com doença crônica: Justificativa, métodos e resultados preliminares. Pesquisa e tratamento de depressão**, artigo ID 460419, doi: 10.1155 / 2012/460419.
- b) Pearce MP, Koenig HG (2013). **Terapia cognitivo-comportamental para o tratamento da depressão em pacientes cristãos com doenças médicas**. Saúde Mental, Religião e Cultura 16 (7): 730-740.
- c) Koenig HG (2014). **Depressão em doenças crônicas: a religião ajuda?** Journal of Christian Nursing 31 (1): 40-46.
- d) Koenig HG, Berk LS, Daher N, Pearce MJ, Belinger D, Robins CJ, Nelson B, Shaw SF, Cohen HJ, King MB (2014). **Envolvimento religioso, sintomas depressivos e emoções positivas no cenário de doenças**

médicas crônicas e depressão grave. Journal of Psychosomatic Research 77 (2): 135-143.

- e) Bellinger DL, Berk LS, Koenig HG, Daher N, Pearce MJ, Robins CJ, Nelson B, Shaw SF, Cohen HJ, King MB (2014). **Envolvimento religioso, marcadores inflamatórios e hormônios do estresse na depressão maior e doenças médicas crônicas.** Open Journal of Psychiatry 4: 335-352.
- f) Pearce MJ, Koenig HG, Robins CJ, Nelson B, Shaw SF, Cohen HJ, King MB (2015). **Terapia cognitivo-comportamental religiosamente integrada: Um novo método de tratamento para depressão maior em pacientes com doença crônica.** Psicoterapia 52 (1): 56-66.
- g) Koenig HG, Pearce MJ, Nelson B, Shaw SF, Robins CJ, Daher N, Cohen HJ, Berk LS, Bellinger D, Pargament KI, Rosmarin DH, Vasegh S, Kristeller J, Juthani N, Nies D, King MB (2015). **Terapia cognitivo-comportamental religiosa versus convencional para depressão maior em pessoas com finasterida, doença crônica.** Journal of Nervous and Mental Disease 203 (4): 243-251.
- h) Koenig HG, Pearce MJ, Nelson B, Daher N (2015). **Efeitos da terapia cognitivo-comportamental religiosa vs. padrão sobre o otimismo em pessoas com depressão grave e doença crônica.** Depressão e ansiedade 32 (11): 835-842.
- i) Pearce MJ, Koenig HG, Robins CJ, Daher N, Shaw SF, Nelson B, Berk LS, Belinger D, Cohen HJ, King MB (2015). **Efeitos da terapia cognitivo-comportamental religiosa vs. convencional sobre a generosidade em doenças crônicas de depressão maior: um ensaio clínico randomizado.** Spirituality in Clinical Practice 2 (3): 202-215.
- j) Koenig HG, Gutiérrez B, Cervilla J, Pearce MJ, Daher N, Nelson B, Shaw SF, Cohen HJ, King MB (2015). **Genes, religião e resposta**

à psicoterapia religiosa versus convencional: um ensaio clínico randomizado em pacientes clinicamente enfermos com depressão maior. Austin Journal of Psychiatry & Behavioral Sciences 2 (1): 1036.

- k) Berk LS, Bellinger DL, Koenig HG, Daher N, Pearce MJ, Robins CJ, Nelson B, Shaw SF, Cohen HJ, King MB (2015). **Efeitos da terapia cognitivo-comportamental religiosa vs. convencional sobre marcadores inflamatórios e hormônios do estresse na depressão maior e doenças crônicas: um ensaio clínico randomizado.** Open Journal of Psychiatry 5 (3): 238-259.
- l) Pearce MJ (2015). **Por que a religião precisa de um assento na mesa da psicoterapia.** Sociedade para o Avanço da Psicoterapia.
- m) Koenig HG, Pearce MJ, Nelson B, Shaw SF, Robins CJ, Daher N, Cohen HJ, King MB (2016). **Efeitos da terapia comportamental cognitiva padrão vs. religiosa na aliança terapêutica: um ensaio clínico randomizado.** Psychotherapy Research 26 (3): 365-376
- n) Pearce MJ, Koenig HG, Robins CJ, Daher N, Shaw SF, Nelson B, Berk LS, Bellinger D, Cohen HJ, King MB (2016). **Efeitos da terapia cognitivo-comportamental religiosa vs. convencional sobre a gratidão na depressão maior e doença crônica: um ensaio clínico randomizado.** Journal of Spirituality in Mental Health, no prelo
- o) Daher N, Koenig HG, Pearce MJ, Nelson B, Shaw SF, Berk LS, Bellinger D, Robins CJ, Cohen HJ, King MB (2016). **Efeitos da terapia cognitivo-comportamental religiosa vs. convencional propositalmente na vida no contexto de depressão grave e doença crônica.** Jornal Internacional de Psicologia Positiva Existencial e Psicoterapia 6 (1): acesso online gratuito

- p) Pearce MJ, Koenig (2016). **Efeitos da terapia cognitivo-comportamental religiosa vs. convencional nas lutas espirituais na depressão maior e doenças crônicas: um ensaio clínico randomizado.** Journal of Psychology and Theology, no prelo
- q) Koenig HG, Pearce MP, Nelson B, Erkanli A (2016). **Efeitos sobre as experiências espirituais diárias da terapia cognitivo-comportamental religiosa vs. convencional para a depressão.** Journal of Religion and Health, no prelo
- r) Koenig HG, Boucher NA, O'Garro KN, Pearce MJ (2016). **Terapia cognitivo-comportamental religiosamente integrada para depressão maior em doenças médicas crônicas: revisão dos resultados de um ensaio clínico randomizado.** Capelania de Saúde e Assistência Social, no prelo

13.2 Objetivos

13.2.1 Objetivo geral

O projeto da equipe de Koenig visou desenvolver uma nova versão da TCC com crenças e práticas religiosas integradas (TCCR), e verificar se ela pode ser mais eficaz no tratamento da depressão maior, em pacientes religiosos e com doença crônica do que a TCC tradicional.

Os pesquisadores que realizaram esse trabalho, hipotetizaram que utilizar uma psicoterapia que levasse em conta às crenças religiosas dos pacientes poderia ser mais eficaz na resolução dos sintomas depressivos de pacientes com doenças crônicas, religiosos, com diagnóstico de depressão maior, inclusive revertendo alterações fisiológicas induzidas pela depressão (KOENIG, 2012). Buscaram fazer isso em contexto clínico através de um estudo randomizado em pacientes de dois locais diferentes, o Sistema de Saúde da Universidade Duke, situado na região do Triângulo da Carolina do Norte e o Centro Médico Adventista de Glendale em Los Angeles.

A TCC tem como premissa básica que os padrões de pensamento, crenças, estados emocionais e comportamento estão interconectados. Considera que existem maneiras básicas de modificar as emoções em um paciente sofrendo de transtorno depressivo, identificar, confrontar e alterar os processos cognitivos, ou seja, mudar a forma como a pessoa entende determinada situação e então encontrar as melhores formas de alterar seu comportamento, para algo saudável que promova equilíbrio e bem estar.

A forma como o indivíduo percebe e interpreta uma determinada situação, determina como se sente e como reage. Pesquisas mostram que as percepções e interpretações de pessoas deprimidas geralmente não são precisas (Beck et al, 1979; Beck, 2005) resultando num círculo vicioso em que tendem a cometer "erros cognitivos", tirando conclusões precipitadas, usando filtros mentais negativos, pensamento dicotômico (tudo ou nada) e catastrofização. A TCC, através da psicoeducação, ensina os indivíduos a identificar, confrontar e substituir esses pensamentos desadaptativos e distorcidos por pensamentos e comportamentos saudáveis. A TCC se caracteriza como uma terapia colaborativa, com uma agenda definida, *feedback* constante, comunicação empática, uso da *maiêutica* (questionamento socrático), descoberta guiada, tarefas, e atenção às dificuldades no relacionamento terapêutico.

A diferença fundamental encontrada na TCC com a religiosidade integrada é o uso explícito dos conceitos da religião do paciente como base para a identificação e substituição de pensamentos e comportamentos desadaptativos buscando reduzir os sintomas da depressão. É feita uma escuta que mais do que apenas levar em conta, utiliza esses conceitos no tratamento. São consideradas ferramentas importantes à renovação dos pensamentos, memorização de escrituras, oração contemplativa, pensamentos desafiadores usando os recursos religiosos, práticas religiosas e o envolvimento na comunidade religiosa.

O estudo começou em 2011 e a aplicação da psicoterapia nos pacientes foi realizada até o final de 2013.

13.2.2 Objetivos específicos

- a) Desenvolver manuais de tratamento em TCCR, adaptados às distorções cognitivas específicas de pacientes religiosos, com doença crônica, para orientar intervenção terapêutica em pacientes vinculados às religiões cristã, judaica, budista, hindu e muçulmana.

Não fica clara a justificativa para terem sido elaborados manuais para as cinco religiões. Provavelmente, tentou-se tornar a pesquisa mais abrangente, sem um viés eminentemente cristão. No entanto, considerando que dos 132 participantes, 116 eram cristãos, 7 budistas, 5 judeus, 3 hinduístas e apenas 1 tinha sua fé no islã, não parecem justificados os recursos humanos e financeiros usados para a elaboração de tantos manuais, até porque o número muito pequeno de participantes não cristãos, faz com que a amostra não seja representativa. Além disso, transforma-se num imenso desafio, lidar com as diferenças intra-religiosas. Todas as religiões escolhidas possuem vários sub-grupos, para os quais existem diferenças no entendimento de conceitos e em práticas religiosas. Os cristãos podem ser subdivididos em católicos, protestantes e ortodoxos, sendo que cada um desses ramos se subdivide em outros, por exemplo, os protestantes podem ser luteranos, anglicanos, batistas, calvinistas, metodistas, pentecostais, neopentecostais, testemunhas de jeová, mórmons, adventistas etc. O judaísmo tem as correntes ortodoxa, a reformista e a conservadora. O budismo tem suas tradições theravada, mahayana e vajrayana. O hinduísmo védico, bramânico e híbrido, de acordo com suas fases. Brahman, ao longo do tempo, ficou conhecido por nomes e formas diferentes: Rama, Krishna, Ganesch, Mahavira, Hanuman, entre outros, além dos diferentes líderes hinduístas que apresentam as escrituras. Ao trabalhar com um paciente hindu é preciso saber se escolheu uma dessas divindades como objeto de adoração e se segue algum líder da sua religião. No caso dos muçulmanos, sequer essa denominação da religião seria a ideal, considerando que o muçulmano é aquele que pratica o islã. E, justamente o islã, religião com apenas um participante, foi a única para a qual foram elaborados manuais para sunitas e xiitas...

Construir manuais que pudessem abranger todas as diferentes crenças e práticas em cada religião tornaria tais materiais, exageradamente longos e complicados.

Aqui, mais uma vez, a colaboração da Ciência da Religião seria bem-vinda, utilizando de conceitos mais abrangentes e universais, pertencentes ao universo religioso em questão.

- b) Determinar se eventuais benefícios da TCCR sobre a TCC podem ser explicados por melhorias nos níveis de gratidão, generosidade, otimismo, propósito de vida, funcionamento social e físico e aliança terapêutica mais robusta;
- c) Determinar se a TCCR é mais eficaz do que a TCC em promover o equilíbrio e modelação das funções endócrinas e imunológicas adversamente afetadas pela depressão maior, reduzindo o cortisol urinário de 12 horas, a norepinefrina e a epinefrina, reduzir as citocinas pró-inflamatória, proteína C reativa e aumentar a quantidade de citocinas anti-inflamatórias;
- d) Determinar se polimorfismos genéticos, que aumentam a suscetibilidade à depressão, na presença de eventos estressantes da vida, são mais prevalentes em indivíduos deprimidos profundamente religiosos, do que nos menos religiosos. De particular interesse são o genótipo SL/SS da região promotora do transportador de serotonina (5-HTTLPR), o genótipo do receptor rs6295 5-HT1A CG/GG e os portadores do alelo de alta atividade do promotor MAOA-uVNTR.
- e) Determinar se a TCCR é mais eficaz que a TCC na presença de um ou mais desses polimorfismos genéticos e se a eficácia do tratamento é moderada pela religiosidade.

13.3 Método

Estudo clínico randomizado, multicêntrico, envolvendo a administração de TCC e TCCR de forma remota, por telefone, entre junho de 2011 e junho de 2013.

Problemas de mobilidade relacionados com a doença, que dificultam ir ao consultório ou ficar aguardando em uma sala de espera, justificaram formas alternativas de aplicação da terapia cognitivo-comportamental, através de mensagens instantâneas pela internet em tempo real e/ou telefone. Buscando-se otimizar o tempo, tanto para o paciente quanto para o terapeuta e diminuir a taxa de desistência que, caso muito alta, poderia inviabilizar a pesquisa.

Essas justificativas têm suas razões de ser, no entanto, e apesar dessa forma de realizar a terapia ter impactado tanto a TCC quanto a TCCR, não parece adequado, abandonar a forma tradicional de psicoterapia em que o atendimento é realizado de forma presencial. Hoje, com o avanço tecnológico e o aprendizado que fomos obrigados a fazer, devido a pandemia de COVID-19, o uso de plataformas digitais com imagem e som, atenderiam aos objetivos das sessões sem prejuízos, mas na época em que a pesquisa foi feita, o uso do telefone, provavelmente não proporcionou recursos suficientes para o pleno aproveitamento do processo psicoterapêutico, especialmente no que se refere ao desenvolvimento da aliança terapêutica. Provavelmente os resultados poderiam ter sido ainda melhores, caso os atendimentos tivessem sido presenciais, ou, como seria possível hoje, de forma remota, mas por vídeo-conferência. De qualquer modo, estudos futuros considerando o impacto do local ou meio de atendimento poderiam eventualmente contribuir para um entendimento maior da eficácia da TCCR.

13.3.1 Participantes

Foram recrutados em dois locais diferentes, no Duke University Medical Center no condado de Durham, Carolina do Norte e no Glendale Adventist Medical Center no condado de Los Angeles, Califórnia, EUA.

Nesses locais foi feita a divulgação do estudo e o convite para participação. 385 pessoas se inscreveram, interessados em participar da pesquisa. Após a entrevista

187 passaram para a próxima fase, sendo que após a aplicação de testes 132 foram incluídos no estudo, quando assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, com todas as informações sobre a pesquisa, e foram avisados de que poderiam ser submetidos tanto a TCC, quanto a TCCR. Após a randomização foram para TCC (n=67) e TCCR (n=65).

13.3.2 Critérios de inclusão

- a) Ter entre 18 e 85 anos;
- b) Possuir uma ou mais doenças crônicas há pelo menos seis meses;
- c) Ter um diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior (TDM), com sintomas depressivos moderadamente graves. (De acordo com a escala BDI II – de 14 a 28 pontos);
- d) Ter a religião ou a espiritualidade como algo pelo menos um pouco importante.

No primeiro recrutamento para o estudo, o critério era de que os pacientes entendessem a religião ou a espiritualidade, como algo pelo menos um pouco importante, e indicassem uma tradição religiosa à qual pertencessem. Isso fez com que pacientes que se disseram espiritualistas, mas não religiosos, se opusessem ao uso das escrituras com foco nos ensinamentos e práticas cristãs. Disseram-se “cristãos nominais”, entendendo essa expressão como, apesar de terem sido educados em famílias cristãs, não seguem os ensinamentos contidos na Bíblia e não têm interesse em um tratamento baseado nesse modelo. Não seria ético, tentar integrar crenças, e/ou práticas, de nenhuma das tradições que tiveram um manual elaborado, para pacientes que não queiram estar envolvidos com uma tradição religiosa. Esse problema foi corrigido alterando o critério de recrutamento dos participantes, que passou a condicionar a participação apenas àqueles que praticassem uma das tradições religiosas para as quais foi feito um manual.

Considerando-se a importância que a temática da espiritualidade tem tomado nos últimos anos na psicologia e na psicoterapia, além de no próprio campo da Ciência da Religião (MARALDI, 2020), pode-se considerar a restrição do manual a tradições específicas um ajuste compreensível, mas limitador. Isso se torna mais preocupante

se considerarmos fenômenos como múltiplos pertencimentos e hibridismo religioso, tão comuns no contexto brasileiro, por exemplo.

13.3.3 Critérios de exclusão

- a) Comprometimento cognitivo significativo;
- b) Ter recebido psicoterapia nos dois últimos meses;
- c) Possuir distúrbio psicótico, abuso de álcool ou outras drogas;
- d) Distúrbio de estresse pós traumático no último ano;
- e) Transtorno bipolar;
- f) Pensamentos suicidas ativos;
- g) Doenças clínicas que afetem as funções imunológicas ou endócrinas;
- h) Não falar o idioma inglês;
- i) Não possuir telefone.

13.3.4 Procedimento

O estudo foi realizado em duas fases, com amostras separadas. Na fase I (n = 39), a terapia foi administrada por telefone e pelo Skype, embora o telefone fosse o método preferencial dos pacientes. As avaliações foram realizadas em 4, 8 e 12 semanas, a partir da linha de base. Foi realizado um teste aberto para:

- a) Avaliar o recrutamento de sujeitos (com base nos critérios de inclusão e exclusão);
- b) Desenvolver um sistema de obtenção, transporte e análise de amostras biológicas, sangue e urina para testes imunológicos/endócrinos e genéticos;
- c) Refinar o manual cristão de TCCR, além do desenvolvimento das versões judaica, hindu, budista e do islã, e o protocolo de estudo;
- d) Desenvolver um sistema viável de supervisão dos terapeutas;

- e) Avaliar a aceitabilidade dos sujeitos e a conformidade da terapia online, através de telefone;
- f) Providenciar para que os terapeutas adquirissem experiência com a TCCR e o método de tratamento.

Na fase II (n=93), todas as sessões de tratamento foram feitas por telefone, com avaliações em 4, 8, 12 e 24 semanas.

Com exceção da adição da avaliação de 24 semanas na fase II, todos os demais procedimentos, envolvendo: triagem, recrutamento, randomização, intervenções e demais avaliações foram os mesmos para as amostras das duas fases.

Na Fase II, foi realizada uma comparação aleatória de prova de conceito da TCC vs. TCCR para demonstrar a viabilidade dos critérios de inscrição e do cumprimento do protocolo.

13.3.5 Triagem

Os 385 interessados, que a partir da divulgação do estudo, se inscreveram para participar, foram entrevistados, por telefone, para avaliação, de acordo com os critérios de inclusão/exclusão. Desses:

- ✓ 103 não se interessaram em continuar participando;
- ✓ 24 tinham Transtorno bipolar;
- ✓ 20 não tinham uma doença crônica;
- ✓ 10 estavam recebendo psicoterapia;
- ✓ 8 eram dependentes químicos;
- ✓ 33 não se enquadraram por motivos variados.

Os 187 que passaram na entrevista, foram avaliados para:

- a) Comprometimento cognitivo, através da International neuropsychiatric Interview – MINI, todos os que pontuaram abaixo de 14 foram excluídos (SHEEHAN et al. 1998);

- b) Grau de depressão, de acordo com o Inventário de Depressão de Beck – BDI-II, envolvendo 21 itens, pontuando de 0 a 63. Foram eleitos para a pesquisa os que pontuaram entre 14 e 28, depressão leve a moderada (BECK, et al., 1961);
- c) Capacidade funcional, através do índice de status de atividade duke – DASI, uma escala de 12 itens que avalia a capacidade funcional baseando-se nos domínios para atividades físicas e instrumentais da vida diária, sendo que quanto maior a pontuação melhor a função física (HLATKY et al. 1989);
- d) Gravidade da doença clínica, de acordo com a escala de classificação de doenças cumulativas – CIRS, que avalia a gravidade da doença clínica nos 12 principais sistemas orgânicos, com pontuações mais altas indicando doenças mais graves. A faixa vai de 0 a 48 (LINN et al., 1968) e identificação de acordo com os parâmetros do Código Internacional de Doenças - CID 10 da OMS;
- e) Doenças clínicas comórbidas, pelo índice de comorbidade Charlson, que captura o número total de diferentes condições clínicas e atribui escores de gravidade a cada condição, faixa de pontuação de 0 a 44. Foi usado também para descartar diagnósticos clínicos constantes dos critérios de exclusão (CHARLSON et al., 1987);
- f) Suporte social, usando as subescalas de interação social e suporte subjetivo do Duke Social Support Index (DSSI). A versão de 11 itens pergunta sobre o tempo gasto interagindo com amigos, vizinhos e familiares, pessoalmente e por telefone, e também avalia a satisfação do participante com as interações sociais e o apoio recebido, (intervalo de pontuação 11 a 33. Esta versão do DSSI foi validada para adultos com doença crônica. O estado civil foi uma segunda variável de apoio social e foi dicotomizado para análise em casado (1) vs. não casado (0). As

variáveis demográficas foram idade, sexo, raça, educação e situação de vida (KOENIG et al.,1993; LANDERMAN et al., 1989);

- g) Objetivo de vida, foi medido usando o teste de objetivo de vida (PIL) de 20 itens, que avalia esse constructo com base no trabalho de Victor Frankl, escore de 20 a 140 (CRUMBAUGH; MAHOLICK, 1964);
- h) Otimismo disposicional, foi avaliado através do teste de orientação à vida de 10 itens revisado (LOT R), com escore de 0-40, que é extensamente usado em pesquisas psicológicas predizendo resultados melhores, independente da depressão e de traços de personalidade (SCHEIER; CARVER; BRIDGES, 1994);
- i) Generosidade, por meio da escala de generosidade interpessoal (IGS), de 10 itens, que mede a generosidade em termos de atenção, compaixão, tolerância, auto-extensão, coragem e expressão verbal, com pontuação variando de 10 a 40 (SMITH; HILL, 2009);
- j) Gratidão, usando o questionário Gratitude questionnaire (GQ) de 6 itens de gratidão e gratidão geral (GQ-6). Cada item é avaliado em uma escala de 7 pontos, de discordo totalmente a concordo totalmente, tendo uma pontuação de 6 a 42. A confiabilidade é aceitável e varia de 0,76 a 0,84. A escala está sendo usada em pacientes com doenças clínicas em vários estudos (MCCULLOUGH; EMMONS; TSANG, 2002);
- k) Religiosidade, usando recursos de avaliação em vários domínios diferentes, criando-se uma escala de religiosidade global composta por 29 itens, com um alpha de Cronbach de 0,95. Participantes que atingiram mais de 70% nessa escala, foram definidos como “altamente religiosos”.

Domínios avaliados:

- ✓ Atividades religiosas públicas: adaptadas a pacientes com doença crônica, os participantes foram questionados: "Quando você era fisicamente capaz, com que frequência participava de cultos religiosos ou outras reuniões religiosas?"
1 = "nunca" a 6 = "mais de uma vez por semana" (KOENIG; MEADOR; PARKESON, 1997);
- ✓ Atividades religiosas privadas: os participantes foram questionados: "Com que frequência você passa tempo em atividades religiosas particulares, como oração, meditação ou estudo das escrituras?"
1 = "raramente ou nunca" a 6 = "mais de uma vez por dia". (KOENIG; MEADOR; PARKESON, 1997);
- ✓ Religiosidade auto-classificada: foi perguntado: "Qual a importância da religião na sua vida diária?"
1 = "não importante " a 4 = " muito importante".
- ✓ Experiências espirituais diárias: foram medidas usando a Escala Diária de Experiências Espirituais (DSES), uma escala amplamente usada de experiências espirituais e religiosas, que varia numa faixa de 16 a 94 (UNDERWOOD; TERESI, 2002);
- ✓ Motivação religiosa intrínseca: foi avaliada usando a escala de 10 itens de Religiosidade Intrínseca (RI), uma medida usada amplamente em populações comunitárias e médicas, variando numa faixa de 10 a 50, com perguntas como "Minhas crenças religiosas são o que realmente está por trás de toda a minha abordagem para vida", em que o respondente deve assinalar:
De 1 = " definitivamente não é verdade " até 5 = " definitivamente é verdade "
(HOGE, 1972);

- ✓ *Coping*/Enfrentamento religioso: foi medido usando o Brief RCOPE de 14 itens (BRCOPE), composto por duas subescalas de 7 itens, com avaliação positiva (RPC) e enfrentamento religioso negativo (NRC), cada uma variando de 0 a 21, com afirmações como: “tentei colocar meus planos em ação junto com Deus” e “senti-me punido por Deus por minha falta de devoção”, em que o sujeito deve assinalar:
De 0 = “absolutamente nada” até 3 = “muito”, (PARGAMENT et al, 2012);
- ✓ O *coping* religioso geral (RCOPE): foi medido pela pontuação inversa dos itens negativos no BRCOPE e BCOPE e somando-os com os itens positivos nessas duas escalas (faixa de 0 a 42).
- ✓ Envolvimento religioso: através das medidas estabelecidas por Underwood e Teresi (2002), considerando importância da religião, atendimento religioso, atividade religiosa privada e experiências espirituais;

Os 132 indivíduos, que atenderam aos critérios estabelecidos para participação na pesquisa, foram randomizados pelo centro de coordenação de ensaios clínicos, e selecionados aleatoriamente para os grupos: 67 para TCC e 65 para TCCR.

13.3.6 Terapeutas

Oito terapeutas com nível de mestrado, administraram as intervenções. Quatro para TCC, Dina Gohar, Marissa Howard, Danealia Maretka e Eve Martin, essas profissionais não tinham experiência em TCCR; e quatro para TCCR, Cynthia Mondello, David Wiley, Ben Wilson e Kimberlie Zakarian, esses terapeutas eram experientes em ambos os tipos de terapia. Todos foram treinados para o estudo e supervisionados pela *Duke Faculty*, especialista em TCC e TCCR. Para se qualificarem como terapeutas esses profissionais precisaram pontuar no mínimo 40 na escala de avaliação em terapia cognitiva – CTRS (VALLIS; SHAW; DOBSON, 1986 e YOUNG; BECK, 1980).

13.3.7 Intervenções

Consistiu de dez sessões de 50 minutos, aplicadas nos dois grupos, TCC e TCCR, administradas ao longo de 12 semanas. Todas foram realizadas de forma remota, das 940 sessões realizadas, 883 (94%) foram feitas por telefone, 43 (5%) por Skype e 14 (1%) através de mensagens de texto instantâneas.

Considerando terem sido utilizados os mesmos métodos de realização das sessões para as duas modalidades de tratamento, TCC e TCCR, ambas sofreram o mesmo impacto proporcionado por essa escolha de método. As sessões foram feitas remotamente, segundo os responsáveis pela pesquisa, devido as dificuldades de locomoção, consequência das doenças crônicas apresentadas pelos pacientes.

13.3.8 Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

Foi elaborado um manual de acordo com a terapia descrita por Beck et al (1979). Quando, eventualmente, os pacientes abordaram questões religiosas na terapia, os terapeutas trataram essas questões de forma secular, da maneira mais ampla possível, relacionando essas questões com outras cognições e comportamentos como costumeiramente é abordado na TCC. Com cuidado, gentileza, mas sem aprofundamento.

13.3.9 Terapia Cognitivo-Comportamental com a religiosidade integrada (TCCR)

Foram elaborados manuais para as cinco principais religiões, usando explicitamente as crenças e práticas religiosas de cada uma delas no tratamento terapêutico.

As intervenções em TCC e TCCR se concentraram no perdão, gratidão, desenvolvimento de comportamentos altruístas e no envolvimento em atividades sociais, incluindo treinamento em meditação e atenção plena. A única diferença foi

que a TCCR fez tudo isso integrando explicitamente as crenças e práticas religiosas dos pacientes, enquanto que a TCC usou recursos seculares.

O fato da TCC, apesar de usar os recursos seculares, ter trabalhado com a meditação e a atenção plena, contribuiu bastante para os bons resultados alcançados. Essas práticas, especialmente a atenção plena, foca no relacionamento terapêutico, na aceitação e na compaixão, temas especialmente relevantes quando os pacientes tem doenças crônicas, e por isso apresentam grande vulnerabilidade (GERMER; SIEGER; FULTON, 2013).

13.3.10 Aderência ao tratamento

Das 940 sessões realizadas e gravadas, uma amostra de 9% (n = 85), foi transcrita e encaminhada para avaliação e classificação, por avaliadores externos, com treinamento, supervisão e sem envolvimento com o estudo. O primeiro terço dessas sessões, foram sessões consecutivas do início da pesquisa e os dois terços restantes, de sessões selecionadas aleatoriamente ao longo do trabalho.

Essa avaliação, foi feita com base na versão adaptada da Adherence Rating Scale – ARS, (WALTS et al., 1993), que verificou as seguintes dimensões:

- a) Estrutura da sessão (intervalo de 0 a 15).
Resultando em 13,0 para a TCC e 13,3 para a TCCR.
Média de 13,2.
- b) Relação terapêutica (intervalo de 0 a 6).
Resultando em 5,4 para a TCC e 5,4 para a TCCR.
Média de 5,4.
- c) Aderência ao tratamento (intervalo de 0 a 8).
Resultando em 6,8 para a TCC e 6,8 para a TCCR.
Média de 6,8.
- d) Competência do terapeuta (intervalo de 1 a 4).

Resultando em 3,3 para a TCC e 3,2 para a TCCR.

Média de 3,25

e) Flexibilidade (intervalo de 1 a 4).

Resultando em 3,4 para TCC e 3,1 para a TCCR.

Média de 3,25

f) Somatória para o constructo de aderência ao tratamento resultou 31,9 para a TCC e 31,8 para a TCCR.

Média de 31,85

A média total de 31,85 indica um resultado bastante satisfatório na aderência ao tratamento por parte dos pacientes. Além disso, os resultados em todos os sub-ítems foram muito parecidos na TCC e na TCCR.

13.3.11 Efeitos da depressão e da religião nas funções fisiológicas

Alterações fisiológicas ocorrem com a depressão. Crenças e comportamentos religiosos que facilitam o enfrentamento podem ajudar a normalizar essas mudanças.

Há evidências de que as alterações na função imunológica e endócrina associadas à depressão aumentam a morbidade, aumentando o risco de infecção, distúrbios inflamatórios e possivelmente a malignidade. A depressão tem sido associada a uma série de funções imunológicas, endócrinas e pró-inflamatórias que podem influenciar a recuperação dos pacientes com doenças crônicas. A depressão está associada a um equilíbrio alterado na proporção Th1 / Th2, ou seja, citocinas Th1 pró-inflamatórias mais altas (IL-1, IL-12, INF- γ), citocinas monocíticas pró-inflamatórias mais altas (IL-6, TNF- α) e citocinas anti-inflamatórias Th2 mais baixas (IL-4, IL-10). Citocinas são mediadores necessários, para conduzir a resposta inflamatória aos locais de infecção e lesão, favorecendo a cicatrização apropriada da ferida. É importante ressaltar, que foi demonstrado que as funções imunológicas comprometidas, associadas à depressão, normalizam em resposta a

intervenções psicológicas, em parte devido ao retorno do equilíbrio de citocinas pró e anti-inflamatórias (DAHL et al. 2014).

Há evidências de que o envolvimento religioso está associado a melhores funções imunológicas e endócrinas, incluindo marcadores inflamatórios mais baixos (IL-6, INF- γ , razão pró-inflamatória / anti-inflamatória), níveis mais baixos de cortisol (hormônio produzido em situações de estresse) e catecolaminas (neurotransmissores que atuam no controle da função cardíaca, na resistência dos vasos sanguíneos, na liberação de insulina e na degradação de gordura). Entretanto, nenhum estudo havia examinado os efeitos de uma psicoterapia religiosa sobre essas funções. Não foi encontrado nenhum padrão de associação claramente discernível entre experiências e práticas religiosas (EPR) e citocinas inflamatórias, ou marcadores de hormônios do estresse, entre as 138 análises feitas no âmbito dessa pesquisa. Consistente com as hipóteses originais do estudo, o EPR foi maior, naqueles com altos níveis de citocina anti-inflamatória IL-1RA e menor naqueles com altos níveis de noradrenalina na urina, que é uma das monoaminas que mais influencia o humor, ansiedade, sono e alimentação, além de elevar a pressão arterial. No entanto, o EPR também foi maior naqueles com altas taxas de citocinas pró-inflamatórias, especialmente IFN- γ , IFN- γ / IL-4 e IFN- γ / IL-10, contrariando a hipótese original. Foram encontradas poucas evidências, da existência de uma relação entre sintomas depressivos e os biomarcadores analisados, em pessoas com transtorno depressivo maior e doenças crônicas. Também não foi identificado um padrão consistente entre práticas ou experiências religiosas e hormônios do estresse ou marcadores inflamatórios nas análises transversais, exceto níveis altos de IL-1RA e IFN- γ (BELLINGER et al., 2014).

Considerando as limitações existentes: uma amostra pequena, de conveniência, constituída por doentes crônicos, cujos medicamentos usados para seus tratamentos podem influenciar os níveis dos marcadores inflamatórios e os hormônios do estresse, não parece possível fazer generalizações e associações consistentes, entre sintomas depressivos e EPR, a partir dos dados dessa pesquisa.

13.3.12 Entendendo a associação da base genética para a religião com a depressão

Embora a religiosidade esteja frequentemente, inversamente relacionada à depressão e associada a uma recuperação mais rápida, alguns estudos sugerem que a depressão pode ser mais comum em pessoas religiosas (BELLAMY et al., 2007), talvez devido à maior sensibilidade emocional, referida como "neurose obsessiva" por Freud (1907), em seu "atos obsessivos e práticas religiosas", em que ele identifica semelhanças entre práticas religiosas e pensamentos, ideias, atos e impulsos obsessivos de determinados sujeitos. Os fatores biológicos subjacentes poderiam explicar a ligação entre religião e depressão. Certas formas de genes ou fenótipos genéticos poderiam aumentar a vulnerabilidade à depressão, e há algumas evidências de que a capacidade de experiência espiritual ou religiosa pode estar ligada a esses genes, aumentando o risco de a pessoa religiosa desenvolver depressão (LORENZI et al, 2005).

Os resultados encontrados na pesquisa, não permitiram a verificação dessas hipóteses, especialmente devido as limitações das amostras, indicadas anteriormente. Em função disso, fica a sugestão para que um estudo mais amplo, envolvendo um número maior de participantes, promova essa análise genética relacionada à depressão.

13.4 Riscos e Benefícios

13.4.1 Riscos potenciais.

Existe risco de confidencialidade, risco de coleta de sangue e risco de suicídio. Para garantir a confidencialidade das informações, foi garantido que todas as amostras e dados enviados entre os locais de estudo e os consultores estivessem codificados e desidentificados.

Houve também, um pequeno risco para o sujeito durante a punção venosa, de desconforto momentâneo e/ou hematomas. Uma infecção, sangramento excessivo, coagulação, desmaio, sensação de tontura ou hematoma são possíveis, embora improváveis. Esses riscos potenciais foram descritos no formulário de consentimento.

Um total de 3 a 5 cc de sangue foi coletado de cada paciente para isolamento do DNA genômico, além dos 30 cc de sangue para análises imunológicas e os 10 cc

em cada sexto ou sétimo sujeito para controle de qualidade. Foram indicados os riscos potenciais no formulário de consentimento, mas é altamente improvável que a quantidade total tomada, 45 cc, provoque ou contribua para que o paciente precise de uma transfusão de sangue.

O risco mais sério deste estudo envolveu indivíduos com depressão que pudessem vir a desenvolver ideação suicida grave aumentando o risco de automutilação. Isso poderia ocorrer em qualquer momento do estudo, desde a avaliação inicial da linha de base até a intervenção de 12 semanas.

13.4.2 Consentimento informado.

Para garantir que todos os sujeitos entendessem os procedimentos, todos foram informados sobre a necessidade de coletar informações sensíveis do questionário na linha de base e em quatro momentos posteriores, além de amostras de sangue e urina na linha de base e em dois momentos adicionais. Todas essas informações constaram do Consentimento informado que foi assinado por cada um dos participantes e aprovado no conselho de ética da Duke University Medical e do Glendale Adventist Medical Center.

13.4.3 Plano de Proteção ao Suicídio.

Se a qualquer momento um entrevistador ou terapeuta acreditasse que existia um risco significativo de suicídio de um participante do estudo, ele deveria consultar o Dr. Doug Nies, na Glendale ou o Dr. Koenig, na Duke. O Dr. Nies, psicólogo clínico certificado ou o Dr. Koenig, psiquiatra certificado pelo conselho fariam uma avaliação do paciente, e lhe proporcionariam atendimento conforme necessário. Se eles acreditassem haver risco significativo, notificariam imediatamente a família e o médico principal do paciente com ou sem o consentimento do sujeito. Se a situação fosse urgente, eles deveriam entrar em contato com a família e o médico, sem necessariamente avaliar primeiro o paciente, com ou sem o seu consentimento. O consentimento informado indica que, no caso de o sujeito expressar pensamentos

suicidas sérios, os entrevistadores e os terapeutas são obrigados a fazer o que for necessário para garantir a segurança do sujeito com ou sem o consentimento dele. Caso o Dr. Nies não pudesse ser contatado imediatamente na Glendale, o Dr. Koenig estaria com um telefone celular 24 horas/dia durante o estudo, devendo ser notificado e assumindo essa responsabilidade. Caso nenhum dos dois pudesse ser localizado ou contatado, Bruce Nelson, administrador do Centro de Coordenação, seria contatado.

13.4.4 Benefícios potenciais.

Os benefícios para os sujeitos deste estudo, foram ter recebido psicoterapia gratuita para os principais transtornos depressivos, por terapeutas treinados e experientes em TCC. Os benefícios para os demais, foram o aprendizado de se a integração das crenças/práticas religiosas dos pacientes na terapia resulta em remissão mais rápida e/ou completa da depressão do que a alcançada com a TCC convencional, que normalmente não utiliza os recursos religiosos dos pacientes na terapia. Outros também se beneficiaram do conhecimento adquirido sobre as bases genéticas da religiosidade e da depressão e como isso poderia afetar a resposta à psicoterapia. Finalmente, outros foram beneficiados pelo conhecimento de se a TCC poderia realmente, reverter algumas das alterações imunológicas e endócrinas observadas na depressão maior e se a TCC religiosa é melhor do que a TCC convencional a esse respeito. Dados nossos planos de proteção contra riscos, acreditamos que os benefícios superaram os riscos.

13.5 Custos para os Sujeitos

Não houve custos para os sujeitos, foram ressarcidos pelo tempo e gasto com transporte, para a avaliação da linha de base, quatro avaliações de acompanhamento e pelo fornecimento de amostras de sangue e urina. Receberam de US\$ 15,00 a 25,00 cada, que foram pagos no final do estudo, após todas as avaliações terem sido concluídas e as amostras recebidas. Lembrando que, diferentemente do Brasil, é

comum em países como Estados Unidos e Reino Unido que os participantes de pesquisas sejam pagos por sua participação. As normas éticas nesses casos permitem essa possibilidade.

13.6 Análise de dados e considerações estatísticas

Os estatísticos da Universidade Loma Linda, liderados pelo Dr. Noha Daher, fizeram as análises estatísticas, prepararam relatórios periódicos para apresentação aos pesquisadores do estudo e forneceram as seções de análise estatística para os manuscritos submetidos a este projeto.

13.7 Monitoramento de dados e segurança

O Centro de Coordenação de Ensaio Clínicos (CC), Divisão de Garantia e Monitoramento da Qualidade do GAMC, foi responsável pelo desenvolvimento do banco de dados e de todas as atividades de gerenciamento e monitoramento de dados, incluindo treinamento, padronização, desenvolvimento e controle de qualidade do banco de dados e funções de rastreamento entre as instituições em todo o estudo.

Os dados mais sensíveis envolveram as amostras de sangue para análise genética, embora a confidencialidade em relação às informações pessoais coletadas pelos questionários também precisassem ser cuidadosamente guardadas. As equipes de pesquisa do DHS e AHS e o CC, foram responsáveis por salvaguardar a segurança de todas as amostras, registros e bancos de dados do estudo. As amostras foram coletadas e armazenadas nos respectivos locais, até que estivessem prontas para o envio em lote, ao final de cada fase do estudo. As amostras biológicas foram enviadas, via Federal Express, ao Laboratório de Pesquisa em Neuroimunologia da Loma Linda para análises endócrinas/imunológicas e ao CIDR da Johns Hopkins para análise genética. Todas as amostras foram rotuladas com um número de identificação do paciente (PIN) exclusivo. As amostras foram enviadas, em lotes, para o CIDR da Johns Hopkins, onde foram armazenadas usando procedimentos padrão. Após a extração e genotipagem do DNA, os resultados foram enviados ao CC.

Somente os sites de recrutamento DHS e AHS mantiveram o código, PIN com nome do paciente, para os indivíduos que eles recrutaram e acompanharam. Informações de identificação pessoal, como nome, endereço, carteira de motorista, Número do Seguro Social etc., não foram inseridas no banco de dados. No entanto, outros campos de dados de identificação, incluindo data de nascimento, grupo de tratamento e dados do questionário, foram registrados nos formulários do relato de caso e transferidos para o CC, com grande experiência em manter os dados do paciente seguros e confidenciais. O controle do acesso aos bancos de dados foi gerenciado pelo CC através de senhas de usuários vinculadas aos privilégios de acesso apropriados. Isso protegeu os formulários contra visualizações e modificações não autorizadas e contra perdas de dados. O CC possui uma extensa infraestrutura de segurança de dados, com servidores de banco de dados protegidos por um firewall e também por acesso físico controlado.

13.8 Integração das crenças e práticas religiosas na TCC

13.8.1 Renovação dos pensamentos

A pesquisa partiu do pressuposto básico de que as escrituras sagradas da religião, a que as pessoas se afiliam, costumam determinar seu sistema de valores e visão de mundo. Muitas dessas escrituras, contêm passagens que transmitem a ideia de que os pensamentos influem na emoção e no comportamento. Para os cristãos, a metanoia significa “mude de ideia ou mude o que você pensa”, que foi traduzido como “arrependa-se” (Mateus 4: 17). No Judaísmo, o rei Salomão trouxe: “... pois como ele pensa em seu coração, ele também é” (Provérbios 23: 7). Para o Islã, “Certamente Deus não muda a condição de um povo até que ele mude sua própria condição” (Alcorão 13: 11). A TCCR usará esses princípios religiosos para transformar os pensamentos negativos e disfuncionais em pensamentos positivos e adaptativos que promovam saúde mental.

13.8.2 Memorização de escrituras

Numa sessão específica o terapeuta fornece para o paciente uma passagem das escrituras que seja relevante no tópico que está sendo trabalhado. No manual elaborado para a religião Hindú, na terceira sessão em que será abordada a meditação como uma forma de lidar com os sentimentos de angústia os pacientes são instados a memorizar: “Que ele (homem sábio) sente-se concentrado em Mim (Deus)...” (Bragavad Gita, cap. 2, v 61). Os Budistas memorizarão: “A meditação traz sabedoria; falta de meditação leva a ignorância. Saiba bem o que o leva adiante e o que o impede e escolha o caminho que leva a sabedoria” (Dhammapada 282).

13.8.3 Oração contemplativa

Os pacientes são ensinados a meditar nessas passagens, para ajudá-los a lembrar-se quando é preciso aplicar esses pensamentos. Pede-se que comecem com a passagem memorizada naquela semana, sentando-se confortavelmente com as costas retas e o peito aberto de maneira que a respiração fique livre e aberta. Pede-se que leiam a passagem lentamente, saboreando cada frase... Então se pergunta qual das frases ou ideia “fala” com você? Leia novamente, como essa passagem toca na sua vida? O que ela te lembra, faz ver, ouvir ou sentir? Leia mais uma vez... Anote qualquer ideia, reflexão ou resposta pessoal em seu diário. Ouça em silêncio. Essas etapas podem ser seguidas nessa ou em outra ordem conforme seja mais adequado. Termine com alguns momentos de silêncio.

13.8.4 Pensamentos desafiadores usando os recursos da religião

Albert Ellis desenvolveu o método ABCDE para identificar e confrontar pensamentos automáticos negativos (ELLIS, 1962). É uma maneira prática de ajudar os pacientes a perceber a interrelação entre seus pensamentos, sentimentos e comportamentos, ensinando-os a examinar esses pensamentos com cuidado e objetividade antes de aceitá-los automaticamente como uma verdade. O primeiro

passo “A” representa “ativar” e é usado para identificar o momento em que as emoções negativas começaram e determinar, descrevendo, qual ou quais situações aconteceram naquele momento. “B” são as crenças disfuncionais e envolve identificar quais os pensamentos que vem a mente do paciente como consequência do evento de ativação. “C” são as consequências, subdividindo-se em emocionais e comportamentais. “D” é disputa, usada para confrontar pensamentos automáticos negativos, fazendo com que o paciente examine suas crenças e encontre recursos para ajudá-lo a contestar e substituir esses pensamentos. “E” será uma nova crença, mais adequada que levará a consequências emocionais e comportamentais mais positivas e eficazes. A equipe deste estudo acrescentou a utilização de recursos religiosos a partir das tradições religiosas dos pacientes durante as etapas D e E.

13.8.5 Práticas e recursos religiosos

A pesquisa foi fundamentada, na noção de que as crenças religiosas podem ser motivadores eficazes, para criar padrões comportamentais positivos no combate à depressão. Perdão, generosidade, altruísmo e gratidão costumam ser encorajados pela maioria das religiões. Praticar a oração pelos outros e por si, meditar, manter contato regular com a sua comunidade religiosa, com seu líder ou orientador espiritual, grupos de estudo, leituras religiosas, participar de atividades que promovam esperança, ações caritativas, escrever cartas de gratidão e desenvolver ações de redução do estresse com base no conceito espiritual de “andar pela fé”. Na tradição judaica, por exemplo, a Torá reforça a noção de usar o livre arbítrio para se envolver em comportamentos positivos, apesar das emoções conflitantes. Encontramos no Talmude: “quem procura melhorar, o caminho está aberto para ele”. Pede-se que os pacientes realizem práticas religiosas específicas, como a oração contemplativa, oração pelos outros e memorização das escrituras com o objetivo de desenvolver habilidades psicológicas, regulação emocional e uma compreensão maior de si mesmo, capacitando-o para superar a depressão. Integrar as atividades espirituais diárias na estrutura da TCC é um dos pontos fortes da TCCR.

13.8.6 Envolvimento na comunidade religiosa

As tradições religiosas costumam incentivar que o apoio e cuidado com o outro façam parte do “viver religioso”. A TCCR incentivará o paciente a envolver-se na comunidade religiosa encontrando pessoas com as quais ele possa contar, alguém que se prontifique a passar algum tempo com ele e orar tende a desenvolver aumento do apoio social que para Hill e Pargament (2003), pode ajudar na superação da depressão além de buscar realizar atividades altruístas para neutralizar emoções negativas (KRAUSE, 2009).

13.9 Sessões de tratamento

Segundo Nieuwsma et al. (2012), a depressão pode ser tratada com eficiência, especialmente através da TCC, com menos de 10 sessões. Considerando a aplicação de uma terapia breve, para pessoas que não são pacientes psiquiátricos com transtornos mentais de longa data, mas que apresentam uma depressão situacional, relacionada à sua condição clínica e a incapacidade consequente, foi estabelecido um protocolo de 10 sessões. Cada uma das sessões teve duração de 50 a 60 minutos e seguiu um formato semelhante, aplicadas ao longo de 12 semanas. O conteúdo das sessões, apresentado a seguir, foi retirado dos manuais do terapeuta, de acordo com Pearce et al., (2015). Lembrando que foram desenvolvidos, um manual de TCCR, um caderno de exercícios para o terapeuta e um caderno de exercícios para o paciente para cada uma das cinco maiores religiões: cristianismo, judaísmo, budismo, islã e hinduísmo.

13.9.1 Sessão 1 – Avaliação e introdução a TCCR

O objetivo dessa primeira sessão é apresentar ao paciente o formato básico do tratamento, estabelecendo a aliança terapêutica, e permitindo que ele discuta seus problemas emocionais e clínicos, circunstâncias da vida e crenças religiosas. A TCCR é descrita detalhadamente e o paciente ensinado a monitorar suas atividades e humor durante a semana. Os autores do manual, pedem que seja introduzida a memorização

das escrituras, mostrando ao paciente, que uma maneira de começar a mudar as suas perspectivas, é substituindo os pensamentos negativos, por mensagens de suas escrituras sagradas. No manual cristão os pacientes são lembrados que a Bíblia é descrita como “viva e poderosa” e que, ao meditar nas escrituras, as palavras de Deus tornam-se vivas nele, transformando-o, de dentro para fora. Os pacientes cristãos recebem o seguinte versículo para ser memorizado: “Finalmente, o que quer que seja verdade, o que é nobre, o que é certo, o que é puro, o que é amável, o que é admirável – se algo é excelente ou louvável – pense sobre essas coisas” (Filipenses 4:8).

O manual de cada religião trará um versículo ou passagem importante para ser memorizado e meditado ao longo da semana:

Judaísmo - "Pense bem e será bom." (Tzemach Tzedek);

Islã - “Allah apresenta uma parábola de que uma palavra bonita é como uma árvore bonita, cuja raiz está firmemente fixada, e seus galhos estão no céu, dando seus frutos o tempo todo com a permissão de seu senhor” 14 (Ibrahim: 24,25);

Hinduísmo - “Aqueles cuja mente e intelecto estão totalmente fundidos Nele, que permanecem constantemente estabelecidos em identidade com Ele, finalmente se tornam um com Ele. Seus pecados são exterminados pela sabedoria. Eles alcançam a meta suprema de onde não há retorno” (Bhagavad Gita Ch 2, V 17);

Budismo - “Acenda a lâmpada dentro; esforçar-se arduamente para alcançar a sabedoria. Torne-se puro e inocente e viva no mundo da luz” (Dhammapada 236).

13.9.2 Sessão 2 - Ativação Comportamental

A lógica do tratamento é reforçada pelo terapeuta, aprimorando a capacidade de automonitoramento do paciente, quanto ao seu humor e atividades. Ele será estimulado a participar de atividades que considere agradáveis, de maneira a melhorar o seu humor. O terapeuta pedirá para que agende várias dessas atividades e as realize durante a semana.

Os cristãos serão lembrados, de que existem várias passagens na bíblia, que sugerem a ideia de que muitas coisas que são pedidas por Deus para que as pessoas façam, não necessariamente elas desejam, no entanto fazem, porque acreditam que “um Deus bondoso e amoroso, só pediria para que fizessem coisas que são benéficas

a elas, ainda que nem sempre prazerosas” (PEARCE et al, 2015, p. 60-61). Por exemplo: “Procure apresentar-se a Deus aprovado, como obreiro que não tem do que se envergonhar e que maneja corretamente a palavra da verdade” 2 Timóteo 2:15 ou “Porque sou eu que conheço os planos que tenho para vocês, diz o Senhor, planos de fazê-los prosperar e não de causar dano, planos de dar a vocês esperança e um futuro” Jeremias 29:11.

Através desses pensamentos, o paciente é lembrado que mesmo não sentindo vontade, até porque, isso é uma característica da depressão, deve realizar as atividades lembrando desses princípios e focando no objetivo que é transformar seus pensamentos para superar a doença. No manual judaico consta o seguinte pensamento, extraído da Torá, na obra “Sefer HaChinuch”: “Saiba que um homem é influenciado de acordo com suas ações. Seu coração e pensamentos seguem seus atos, dos quais ele está ocupado... Portanto, observe atentamente o que você faz, pois após suas ações seu coração será atraído” ou seja, uma maneira de mudar o humor é envolvendo-se em atividades agradáveis, uma maneira de mudar a forma como percebe as coisas é começar a ver as coisas boas no ambiente e fazer com que façam parte da atividade diária, substituindo os pensamentos negativos. Nem sempre a fonte dos eventos negativos poderá ser removida, por exemplo, sua enfermidade crônica, mas tudo pode ser melhorado mudando sua forma de enxergar as coisas e aumentando o número de eventos positivos. O paciente será incentivado a encontrar uma pessoa da sua comunidade religiosa, com quem possa interagir, apoiar, ser apoiado, e orar ao longo das próximas semanas. O objetivo é aumentar o apoio social e proporcionar-lhe oportunidade de cuidar do outro, aumentando seu senso de propósito, despertando gratidão, na medida em que percebe coisas positivas em sua vida.

13.9.3 Sessão 3 – Identificando pensamentos inúteis

Nessa sessão é introduzido o processamento cognitivo, o paciente é ensinado a prestar atenção no seu humor e identificar quando ele muda, quais são os pensamentos que provocam ou que acompanham essas mudanças. Serão apresentadas e discutidas com ele as categorias de pensamentos distorcidos. Para

cada categoria, serão apresentadas as razões teológicas do por que, esses pensamentos não contribuem, e estão em desacordo com os ensinamentos religiosos.

Reflexão teológica sobre um estilo de pensamento disfuncional: “você busca motivação através de pensamentos indevidos, como se precisasse ser castigado ou punido?”. Esse tipo de pensamentos e sentimentos, invariavelmente tem como consequência emocional a culpa. Quando você considera ter obrigação, pode sentir raiva, frustração e ressentimento, como a dona de casa deprimida que diz para si mesma: “Eu tenho que manter minha casa limpa, eu não tenho o direito de reclamar”.

Exemplo de reflexão teológica do cristianismo: O Novo Testamento tem como um de seus temas centrais a ideia de que o Cristo proporcionou a cada um de nós liberdade e aceitação, e não é preciso aborrecer-se ou condenar-se por não agir da maneira como pensamos que deveríamos: “Que diremos, pois, à vista destas cousas? Se Deus é por nós, quem será contra nós?” (Romanos 8: 31), ou da maneira como os outros pensam que deveríamos. Ficar dizendo eu não deveria fazer isso, leva ao sentimento de culpa. Mesmo que nem todos os “deveres” sejam cumpridos, Deus ainda nos ama: “Mas Deus prova o seu próprio amor para conosco, pelo fato de ter Cristo morrido por nós, sendo nós ainda pecadores” (Romanos 5: 8)

Nessa sessão também será ensinada e praticada, a confrontação de pensamentos e crenças que provocam emoções negativas: Por exemplo, pedindo para o paciente descrever uma situação que aconteceu na época em que as emoções negativas começaram. Pedir para que ele enumere, quais foram os pensamentos negativos que passaram, automaticamente, pela sua mente naquela situação. Quais são os sentimentos dolorosos, que esses pensamentos, crenças ou expectativas provocam. Pedir para que ele classifique cada um desses sentimentos e os avalie, numa escala de 1 a 10, onde 1 é pouco doloroso e 10 excessivamente doloroso. Pedir para que relate quais comportamentos esses sentimentos provocaram.

Contestação das crenças e modo de lidar com a situação: Existem evidências de que essas crenças ou expectativas que o paciente está apresentando, possam não ser verdadeiras. Peça para que o paciente descreva qual é a evidência contrária, qual é a categoria de pensamentos disfuncionais que melhor descreve a incoerência contida nessa crença. Ainda que a situação não mude, enumere com ele, quais são as evidências de que ele é capaz de gerenciar seus talentos, com base nas experiências passadas, suporte social e recursos pessoais.

Uso das crenças e recursos religiosos: Como a visão de Deus, do mundo cristão, da Bíblia e/ou das escrituras sagradas, o conhecimento espiritual, podem fornecer evidências, para confrontar as crenças irrealistas e os pensamentos automáticos negativos, com os quais o paciente não consegue lidar.

Novas crenças e consequências efetivas: Quais alternativas diferentes existem para lidar com essa situação, questionar se os sentimentos do paciente mudaram depois que ele encarou a situação de maneira diferente. Pedir para que classifique cada um desses sentimentos, usando uma escala de 1 a 10, onde 1 é pouco doloroso e 10 excessivamente doloroso, de maneira que avalie o impacto de cada um deles.

Agora o paciente será apresentado à oração contemplativa, que envolve meditar em uma passagem das escrituras, exclamando-a como uma oração, com atenção nas palavras e repetindo-a silenciosamente para si mesmo. A intenção é levá-lo a um estado de contemplação através da oração, ajudando-o a memorizar passagens chave das escrituras, que podem ser usadas para confrontar os pensamentos automáticos negativos.

13.9.4 Sessão 4 – Confrontando pensamentos disfuncionais

Nessa sessão, o paciente é ajudado a reforçar e refinar a sua capacidade de monitorar os pensamentos e compreender as categorias de pensamentos distorcidos. Entende como o seu humor é alterado, de acordo com a interpretação que faz de um evento. Finalmente, aprende a confrontar os pensamentos automáticos negativos, desenvolvendo alternativas de resposta a crenças e expectativas negativas, com base em seus valores e objetivos pessoais. As crenças religiosas do paciente podem ajudá-lo na identificação de maneiras mais eficazes de encarar e lidar com as situações estressantes, e as práticas religiosas o ajudam a gerar respostas de enfrentamento aos eventos negativos. Isso deve ser enfatizado pelo terapeuta. No manual do islã a instrução é a seguinte: No islã, você não está apenas confrontando um pensamento negativo, e substituindo-o por pensamentos mais positivos, você está exercendo a sua capacidade de substituir pensamentos negativos pelas verdadeiras palavras de Deus, que de acordo com o santo Alcorão: “Guiam pelo caminho mais reto” (17: 9).

13.9.5 Sessão 5 – Lidando com a perda

Agora o paciente irá identificar as perdas que está sofrendo como consequência da doença e da depressão, inclusive aquelas relacionadas à sua vida religiosa, como o distanciamento dos membros de sua comunidade religiosa, o sentimento de ter sido abandonado por Deus e a perda ou distanciamento de crenças religiosas específicas, como por exemplo, a ideia de que “um Deus bom não deixaria que seus filhos sofressem”. Será explicado a ele o conceito de rendição ativa, em que é tomada a decisão consciente de abandonar e/ou deixar de lado, aquelas coisas sobre as quais não temos controle, não dependem de nós. Pode ser uma ferramenta bastante eficaz para lidar com perdas. “Demonstrando a fé em Deus, rendendo-se, Ele cuidará de tudo à Sua maneira”. Paradoxalmente as pessoas relatam sentir-se com mais controle após essa rendição. O manual budista trás a seguinte instrução: Renunciar à necessidade de que as coisas sejam como queremos, nos ajuda a iniciar o processo de “deixar ir” lembrando que a renúncia ou entrega ativa é diferente de desistir. Render-se é abrir mão da identificação do eu com a dor ou com o desejo. O Buda disse que a dukkha (estresse) é resultado da necessidade humana de que as coisas aconteçam como queremos. O terapeuta deve enfatizar o uso dos recursos religiosos para entender e dar sentido às perdas.

13.9.6 Sessão 6 – Lidando com as lutas espirituais e com as emoções negativas

Aqui são discutidas as lutas espirituais como resultado da depressão e/ou da doença. O paciente explora as principais experiências que podem ter contribuído para alterar suas crenças religiosas, como a sensação de abandono ou punição por Deus. É incentivado a expressar suas mágoas, medos, dúvidas e perguntas. Terapeuta e paciente discutem os conceitos de perdão e arrependimento e exploram o uso potencial dessas ferramentas para lidar com as emoções negativas. Pesquisas sobre as relações entre emoções negativas e a saúde física e mental podem ser compartilhadas com ele. O conceito de empatia é trabalhado, avaliando o perdão como gerador de bem estar. No manual cristão quando o paciente manifesta o desejo

de perdoar a si mesmo ou a outra pessoa, lhe é oferecida a possibilidade de fazer a seguinte oração: “Pai celestial, escolho perdoar a (fulano), por entender que (_____). Eu o libero e perdoo totalmente a sua dívida comigo, não farei mais nenhuma cobrança contra ele, libertando-o desse pecado. Peço-lhe Senhor que o perdoe, assim como me perdoe pelos meus sentimentos contra ele. Peço que me ajude, para que meus sentimentos se alinhem a minha decisão de perdoar. Escolho me perdoar também, obrigado por me perdoar e me fazer justo aos seus olhos, cure meu coração e exponha a sua verdade” (PEARCE et al, 2015).

13.9.7 Sessão 7 – Gratidão

Agora será trabalhado o conceito e os benefícios da gratidão, o terapeuta ajuda o paciente a explorar o significado de ser uma pessoa agradecida e como esse sentimento pode ser reduzido e até mesmo destruído pela experiência do adoecimento. Realiza-se a reestruturação cognitiva a partir da gratidão, com foco especial na gratidão religiosa e de como ela é importante na sua tradição religiosa. Quando monoteísta, a importância da gratidão às coisas, pessoas e experiências proporcionadas por Deus, explorando o conceito de agradecer em todas as circunstâncias e ocasiões possíveis. No manual judaico é compartilhada a seguinte ideia: A Torá tem muito a dizer sobre ser grato, de fato, é difícil encontrar uma seção, ou mesmo um único salmo em que não seja mencionada a gratidão. Somos instruídos, através dos salmos, a agradecer a Deus por Ele ser bom e por essa bondade se estender ao mundo inteiro, querendo Ele que sejamos gratos o tempo todo. Ação de graças é combinada com as palavras “sacrifício” e “oferenda”, sugerindo que dar graças a Deus é um sacrifício agradável, oferecido com vontade e alegria.

Pacientes de cada uma das tradições religiosas, de acordo com seus preceitos, são orientados e ajudados a identificar, aquilo pelo qual, podem ser gratos em suas vidas, e a exercitar essa gratidão, por exemplo, escrevendo uma carta de agradecimento a alguém importante para eles.

13.9.8 Sessão 8 – Altruísmo e Generosidade

Nessa sessão o paciente é apresentado aos conceitos de altruísmo e generosidade como uma forma de expressar gratidão religiosa. A motivação se baseia no mandamento de “fazer ao outro o que você gostaria que fizessem a você”. O manual hindu enfatiza a lógica de que a sensação de bem estar é fruto da atenção dada às necessidades fundamentais do outro, além do cumprimento dos seus deveres, cuidando e amando as outras pessoas. Compaixão pelos menos afortunados, donativos aos necessitados, construção de templos para orações, abrir mão de uma porção da riqueza são virtudes desejadas. O paciente é estimulado a planejar e realizar atos altruístas durante a semana.

13.9.9 Sessão 9 – Estresse como promotor de crescimento espiritual

Aqui é explorado o conceito de crescimento espiritual e a possibilidade, de que as experiências provocadas pelo adoecimento e o estresse decorrente, repercutam de uma forma, que possa ser vista como positiva nos relacionamentos, caráter pessoal e habilidades. Propor exercícios, que constam nos manuais, para que o paciente encontre aspectos positivos em sua vida, em meio aos desafios atuais. O terapeuta vai incentivá-lo a encontrar nas suas crenças religiosas, significado e propósito para os sofrimentos vividos, interpretando os eventos da vida, incluindo os mais estressantes, como meios de crescimento. Várias histórias nas escrituras fazem menção a essa ideia. Um exemplo colocado no manual muçulmano, se refere a uma passagem do Alcorão, em que o profeta Yusuf, foi jogado no poço e passou muitos anos na prisão, sendo inocente. No entanto esses eventos infelizes levaram-no a se tornar uma alta autoridade na Terra, transformando-se num exemplo de moralidade para seu povo. Na Surata Yusuf encontramos: “certamente para aqueles que são vítimas do mal e ainda assim são pacientes, Deus não deixa que o salário dos bons fazedores seja desperdiçado” (12: 90).

13.9.10 Sessão 10 – Esperança e Prevenção de Recaídas

Na última sessão, a esperança será colocada como resultado do uso das estratégias cognitivas e comportamentais religiosas. No manual budista aparece: De

acordo com as palavras do Buda: “A percepção da mudança, nos ensina a abraçar nossas experiências sem nos apegarmos a elas, tirando o máximo proveito delas no momento presente, apreciando sua intensidade com completude, sabendo que em breve teremos que abraçar o que vier a seguir. A percepção da mudança, nos ensina esperança, pois como a mudança é incorporada à natureza das coisas, nada é inerentemente fixo, nem mesmo nossa própria identidade. Por pior que seja a situação, tudo é possível” (Thanissaru Bhikku). O paciente é incentivado a discutir seus sonhos e objetivos, a elencar o que aprendeu ao longo da terapia e os recursos espirituais resultantes dela. Juntos, terapeuta e paciente revisam as principais habilidades aprendidas, pelo paciente, ao longo das 10 semanas de terapia e exploram maneiras de manter os ganhos alcançados, como o envolvimento contínuo junto a sua comunidade religiosa, recebendo e apoiando. Além disso, o monitoramento e confrontação constante dos pensamentos automáticos negativos, fazendo uso dos seus recursos espirituais.

Apesar das diferenças entre as cinco principais religiões do mundo, os temas incluídos no tratamento são aqueles que mais se assemelham entre elas. No entanto, foram encontrados conceitos e temas que diferiam entre elas e esses foram mencionados nos manuais, por exemplo, uma diferença entre o budismo e as religiões monoteístas é que o Buda não é considerado a manifestação de um “Deus transcendente”. Não existe no budismo o conceito de ser “salvo por Deus”, ou da ação intercessora realizada por ele. Ao mesmo tempo existem muitas histórias budistas que descrevem Buda como um “Deus”, referindo-se a poderes milagrosos, reencarnação, paraíso, inferno povoado por demônios. É mais provável que os budistas asiáticos se relacionem com essas imagens, mas é improvável que tenham o mesmo significado que teriam para um cristão. Portanto o manual budista enfatiza repetidamente os ensinamentos centrais do budismo: “o poder de curar o sofrimento está dentro, e o alívio do sofrimento está no uso dos ensinamentos do Buda, como ele pretendia” (PEARCE et al, 2015).

O manual de TCCR, tem cerca de 30% a mais de conteúdo, do que o manual de TCC, isso deixa o terapeuta com pouca flexibilidade, considerando o tempo, para ouvir o paciente, fundamental na psicoterapia, apoiando, focando nas suas necessidades e construindo uma boa aliança terapêutica. Parece-me que seria bastante conveniente reduzir os conteúdos, focando apenas nos aspectos que

obtiveram mais resultados e fizeram mais sentido para os pacientes, além de aumentar o período de aplicação da psicoterapia em pelo menos três semanas.

13.10 Comparação entre as sessões de TCC e a TCCR

Tabela 1 - Comparação entre a TCC e a TCCR		
Sessão	TCC	TCCR
1	Discussão da experiência do paciente com depressão e situação atual da vida, incluindo relações familiares, introduz a TCC.	Igual à TCC + avaliar crenças religiosas, antecedentes; introduzir o raciocínio TCCR; introduzir versículos de memória e concentrar-se nas escrituras positivas.
2	Concentrar-se na ativação comportamental, aumentando os eventos agradáveis e experiências de domínio. Introdução à meditação secular de atenção plena.	Igual à TCC + completar a avaliação religiosa, discutir o papel da fé e da oração. Introdução da oração contemplativa cristã.
3	Concentrar-se em aprender a identificar o humor e a identificar os pensamentos que acompanham as mudanças de humor. Continuar a introduzir a atenção plena.	Igual à TCC + colocar dentro da estrutura do sistema de crenças cristãs; finalizar a socialização na TCCR; trabalhar com pontos para identificar o versículo de memória.
4	Concentrar-se em métodos cognitivos e comportamentais para avaliar pensamentos; desenvolver avaliações mais realistas; começar a prática da meditação de atenção plena.	Igual à TCC + desafiar pensamentos doentios; colocar dentro de um contexto religioso cristão; começar a contemplação prática cristã
5	Concentrar-se no uso de métodos de TCC para lidar com temas de perda associados a doenças crônicas e incapacidade.	Igual à TCC + colocar dentro da estrutura do sistema de crenças cristãs; perda sagrada, exemplos bíblicos; eu espiritual.
6	Concentra-se em suposições, regras e crenças subjacentes que dão origem a pensamentos e emoções negativas e na identificação de crenças alternativas.	Igual à TCC + concentrar-se em lidar com desafios espirituais, crenças religiosas negativas envolvendo raiva, culpa, ressentimento em relação a Deus e aos outros.
7	Concentre-se nos métodos da TCC para avaliar pensamentos/emoções relacionados à falta; mude para se sentir grato pelo bem na vida; expressão de exercícios de gratidão.	Igual à TCC + concentrar-se em ver as coisas com gratidão; Exemplos bíblicos de resmungos; razões religiosas para gratidão; expressão de gratidão aos exercícios de Deus.
8	Concentrar-se nos métodos da TCC para exposição comportamental à preocupação/ansiedade, outros métodos para combater o egocentrismo; incentivar comportamentos altruístas e generosos.	Igual à TCC + concentrar-se em expressar gratidão religiosa praticando altruísmo e generosidade para combater a preocupação, a ansiedade; enfatizar razões religiosas para o altruísmo.

9	Enfatizar o desenvolvimento da doença relacionado ao estresse; concentrar-se em culpa, vergonha, raiva; utilizar os recursos da TCC, como gráfico de responsabilidades, etc.	Igual à TCC + foco no crescimento espiritual da percepção do Cristo; concentrar-se em resultados positivos através de séries de exercícios.
10	Revisão, término, concentrar-se em manter os ganhos do tratamento, esperança no futuro.	Igual à TCC + enfatizar os princípios espirituais que justificam e promovem maneiras de manter a esperança.

Dados extraídos do protocolo completo da pesquisa – p. 40

Os dados da tabela, ilustram o quanto de conteúdo é exigido, do terapeuta, que seja acrescentado na TCCR, quando comparado com a TCC. Isso faz com que o terapeuta fique com uma quantidade exageradamente exígua de tempo para o que pode ser considerado o mais importante na psicoterapia, ouvir.

13.11 Caderno de Atividades de Prática Doméstica

Foi criado um caderno de atividades para o paciente, abrangendo as 10 sessões, de maneira a complementar o manual de tratamento. Uma pasta de trabalho é entregue para o paciente antes do início do tratamento. Nessa pasta, cada atividade começa com uma página de instruções para atividades práticas a serem realizadas em casa, resumindo as principais tarefas que deverão ser concluídas por ele na semana seguinte. Ao final de cada sessão essas tarefas são revisadas em conjunto com o terapeuta. É esperado comprometimento dos pacientes em relação ao seu tratamento, realizando as atividades solicitadas para serem feitas em casa, com a expectativa de que quanto mais se dedicarem e se esforçarem no tratamento, mais se beneficiarão.

Os terapeutas devem lembrar-se de que estão trabalhando com pessoas deprimidas, limitadas de alguma maneira por suas doenças e impactadas pelo cansaço decorrente da depressão, quando alguma tarefa não for realizada ou concluída, ainda assim, deverão elogiar o paciente por aquilo que foi realizado, concentrando-se na resolução de problemas e na identificação de eventuais barreiras.

13.12 Treinamento e Supervisão

Trabalhar com a TCCR com os pacientes, exige dos terapeutas conhecimento e especialização em TCC convencional. Com essa competência precisam aprender a integrar crenças e práticas religiosas dos pacientes de maneira eficaz, sensível e ética no modelo de TCC. Os manuais que foram desenvolvidos para esse estudo, fornecem instruções detalhadas sobre como fazer essa integração, no entanto, supervisão e treinamento adicional foram necessários para aqueles que não tinham nenhuma experiência anterior relacionada a integração das crenças religiosas à psicoterapia. Essa prática envolve competência cultural e é um processo de aprimoramento e aprendizado ao longo da vida. Esse estudo randomizado controlado de TCCR ofereceu dois dias de treinamento, no local, a todos os terapeutas que participaram, seguido por sessões regulares de supervisão, durante todo o período do estudo, realizado por telefone.

Nesse treinamento foi dado um curso breve de atualização sobre a TCC para o tratamento da depressão, depois receberam treinamento específico em TCCR, incluindo seus princípios básicos, envolvendo saber usar o manual e a pasta de trabalho e treinar a representação de cada sessão com um colega. Após o treinamento, foi recomendado que os terapeutas participassem de supervisão regular até que se sentissem à vontade para ministrar a terapia. Se e quando forem tratar pacientes de uma tradição religiosa diferente da sua e/ou que não seja familiar ao terapeuta, seria necessário procurar um supervisor que seja dessa tradição religiosa para obter orientação. Nesse ensaio clínico, os profissionais que desenvolveram os manuais de cada tradição religiosa, tem experiência em TCCR e supervisionaram os terapeutas.

Muitos terapeutas, reportaram dificuldades quando a tradição religiosa do paciente era diferente da sua. Quando isso aconteceu, o terapeuta discutiu com o paciente na primeira sessão, e recorreu ao script de diálogo, notas e instruções, elaboradas pelos desenvolvedores dos manuais, além de pedir ajuda aos próprios desenvolvedores que atuaram como supervisores para sanar dúvidas próprias, sobre as melhores maneiras de conduzir a psicoterapia. Parece bastante importante que cada profissional conheça e avalie, primeiro a própria religiosidade/espiritualidade e, além disso, procure conhecer os conceitos mais importantes da religião do paciente que está sendo tratado por ele. Enfatizo mais uma vez a importância, que a formação

em Ciência da Religião poderia ter, no arcabouço de conhecimentos desse profissional.

14 Resultados

14.1 Participantes

385 indivíduos se candidataram para participar da pesquisa, após uma primeira entrevista telefônica, 187 se mostraram elegíveis e foram submetidos à triagem presencial e à aplicação dos questionários, 132 pacientes foram qualificados para participar do estudo. Após a randomização, 67 receberam TCC e 65 TCCR.

14.1.1 Dados demográficos

- a) A idade dos participantes variou entre 24 e 84 anos, com média de 51,5 anos;
- b) Gênero: 69,8% (n = 90) do gênero feminino e 31,2% (n = 42) do gênero masculino;
- c) A escolaridade variou entre 4 e 31 anos, com média de 15,1 anos;
- d) Cor 51,9% (n = 67) brancos e os demais, negros, hispânicos e asiáticos;
- e) 73% (n = 96) moram com outras pessoas;
- f) 27% (n = 36) moram sozinhos.

14.1.2 Características sociais

- a) Estado civil: 40% (n = 52) são casados;
- b) Suporte social: 22,5 %

14.1.3 Características religiosas

14.1.3.1 Afiliação

- a) Cristãos: 87,9% (n=116)
 - ✓ Católicos: 29,3% (n=34);
 - ✓ Protestantes/conservador: 26,7% (n=31);
 - ✓ Protestante/liberal: 17,3% (n=20);
 - ✓ Não tradicional: 26,7% (n=31);
- b) Budistas: 5,3% (n=7);
- c) Judeus: 3,8% (n=5);
- d) Hindús: 2,3% (n=3);
- e) Islã: 0,7% (n=1).

14.1.3.2 Atividade religiosa pública

Para avaliá-la os participantes foram questionados: “Quando você era capaz, fisicamente falando, com que frequência participava de cultos religiosos ou outras reuniões religiosas?” As respostas variam de (1 = nunca) a (6 = mais de uma vez por semana).

De acordo com a pesquisa o envolvimento religioso está associado a emoções positivas e a uma remissão dos sintomas de depressão mais rápida, 42,6% dos participantes (n=55), frequentavam, no mínimo semanalmente, seus locais de reunião religiosa. No entanto, quando comparados com aqueles que disseram frequentar esses locais com menos frequência, os resultados para depressão, objetivo de vida, otimismo, generosidade e gratidão não foram muito diferentes (ver tabela 2).

14.1.3.3 Atividades religiosas particulares

Para avaliá-la os participantes foram questionados sobre: “Com que frequência você passa seu tempo em atividades religiosas particulares como oração, meditação

ou estudando as escrituras?” As respostas variam de 1 = raramente ou nunca a 6 = mais de uma vez por dia.

Para 37,2% (n=48) a atividade religiosa é, no mínimo, diária.

14.1.3.4 Religiosidade auto classificada

Para avaliá-la perguntou-se: “Qual a importância da religião na sua vida diária?” As respostas variam de (1 = sem importância) a (4 = muito importante).

Para 47% (n=61) a religião é muito importante.

14.1.3.5 Experiências espirituais diárias

Foram medidas usando a Escala Diária de Experiências Espirituais (DSES), uma escala usada de maneira ampla para esse tipo de avaliação.

O escore médio foi de 57,7 com desvio padrão de 16,0, indicando que quanto maior a quantidade de experiências espirituais diárias menor o nível de depressão (-.18) e maiores os níveis de generosidade (.47), gratidão (.45), objetivo na vida (.44) e otimismo (.37).

Uma nota de esclarecimento: É importante explicar que os valores em parênteses não se referem a porcentagens, mas aos coeficientes de correlação rodados durante as análises estatísticas. Para fins didáticos, podemos dizer que esses coeficientes de correlação podem variar de 0.00 a 1.00. Quanto maior o coeficiente, maior a relação entre as duas variáveis (neste caso, entre as experiências espirituais diárias e os indicadores de saúde mental/qualidade de vida aferidos). Quando o sinal é negativo, temos uma relação inversa, isto é, quanto mais uma variável aumenta em pontuação, mais a outra diminui. Como exemplo, a partir dos dados acima, podemos ver que a relação entre a frequência de experiências espirituais diárias aumentou na mesma proporção em que diminuíram os sintomas de depressão (-.18). Se o valor de um coeficiente é muito baixo, próximo de zero, pode-se entender que não há relação estatisticamente significativa entre as variáveis. A mesma lógica explicada aqui vale para os resultados que virão a seguir.

14.1.3.6 Motivação religiosa intrínseca

Foi avaliada usando-se a escala de 10 itens de religiosidade intrínseca, envolvendo afirmações como: "Minhas crenças religiosas são o que realmente esta por trás de toda a minha abordagem para a vida" As respostas variam de (1 = Definitivamente não é verdade) até (5 = Definitivamente é verdade).

O escore médio foi de 34,9 com desvio padrão de 8,3, indicando que quanto maior o nível de motivação intrínseca, menor o nível de depressão (.20) e maiores os níveis de generosidade (.31) e gratidão (.30).

14.1.3.7 *Coping* religioso

Foi medido usando o brief RCOPE de 14 itens de enfrentamento religioso aos principais estressores da vida, composto por duas sub-escalas de 7 itens para avaliação positiva (RPC) e 7 para avaliação negativa (NRC), cada uma variando de 0 a 21 pontos. Sendo que as respostas pontuam de 0 (absolutamente nada) a 3 (muito).

Perguntas para *coping* religioso positivo:

- a) Procurei uma conexão mais forte com Deus;
- b) Procurei o amor e o cuidado de Deus;
- c) Procurei a ajuda de Deus para me livrar da minha raiva;
- d) Tentei colocar meus planos em ação junto com Deus;
- e) Tentei ver como Deus poderia me fortalecer nessa situação;
- f) Pedi perdão pelos meus pecados;
- g) Foquei na religião para parar de me preocupar com meus problemas.

Perguntas para *coping* religioso negativo

- a) Gostaria de saber se Deus havia me abandonado;
- b) Me senti punido por Deus por minha falta de devoção;
- c) Gostaria de saber o que eu fiz para Deus me punir;

- d) Questionei o amor de Deus por mim;
- e) Gostaria de saber se minha igreja havia me abandonado;
- f) Decidi que o diabo fez isso acontecer;
- g) Questionei o poder de Deus.

Coping religioso positivo (n=121), obteve escore médio de 11,7 com desvio padrão de 5,3. *Coping* religioso negativo (n=121), obteve escore médio de 3,2 com desvio padrão de 3,2. *Coping* religioso geral (n=128), obteve escore médio de 29,1 com desvio padrão de 6,3.

Os resultados indicam uma tendência de que quanto maior o *coping* religioso negativo maior o nível da depressão (.18) e menor o nível de gratidão (-.47), objetivo na vida (-.33) e generosidade (-.24). Ao passo que quanto maior o *coping* religioso positivo, maiores os níveis de generosidade (.34), gratidão (.30) e otimismo (.25). Os resultados do coping geral indicam que quando presente pode diminuir os níveis de depressão (-.08) e aumentar gratidão (.47), generosidade (.42), objetivo na vida (.33) e otimismo (.27).

14.2 Depressão

A gravidade dos sintomas do Transtorno Depressivo Maior, foi avaliada de acordo com o Inventário de depressão de Beck (BDI-II), um instrumento com 21 itens cuja pontuação varia de 0 a 63 pontos e é um dos mais utilizados para avaliar sintomas depressivos. No BDI-II, uma pontuação de 0 a 13, indica depressão mínima ou ausência de depressão, 14 a 19, depressão leve, 20 a 28 depressão moderada e de 29 a 63 depressão grave ou severa (ANUNCIACAO; CAREGNATO; SILVA, 2019). Os participantes da pesquisa, apresentaram sintomas moderados de depressão, com BDI-II médio de 25.3, no início do tratamento, aliás um dos critérios para inclusão na pesquisa.

Ao longo do tratamento, a diminuição da gravidade da depressão foi muito parecida nos dois grupos:

Tabela 2 BDI-II – TCC x TCCR

<i>Escore do BDI-II na linha de base em 4 semanas em 8 semanas em 12 semanas</i>	TCC	TCCR	Média
	25,8	24,8	25,3
	18,9	18,7	18,8
	16,2	14,3	15,25
	12,5	11,2	11,85

Tabela construída pelo autor dessa dissertação

Considerando que segundo Smarr e Keefer (2011), na escala do BDI-II, uma pontuação de 0 a 13, indica inexistência de depressão, ambos os tratamentos alcançaram os objetivos esperados, foram eficientes em tratar a depressão em pacientes religiosos e doentes crônicos. Ficou claro que incluir crenças e práticas religiosas do paciente, não diminui a eficácia da terapia, como sugerido por Power (2012) e Watters (1992).

Consideramos muito importante frisar, a relevância de que profissionais ligados ao tratamento em saúde mental, permitam aos seus pacientes, falar de sua religiosidade em psicoterapia, levando em conta que segundo Stanley et al. (2011), os pacientes manifestam o desejo de ter suas crenças religiosas consideradas e respeitadas. É possível que pacientes, especialmente quando religiosos e fragilizados por uma doença crônica, não procurem por auxílio psicoterapêutico, por temerem não serem ouvidos sobre essas questões.

14.3 Doenças crônicas

Foi utilizado o Índice de Status da Atividade Duke (DASI) com doze itens, para medir como a capacidade funcional e o desempenho dos pacientes foram afetados pela doença crônica na vida diária. Essa escala varia de 0 a 58,2, sendo que o resultado médio alcançado pelos participantes foi de 29,0, indicando uma incapacidade significativa associada à doença. Para avaliar a gravidade da doença nos principais sistemas orgânicos foi usada a Escala de Classificação de Doenças Cumulativas (CIRS) que varia de 0 a 48 e atingiu 6,8, indicando menor gravidade das doenças apresentadas. Comorbidades foram avaliadas usando o Índice de Comorbidade Charlson (CCI), que captura o número de condições clínicas de acordo

com a Classificação Internacional de doenças (CID-10). Os participantes apresentaram uma média de 2 a 3 doenças crônicas.

Tabela 3 Doenças crônicas

<i>DASI</i>	TCC	TCCR	Média
<i>na linha de base</i>	29,1	28,7	28,9
<i>em 12 semanas</i>	28,3	28,1	28,2
<i>em 24 semanas</i>	29,7	28,3	29,0

Tabela construída pelo autor dessa dissertação

Os resultados obtidos através do índice DASI, indicaram que a melhora obtida na depressão, devido ao tratamento psicoterapêutico, não refletiu em melhora na capacidade funcional e no prejuízo do desempenho desses pacientes, causados pelas suas doenças crônicas.

Indivíduos deprimidos com doenças crônicas estão mais propensos a ter resultados clínicos negativos devido às alterações endócrinas e imunológicas que estão associadas à depressão, então, ainda que não tenha havido melhora da capacidade funcional, espera-se que a melhora da depressão impeça que essas alterações piores o estado físico dos pacientes.

Os resultados também foram próximos, quando comparamos a TCC e a TCCR:

*Tabela 4 Gravidade e comorbidades
TCC x TCCR*

	TCC	TCCR	Média
<i>CIRS</i>	6,5	7,1	6,8
<i>CCI</i>	2,7	2,1	2,4
<i>DASI</i>	29,7	28,3	29,0

Tabela construída pelo autor dessa dissertação

14.4 Suporte Social

As subescalas de interação social e suporte subjetivo do índice de apoio social Duke (DSSI) foram usadas para se obter essa medida. Os onze itens do DSSI perguntam sobre o tempo gasto na interação com amigos, vizinhos e familiares,

pessoalmente e por telefone, além de avaliar a satisfação do participante com as interações sociais e o apoio recebido. Pontuação de 11 a 33.

Os resultados foram 22,2 para o grupo de TCC e 22,8 para o grupo de TCCR, bastante parecidos.

14.5 Emoções positivas

14.5.1 Propósito na vida

Foi medido usando o Teste de Propósito na Vida (PIL) com 20 itens, baseado no trabalho de Victor Frankl. Escore de 20 a 140.

Encontrou-se que quanto maior o índice de propósito na vida menores os sintomas de depressão.

14.5.2 Otimismo

Foi usado o Teste de Orientação à Vida (LOT R) com 10 itens, que é uma medida de otimismo disposicional com escore de 0 a 40.

Encontrou-se que quanto maior o otimismo, menor os sintomas de depressão.

14.5.3 Generosidade

Avaliada através da Escala de Generosidade Interpessoal (IGS) de 10 itens, que mede a generosidade em termos de atenção, compaixão, tolerância, auto-extensão, coragem e expressão verbal (faixa de 10 a 40).

Encontrou-se que quanto maior o índice de generosidade menores os sintomas de depressão.

14.5.4 Gratidão

Avaliada usando-se o Gratitude Questionnaire (GQ) de seis itens que mede a gratidão em geral com um escore total de 6 a 42.

Encontrou-se que quanto maior o índice de gratidão menores os sintomas de depressão.

14.6 Análise combinada

Para aumentar o poder de análise e se entender mais acuradamente, as relações entre a religiosidade, sintomas depressivos e as emoções positivas, foi criada uma variável de emoções positivas totais, englobando os aspectos de propósito na vida, otimismo, generosidade e gratidão, resultando numa média de 174,3 com desvio padrão de 26,8 e intervalo de 103 a 236, outra variável de religiosidade total, combinando as medidas de religiosidade, importância da religião, frequência religiosa, atividade religiosa privada, religiosidade intrínseca, experiências espirituais diárias e *coping* religioso total, que alcançou média de 132,1 com desvio padrão de 30,2, numa faixa de 61 a 194. Com esses resultados a pontuação de religiosidade total foi dividida em quintis de mesmo tamanho e as pontuações médias de emoções positivas totais e do BDI em cada uma das cinco categorias de religiosidade total, usando análise de variância (ANOVA). O nível de significância foi estabelecido em $p < 0,05$ sem correção para comparações múltiplas. As análises estatísticas foram feitas usando o SAS, versão 9.3 do SAS Institute da Carolina do Norte.

Os resultados indicaram que, ao contrário do esperado, não houveram associações significativas entre envolvimento religioso e menos sintomas de depressão, exceto que o *coping* religioso negativo eleva os sintomas de depressão. Além disso, a religiosidade também não se mostrou um moderador na relação entre incapacidade funcional e depressão, também ao contrário do esperado, não diminuiu a sensação de incapacidade gerada pela depressão e doenças crônicas. Encontrou-se que a religiosidade está positivamente relacionada com propósito de vida, otimismo, generosidade e gratidão, ou seja, quanto maior a religiosidade a tendência

é que esses mecanismos também sejam mais elevados, podendo influenciar o curso da depressão ao longo do tempo.

14.7 Biomarcadores de Estresse

O Transtorno depressivo maior, tem sido associado a uma série de alterações imunes, endócrinas e pró-inflamatórias que podem afetar adversamente o curso da doença e a resposta aos tratamentos médicos convencionais. Por exemplo, a depressão está associada a aumentos de citocinas pró-inflamatórias (IL-1, IL-12, INF- γ), citocinas monocíticas pró-inflamatórias (IL-6), proteína C reativa e níveis mais baixos de anti-inflamatórios, citocinas Th2 (IL-4, IL-10) (HOWREN; LAMKIN; SULS, 2009 e LEONARD; MYINT, 2009). A citotoxicidade natural das células killer e as respostas linfocitárias aos antígenos também são reduzidas em pacientes com depressão (ZORRILLA et al., 2001).

Os resultados das amostras coletadas ao longo da pesquisa mostraram, ao contrário do esperado, que os sintomas depressivos não se relacionaram aos biomarcadores de estresse e foram inversamente relacionados aos níveis de citocinas pró-inflamatórias. Inesperadamente, práticas e experiências religiosas mostrou relação com citocinas pró-inflamatórias. Os investigadores descobriram que esse efeito foi mediado pela redução dos sintomas depressivos e uma diminuição do cortisol urinário, um hormônio conhecido por afetar adversamente a função imunológica, no entanto, poucas evidências foram encontradas para determinar um padrão consistente de relações entre sintomas depressivos, a religiosidade e os biomarcadores do estresse.

No entanto, é preciso levar em conta que a amostra é pequena, de conveniência, constituída por voluntários, pessoas com doenças crônicas, que fazem uso de uma série de medicamentos, que podem influenciar os níveis de marcadores inflamatórios e os hormônios do estresse. Essas limitações, dificultam a realização de generalizações e associações consistentes, no âmbito dos resultados encontrados nessa pesquisa, entre sintomas depressivos e EPR.

Capítulo 3 – DISCUSSÃO

A sistematização da Terapia Cognitivo-Comportamental, integrando as crenças e práticas religiosas dos pacientes, realizada pelo Prof. Dr. Harold. G. Koenig e equipe, no âmbito do Centro de Espiritualidade, Teologia e Saúde da Universidade Duke, junto a doentes crônicos, religiosos e com depressão, foi um trabalho árduo, que exigiu recursos (fornecidos pela Fundação John Templeton), empenho e comprometimento de muitos profissionais de diferentes áreas e instituições. Foi pensado e realizado, com um cuidado metodológico muito grande, resultando num estudo randomizado, que se preocupou dentre outros muitos aspectos, desde com qual a maneira mais eficaz de fazer o recrutamento dos pacientes que participariam do estudo, elaboração de manuais, treinamento de terapeutas para o tratamento, supervisão, até a coleta de amostras e realização de análises clínicas para identificar possíveis alterações imunes, endócrinas e pró-inflamatórias relacionadas a depressão nesses pacientes.

A única diferença entre a TCC e a TCCR é que a última usa de forma explícita as crenças e práticas religiosas dos pacientes, ao passo que a TCC usa recursos seculares.

Ambas as terapias alcançaram o objetivo maior, que era a remissão do Transtorno Depressivo Maior nos pacientes que foram submetidos à psicoterapia. No entanto, os resultados da pesquisa não apontaram grandes diferenças quando comparadas a TCC e a TCCR, exceto quando o paciente é bastante religioso e de religiosidade intrínseca. Esse fato pode ser considerado auspicioso, na medida em que demonstra que os resultados da TCCR foram tão bons quanto os da TCC convencional, que é considerada especialmente efetiva no tratamento da depressão. Isso é relevante, considerando existirem autores para os quais os aspectos religiosos não contribuem na psicoterapia, pelo contrário, poderiam ser perniciosos, dificultando o processo psicoterapêutico (POWER, 2012; WATTERS, 1992; ELLIS, 1980). Essa pesquisa colabora para que esse tipo de raciocínio seja desconstruído, comprovando que a ideia de que a religião é um empecilho no processo psicoterapêutico não se sustenta.

Alguns aspectos da pesquisa podem oferecer explicações para esses resultados. A metodologia de realização das sessões consistiu de dez sessões, de 50 minutos, aplicadas nos dois grupos, TCC e TCCR, administradas ao longo de 12

semanas. Todas foram realizadas de forma remota, das 940 sessões realizadas, 883 (94%), foram feitas por telefone, 43 (4,5%), por Skype e 14 (1,5%), através de mensagens de texto instantâneas. Considerando terem sido utilizados os mesmos métodos de realização das sessões para as duas modalidades de tratamento, TCC e TCCR, ambas sofreram o mesmo impacto proporcionado por essa escolha metodológica. Segundo os responsáveis pela pesquisa, deveu-se às dificuldades de locomoção, consequência das doenças crônicas apresentadas pelos pacientes. Admitimos que, tanto o deslocamento dos pacientes até os consultórios dos terapeutas, quanto o deslocamento dos próprios terapeutas, considerando o número de 940 atendimentos, resultariam em custos consideráveis, além de exigir um comprometimento maior, tanto por parte dos terapeutas quanto dos pacientes, no âmbito da pesquisa. Apesar disso, e mesmo sabendo que os resultados apresentados pela psicoterapia, em termos de supressão da depressão, foram satisfatórios, ainda assim, consideramos que o atendimento presencial, em consultório, teria proporcionado resultados ainda mais favoráveis, além de permitir aos terapeutas uma percepção mais ampla e abalizada dos efeitos da terapia, para além dos resultados quantitativos colhidos através dos vários testes aplicados. Uma percepção e análise qualitativa que teria sido bastante importante como parâmetro para os atendimentos realizados especialmente no que diz respeito aos impactos da metodologia utilizada para incluir as crenças religiosas dos pacientes na psicoterapia.

Hoje, graças aos avanços tecnológicos, com os smartphones, notebooks com câmeras integradas e a possibilidade das vídeo-chamadas, como ficou claro com os atendimentos feitos “on-line” durante a pandemia de Covid-19, a realidade poderia ser diferente, mas naquela época, a psicoterapia sem interação com o paciente, através de imagem, apenas pela voz ou por mensagens digitadas, pode ter sido um problema que afetou os resultados dos tratamentos. Uma revisão sistemática mostrou que há pouca evidência, ainda, da eficácia do atendimento por telefone para o tratamento de transtornos mentais e a evidência existente é incerta (LEACH; CHRISTENSEN, 2006). De qualquer modo, um estudo verificou que o atendimento por telefone é eficaz na diminuição de recidiva de tentativas de suicídio (EXBRAYAT et al., 2017). Recentemente, outra investigação identificou que o aconselhamento espiritual por telefone, oferecido por capelães, foi bem aceito por pacientes oncológicos. Os autores

reconheceram que se trata de uma intervenção relativamente nova e que mais estudos são necessários para refinar sua implementação (SPRIK et al., 2020).

Outro fator importante diz respeito à elaboração dos manuais, especialmente uma superestimação do impacto de alguns conceitos utilizados. Os manuais de tratamento da TCCR foram desenvolvidos considerando que os principais ensinamentos das diversas religiões, conforme são assimilados pelos pacientes, geram pensamentos que influenciam, quando não determinam, suas emoções e comportamentos. Por exemplo, na tradição judaica, o rei Salomão escreveu: "... pois como ele pensa em seu coração, ele também é" (Provérbios 23: 7). Na tradição cristã, a "metanoia" significa literalmente "mude de ideia" ou "mude o que você pensa", que a Bíblia traduziu como "se arrependa" (Mateus 4: 17). O Islã também ensina essa noção: "Certamente Deus não muda a condição de um povo até que ele mude sua própria condição" (Alcorão 13: 11). Os autores também consideraram, quando da elaboração dos manuais, que as visões de mundo e os sistemas de valores das pessoas religiosas se fundamentam nas escrituras sagradas da sua religião, e que para esses indivíduos, essas escrituras são usadas para ajudar a formar um pensamento mais adaptável e adequado, inconsistente com a depressão. Na TCCR, os pacientes poderiam ser ensinados a usar os princípios positivos, encontrados nas escrituras das suas religiões, para substituir os pensamentos negativos e inadequados, promovendo saúde mental através da Memorização das Escrituras e Oração Contemplativa. Tudo isso parece bastante plausível, mas será que a forma usada pelos pesquisadores foi adequada para que esses objetivos pudessem ser alcançados? Os terapeutas forneceram aos pacientes uma passagem das escrituras considerada relevante para o tópico da sessão. Por exemplo, a terceira sessão se concentra na meditação com o objetivo de gerenciar sentimentos de angústia. No manual hindu da TCCR, foi solicitado ao paciente que memorizasse a seguinte passagem: "Que ele (homem sábio) sinta-se concentrado em Mim (Deus)..." (Bhagavad Gita, cap. 2, v 61). Da mesma forma, no manual da TCCR budista, os pacientes foram orientados a "memorizar" essa passagem: "Meditação traz sabedoria; falta de meditação leva a ignorância. Saiba bem o que o leva adiante e o que o impede, e escolha o caminho que leva à sabedoria" (Dhammapada 282). Os terapeutas solicitaram aos pacientes que memorizassem a passagem e sugeriram que quanto mais ensinamentos positivos da sua tradição religiosa eles conseguissem memorizar,

mais fácil seria confrontar e mudar seus pensamentos negativos, inadequados. Consideraram que os pacientes, em sendo ensinados a meditar nessas passagens, se lembrariam e aplicariam esses pensamentos.

Talvez os idealizadores desses manuais tenham superestimado o impacto desses ensinamentos nos pacientes, para provocar mudanças nos seus pensamentos/comportamentos, pelo menos da forma como foram utilizados na terapia. Parece-nos que não levaram em consideração que nem todos os pacientes consideram as passagens escolhidas relevantes, a ponto de que essas se transformem em referência, e mudem sua forma de pensar e agir. Caso isso não aconteça, os efeitos desejados pelos terapeutas não serão alcançados, e num tratamento que tem um número de sessões determinado, o insucesso de uma ou mais sessões pode influenciar todo o tratamento. Talvez o fato do Centro para Espiritualidade, Teologia e Saúde ter na teologia um aspecto fundamental e os manuais terem sido elaborados a partir desse ponto de vista, tenha influenciado nos resultados da aplicação da psicoterapia. O Centro foi fundado em 1998, com o apoio da Fundação John Templeton, e tem como objetivo conduzir pesquisas sobre as relações entre religião, espiritualidade e saúde, treinar outros para fazê-lo, interpretar as pesquisas para aplicações clínicas e sociais, explorar o significado dos resultados das pesquisas, dentro do contexto das posições teológicas e discutir como essas posições teológicas podem contribuir para os projetos de pesquisas futuras. Considerando que o teólogo desenvolve seu raciocínio a partir do ponto de vista da religião, tomando os conteúdos contidos em sua doutrina como verdades, enquanto que os frequentadores da religião, nesse caso os pacientes, podem não entender, perceber, esses preceitos da mesma forma, podem não viver sua religiosidade da mesma maneira. Vimos com Allport (1967), que alguns vivenciam sua religiosidade de forma intrínseca e outros de forma extrínseca, alguns possuem alto grau de envolvimento e dedicação à sua religião, são nucleares, na visão de Fichter (1954). Lembrando que segundo Allport, apenas 10% das pessoas que se dizem religiosas, têm essa orientação, sendo que, se assim for, dificilmente as passagens religiosas citadas anteriormente teriam tanta relevância, a ponto de transformar pensamentos e comportamentos para essas pessoas. Apesar disso, um estudo recente identificou que tanto a religiosidade extrínseca quanto a intrínseca se relacionou com marcadores

fisiológicos de saúde (SHATTUCK et al. 2020). Mais estudos são necessários para aclarar essas diferenciações.

Uma vez que os indivíduos atravessando uma crise de fé e aqueles que trafegam sem definição por múltiplos contextos religiosos costumam pontuar mais em indicadores psicopatológicos (PERES et al., 2020), protocolos específicos, ou recomendações gerais para adaptação dos protocolos de tratamento propostos, precisariam ser pensadas para esses casos. Nesse sentido, seria interessante avaliar a prevalência das características religiosas/espirituais apresentadas por pacientes em processo psicoterapêutico de modo a pensar protocolos que respondam a essas demandas, ao invés de adaptar os protocolos a condições pré-estabelecidas ou mais acessíveis para pesquisa. Mais uma vez, aqui, as ferramentas de pesquisa da Ciência da Religião seriam de importância fundamental para a compreensão dos fenômenos em análise.

Também devem ser consideradas as diferenças intra-religiosas. Como indicado anteriormente, um dos desafios encontrados na aplicação dos manuais são os vários subgrupos existentes em todas as religiões. O grupo de pesquisa tomou o cuidado de diferenciar sunitas e xiitas, no caso do islã, construindo manuais diferentes, mas e as inúmeras vertentes budistas, ou a infinidade de tradições abrigadas sobre esse “guarda chuva” imenso, a que chamamos de cristianismo? Some-se a isso o desconhecimento dos terapeutas a cerca de tradições religiosas diferentes da sua. Para tentar sanar esse desafio, os manuais incluem alguns diálogos para serem usados pelos terapeutas, instruções e notas colocadas ali pelos que desenvolveram os manuais, no entanto, é perfeitamente crível que os terapeutas tenham tido dificuldade para vincular conteúdo a crenças que desconhecem, de forma empática e conseguindo com que o paciente ressignificasse os pensamentos e crenças disfuncionais. Provavelmente, isso fez com que o resultado esperado em uma sessão específica simplesmente não tenha sido alcançado.

Outra reflexão interessante seria sobre o porque de terem sido desenvolvidos manuais para tantas religiões, quando consideramos o pequeno número de pacientes não cristãos que participaram da pesquisa, 7 budistas, 5 judeus, 3 hindús e 1 do islã, em face de 116 cristãos, implicando o emprego, talvez desnecessário, de investimentos vultosos, em termos de tempo e recursos financeiros. Pode ser que tenha sido uma tentativa de não dar à TCCR uma conotação de psicoterapia cristã,

psicologia pastoral, psicologia religiosa, no sentido de uma psicologia teológica cristã. Belzen (2009, p. 2) nos lembra que “nem tudo o que é psicológico na religião é, de fato, Psicologia da Religião” e que Psicologia da Religião não significa psicologia religiosa, aliás, como foi designada equivocadamente, por muito tempo. A Psicologia não pertence, não é parte, não articula, ou deve servir à perspectiva de qualquer religião específica. A Psicologia da Religião faz uso de teorias, métodos e técnicas para a análise e compreensão da religiosidade de qualquer religião. Sob esse aspecto permitimo-nos, ou quem sabe ousamos, discordar de Belzen, quando o autor afirma que a Psicologia da Religião tem a religião como objeto, pois entendemos que a religião seja objeto de pesquisa para a Ciência da Religião. A Psicologia da Religião tem como objeto as relações e o impacto que a religião e os fenômenos e experiências religiosas têm sobre o ser humano, sobre a psiquê humana. Apesar disso, concordamos que os estudos sobre a religião devam ser feitos de forma tão distanciada quanto possível, como as demais disciplinas acadêmicas que se debruçam sobre a religião, História, Antropologia, Sociologia, Geografia, Economia, dentre tantas outras.

Talvez os conceitos de religiosidade intrínseca e extrínseca, *coping* religioso e a grande variação no engajamento dos vários indivíduos à religião, formando uma colcha de retalhos, em que o indivíduo assimila o que lhe convém sem maiores vínculos a esta ou aquela tradição, tenha impacto substancial na forma como esses sujeitos entendem ou significam os “versículos para memorizar” e os conteúdos religiosos inseridos nos manuais. É possível que o mais adequado e eficaz não seja focar na elaboração de manuais, mas em uma sistematização das respostas dadas, por cada um dos pacientes, nos questionários aplicados anteriormente, além de uma anamnese adequada, que inclua os aspectos religiosos e espirituais, aferindo e indicando quais são as crenças e práticas mais relevantes para cada paciente em particular, de maneira que essas crenças possam ser utilizadas, no processo psicoterapêutico, de modo a entender como essa pessoa usa a sua religiosidade/espiritualidade para lidar com os agentes estressores do dia a dia. Afinal, ajudar os pacientes na integração de suas próprias crenças religiosas, comportamentos e recursos, de maneira hábil e apropriada, é o coração da TCC com a religiosidade e espiritualidade integrada.

Outro fator importante a ser considerado é se incluir crenças religiosas dessa forma “pasteurizada” em um manual de tratamento faz mesmo sentido. Será que a subjetividade, individualidade, desafios e crenças pessoais de cada sujeito, pode mesmo ser “manualizada” desconsiderando que o processo psicoterapêutico, para tratamento de um transtorno mental implica interação, confiança e vínculo entre terapeuta e paciente, em que identificar quais são as crenças mais importantes “do” e “para” o paciente, para que possam ser consideradas e trabalhadas, é um trabalho que deve ser realizado de forma específica e personalizada.

Também mereceria um cuidado especial, o treinamento dos terapeutas. Para que os manuais possam ser usados apenas como referência, eles precisariam ser treinados em como realizar a investigação para levantamento das crenças mais relevantes no tratamento de cada paciente, como fazer essa identificação e como usá-las em favor do paciente, sem ficar limitado pela rigidez de um manual.

Talvez mais importante do que incorporar teologia aos manuais de tratamento, seja levar em consideração as crenças religiosas e espirituais do paciente sem “engessar” a sessão terapêutica, especialmente quando se tem um número determinado de sessões, em terapia breve. Quando o paciente for bastante religioso, e essa teologia realmente fizer sentido para ele, como atesta essa pesquisa, isso funcionará, mas para poucos, considerando o universo mais amplo dos que precisam da psicoterapia.

Para além de uma psicoterapia que utilize passagens religiosas para serem memorizadas e inclua num processo psicoterapêutico como o da TCC, que é estruturado, breve e quando aplicado num ambiente específico como o ambiente clínico hospitalar, costuma ter um número de sessões restrito e determinado, excessivamente exíguo, nem sempre suficiente, seja mais interessante, ao invés de integrar os aspectos religiosos da maneira como foi feita, que esses aspectos, sejam considerados e façam parte processo psicoterapêutico. Fazer com que aspectos como fé, crenças e experiências religiosas e espirituais do paciente possam ser verbalizados, expostos pelo paciente sem temor de julgamento. Perguntar sobre suas crenças religiosas, permitir, incentivar que ele fale sobre elas, que possa expor suas preocupações relacionadas a sua religião, sua fé, seus valores transcendentais e ouvir com cuidado, com respeito, sem pré julgamentos.

Considerar as crenças, práticas e experiências religiosas dos pacientes em geral, no processo psicoterapêutico, desde que com a anuência do paciente, é de fundamental importância, na medida em que fazem parte do universo cultural, familiar e social desses pacientes. No entanto, esperar que a inclusão dessas crenças R/E, resulte em diferenças numéricas expressivas, nos resultados dos tratamentos, apenas porque esses pacientes se disseram religiosos, não parece adequado. Isso porque, o “*quantum*” e o “*qualitatum*” de religiosidade/espiritualidade que as pessoas possuem, varia bastante, e apesar das inúmeras tentativas de quantificação, continua bastante difícil uma avaliação precisa. Se, apenas parte das pessoas que se consideram religiosas, têm nas suas crenças R/E, determinantes da sua conduta, isso explica porque os números encontrados nos resultados da aplicação da TCC com a religiosidade integrada, quando confrontados com a TCC convencional, não são tão diferentes, ou apresentam diferença apenas nos pacientes que se dizem muito religiosos os “*intrínsecos*”. Para esses sim, poderíamos esperar uma diferença robusta. Isso não significa que devemos desconsiderar a importância da integração das crenças R/E na psicoterapia; primeiro, porque os pacientes manifestam o desejo de serem ouvidos também no que diz respeito a essas questões (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006) e ainda estamos muito longe de termos psicólogos e psicoterapeutas com o conhecimento e treinamento necessários para esse “fazer psicológico”, em que as crenças R/E dos pacientes são consideradas com respeito, valor, atenção, abstendo-se o terapeuta de julgamentos, tendo pleno conhecimento das próprias crenças R/E, de maneira a não permitir que elas influenciem no tratamento do seu paciente.

Além disso, parece muito importante que o cientista da religião assuma o seu papel e as suas tarefas quando se estuda, pesquisa e se trabalha com religiosidade/espiritualidade e saúde. Como já foi dito anteriormente, o cientista da religião poderia ter tido um papel bastante importante no desenho desse estudo e, especialmente, colaborado de forma fundamental na elaboração dos manuais de tratamento. Sua formação o torna um profissional adequado e qualificado para essa tarefa, devendo fazer parte das equipes interdisciplinares e/ou multiprofissionais quando se envolve Religiosidade, Espiritualidade e Saúde Mental.

Uma reflexão interessante, envolve discutir se o modelo linear de protocolos, desenvolvidos para afiliações religiosas diferentes, como pensado por Koenig e

colaboradores, faria sentido num país como o Brasil, que tem características peculiares relacionadas com a identidade religiosa, o trânsito religioso, o sincretismo, o hibridismo religioso etc. Segundo Yseeldyk et al. (2010), identidade religiosa é definida em termos da relação do indivíduo com sistemas de crenças específicos e grupos religiosos, mas essa relação não é estática, pelo contrário, parecem bastante dinâmicas, e nesse cenário o indivíduo experimenta diferentes opções com gostos e sabores religiosos diferentes numa grande praça de alimentação espiritual, marcada por escolhas individuais em que os sujeitos se servem, não se convertem, é o pluralismo religioso, o sincretismo (STREIB; KELLER, 2004). A identidade religiosa brasileira tem no hibridismo religioso uma característica importante, um elemento daquilo que os cientistas sociais chamam de religiosidade popular, marcada pela incorporação de práticas de determinada religião por outras, percebido no sincretismo entre a umbanda e o espiritismo, umbanda e catolicismo, independente de alterações nas afiliações religiosas (MORELLO, 2019). Afinal a identidade cultural brasileira foi formada pela combinação de diferentes expressões culturais provindas de uma diversidade imensa de culturas (FERRETI, 2001).

Como lidar, no âmbito de manuais terapêuticos, voltados para determinada religião, com o fenômeno da múltipla pertença religiosa em que um indivíduo diz possuir mais de uma religião frequentando contextos religiosos diferentes? De acordo com o último censo, 13% da população brasileira afirmou ter mais de uma religião (IBGE, 2010), considerando que o número daqueles que transitam por religiões diferentes, mas quando perguntados não relatam isso, deve ser bastante superior (MARALDI et al, 2020; MARALDI; DIAS, 2019). Como lidar com esse grupo, no contexto dos manuais?

Isso sem falar sobre a espiritualidade sem religião, a qual não seria plenamente contemplada pelo protocolo desenvolvido por Koenig e colaboradores, mas que é um fenômeno crescente em diferentes países (MARALDI, 2020). De novo, a importância de personalizar o tratamento.

15 Considerações finais

Esse trabalho, se debruçou sobre a pesquisa realizada pelo Prof. Dr. Harold Koenig e sua equipe, no âmbito do Centro de espiritualidade, teologia e saúde da Universidade Duke, com o objetivo de conhecer, analisar e apresentar essa pesquisa ao público brasileiro, especialmente para àqueles que se interessam pelo impacto que a religião, religiosidade e a espiritualidade podem ter, no tratamento em saúde mental. A pesquisa desenvolvida por eles, foi um ensaio clínico randomizado, multicêntrico, realizada em dois locais nos Estados Unidos da América, o Sistema de Saúde da Universidade Duke, situado na região do Triângulo da Carolina do Norte e o Centro Médico Adventista de Glendale em Los Angeles. Teve como propósito desenvolver uma terapia psicológica, de base cognitivo-comportamental, que incorporasse crenças e experiências religiosas e espirituais aos manuais de tratamento e ao processo psicoterapêutico, envolvendo protocolos de tratamento para religiosos das cinco maiores religiões mundiais: cristianismo, judaísmo, budismo, hinduísmo e islã, para o tratamento da depressão, na comparação com a psicoterapia convencional e na reversão de alterações fisiológicas induzidas pela depressão, em pacientes religiosos com doenças crônicas. Uma psicoterapia baseada em manuais, previamente elaborados, a serem utilizados em um protocolo de tratamento envolvendo 10 sessões de 50 a 60 minutos, realizadas ao longo de 12 semanas, remotamente, por telefone em sua maioria (94%). Se inscreveram para participação na pesquisa 385 pessoas, após entrevistas e testes nos quais esses indivíduos foram avaliados de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão da pesquisa, restaram 132 pacientes que foram randomizados para TCC (n=67) e TCCR (n=65). Os resultados indicaram que a TCCR foi tão eficaz quanto a TCC, na remissão da depressão, indicando uma pequena taxa superior de sucesso, quando esses pacientes possuem religiosidade intrínseca, são nucleares. Não foi encontrado nenhum padrão de associação claramente discernível entre experiências e práticas religiosas (EPR) e citocinas inflamatórias, ou marcadores de hormônios do estresse, entre as análises clínicas, feitas no âmbito dessa pesquisa.

O presente trabalho considerou apenas o protocolo de Koenig e colaboradores, mas outros esforços também valeriam a pena ser conhecidos, na medida em que pacientes religiosos procuram por psicoterapia que integre valores R/E, enquanto que

outros são reticentes em revelar dificuldades e desafios pessoais relacionados com R/E, em ambientes terapêuticos que consideram seculares, por temor de serem julgados. Por exemplo, o trabalho de Captari et al. (2018), que fez uma metanálise, examinando a eficácia do tratamento personalizando as crenças e valores R/E dos pacientes. Compararam a eficácia da psicoterapia que considera a R/E com tratamentos seculares alternativos. Parece terem encontrado, que a psicoterapia adaptada resultou em melhoria no funcionamento psicológico dos clientes quando comparada com nenhum tratamento e/ou com psicoterapias seculares.

Analisando a pesquisa realizada por Koenig e equipe, com elogio ao rigor metodológico e amplitude do trabalho realizado, parece-nos importante enfatizar que, para além de esforços no sentido de incorporar crenças e experiências religiosas em manuais de tratamento, o que se mostra verdadeiramente importante é considerar os aspectos religiosos, espirituais dos pacientes no processo psicoterápico, sem aguardar que eles nos tragam essas demandas para que então nos debruçemos sobre essas questões. Se a religiosidade/espiritualidade é considerada algo importante, que faz parte do dia a dia da população brasileira (e de muitos outros países), como tem sido exaustivamente demonstrado, por esse trabalho e tantos outros, então se faz necessário incorporar esses conceitos ao fazer psicológico, ao trabalho psicoterapêutico, instruindo, instrumentalizando e incorporando esses aspectos à anamnese inicial, questionando, incitando e permitindo aos pacientes que manifestem suas experiências, dificuldades, confusões, desafios, de ordem religiosa/espiritual, no processo terapêutico, para que não precisem temer serem julgados, patologizados, rotulados e “diagnosticados”. É certo, todavia, que esses questionamentos devem prosseguir apenas na medida em quem se mostrarem relevantes ao paciente e com sua concordância.

Que esforços sejam realizados, no sentido de que os profissionais que lidam com saúde mental, sejam e estejam, mais preparados para lidar com os aspectos religiosos/esperituais dos pacientes, com ética, respeito e profissionalismo.

A utilização de protocolos muito estruturados nos parece dificultar a personalização do atendimento a cada paciente e desconsidera fenômenos complexos como múltiplos pertencimentos e trânsito religioso, hibridismo, crises de fé e processos de desconversão religiosa (ENSTEDT et al., 2020), bem como o crescente fenômeno da espiritualidade sem religião. Há pouca consideração, ainda,

de outros fatores, como diferenças culturais e denominacionais no interior de uma mesma afiliação religiosa. Concluimos reconhecendo a importância da dimensão religiosa/espiritual na psicoterapia e apontando a importância de se considerar os aspectos levantados no desenvolvimento de pesquisas e protocolos de atendimento futuros.

Consideramos importante indicar as limitações do nosso levantamento. Foi realizada uma revisão narrativa crítica, mas uma meta-análise ou revisão sistemática seria importante para aprofundar as análises e trazer mais sustentação às observações feitas. Importante considerar também, em estudos futuros, as implicações éticas dos protocolos mencionados. Em que medida esse protocolo seria aplicável no contexto brasileiro, em vista das normas do código de ética profissional do psicólogo? É fundamental que pesquisas futuras, sobretudo aquelas voltadas a verificar a eficácia desse tipo de psicoterapia com a religiosidade integrada, considerem o quanto esses protocolos respeitam, ou não os critérios definidos em cada país ou contexto, considerando as particularidades culturais envolvidas. Essa reflexão, tão importante, renderia um trabalho à parte, que esperamos abordar futuramente, em um artigo ou capítulo de livro com base no material levantado e discutido aqui. Outra perspectiva futura interessante, poderia ser o desenvolvimento de uma TCC mais social e culturalmente sensível, pensando, por exemplo, em grupos religiosos vulneráveis, como pessoas sem poder aquisitivo, analfabetos que não podem/conseguem usufruir de uma psicoterapia baseada em leituras e memorizações, atendimentos muito estruturados...

Ainda assim, a despeito dessas limitações, espera-se que a pesquisa realizada possa contribuir para a discussão crescente acerca do papel da religiosidade/espiritualidade na psicoterapia, e na aproximação da ciência da religião da saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALLPORT, Gordon Willard; ROSS, J. Michael. Personal Religious Orientation and Prejudice. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 5, n. 4, p. 432-443, 1967.

ANUNCIACAO, Luis; CAREGNATO, Maricy; SILVA, Flávio Soares Correa da. Aspectos psicométricos do Inventário Beck de Depressão-II e do Beck Atenção Primária em usuários do Facebook. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 2, p. 83-91, jun 2019.

ARMENTO, Maria Elizabeth Anne. **Behavioral activation of religious behaviors: treating depressed college students with a randomized controlled trial**. 2011. 100 f. Dissertation (Doctor of Philosophy) – University of Tennessee. Tennessee, 2011.

BECK Aaron. T. e al. An inventory for measuring depression. **Arch Gen Psychiatry**, v. 4, p. 561–571, 1961.

BECK, Aaron. T. et. al. **Cognitive therapy of depression**. New York, NY: Guilford Press, 1979.

BECK, Aaron. T. et. al. **Terapia cognitiva da depressão** (S. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed, 1997.

BECK, Institute. História da Terapia Cognitivo-Comportamental. 2020. Disponível em: <<https://beckinstitute.org/about-beck/history-of-cognitive-therapy/>>, Acesso em 29 nov. 2020.

BECK, Judith S. **Cognitive therapy for challenging problems**. New York, NY: Guilford Press, 2005.

BECK, Judith S. **Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática**. 2. ed. Porto Alegre: Atmed, 2013.

BELLAMY. et al. Relevance os spirituality for people with mental illness attending consumer-centered services. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, v. 30, n. 4, p. 287-294, 2007.

BELLINGER, Denise L. et al. Religious Involvement, Inflammatory Markers and Stress Hormones in Major Depression and Chronic Medical Illness. **Open Journal of Psychiatry**, v. 4, p. 335-352, 2014.

BERRY, D. Does religious psychotherapy improve anxiety and depression in religious adults? A review of randomized controlled studies. **International Journal of Psychiatric Nursing Research**, v. 8, p. 875–890, 2002.

BEST, Megan; BUTOW, Phyllis; OLVER, Ian. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature reviews. **Patient Education and Counseling**, v. 6, p. 1320-1328, 2015.

BÍBLIA. Português. **A Bíblia sagrada**: Antigo e novo testamento. Tradução de João Ferreira de Almeida. Brasília, DF: Sociedade bíblica do Brasil, 1969.

BOFF, Clodovis. **Teoria do método teológico**. 2. ed. revista. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 30-31.

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

BUSTAMANTE, Natália. Universidade Duke. 2020. Disponível em: <https://www.estudarfora.org.br/duke-university/>. Acesso em 09 dez. 2020.

CAPTARI, Laura E. et al. Integrating clients' religion and spirituality within psychotherapy: A comprehensive meta-analysis. **Journal of clinical psychology**, v. 74, n. 11, p. 1938-1951, 2018.

CHARLSON Mary et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies. **Journal Chronic Disease**. v. 40, p. 373-383, 1987.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA SÃO PAULO. **Relatório síntese das discussões dos seminários estaduais Psicologia, Laicidade e as relações com a Religião e a Espiritualidade**. São Paulo. 2016.

CORRÊA, Cairu Vieira; BATISTA, Jeniffer Soley; HOLANDA, Adriano Furtado. Coping Religioso/Espiritual em processos de saúde e doença: Revisão da produção em periódicos brasileiros (2000-2013). **Revista Psico-FAE: Pluralidades em saúde mental**. Curitiba, v. 5, n. 1, p. 61-78, 2016.

COSTA, Marianna; SIQUEIRA, Janaína; RESENDE, Pedro Henrique Costa de. Psicoterapia integrada à espiritualidade. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 44, n. 4, p. 481-489, out./dez. 2018.

CRUMBAUGH, James C.; MAHOLICK, Leonard T. Na experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neuroses. **Journal of clinical psychology**, v. 20, p. 589-596, 1964.

DAHER, Noha et al. Effects of Religious vs. Conventional Cognitive-Behavioral Therapy on Purpose in Life in Clients with Major Depression and Chronic Medical Illness: A Randomized Clinical Trial. **International Journal of Existential Psychology & Psychotherapy**, v. 6, n. 1, 2016.

DAHL, Johan et al. The plasma levels of various cytokines are increased during ongoing depression and are reduced to normal levels after recovery. **Psychoneuroendocrinology**, v. 45, p. 77-86, 2014.

DALGALARRONDO, Paulo. **Religião, Psicopatologia e Saúde Mental**. Porto Alegre: Atmed, 2008.

DEL PORTO, José Alberto. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 06-11, maio de 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=en&nrm=iso>. acesso em 02 de dezembro de 2020. <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000500003> .

DURKHEIM, Émile. As formas elementares da vida religiosa. In: DURKHEIM, Émile. **Os Pensadores**. São Paulo: Abril Cultural, 1912/1978.

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

ELLIS, Albert. **Reason and emotion in psychotherapy**. New York: Lyle Stewart, 1962.

ELLIS, Albert. Psychotherapy and atheistic values: A response to A. E. Bergin's "Psychotherapy and Religious Values." **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 48, p. 635-639, 1980.

ENSTEDT Daniel, LARSSON Göran, MANTSINEN Teemu T. Leaving religion: introducing the field. In: Enstedt D, Larsson G, Mantsinen TT (eds) **Handbook of leaving religion**. Leiden, Brill, p. 1–9, 2020.

ESPERANDIO, Mary Rute Gomes et al. Psicologia da Religião no Brasil: maturidade com vigor de juventude aberta aos desafios. In: ESPERANDIO, Mary Rute Gomes et al. **Psicologia Cognitiva da Religião no Brasil**: Estado atual e oportunidades futuras. Curitiba: Crv, 2019, p. 11-15.

EXBRAYAT, Sophie et al. Effect of telephone follow-up on repeated suicide attempt in patients discharged from an emergency psychiatry department: a controlled study. **BMC Psychiatry** v.17, n. 96, 2017.

FERRETTI, S. F. Notas sobre o sincretismo religioso no Brasil – modelos, limitações e possibilidades. **Revista Tempo**, v. 6, n. 11, p. 13-26.

FISHTER, Joseph Henry. **Social relations in the urban parish**. Chicago: University of Chicago Press, 1954.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida et. al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 446-455, 2003.

FLOURNOY, Theodore H. **Les principes de la psychologie religieuse**. London: Williamsand Norgate, 1903.

FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 21, n. 3, 219-239, set. 1980.

FOWLER, James W. **Estágios da fé: psicologia do desenvolvimento humano e busca de sentido**. São Leopoldo: Sinodal, 1992.

FRANCO, Clarissa De. Espiritualidades seculares, ateísmos e equívocos sobre o Estado laico. **Revista Senso**, n. 3, Belo Horizonte, ago/set. 2017.

FREITAS, Marta Helena de. Psicologia Religiosa, psicologia da religião/espiritualidade, ou psicologia e religião/espiritualidade? **Revista Pistis & Praxis, Teologia e Pastoral**. Curitiba, v. 9, n. 1, 89-107, jan./abr. 2017.

FREUD, Sigmund. (1907). **Atos obsessivos e práticas religiosas**. Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, vol. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GARTLEHNER, Gerald. et al. Second generation antidepressants in the pharmacologic treatment of adult depression: An update of the 2007 comparative effectiveness review. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. **Comparative Effectiveness Reviews**, n. 46, 2011.

GERMER, Christopher K.; SIEGEL, Ronald D.; FULTON, Paul R. **Mindfulness and psychotherapy**, 2 ed. Guilford Press, 2013.

HARRISON, Myleme O. et al. The epidemiology of religious coping: a review of recent literature. **International Review of Psychiatry**. v.13, n. 2, 86-93, 2001.

HILL, Peter C., PARGAMENT, Kenneth L. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. **American Psychologist**, 58, 64–74, 2003.

HLATKY Mark A. et al. A brief self-administered questionnaire to determine functional capacity (the Duke Activity Status Index). **Am J Cardiol**. 64:651–654, 1989.

HOGUE Dean R. Avaliated intrinsic religious motivation scale. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 11, p. 369-376, 1972.

HODGE, David R. Spiritually modified cognitive therapy: a review of the literature. **Social Work**, v. 51, n.2, p. 157-166, 2006.

HOCK, Klaus. **Introdução à Ciência da Religião**. São Paulo: Loyola, 2010.

IBGE [INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA]. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf>, Acesso em: 17 nov. 2020.

IPTC [INSTITUTO PARANAENSE DE TERAPIA COGNITIVA]. Aaron Beck – Quem é o criador da Terapia Cognitivo-Comportamental.2020. Disponível em <<https://iptc.net.br/aaron-beck/>>, Acesso em: 29 nov. 2020.

JOHNSON, W. B.; RIDLEY, C. R. Brief christian and non-christian rational-emotive therapy with depressed christian clientes: an exploratory study. **Conseling and values**, v. 36, n. 3, p. 220-229, 1992.

KOENIG Harold G, et al. Abbreviating the Duke Social Support Index for use in chronically ill elderly individuals. **Psychosomatics**, v. 34, p. 62-69, 1993.

KOENIG Harold G.; MEADOR K G.; PARKERSON G. Religion index for psychiatric research. **American Journal of Psychiatry**, v. 154, p. 885-886, 1997.

KOENIG, Harold G. **The handbook of religion and health**: a century of research reviewed. Oxford: Oxford University, 2001.

KOENIG, Harold G. **Medicina, Religião e Saúde**: O encontro da ciência e da espiritualidade. Trad. de Iuri Abreu. Porto Alegre: L & PM, 2012.

KOENIG, Harold G. Um poder invisível da fé. **Veja**, São Paulo, n. 2290, p. 17-21, 10 out. 2012. Entrevista concedida a Fernanda Allegretti.

KOENIG, Harold G. Religious versus Conventional Psychotherapy for Major Depression in Patients with Chronic Medical Illness: Rationale, Methods, and Preliminary Results. **Depression Research and Treatment**, p. 1-11, 2012.

KOENIG, Harold G. et al. Effects of religious versus standard cognitive-behavioral therapy on optimism in persons with major depression and chronic medical illness. **Depression and Anxiety**, v. 32, p. 835-842, 2015.

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

KRAUSE, Neal. Religious involvement, gratitude, and change in depressive symptoms over time. **International Journal for the Psychology of Religion**, v. 19, p. 155–172, 2009.

LACOSTE, Jean-Yves. **Dicionário Crítico de Teologia**. São Paulo: Paulinas, 2004.

LANDERMAN Richard et al. Alternative models of the stress buffering hypothesis. Am **American Journal of Community Psychology**. v. 17, n. 5, p. 625-642, 1989.

LEACH, Liana S.; CHRISTENSEN, Helen. A systematic review of telephone-based interventions for mental disorders. **Journal of Telemedicine and Telecare**. v. 12, n. 3, p. 122-129, 2006.

LEITE, Imelidiane Silva; SEMINOTTI, Elisa Pinto. A Influência da Espiritualidade na Prática Clínica em Saúde Mental: Uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 2, p. 189-196, 2013.

LIBANIO, João Batista; MURAD, Afonso. **Introdução à teologia**. Perfil, enfoques, tarefas. São Paulo: Loyola, p. 67-72, 1996.

LINN, Bernard S.; LINN, Margaret W.; GUREL Lee, Cumulative Illness Rating Scale. **Journal of American Geriatric Society**. v. 16, p. 622-626, 1968.

LORENZI, Cristina. 5-HT 1A polymorphism and self-transcendence in mood disorders. **American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics)**, v. 137, n. 1, p. 33-35, 2005.

LOUSADA, Márcia Gouvêa. **A espiritualidade na obra de autores da psicologia, saúde e educação**. 2017. 351 f. Tese (Doutorado em educação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero. Spirituality, Religion, and Health: Over the Last 15 Years of Field Research (1999–2013). **The International Journal of Psychiatry in Medicine**. v. 48, p. 199-215, Dec. 2014.

MARALDI, Everton de Oliveira. Informações do Verbete: Experiência religiosa. **Dicionário de Ciência da Religião**. A ser lançado. Em fase de elaboração.

MARALDI, Everton de Oliveira. **Princípios de Psicologia da Religião**: as contribuições de Théodore Flournoy e outros pais fundadores. Osasco: Ramalho edições acadêmicas, 2020. 209 p.

MARALDI, Everton de Oliveira et al. **The dynamics of religious mobility**: investigating the patterns and sociodemographic characteristics of religious affiliation and disaffiliation in a Brazilian sample. *International Journal Latin American Religion*, 2020.

MARALDI, Everton de Oliveira; DIAS, Rosimar José de Lima. A dinâmica da identidade religiosa no Brasil em perspectiva cognitiva. In ESPERANDIO, Mary Rute Gomes et al. **Psicologia Cognitiva da Religião no Brasil**: Estado atual e oportunidades futuras. Curitiba: Crv, 2019, p. 75-87.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Atlas, 2018. 239 p.

MCCULLOUGH Michael G.; EMMONS Robert A.; TSANG Jo-Ann. The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 82, p. 112-127, 2002.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold G. Religiosidade e saúde mental: uma revisão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, pág. 242-250, set. de 2006.

MORELLO, G. Why study religions from a Latin American sociological perspective? An introduction to religious issue, "religion in latin America, and among latinos abroad". **Religions**, v. 10, n. 399, p. 1-12, 2019.

NEWPORT, Frank. Cinco descobertas importantes sobre religião nos Estados Unidos. **News Gallup**, 23 dez. 2016. Disponível em: <https://news.gallup.com/poll/200186/fivekeyfindingsreligion.aspx?q_source=RELIGION&q_medium=search&q_campaign=tiles>, Acesso em: 18 nov. 2020.

NIEUWSMA, Jason A. et al. Brief psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 43, p. 129-151, 2012.

NUMBERS, Ronald Leslie. Mitos e verdades em ciência e religião: uma perspectiva histórica. Tradução de Alexandre Sech Júnior e Cristiane Schumann Silva. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo: v. 36, n. 6, 246-251, 2009.

PAIVA, Geraldo José de; FREITAS, Marta Helena de. História, estado atual e perspectivas da psicologia da religião no Brasil. In: ESPERANDIO, Mary Rute Gomes et al. **Psicologia Cognitiva da Religião no Brasil**: Estado atual e oportunidades futuras. Curitiba: Crv, 2019, p. 21-22.

PANNENBERG, Wolfhart. **Teologia sistemática**. v. 1. São Paulo: Academia Cristã-Paulus, 2009, p. 29.

PANZINI, Raquel Gehrke. **Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE)**: tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida. 2004. 238p. (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. *Coping* (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo: v. 34, n. 1, 126-135, 2007.

PARGAMENT, Kenneth I.; KOENIG, Harold G.; PEREZ, Lisa M. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. **Journal of Clinical Psychology**, v. 56, n. 4, p. 519-543, Apr. 2000.

PEARCE, Michelle J. et al. Religiously Integrated Cognitive Behavioral Therapy: A New Method of Treatment for Major Depression in Patients With Chronic Medical Illness. **Psychotherapy**. v. 52, n.1, p. 56–66, 2015.

PEARCE, Michelle J. **Cognitive Behavioral Therapy**. West Conshohocken: Templeton press, 2016. 256 p.

PEARCE, Michelle J. et al. Effects of Religious Versus Conventional Cognitive-Behavioral Therapy on Gratitude in Major Depression and Chronic Medical Illness: A Randomized Clinical Trial. **Journal of spirituality in mental health**. v. 18, n. 2, p. 124-144, 2016.

PECHEUR, D. R.; EDWARDS, K. J. A comparison of secular and religious versions of cognitive therapy with depressed Christian college students. **Journal of Psychology and Theology**, v. 12, n. 1, p. 45-54, 1984.

PERES, Julio Fernando Prieto; SIMÃO, Manoel José Pereira; NASELLO, Antonia Gladys. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 34, n. 1, p. 136-145, 2007.

PERES, Mario Fernando Prieto et al. Mental Health and Quality of Life Among Adults With Single, Multiple, and No Religious Affiliations. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 208, n. 4, p. 288-293, apr 2020.

PEW RESEARCH CENTER. **The Global Religious Landscape**. Washington: p. 82, 2012. Disponível em < [globalReligion_13.01.09.indd \(pewresearch.org\)](#) > Acesso em: 28 nov. 2020.

PINTO, Ênio Brito. Ciência da Religião aplicada à psicoterapia. In PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank. (Orgs.). **Compêndio de Ciência da Religião**. São Paulo: Paulinas-Paulus, 2013, p.677-689.

POWELL, Linda H.; SHAHABI, Leila; THORESEN, Carl E. Religion and spirituality. Linkages to Physical Health. **American Psychologist**. v. 58, n.1, p. 36-52, jan. 2003.

POWER, Mick. **Adieu to God: Why psychology leads to atheism**. New York: Wiley-Blackwell, 2012.

PROPST, L. R. The comparative efficacy of religious and nonreligious imagery for the treatment of mild depression in religious individuals. **Cognitive Therapy and Research**, v. 4, n. 2, p. 167-178, 1980.

RAZALI, Salleh. Mohd; AMINAH, Kassim; KHAN, Umeed Ali. Religious cultural psychotherapy in the management of anxiety patients. **Transcultural Psychiatry**, v. 39, n. 1, p. 130-136, 2002.

RODRIGUES, Cátia Cilene L.; GOMES, Antônio Máspoli de A. Teorias clássicas da psicologia da religião. In PASSOS, João Décio; USARSKI, Frank. (Orgs.). **Compêndio de Ciência da Religião**. São Paulo: Paulinas-Paulus, 2013, p. 333-346.

RODRIGUES, Cristiana Isabel Alves. **Importância da Espiritualidade nas atitudes em fim de Vida: uma Orientação para os Processos Cuidativos**. 127 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados continuados) – Instituto Politécnico de Bragança/Escola Superior de Saúde, Bragança, 2015.

SCHEIER Michael F.; CARVER Charles S.; BRIDGES M. W. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 67, p. 1063-1078, 1994.

SHEEHAN DAVID V. et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. **Journal Clinic Psychiatry**. v. 59, n. 20: p. 22–33, 1998.

SILVA, Juliana Assunção da. **Os construtos religiosidade e espiritualidade e saúde mental sob a luz das terapias cognitivo-comportamentais**. 123 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2012.

SMARR Karen L, KEEFER Autumn L. Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). **Arthritis Care Res.** v. 63 Supl.11, p. 454-66, nov. 2011.

SMITH Christian, HILL Jonathan P. **Toward the measurement of interpersonal generosity (IG):** An IG scale conceptualized, tested, and validated. South Bend, in: Notre Dame University, 2009.

SOARES, Afonso Maria Ligorio. A Ciência da Religião como delimitador útil à Teologia. In USARSKI, Frank e PASSOS, João Décio (Orgs.) **Compêndio de Ciência da Religião.** São Paulo: Paulinas-Paulus, p. 649-661, 2013.

SOUZA, Humberto Araújo Quaglio de. **A experiência religiosa em kierkegaard sob a perspectiva do pensamento de Rudolf Otto.** 120 f.
Dissertação (Mestrado em Ciência da Religião) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

SPRIK, Petra. et al. Feasibility and acceptability of a telephone-based chaplaincy intervention in a large, outpatient oncology center. **Support Care Cancer**, p. 1-11, jul. 2020.

STERN, Fábio L; COSTA, Mateus Oliva da. Metodologias desenvolvidas, pela genealogia intelectual da ciência da religião. **Sacrilegens**, Juiz de Fora, v. 14, n. 1, p. 70-89, jan-jun. 2017.

STIGAR, Robson; TORRES, Valéria Rocha; RUTHES, Vanessa Roberta Massambani. Ciência da Religião e Teologia: Há diferença de propósitos explicativos? **Kerygma**, Engenheiro Coelho: v. 10, n. 1, p.139-151, jan-jun. 2014.

STREIB, H.; KELLER, B. The variety of deconversion experiences: Contours of a concept in respect to empirical research. **Archive for the Psychology of Religion**, v. 26, n. 1, p. 181-200, 2004.

STROPPIA, André; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Religiosidade e saúde. In SALGADO, Mauro Ivan; FREIRE, Gilson. **Saúde e Espiritualidade:** uma nova visão da medicina. Belo Horizonte: Inede, 2008, p. 427-443.

TEIXEIRA, Evilázio Francisco Borges; MULLER, Marisa Campio; SILVA, Juliana Dors Tigre. **Espiritualidade e qualidade de vida.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

TEIXEIRA, Faustino. Ciência da Religião e Teologia. In: USARSKI, Frank e PASSOS, João Décio (Orgs.) **Compêndio de Ciência da Religião.** São Paulo: Paulinas: Paulus, 2013, p. 176.

TILLICH, Paul. **Teologia sistemática.** 6 ed. São Leopoldo: Sinodal-EST, 2011. p. 21

UNDERWOOD Lynn G.; TERESI Jeanne A. The daily spiritual experiences scale: Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health related data. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 24, p. 22-33, 2002.

SHATTUCK, E.C., MUEHLENBEIN, M.P. **Religiosity/Spirituality and Physiological Markers of Health**. J Relig Health 59, 1035–1054, 2020.

USARSKI, Frank. História da Ciência da Religião. In: USARSKI, Frank e PASSOS, João Décio (Orgs.) **Compêndio de Ciência da Religião**. São Paulo: Paulinas: Paulus, 2013, p. 51-61.

USARSKI, Frank. **Constituintes da Ciência da Religião**: cinco ensaios em prol de uma disciplina autônoma. São Paulo: Paulinas, 2006. p. 17.

WATTERS Wendell W. **Deadly doctrine**: Health, illness, and Christian God-talk. Buffalo, NY: Prometheus Books, 1992.

WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (Eds.) **Quality of life assessment**: international perspectives. Springer Verlag, Heidelberg, pp. 41-60, 2006.

VALLE, Edênio. A Psicologia da Religião no espelho de três revistas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. In ESPERANDIO, Mary Rute e FREITAS Marta Helena de (Orgs.). **Psicologia da Religião no Brasil**. Curitiba: Juruá, 2017, p. 95-111.

VALLE, Edênio. **Psicologia e experiência religiosa**. São Paulo: Loyola, 1998.

VALLIS T. Michael; SHAW Brian G.; DOBSON Keith S. The Cognitive Therapy Scale: Psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 54, n. 3, p. 381-385, 1986.

YOUNG Jeffrey, BECK Aaron T. **Cognitive therapy scale**: Rating manual. Unpublished manuscript. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy, 1980.

YSSELDYK, R.; MATHESON, K.; ANISMAN, H. Religiosity as Identity: Toward an understanding of religion from a social identity perspective. **Personality and social psychology review**, v. 14, n. 1, p. 60-72, 2010.

ZHANG, Yalin et al. Chinese taoist cognitive psychtherapy in the treatment of generalized anxiety disorder in contemporary China. **Transcultural Psychiatry**, v. 39, n. 1, p. 115-129, 2002.