



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

MEDICINA

**TERESA NEVES DA ROCHA CORREIA**

**A DIMENSÃO RELIGIOSIDADE / ESPIRITUALIDADE NA PRÁTICA  
CLÍNICA DE PSIQUIATRAS EM SALVADOR**

**SALVADOR - BA**

**2021**

**TERESA NEVES DA ROCHA CORREIA**

**A DIMENSÃO RELIGIOSIDADE / ESPIRITUALIDADE NA PRÁTICA  
CLÍNICA DE PSIQUIATRAS EM SALVADOR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para aprovação no 8º semestre do curso.

Orientadora: Profa. Mônica Daltro

Coorientadora: Profa. Nádia Matos

**SALVADOR - BA**

**2021**

## RESUMO

**Fundamento:** A religiosidade/espiritualidade (R/E) mostrou-se como uma importante dimensão para a área da saúde nas últimas décadas. Pesquisas revelam que práticas espirituais e religiosas estão associadas tanto positivamente a saúde física, mental e qualidade de vida, quanto negativamente, em menor proporção. Diversas organizações médicas já reconheceram a relevância dessa dimensão no âmbito acadêmico e clínico da psiquiatria, inclusive a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Entretanto, no Brasil, poucas escolas médicas ou residências têm cursos com currículos que tratem especificamente dessa temática, cenário que se reafirma devido à inexistência de uma diretriz curricular nacional de medicina a respeito da religiosidade/espiritualidade. Portanto, conhecer como os psiquiatras manejam a dimensão da R/E na prática clínica é fundamental para discutir quais elementos dessa dimensão são necessários à formação desses profissionais. **Objetivos:** Conhecer como os psiquiatras manejam a dimensão da religiosidade/espiritualidade na prática clínica. **Métodos:** Um estudo observacional, de abordagem qualitativa e de caráter analítico e exploratório foi conduzido com psiquiatras atuantes em Salvador que foram selecionados através do método de amostragem em Bola de Neve. Psiquiatras com registro ativo no Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia e experiência clínica igual ou maior que cinco anos foram incluídos, enquanto aqueles afastados de atividades clínicas por mais de dois anos foram excluídos. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco psiquiatras de Salvador no período de 2020 a 2021, cujas narrativas foram analisadas conforme a Análise de Conteúdo proposta por Bardin. **Resultados:** Quatro categorias temáticas principais emergiram da análise de conteúdo das narrativas das entrevistas: 1) Percepções sobre R/E; 2) Relação entre R/E e saúde; 3) Manejo da R/E na prática clínica psiquiátrica; e 4) Dimensão R/E nos currículos de escolas médicas e residências psiquiátricas. A segunda categoria temática ainda conta com duas subcategorias: 2.1) Dimensão R/E como suporte à saúde e ao bem-estar; e 2.2) Dimensão R/E como entrave à saúde e ao bem-estar. Por fim, a terceira categoria temática conta com quatro subcategorias: 3.1) Coleta da história espiritual na avaliação da dimensão R/E; 3.2) Atitudes e condutas diante de demandas religiosas/espirituais; 3.3) Interferência das crenças pessoais; e 3.4) Contato com líderes e membros de comunidades religiosas. Os resultados apontam para a complexidade e subjetividade da dimensão R/E, que pode impactar tanto positivamente quanto negativamente na saúde, a depender das vivências e experiências de cada pessoa. Os psiquiatras entrevistados reconhecem a relevância dessa dimensão na prática clínica, destacando a importância da coleta da história espiritual, fundamentada em uma escuta ativa e aberta, e da disposição em trabalhar em conjunto com membros e líderes de comunidades religiosas. Além disso, os resultados revelam que as atitudes e condutas desses profissionais diante de demandas religiosas e espirituais de seus pacientes são divergentes e influenciadas por crenças pessoais. Por fim, evidenciou-se que a temática da religiosidade e espiritualidade integrada à saúde foi precariamente abordada durante a graduação e especialização dos psiquiatras, no entanto, as percepções dos entrevistados divergiram em relação à real necessidade de inserção desses conteúdos nos currículos. **Conclusão:** Os psiquiatras reconhecem a importância da dimensão R/E no contexto da prática clínica. Entretanto, o manejo dessa dimensão parece divergir entre os profissionais, principalmente, de acordo com suas percepções e crenças pessoais. Futuros psiquiatras necessitam receber uma formação que inclua a religiosidade/espiritualidade no processo de cuidado e acolhimento de seus pacientes visando a promoção de saúde em sua integralidade.

Palavras-chave: Religiosidade. Espiritualidade. Prática clínica. Psiquiatria.

## ABSTRACT

**Background:** Religiosity/spirituality (R/E) has proved to be an important dimension for the health area in recent decades. Research shows that spiritual and religious practices are associated both positively with physical and mental health and quality of life, and negatively, to a lesser extent. Several medical organizations have already recognized the relevance of this dimension in the academic and clinical scope of psychiatry, including the Associação Brasileira de Psiquiatria (Brazilian Psychiatric Association – ABP). However, in Brazil, few medical schools or residences have courses with curriculum that specifically address this theme, a scenario that is reaffirmed due to the lack of a national medical curricular guideline regarding religiosity/spirituality. Therefore, knowing how psychiatrists handle the R/ E dimension in clinical practice is essential to discuss what elements of this dimension are necessary for the training of these professionals. **Objectives:** To know how psychiatrists manage the religiosity/spirituality dimension in clinical practice. **Methods:** An observational, qualitative, analytical, and exploratory study was conducted with psychiatrists working in Salvador, who were selected using the Snowball sampling method. Psychiatrists with active registration in the Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia and clinical experience equal to or greater than five years were included, while those who were distant from clinical activities for more than two years were excluded. Semi-structured interviews were carried out with five psychiatrists from Salvador in the period from 2020 to 2021, whose narratives were analyzed according to the Content Analysis proposed by Bardin. **Results:** Four main thematic categories emerged from the content analysis of the interview narratives: 1) Perceptions about R/E; 2) Relationship between R/E and health; 3) Management of R/E in psychiatric clinical practice; and 4) Dimension R/E in the curriculum of medical schools and psychiatric residences. The second thematic category has two subcategories: 2.1) R/E dimension as support for health and well-being; and 2.2) R/E dimension as an obstacle to health and well-being. Finally, the third thematic category has four subcategories: 3.1) Inquiry of spiritual history in the evaluation of the R/E dimension; 3.2) Attitudes and behavior towards religious/spiritual demands; 3.3) Interference of personal beliefs; and 3.4) Contact with leaders and members of religious communities. The results point to the complexity and subjectivity of the R/E dimension, which can impact both positively and negatively on health, depending on the experiences of each person. The psychiatrists interviewed recognize the relevance of this dimension in clinical practice, highlighting the importance of inquiring a spiritual history, based on active and open listening, and of the willingness to work together with members and leaders of religious communities. In addition, the results reveal that the attitudes of these professionals when faced with religious and spiritual demands of their patients are divergent and influenced by personal beliefs. Finally, it became evident that the theme of religiosity and spirituality integrated with health was poorly addressed during the graduation and specialization of psychiatrists, however, the interviewees' perceptions differed in relation to the real need to insert these contents in the curriculum. **Conclusion:** Psychiatrists recognize the importance of the religiosity/spirituality dimension in the context of clinical practice. However, the management of this dimension seems to differ among professionals, mainly according to their personal perceptions and beliefs. Future psychiatrists need to receive training that integrates religiosity/spirituality in the care for their patients with the objective of promoting health in its entirety.

Key Words: Religiosity. Spirituality. Clinical practice. Psychiatry.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>6</b>
<b>2 OBJETIVO</b>	<b>7</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>8</b>
<b>4 MATERIAL E MÉTODOS</b>	<b>10</b>
4.1 Desenho de estudo	10
4.2 Amostragem	10
4.3 Procedimento e instrumento de coleta de dados	10
4.4 Plano de análise dos dados	11
<b>5 ASPECTOS ÉTICOS</b>	<b>12</b>
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>13</b>
<b>7 CONCLUSÃO</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>32</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>35</b>
<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA</b>	<b>37</b>
<b>APÊNDICE C – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO PELO CEP</b>	<b>38</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a relação entre religiosidade e espiritualidade (R/E) e saúde ganhou relevância tanto no meio popular, como no acadêmico, de forma que, muitas pesquisas foram desenvolvidas nessa área. Grande parte desses estudos relataram que a religião e espiritualidade estão geralmente associadas a habilidades de enfrentamento e a indicadores de saúde positivos, principalmente em relação à saúde mental<sup>1,2</sup>.

Com o crescente número de evidências, diversas organizações médicas, como a Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association – APA), a Faculdade Real de Psiquiatria (Royal College of Psychiatric – RCPsych) e, mais recentemente, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), criaram departamentos e seções dedicadas ao estudo e pesquisa em religiosidade e espiritualidade e saúde<sup>3-5</sup>. A Associação Mundial de Psiquiatria (World Psychiatric Association – WPA) também se posicionou oficialmente acerca do assunto, reconhecendo a importância da religiosidade/espiritualidade no âmbito acadêmico e clínico da psiquiatria<sup>6</sup>.

No entanto, poucas escolas médicas brasileiras têm cursos que tratam especificamente da R/E, sendo a maior parte do ensino não padronizado<sup>7</sup>, perspectiva que se reafirma quando essa dimensão humana arraigada à própria história da humanidade não está nem referida no mais recente documento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação de Medicina<sup>8</sup>. Diante da ausência de referenciais curriculares globais ou específicas para treinamento em R/E o manejo dessa dimensão parecem flutuar a partir das crenças pessoais de cada profissional.

Além disso, a religiosidade e espiritualidade tem importante impacto no campo dos transtornos mentais, podendo impactar tanto os modos de adoecer como de cuidar<sup>9</sup> e observa-se que as características religiosas e espirituais dos psiquiatras influenciam na conduta e manejo da dimensão R/E na prática clínica<sup>10</sup>. Faz-se necessário, então, conhecer como os psiquiatras manejam a R/E em suas práticas clínicas a fim de fornecer dados e subsídios para melhor compreensão do tema.

A cidade de Salvador foi eleita como território de pesquisa devido à sua potência cultural, fortemente atravessada pelas narrativas religiosas e espirituais e permeada por diferentes tradições religiosas. O resultado dessa pesquisa pode fornecer uma leitura sobre os efeitos dessa marca cultural no manejo cotidiano da clínica em psiquiatria. Nesse cenário, o presente estudo buscou conhecer como psiquiatras manejam a dimensão da R/E na prática clínica, com vistas a discutir que elementos são necessários à formação do psiquiatra, no que se refere à dimensão R/E.

## **2 OBJETIVO**

Conhecer como psiquiatras manejam a dimensão da religiosidade/espiritualidade na prática clínica.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Desde o final do século XX, o volume de pesquisas sobre religiosidade/espiritualidade (R/E) e saúde tem aumentado exponencialmente. A maioria desses estudos revela que pessoas com nível maior de R/E têm uma melhor saúde mental e se adaptam mais rapidamente a problemas de saúde em comparação com aquelas com menor R/E. Além disso, os estudos destacam que esses possíveis benefícios à saúde mental e ao bem-estar têm consequências fisiológicas que afetam a saúde física, o risco de doença e a resposta ao tratamento<sup>11</sup>.

Há ainda muita controvérsia e desacordo em relação as definições nesse campo, principalmente quanto ao termo “espiritualidade”. Para o presente estudo, espiritualidade foi definida como “a busca pessoal pela compreensão de respostas para questões finais sobre a vida, sobre propósito e sobre o relacionamento com o sagrado ou transcendente, que podem (ou não) originar ou derivar do desenvolvimento de rituais religiosos e da formação de comunidade”. Religião foi definida como “um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos projetados para facilitar a proximidade com o sagrado ou transcendente (Deus, poder superior, ou verdade/realidade última)”<sup>1</sup>. Ademais, um terceiro conceito mostra-se presente em diversos estudos, o de religiosidade, definida como “a vivência pessoal e a influência da religião na vida de cada pessoa, vinculada ou não a uma instituição religiosa”<sup>12</sup>. Nessa perspectiva, devido à sobreposição conceitual existente nas definições desses conceitos, grande parte dos pesquisadores utilizam o termo R/E para religiosidade/espiritualidade ou, na língua inglesa, o termo S/R para spirituality/religion. O presente estudo considera tanto literaturas que trazem o termo R/E quanto o termo S/R, uma vez que são muito utilizados como traduções uns dos outros em suas respectivas línguas por muitos autores.

Em 2016, a Associação Mundial de Psiquiatria se posicionou quanto R/E na psiquiatria e propôs que: 1) crenças e práticas religiosas dos pacientes, bem como sua espiritualidade, devem ser rotineiramente consideradas, e será, muitas vezes, componente essencial na história psiquiátrica; 2) a compreensão da relação da R/E com diagnóstico, etiologia e tratamento dos transtornos psiquiátricos deve ser considerada componente essencial do treinamento psiquiátrico e do desenvolvimento profissional contínuo; 3) mais pesquisas sobre R/E na psiquiatria são necessárias, especialmente sobre suas aplicações clínicas, abrangendo uma diversidade de contextos culturais e geográficos; 4) a abordagem da R/E deve ser centrada na pessoa, com respeito e sensibilidade as crenças e práticas religiosas/espirituais de seus pacientes e das famílias e dos cuidadores de seus pacientes; 5) psiquiatras, independentemente de crenças pessoais, devem estar dispostos a trabalhar com os líderes e membros de comunidades religiosas em apoio ao bem-estar de seus pacientes, encorajando colegas multidisciplinares a fazerem o mesmo; 6) os psiquiatras devem demonstrar consciência, respeito e sensibilidade ao papel importante que a R/E desempenha para muitos funcionários e voluntários em formação de uma vocação para trabalhar no campo dos cuidados de saúde mental; 7) os psiquiatras devem ter conhecimento sobre o potencial tanto benéfico quanto maléfico das visões de mundo e práticas religiosas, espirituais e seculares e estar disposto a compartilhar informações de forma crítica e imparcial com a comunidade geral, em apoio a promoção de saúde e bem-estar<sup>6</sup>.

A despeito dos posicionamentos, tanto da Associação Mundial de Psiquiatria, quanto de várias associações psiquiátricas nacionais (por exemplo, Brasil, Índia, África do Sul, Reino Unido e EUA), a R/E ainda é uma dimensão negligenciada por muitos profissionais. O treinamento dos profissionais de saúde, sobretudo no que se refere ao cuidado com o paciente, na maioria das vezes, exclui a dimensão espiritual.

Estudo realizado com escolas médicas no Brasil<sup>7</sup>, indica que apenas 10,47% delas tem um curso específico sobre espiritualidade, enquanto menos da metade (40,5%) abordam o conteúdo de algum modo em seus currículos. Esses dados revelam o precário treinamento que os futuros profissionais recebem durante sua graduação acerca do tema religiosidade, espiritualidade e saúde que se reflete em uma prática clínica deficiente. Contraditoriamente, dados epidemiológicos indicam que, no Brasil, 83% da população atribuí grande importância da religião em sua vida, em um universo de 95% que afirma ter religião<sup>6</sup>. Assim, uma melhor compreensão sobre como psiquiatras manejam a dimensão da R/E na prática clínica torna-se fundamental.

## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

Essa pesquisa faz parte de um Projeto Integrado, vinculado ao grupo de pesquisa Psicologia, Diversidade e Saúde, que busca compreender como a dimensão R/E está integrada à formação e prática de profissionais de saúde. No presente recorte, objetiva-se conhecer como psiquiatras manejam a dimensão da R/E na prática clínica através da utilização dos materiais e métodos descritos a seguir.

### **4.1 Desenho de estudo**

Trata-se de uma pesquisa observacional, de abordagem qualitativa, de caráter analítico e exploratório.

### **4.2 Amostragem**

#### **4.2.1 População de estudo**

A população em estudo, psiquiatras atuantes em Salvador, foi selecionada pelo método de amostragem denominado Bola de Neve, um método de amostragem não probabilística que utiliza cadeias de referência. O processo de recrutamento iniciou-se através da seleção por conveniência de um psiquiatra e desenrolou-se através da indicação de outros, a cada entrevista, sucessivamente. Assim, a coleta das narrativas é facilitada, uma vez que, ao utilizar essas cadeias de referência, estabelece-se uma relação de confiança entre a pesquisadora e a população em estudo<sup>13</sup>.

#### **4.2.2 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídos psiquiatras com registro ativo no Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (CREMEB) e experiência clínica igual ou maior que cinco anos. Foram excluídos psiquiatras afastados de atividades clínicas por mais de dois anos.

### **4.3 Procedimento e instrumento de coleta de dados**

A pesquisa foi realizada com cinco psiquiatras da cidade de Salvador no período de 2020 a 2021. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, cujo roteiro encontra-se no Apêndice B. A entrevista semiestruturada é uma ferramenta de coleta de narrativas em pesquisa qualitativa de natureza flexível. Ela possibilita ao pesquisador utilizar um roteiro de entrevista com questões previamente elaboradas para coletar os dados em um formato próximo a um modelo de interação que mais se assemelhe a uma conversa informal<sup>14</sup>. Trata-se de uma técnica que demanda do investigador máxima atenção e clareza sobre os objetivos do estudo, para que, nos momentos que identificar necessário, possa inserir ao longo da entrevista perguntas suscitadas pelas próprias respostas apresentadas pelo entrevistado.

Dentre as possíveis abordagens, elegeu-se esse modelo de entrevista, inicialmente, devido à vantagem de utilizar essencialmente da interação e proximidade produzidas pelo entrevistador e entrevistado durante a sua aplicação<sup>14</sup>. Através desse instrumento, os conteúdos que surgem a partir desse encontro pontual podem ser mais explorados ao longo da entrevista, sendo aprofundado quando necessário, tendo em vista o fato de que não apenas as representações daqueles sujeitos emergirão no processo, como também a espontaneidade e expressividade do entrevistado. Tal atitude, favorece a produção de considerações ainda não citadas em entrevistas anteriores com outros participantes,

caracterizando oportunidades de ampliação e seguimento de investigação mais abrangente sobre os temas apresentados pelos entrevistados<sup>14</sup>.

#### **4.4 Plano de análise**

As narrativas resultantes das entrevistas foram analisadas na perspectiva da Análise de Conteúdo proposta do Bardin<sup>15</sup>, seguindo as três etapas propostas para a operacionalização da análise: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise corresponde à fase de organização do material, ou seja, nesta etapa foi realizada a leitura flutuante das entrevistas buscando visualizar as particularidades que contribuíram para a elaboração das ideias iniciais sobre os traços identitários dos participantes.

Na fase de exploração do material foi executado as operações de codificação das entrevistas, de forma que, os recortes que interessaram à pesquisa foram agrupados em núcleos de sentido semelhantes ou afins que deram origem às categorias temáticas.

Por fim, na etapa de tratamento dos resultados, foi realizada a análise e discussão das falas retiradas das entrevistas dos participantes, baseada no referencial adotado e na sensibilidade e experiência adquirida na trajetória da pesquisa.

## **5 ASPECTOS ÉTICOS**

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) sob o número do CAAE 36408720.2.0000.5544. O Parecer de aprovação tem o número 4.364.953.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cinco psiquiatras foram entrevistados, cuja caracterização sociodemográfica e profissional encontram-se no Quadro 1 e 2, respectivamente. Em relação a caracterização sociodemográfica, trata-se de uma população adulta, composta por diferentes gerações etárias, e, predominantemente, de gênero feminino e de cor parda. A maioria encontrava-se casada ou em união estável. Dois declararam afiliação religiosa e quatro referiram acreditar em um deus ou poder superior. Em relação a caracterização profissional, trata-se de psiquiatras com larga experiência profissional, com graduação na Bahia e com especialização em diferentes estados do Brasil.

**QUADRO 1. Caracterização sociodemográfica dos psiquiatras entrevistados**

Caracterização sociodemográfica	Psiquiatra entrevistado				
	P1	P2	P3	P4	P5
Gênero	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino
Idade (anos)	38	54	59	36	70
Situação Conjugal	Casado	Solteira	União Estável	Casada	Casado
Cor (autodeclarada)	Pardo	Parda	Parda	Branca	Negro
Religião	Espírita	Sem religião	Espírita	Sem religião	Sem religião
Crença em um deus ou em um poder superior	Sim	Não	Sim	Sim	Sim

**QUADRO 2. Caracterização profissional dos psiquiatras entrevistados**

Caracterização profissional	Psiquiatra entrevistado				
	P1	P2	P3	P4	P5
Instituição de Graduação	EBMSP	EBMSP	UFBA	EBMSP	EBMSP
Ano de Graduação	2006	1989	1984	2006	1975
Instituição de Residência Médica	HSM	UNICAMP	HPJM	HUPES	*
Ano de Especialização	2011	1992	1986	2010	*
Contexto (s) de prática clínica psiquiátrica	Hospital; Consultório	Consultório	Ambulatório	Consultório	Consultório
Tempo de prática clínica psiquiátrica (anos)	14	30	37	11	45

EBMSP: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; HSM: Hospital Santa Marcelina; HUPES: Hospital Universitário Professor Edgar Santos; HPJM: Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira; UFBA: Universidade Federal da Bahia; UNICAMP: Universidade Estadual de Campinas. \*Título de Especialista por “Notório Saber”.

Em uma primeira análise emerge a história vivida na construção da dimensão religiosidade e espiritualidade dos entrevistados. Observa-se a força do sincretismo religioso da Bahia na vivência pessoal dos profissionais:

*Essa é uma pergunta complexa, eu sou batizada como católica, mas eu não tenho religião (P2).*

*Olha, eu fui batizado na religião católica, mas nunca fui praticante. Aquela coisa, no nosso tempo, infelizmente, de modo geral, as pessoas são batizadas meio que compulsoriamente pela religião dos pais né? Isso é uma herança normal e é muito normal que as pessoas depois de algum tempo migrem para outras religiões. E você sabe que aqui na Bahia, por exemplo, a grande maioria das pessoas que são praticantes do candomblé e da umbanda, foram batizadas na igreja católica. Então, as pessoas depois migraram para suas religiões de afinidade. Eu, até os 15 anos de idade, eu tinha uma ligação, tipo assim, eu ia a missa de vez em quando, mas nunca era de praticar. Mas, a partir dos 15 anos de idade, eu fui apresentado a umbanda e ao candomblé, aí eu tive um percurso de conhecimento dessas duas religiões e me identifiquei com algumas questões, mas também nunca fui praticante assíduo. Apenas, eu vi um universo simbólico que tinha muito a ver com as minhas raízes do que o universo simbólico da igreja católica. Então, na verdade, eu tenho um trânsito por essas duas religiões e, também, tenho um trânsito pela católica, no sentido de estabelecer alguma interlocução (...) eu transito sem ser participante dos rituais. Vou de vez em quando em uma festa, gosto das pessoas de lá, tenho uma troca com essas pessoas, mas não tenho uma vinculação (P5).*

*Eu não acredito na formulação de deus pela Igreja católica e pela igreja evangélica. Eu acredito mais no Deus de Espinoza, Baruch Espinoza, um filósofo que era Judeu e que o Deus para ele era mais a natureza, as coisas, as divindades (P5).*

As narrativas revelam que o fato de ser iniciado em uma religião, como relatado pelos psiquiatras entrevistados, não garante uma vinculação imutável ou infundável à religião em questão ou à qualquer outra. Essa perspectiva situa a construção de dimensão religiosidade/espiritualidade a partir de experiências subjetivas e singulares.

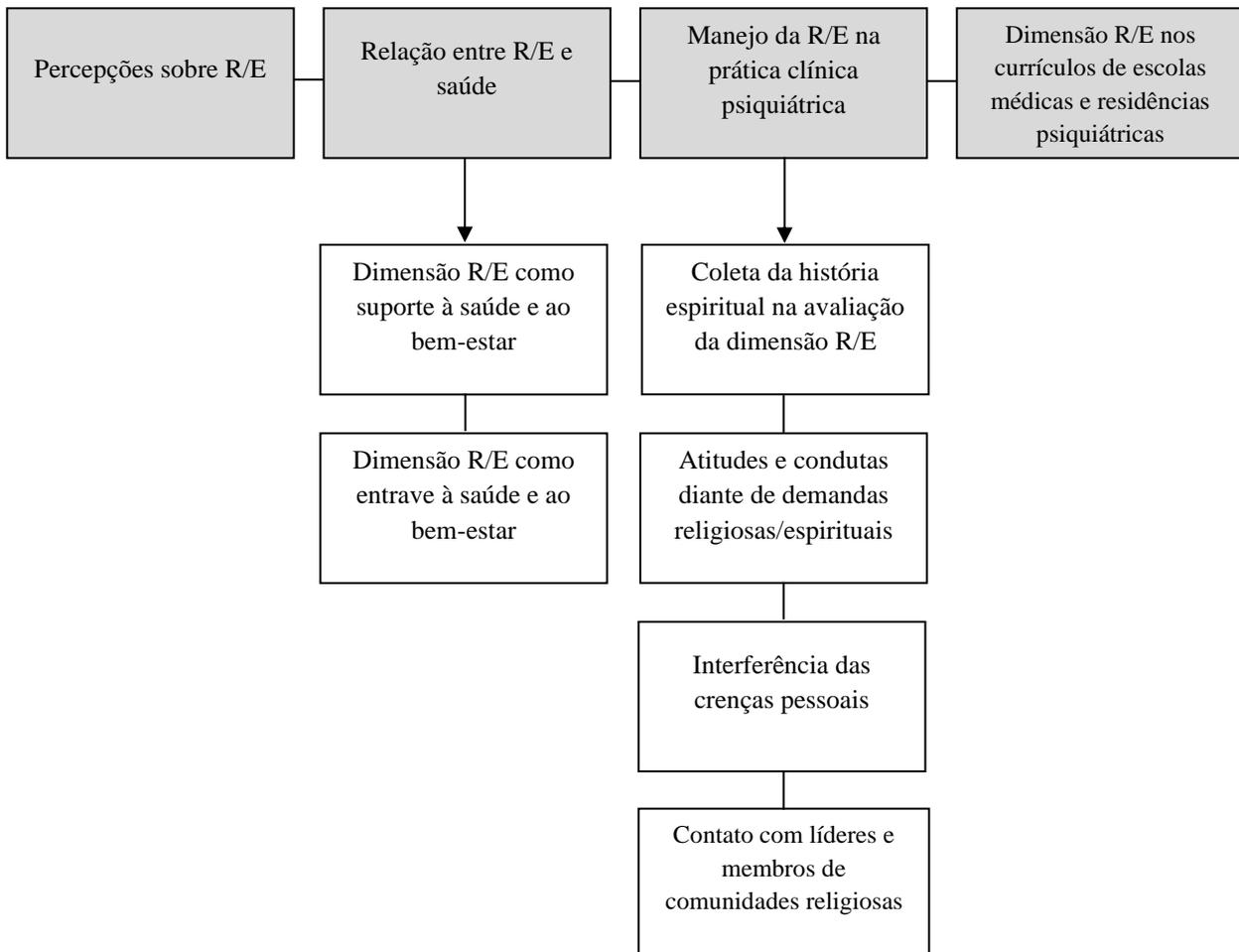
Além disso, a expressão “universo simbólico”, trazida por P5, remete à compreensão do campo religioso como um sistema simbólico, portanto singular. Esse sistema, segundo uma abordagem clássica das ciências sociais, influencia e é influenciado por um conjunto de instituições ligadas à estrutura social, política e econômica<sup>16</sup>. Essas instituições, por sua vez, através de seus universos simbólicos, são detentoras de sua autonomia, de seu interesse e de sua capacidade de articular e moldar experiências sociais, pessoais e familiares<sup>16</sup>, assim como foi encontrado nas narrativas.

Nesse sentido, observa-se que cada crença religiosa ou espiritual é construída a partir de um universo simbólico, com o qual o indivíduo pode ou não se identificar. Esse ponto, de identificação

ou de não identificação, nos faz pensar no aspecto inconsciente da interpretação do fenômeno religioso, capaz de configurar uma aproximação ou um afastamento com determinado símbolo<sup>16</sup>.

A análise de conteúdo dos dados revelou quatro categorias temáticas principais: 1) Percepções sobre a religiosidade/espiritualidade; 2) Relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde; 3) Manejo da dimensão religiosidade/espiritualidade na prática clínica psiquiátrica; e 4) Dimensão religiosidade/espiritualidade nos currículos de escolas médicas e residências psiquiátricas. A partir dessas categorias, foram identificadas ainda subcategorias apresentadas na Figura 1, com o objetivo de localizar o conjunto das respostas e mapear a análise realizada.

**FIGURA 1. Categorias e subcategorias temáticas que emergiram na análise de dados**



R/E: Religiosidade/Espiritualidade.

### **Percepções sobre a religiosidade/espiritualidade**

A primeira categoria temática identificada na análise de dados relaciona-se aos pensamentos e concepções sobre religiosidade e espiritualidade apresentados pelos psiquiatras. As percepções, pessoais e intrasferíveis, de parte dos entrevistados conduzem a discussão para os conceitos de religiosidade e espiritualidade, bem como para as diferenças entre ambas, e fundamentam o manejo do tema na prática clínica:

*Eu penso que religiosidade e espiritualidade são coisas diferentes. A espiritualidade seria uma dimensão do sujeito, um aspecto do sujeito enquanto ser humano, enquanto pertencente da espécie humana, dotado da capacidade de transcendência, de conexão com o transcendente. E religiosidade seria uma espécie de externalização da espiritualidade. Seria as práticas da pessoa para que ela possa estar conectada com o transcendente (P1).*

*Religiosidade me remete à prática religiosa, à tudo que envolve uma série de preceitos, uma série de regras, uma série de crenças, que acontecem muito dentro de um âmbito mais determinado por uma religião especificamente. E espiritualidade, para mim, remete a algo mais amplo, não necessariamente que fique restrito, nem restrito ao conceito de religião ou a prática de uma religião, e nem restrito às práticas em si. Tipo, conceitos talvez mais abstratos, conceitos mais livres de certa forma né, de um formato dado pela religião e conceituado pela religião (P4).*

De acordo com os psiquiatras entrevistados, a religiosidade relaciona-se intimamente às práticas de uma pessoa. Na concepção de P1, essas práticas possibilitam a externalização da espiritualidade, enquanto para P4 permitem a expressão da crença religiosa. Segundo Freitas<sup>17</sup>, a religiosidade abrange as disposições humanas que possibilitam a vivência e experimentação de fenômenos religiosos em seus diversos aspectos. Já para Gomes, Farina e Forno<sup>12</sup>, a religiosidade corresponde à expressão ou prática do crente que pode estar relacionada com uma instituição religiosa. Nesse sentido, é inegável que o conceito de religiosidade está amarrado a ideia de prática do crente, seja essa prática associada ou não a uma instituição religiosa.

A espiritualidade, por sua vez, foi caracterizada pelos psiquiatras entrevistados como uma esfera do ser humano dotada da capacidade de conexão com o transcendente e não necessariamente restrita à uma religião ou prática religiosa. Essa concepção aproxima-se da definição proposta por Koenig, McCullough e Larson<sup>1</sup> os quais compreendem a espiritualidade como “a busca pessoal pela compreensão de respostas para questões finais sobre a vida, sobre propósito e sobre o relacionamento com o sagrado ou transcendente, que podem (ou não) originar ou derivar do desenvolvimento de rituais religiosos e da formação de comunidade”.

Além disso, um dos entrevistados destacou a importância do caráter de independência entre a religiosidade e espiritualidade, discorrendo sobre a possibilidade de um indivíduo ter espiritualidade sem religiosidade e vice-versa:

*Agora, eu acho que é possível a pessoa ter espiritualidade sem religiosidade e ter religiosidade sem espiritualidade. Religiosidade sem espiritualidade seria aquela pessoa que tem a prática religiosa, mas internamente aquilo não significa muita coisa para ela. Tem gente que, por exemplo, vai para missa e dorme. Está praticando, mas não há uma prática espiritual, não há um sentido maior para aquela pessoa. E da mesma forma, têm pessoas que se conectam com o transcendente, que vão além da vida concreta, e não têm religiosidade, como muitos ateus, por exemplo (P1).*

Para explicar isso, King e Koenig<sup>18</sup> propõem que a espiritualidade, devido ao seu caráter subjetivo e complexo, pode ser melhor compreendida através da divisão da sua definição em quatro componentes: 1) Crença; 2) Prática; 3) Consciência; e 4) Experiência, apresentados na Tabela 1. Existem várias combinações possíveis para esses componentes, como por exemplo, pessoas que relatam apenas o componente 1 são aquelas que acreditam em deus ou em um poder superior, mas não experimentam nenhuma outra forma de espiritualidade<sup>18</sup>. O componente 2 sozinho é observado quando pessoas exercem uma prática espiritual ou religiosa, não por causa de uma crença ou consciência, mas por meio de uma convenção ou tradição<sup>18</sup>.

**TABELA 1. Componentes da definição de espiritualidade<sup>18</sup>**

<b>Componentes da definição</b>	<b>Descrição</b>
1. Crença	Assentimento ou convicção sobre um domínio ou existência que vai além do mundo material. Isso inclui todos os tipos de crenças.
2. Prática	Prática espiritual ou religiosa que ocorre sem percepção consciente ou relacionamento com o reino espiritual em questão. Embora envolva contemplação, oração, leitura ou reflexão, nesse nível, o <i>self</i> não é movido por nenhuma experiência direta de relacionamento ou conexão com o outro.
3. Consciência	Consciência de estar sendo movido intelectualmente e/ou emocionalmente. Inclui contemplação, oração, meditação ou reflexão, quando há percepção consciente sobre essa dimensão.
4. Experiência	Experiência discreta que pode incluir difusão da mente, perda dos limites do ego e uma mudança de orientação do eu em direção ou além do mundo material. A experiência geralmente ocorre espontaneamente, mas pode acontecer após um período de reflexão, meditação, estresse ou isolamento.
<b>Fatores que não fazem parte da definição</b>	
Fonte	Qualquer consideração da fonte da espiritualidade, seja secular, sagrada, divina ou diabólica.
Consequências – positivas ou negativas	Podem ser próximas, como felicidade, medo, um novo propósito, sentido de vida ou a intenção de viver uma vida ética; ou distantes, como sucesso ou fracasso econômico, mudanças na saúde física ou mental, ou em relacionamentos.
Outros	Sistemas seculares de virtude, ética ou moralidade.

Fonte: Adaptada de King e Koenig (2009).

Ainda existem aqueles que relatam que foram movidos em relação a um domínio espiritual (componentes 3 e/ou 4), mas na ausência de uma crença específica<sup>18</sup>. Outros encontram o componente 4 quando experimentam abruptamente a perda dos limites do ego e um sentimento de unidade sem

qualquer crença espiritual, envolvimento religioso ou consciência anterior. A grande diferença entre os componentes 3 e 4, é que o último ocorre sem o encorajamento consciente – é algo que acontece com a pessoa<sup>18</sup>.

Essa decomposição da definição de espiritualidade tem como finalidade ajudar a estruturar sua complexidade e a compreender a sua expressão em cada indivíduo, e não os colocar em categorias específicas quando não há um encaixe preciso<sup>18</sup>. Ademais, percebe-se que esses componentes contêm o conceito de religiosidade, discutido anteriormente. Isso ratifica a sobreposição de conceitos e definições e a complexidade e profundidade inerentes à esse campo de estudo, justificando o emprego do termo combinado religiosidade/espiritualidade.

### **Relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde**

Harold Koenig e colaboradores publicaram, em 2001, a primeira edição do livro “Handbook of Religion and Health”<sup>1</sup>, uma obra pioneira em sua profundidade e escopo, que explorou questões fundamentais sobre a relação entre envolvimento espiritual e religioso e saúde.

Desde então, evidenciou-se um aumento significativo no número de publicações em espiritualidade, religião e saúde entre os anos de 1999 e 2017, principalmente após o ano de 2009<sup>19</sup>. Ademais, para além do crescimento exponencial do número de publicações, observou-se uma sofisticação dessas publicações, com questões de pesquisa e metodologias mais complexas.

Sendo assim, a segunda edição do livro “Handbook of Religion and Health”<sup>2</sup>, publicada em 2012, não mais buscou investigar se existia uma relação entre envolvimento religioso/espiritual e saúde ou se o envolvimento religioso/espiritual era bom ou ruim para saúde, mas sim sob quais condições o envolvimento religioso/espiritual promovia saúde e sob quais condições o envolvimento religiosos/espiritual prejudicava o bem-estar.

A segunda categoria temática que emergiu nas narrativas das entrevistas dessa pesquisa refere-se justamente a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde. Nessa categoria, foram identificadas duas subcategorias: 1) Dimensão religiosidade/espiritualidade como suporte à saúde e ao bem-estar; e 2) Dimensão religiosidade/espiritualidade como entrave à saúde e ao bem-estar.

#### ***Dimensão religiosidade como suporte à saúde e ao bem-estar***

Quando indagados sobre a existência ou não de uma relação entre a religiosidade/espiritualidade e saúde ou saúde mental, alguns psiquiatras elucidaram os benefícios que essa dimensão pode trazer à saúde, ocupando um lugar de acolhimento e absorção das angústias, como observado nas falas abaixo:

*Eu acho que todo envolvimento saudável com a religião, com a religiosidade e com a espiritualidade está implícito a ideia de cuidar de si, de cuidar do próximo, de cuidar do mundo e de se preocupar com as pessoas. Então saúde é isso, bem-estar biopsicossocial-ambiental-espiritual, para quem acredita. (...) Como a espiritualidade tem a ver com transcendência e ter um sentido maior, para que a pessoa busque os seus objetivos em termos de sentido maior, ela tem que cuidar da própria saúde... então elas acabam se cuidando*

*mais, se preocupando mais consigo, tendo mais resiliência, mais resistência para suportar o sofrimento clínico (...) Pertencer a um grupo de apoio, a um grupo social, né? A pessoa que está envolvida com religiosidade, com a espiritualidade ela frequenta um grupo de oração, um grupo de assistência religiosa, um centro espírita, um terreiro, uma pastoral, qualquer coisa. E isso dá uma sensação de apoio, de pertencimento, que, por sua vez, está associada também as questões de bem-estar (P1).*

*Eu acho que na medida em que a religião é uma forma de suporte ao vazio que pode ser a existência humana/ uma resposta para a interrogação que é a existência do homem, traz muito conforto e alento do ponto de vista individual e também coletivo na medida em que o ambiente religioso traz suporte, traz apoio para as pessoas em situações de risco, sofrimento e necessidade emocional ou financeira. Eu acho que é campo de apoio social importante (P2).*

*Desde um suporte/eixo de integridade e de sustentação que a pessoa pode trazer na sua relação com a espiritualidade e com a religiosidade, até um sentido de um modo de vida e esse modo de vida que determina como essa pessoa se relaciona com a saúde, como ela se relaciona com seu adoecimento ou consigo própria, com a comunidade, enfim, como essa pessoa se relaciona com o próprio acompanhamento proposto, com o próprio encontro proposto, na busca de assistência e tudo (P4).*

*A religião, os mitos de passagem, a imagem de deus, de uma divindade, sempre vai existir, correto? Freud mesmo disse de forma metafórica que deus é uma hipótese que sempre vai ter futuro. Sempre haverá algo nesse sentido, da divindade, do encontro do homem com o sagrado. Então, nesse sentido, muitas pessoas encontram nas religiões, realmente, o anteparo para algumas angústias que podem ser basicamente absorvidas por ali (P5).*

Os relatos acima apontam, principalmente, para a relação positiva entre a religiosidade/espiritualidade e a saúde mental, na medida em que essa dimensão oferece suporte, alivia os sofrimentos e confere resiliência. Aproximadamente 80% das pesquisas em religiosidade/espiritualidade e saúde envolvem estudos em saúde mental, uma vez que o envolvimento religioso/espiritual abrange aspectos psicológicos, sociais e comportamentais que estão mais intimamente relacionados à saúde mental do que à saúde física<sup>11</sup>.

Uma revisão sobre religiosidade e saúde mental<sup>20</sup>, demonstrou uma relação diretamente proporcional entre religiosidade e bem-estar psicológico (satisfação, felicidade, afeto, valores morais) e uma relação inversamente proporcional entre religiosidade e depressão, uso de drogas e suicídio. Em concordância, outra revisão<sup>21</sup> demonstrou uma associação predominantemente inversa entre fatores religiosos e espirituais e depressão.

Outra revisão sobre religião, espiritualidade e saúde identificou, na grande maioria dos estudos, o potencial que a religiosidade/espiritualidade têm em ajudar as pessoas a enfrentarem circunstâncias adversas e estressantes da vida, fenômeno chamado de  *coping*  religioso e espiritual

positivo<sup>11</sup>. Além disso, destacou que a grande maioria dos estudos revisados encontraram relações positivas entre religiosidade/espiritualidade e emoções positivas como bem-estar e felicidade, esperança, otimismo, significado e propósito, alta autoestima e senso de controle<sup>11</sup>.

No entanto, uma metanálise em estudos de língua alemã (Alemanha, Áustria e Suíça) verificou que maiores índices de religiosidade/espiritualidade estão minimamente, mas significativamente, associados a uma melhor saúde mental<sup>22</sup>. Em comparação com as metanálises norte-americanas, o tamanho médio do efeito foi menor nas associações positivas entre religiosidade/espiritualidade e saúde mental, enquanto que nas associações negativas foram particularmente fortes<sup>22</sup>. Nesse sentido, enfatiza-se que generalizações precipitadas devem ser evitadas, uma vez que a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde sofre influência do panorama religioso encontrado em diferentes contextos socioculturais.

Por exemplo, nos Estados Unidos (EUA), 95% das pessoas afirmam acreditar em Deus enquanto, comparativamente, na Alemanha (64%), na Áustria (47%) e na Suíça (59%) das pessoas afirmam acreditar em Deus<sup>22</sup>. O Brasil, por sua vez, assim como os EUA, apresenta altos níveis de envolvimento religioso, visto que aproximadamente 95% da população relata alguma filiação religiosa e 83% da população considera a religião muito importante em suas vidas<sup>23</sup>.

Além disso, apesar de não referido nas entrevistas, a religiosidade e espiritualidade podem impactar positivamente também na saúde física das pessoas. É inegável que fatores comportamentais relacionados ao estilo de vida, como tabagismo, etilismo e consumo de substâncias psicoativas, relacionam-se, muitas vezes, com o desenvolvimento de doenças graves. A religiosidade/espiritualidade, por sua vez, ao desestimular esses comportamentos, pode atuar como um fator protetivo<sup>24</sup>.

### ***Dimensão religiosidade como entrave à saúde e ao bem-estar***

A despeito das associações positivas entre religiosidade/espiritualidade e saúde, deve-se também ressaltar o caráter prejudicial que essa dimensão atribuir à saúde. Esse aspecto da relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde também emergiu no conteúdo das entrevistas:

*E tem o aspecto negativo também, que é mais raro, mas acontece. Que é a pessoa, por exemplo, achar que a religião vai salvar elas das doenças e não se ater ao tratamento médico. Ou, pessoas das instituições religiosas influenciarem negativamente os pacientes para que eles não venham a aderir ao tratamento médico, ou pelo menos ficarem indiferentes. Isso acontece também, não é comum, mas acontece (P1).*

*Acompanho casos em que a questão religiosa é um entrave e a pessoa reconhece como um entrave, em muitos momentos, para muitos movimentos e tudo, e isso vira – esses conflitos né... a partir da percepção desses entraves – vira um motivo de adoecimento e tudo (P4).*

Nesse contexto, um dos psiquiatras destaca o poder e a importância que as instituições religiosas têm na vida de certas pessoas, uma vez que são capazes de influenciar comportamentos,

incluindo decisões em saúde, como a adesão ao tratamento médico. Portanto, as instituições religiosas ou membros e líderes religiosos, podem orientar a pessoa de maneira rígida e inflexível, desestimulando a busca ou a manutenção dos cuidados em saúde<sup>24</sup>.

Destaca-se, também, que as crenças religiosas e espirituais das pessoas podem ser fonte de conflitos e entraves que se refletem negativamente na saúde e bem-estar, configurando o coping religioso e espiritual negativo. O *coping* negativo, cujas evidências sugerem menor prevalência em comparação ao *coping* positivo, está associado a desfechos como maior prevalência de depressão e ansiedade e maior mortalidade<sup>24</sup>. Ele pode se manifestar através de pensamentos do tipo “Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado”, “Culpei Deus pela minha situação”, “Convenci-me que forças do mal atuaram para isso acontecer” e “Questionei se Deus realmente se importava”<sup>24</sup>.

### **Manejo da dimensão religiosidade/espiritualidade na prática clínica psiquiátrica**

Analogamente ao aumento exponencial das publicações científicas relacionando religiosidade/espiritualidade e saúde, há um crescente corpo de pesquisas investigando o manejo dessa dimensão na prática clínica. Esse é enfoque da terceira categoria temática mapeada na análise, composta por quatro subcategorias: 1) Coleta da história espiritual na avaliação da dimensão religiosidade/espiritualidade; 2) Atitudes e condutas diante de demandas religiosas/espirituais; 3) Interferência das crenças pessoais; e 4) Contato com líderes e membros de comunidade religiosas.

#### ***Coleta da história espiritual na avaliação da dimensão religiosidade/espiritualidade***

No que se refere ao manejo da dimensão religiosidade/espiritualidade na prática clínica, alguns psiquiatras relatam realizar a coleta da história espiritual do paciente no momento da anamnese, reconhecendo o sentido dessa variável no processo saúde-doença:

*Quando você entrevista um paciente, você já questiona na identificação, na anamnese, qual é a religião dele. A gente pode perguntar de maneira mais objetiva, tipo: “você tem uma religião?”, “qual é a sua religião?”; ou pode perguntar de maneira mais ampla: “como é a religião para você?”, “como é seu envolvimento espiritual?”, “como é seu envolvimento religioso?”, “como é sua religiosidade?”, “como é isso na sua vida?”. Escrever algo mais objetivo na identificação e quando você vai colher a história psicossocial, que é parte da anamnese, você detalha isso de maneira ora mais aberta, ora mais fechada (...) quando a gente toca nesse assunto eu detalho como é o envolvimento religioso, se ele frequenta algum grupo religioso, se ele se denomina com alguma religião, como é que ele denomina espiritualidade, como isso está presente na vida normal dele, como é que ele enxerga a saúde dele, o tratamento dele e a doença dele nesse contexto espiritual, de religiosidade, religioso (...) como é que ele enxerga o impacto disso na vida dele (...) e eu procuro não só colher essa história, mas dialogar com ele, nesse sentido (P1).*

*Veja, a gente começa pela anamnese. Então, a anamnese, ela tem que ser uma anamnese que inclua todas as dimensões do ser humano. Não só a dimensão física, não só a questão dos sintomas e queixas do paciente. Então a gente vai fazer perguntas no âmbito social, no âmbito cultural, no âmbito da espiritualidade, naquela parte da história psicossocial. Então, é a história psicossocial e espiritual. Aí a gente vai perguntar ao paciente se ele tem religião, que é um dado sociodemográfico, mas a gente deve ir além disso, porque ter religião ou não ter religião não diz nada. O que diz é o quanto essa religiosidade ou essa religião é importante na vida da pessoa. Se é importante, se ela tem inserção em alguma instituição religiosa, se ela realiza algum trabalho religioso, algum trabalho voluntário, o quanto a religiosidade é importante na vida dela e se ela busca a religião quando ela tem algum problema de saúde (...) então essa informação é importante, como é que essa religiosidade e espiritualidade se insere na vida da pessoa e se ela toma decisões de saúde baseada na sua religião (P3).*

Nesse aspecto, alguns psiquiatras reconhecem a importância da coleta da história espiritual, integrada ao processo de investigação ampla da pessoa e seus sinais e sintomas, como primeiro passo na avaliação da dimensão religiosidade/espiritualidade do paciente. No entanto, ainda parece existir uma considerável desconexão entre teoria e prática relacionada ao manejo da religiosidade/espiritualidade, tanto entre médicos no geral, quanto entre psiquiatras.

No contexto da prática clínica médica, Curlin et al<sup>25</sup> demonstrou que 90% dos médicos acreditam que é sempre ou geralmente apropriado discutir questões religiosas/espirituais quando seus pacientes trazem essa temática. Em contraste, quando se trata de investigar a religião/espiritualidade de seus pacientes, apenas 55% consideram é sempre ou geralmente apropriado. Ainda, apenas 10% dos médicos questionam frequentemente ou sempre seus pacientes sobre suas crenças religiosas/espirituais, enquanto 25% perguntam as vezes, 32% raramente e 49% nunca<sup>25</sup>. Em concordância com esses dados, um estudo realizado com médicos do Brasil, Índia e Indonésia<sup>26</sup>, revelou que, entre os médicos brasileiros, apenas 11% perguntam frequentemente ou sempre sobre questões religiosas/espirituais de seus pacientes, enquanto 90% perguntam as vezes ou raramente.

No contexto da prática clínica psiquiátrica, um estudo realizado à nível nacional<sup>27</sup>, demonstrou que, aproximadamente 77% dos psiquiatras consideram muito ou razoavelmente importante integrar a religião/espiritualidade dos pacientes na prática clínica. Ademais, aproximadamente, 50% perguntavam frequentemente sobre as questões religiosas/espirituais de seus pacientes, 35% perguntavam ocasionalmente, 14% raramente e 6% nunca. Em concordância com esses resultados, um estudo realizado em um hospital universitário de São Paulo<sup>10</sup>, encontrou que, aproximadamente, 88% dos psiquiatras consideram que perguntar sobre a religião/espiritualidade de seus pacientes é algo que podem ou devem fazer. No entanto, apenas 50% dos psiquiatras questionam frequentemente aos seus pacientes sobre suas crenças espirituais e religiosas, enquanto 32% perguntam ocasionalmente, 14% raramente e 4% nunca.

Portanto, observa-se que tanto os médicos, no geral, quanto os psiquiatras, em sua grande maioria, consideram importante abordar questões religiosas/espirituais no contexto da prática clínica. Além disso, a proporção de psiquiatras que frequentemente interrogam as crenças religiosas e espirituais de seus pacientes é maior em comparação com os médicos no geral. Analogamente, um

estudo que realizou uma análise comparativa das abordagens clínicas em religião e espiritualidade entre psiquiatras e outros médicos, revelou que os psiquiatras são mais propensos a abordarem essas temáticas em ambientes clínicos<sup>28</sup>.

Além disso, verificou-se que 46% dos psiquiatras relatam que seus pacientes ocasionalmente ou sempre mencionam questões de religião/espiritualidade (como Deus, oração, meditação, Bíblia etc.), 46% dos psiquiatras relatam que seus pacientes as vezes mencionam e 9% relatam que seus pacientes raramente ou nunca mencionam essas questões. Entre os outros médicos, 23% dizem que seus pacientes ocasionalmente ou sempre trazem questões sobre religião/espiritualidade, 51% dizem que seus pacientes as vezes trazem e 25% dizem que seus pacientes raramente ou nunca trazem essas questões<sup>28</sup>. A partir disso, questiona-se se os psiquiatras são, de fato, mais propensos a interrogarem questões religiosas/espirituais de seus pacientes, por iniciativa própria, ou se o fazem devido a frequência com que seus próprios pacientes apresentam demandas religiosas/espirituais.

Outro aspecto destacado pelos profissionais entrevistados foi a importância de praticar uma escuta ativa de seus pacientes durante o processo de coleta da história espiritual:

*Primeiro assim, de escuta né? Primeiro de tudo de escuta e de tentativa de compreensão do que é aquilo, do que representa aquilo para aquela pessoa, da importância que tem aquilo, da significação que tem esse aspecto na vida da pessoa. Uma tentativa de esmiuçar a dinâmica que isso tem na vida da pessoa. Então, antes de tudo, uma tentativa de compreender o que é essa circunstância na vida dessa pessoa mais a fundo (P4).*

*A questão do médico psiquiatra ou o próprio médico em si – e isso é uma pena porque eu vejo muito colegas incorrendo em erros gravíssimos em relação a escuta – é que você não pode filtrar muito as escutas dos seus pacientes, você tem que ouvi-lo em sua plenitude (P5).*

Nesse aspecto, os psiquiatras reconhecem a importância da coleta da história espiritual e da escuta ativa no ambiente clínico. Referem que esses fatores contribuem para a compreensão mais aprofundada sobre qual o lugar que a religião, religiosidade ou espiritualidade ocupa na vida daquela pessoa, como por exemplo, se ela toma decisões de saúde baseadas em sua crença.

### ***Atitudes e condutas diante de demandas religiosas/espirituais***

No contexto da prática clínica psiquiátrica, os pacientes frequentemente apresentam questões religiosas/espirituais que necessitam ser manejadas pelo profissional de forma adequada. Essas demandas religiosas e espirituais podem variar e diferir em grau de complexidade. Por exemplo, um paciente pode apresentar uma demanda predominantemente de escuta das suas questões religiosas/espirituais, enquanto outro pode apresentar uma alteração de consciência que demande um diagnóstico diferencial entre experiência espiritual/anômala e transtorno mental<sup>29</sup>.

Um relato interessante diz respeito ao manejo de certas crenças e práticas religiosas/espirituais dos pacientes que podem ser benéficas ou prejudiciais à sua saúde. Nesse cenário, surgem alguns

questionamentos: Deve-se encorajar ou desencorajar crenças e/ou práticas religiosas/espirituais dos pacientes? Se sim, quando fazê-lo? P3 comentou a respeito disso:

*Você vai ao longo do tratamento saber se essa religião/espiritualidade, está interferindo de forma positiva ou de forma negativa e vai poder dialogar com o paciente sobre isso, como a gente dialoga e orienta outras práticas, como eu posso orientar uma atividade física, uma higiene do sono. Se eu entender que a prática religiosa do paciente é prejudicial eu devo fazer uma observação a esse respeito – claro, respeitando a sua crença –, e se eu entender que é uma prática positiva eu devo reforçar, da mesma forma que eu reforço o paciente fazer atividade física. Então, se a paciente me diz – eu to falando um caso verídico – que depois que o filho único dela morreu assassinado, a única coisa que segura ela na vida é a igreja, então eu preciso reforçar que ela vá a igreja e perguntar “a senhora está indo a igreja?”, “a senhora voltou a pregar?”. Porque se ela me disse anteriormente que pregar faz bem a ela, eu vou perguntar se ela voltou a fazer a pregação dela ou não, certo? (P3).*

A religiosidade/espiritualidade é uma dimensão que influencia na saúde, e portanto, deve ser atendida pelo psiquiatra quanto aos seus potenciais benéficos e malefícios. Na percepção de P3, em certas ocasiões, cabe ao profissional fazer uma observação ou se posicionar à esse respeito, seja ratificando ou retificando determinados aspectos. Em concordância, verifica-se que a grande maioria dos psiquiatras, entre 73 e 83%, encorajam muitas vezes ou sempre seus pacientes em suas próprias crenças e práticas religiosas/espirituais<sup>25,28</sup>. Ademais, se certas crenças ou práticas relacionadas a religiosidade/espiritualidade configuram maior ou menor risco para um determinado desfecho indesejado, como doença ou morte, os médicos devem direcionar a conduta a fim de evitar ou minimizar os prejuízos ao paciente<sup>30</sup>.

Outra questão importante que pode requerer uma conduta do profissional psiquiatra, comumente abordada e questionada pelos próprios pacientes, é o tratamento religioso/espiritual. As narrativas revelaram divergências nas condutas dos psiquiatras sobre recomendar ou não que seus pacientes realizem tratamentos religiosos/espirituais. Além disso, demonstraram que não é incomum que pacientes acompanhados questionem sobre a possibilidade de realizar um tratamento religioso/espiritual em substituição ou em concomitância ao tratamento psiquiátrico proposto:

*Na minha prática, eu sempre recomendo, se o paciente der abertura, que ele vá fazer o tratamento religioso dele com base na crença dele. Então, vamos supor, ele está com depressão. É católico? É. Então, vá conversar com o padre, ver o que ele tem a dizer. Ver se tem alguma pastoral que tenha algum tratamento que possa lhe ofertar, se tem algum grupo de oração, se tem vigília, se tem qualquer coisa, se tem algum santo que tenha um grupo de devoção que você tenha afinidade. Isso no católico né? No evangélico, a mesma coisa. No espírita, a mesma coisa. No candomblecista, a mesma coisa (P1).*

*Têm pacientes, por exemplo, que me falam, “olha, eu interrompi o tratamento porque eu resolvi fazer um tratamento religioso. Eu acho que a medicação*

*não estava me ajudando”. E esse paciente agora que está na minha cabeça, por exemplo, eu disse “está tudo bem”, porque as vezes a gente não ajuda mesmo. As vezes a gente não consegue ajudar e é muito bom que o paciente tenha outra forma de elaboração daquele sofrimento. A gente não pode pensar que a psiquiatria é a resposta para tudo, e se não é a resposta, que a pessoa tenha a possibilidade de encontrar outras respostas, é muito bem-vindo (P2).*

*Se a pessoa diz “eu vou frequentar”, eu digo “tudo bem, vá”, mas eu nunca precisei recomendar, nem recomendei porque eu não tenho expertise em tratamento religioso (...) por exemplo, paciente chega com um quadro obsessivo-compulsivo, por exemplo, um alcoólatra/um alcoolista/um bebedor compulsivo, e ele acha que ele tem essa compulsão de bebida por uma questão de um encosto espiritual. Ele diz “tudo bem doutor, eu tenho isso por problemas emocionais meus, com relação a família, com relação a minha relação comigo mesmo, com a minha autoestima, mas eu também acho que eu tenho algum encosto”. Então eu digo “bom, eu posso tratar, não to desconsiderando seu encosto – eu nunca digo não tem, nem deixa de ter –, mas o que eu vejo com a minha técnica e com a minha teoria é esse lado aqui. Esse lado do encosto eu não vejo”. Ai ele diz assim “então doutor, você acha que eu posso tratar com o senhor e também procurar um centro espírita?”. Eu digo “pode, agora, eu vou tratar do meu lado aqui, que é esse, esse, esse e esse” (P5).*

Nesse sentido, percebe-se que as atitudes e condutas dos psiquiatras entrevistados variam de acordo com suas concepções pessoais e subjetivas. Enquanto alguns psiquiatras recomendam que seus pacientes realizem o tratamento religioso/espiritual baseado em sua crença, outros não o fazem, como um dos entrevistados, que relatou não recomendar esses tratamentos devido à falta de *expertise*, ou seja, de perícia sobre o impacto clínico das intervenções religiosas e espirituais na saúde dos pacientes.

Uma revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados, que avaliou a eficácia de protocolos de intervenção espirituais e/ou religiosos (terapia, meditação, protocolos em igrejas, recursos audiovisuais e serviços pastorais) nas condições clínicas e/ou psicológicas e na qualidade de vida dos pacientes, verificou: a) redução dos sintomas clínicos e maior aderência aos tratamentos médicos e satisfação dos participantes com os protocolos experimentados; b) redução significativa nos níveis de ansiedade e tendência à melhora em sintomas depressivos, sem alterações em qualidade de vida<sup>31</sup>.

Nessa perspectiva, tendo em vista o potencial benéfico das intervenções espirituais/religiosas como forma complementar a terapia padrão em saúde e, sendo essa uma demanda presente no contexto clínico psiquiátrico, reforça-se a importância da aquisição de conhecimentos teóricos e práticos por parte dos psiquiatras para manejar e conduzir ativamente essas demandas. Destaca-se também que, como elucidado previamente, tratar de religiosidade/espiritualidade não é tratar de uma simples dicotomia na qual obteremos respostas de sim/não. Nesse sentido, é importante que os profissionais estejam informados sobre tais tratamentos religiosos/espirituais, tornando-se mais eficazes no manejo das potencialidades tanto positivas, quanto negativas dessa dimensão.

### *Interferência das crenças pessoais*

Um tópico pertinente quando se discute sobre religião, religiosidade e espiritualidade é a interferência das crenças pessoais dos profissionais no cuidado ao paciente. Quando indagados se ter (ou não) religião ou crer (ou não) em um deus ou em um poder superior interfere no manejo da dimensão religiosidade/espiritualidade, os participantes trouxeram pontos de vistas discordantes. A maioria dos psiquiatras acreditam que suas crenças interferem positivamente nas suas práticas profissionais:

*Sim, interfere. Interfere de maneira benéfica, a meu ver. Porque me ajuda a ter mais resiliência no meu trabalho, me ajuda a ter mais compaixão, me ajuda a crer que meu trabalho tem um sentido maior, me ajuda a dar um senso de caridade ao meu trabalho, não só de labor/de trabalho. Me ajuda – nos casos difíceis – a conseguir contextualizar o que acontece com aquela pessoa, na minha perspectiva religiosa, apesar de eu não poder misturar na parte de tratamento, mas ajuda (...) Então a minha religiosidade, a minha espiritualidade, me ajuda na minha prática (P1).*

*Interfere para ajudar (...) Porque, por exemplo, quando o paciente chega para mim com o discurso onde ele usa significantes da umbanda e do candomblé eu sei o que é que ele está falando (P5).*

*Interfere sim (...) Não para eu interferir na crença do paciente ou falar de espiritismo na consulta, de forma nenhuma, mas isso norteia minha vida. Se a minha religião, ela norteia minha vida, ela norteia minha prática enquanto profissional também. Claro, se eu dou importância a isso em minha vida, eu vou também vou perguntar, ver como é isso no paciente e manejar de alguma forma (...) De forma objetiva, como eu valorizo a religião na minha vida, eu também valorizo a religião do meu paciente (P3).*

Nota-se que mais da metade dos psiquiatras entrevistados assentem que suas crenças pessoais interferem em sua prática clínica. Em concordância, uma investigação sobre as percepções de psiquiatras sobre as crenças religiosas na prática clínica, identificou que 64% deles relatam que suas crenças espirituais e religiosas influenciam em sua prática clínica<sup>10</sup>. Além disso, foi observado que psiquiatras não-religiosos e ateus, em comparação àqueles religiosos, atribuem menor influência às crenças religiosas/espirituais na sua prática clínica<sup>10</sup>. Em concordância com isso, a participante P2, que não possui religião nem crença em um deus ou em um poder superior, ao ser indagada sobre a influência das crenças pessoais, diz que:

*Não, tenho a clareza que são dois campos muito diferentes. Em nenhum momento na minha prática clínica se confunde o que é da ordem da religião, do que é da ordem do tipo de atendimento que eu faço. E esse limite na minha prática é muito bem demarcado, até porque como eu não tenho filiação a nenhuma religião, apesar de gostar da prática e achar que é uma coisa na vida das pessoas, mas como eu não tenho adesão nenhuma, então existe uma clareza muito grande nessa demarcação (P2).*

Portanto, foi relatado pela maioria dos entrevistados que suas crenças interferem de forma benéfica nas suas práticas clínicas, direta ou indiretamente. Diretamente, facilitando a comunicação entre os profissionais que conhecem os significantes e símbolos de uma determinada religião e seus pacientes e, indiretamente, na medida em que a religiosidade/espiritualidade oferece suporte e amparo ao sofrimento, as vezes, vivenciado por esses profissionais no contexto de suas práticas clínicas.

### ***Contato com líderes religiosos e membros de comunidades religiosas***

Um aspecto interessante no manejo da dimensão religiosidade/espiritualidade é o contato desses profissionais com líderes e membros de comunidades religiosas. Nas narrativas dos entrevistados, nota-se a existência de uma aproximação entre a religiosidade e espiritualidade e a psiquiatria, principalmente quando os líderes religiosos indicam/encaminham pacientes aos psiquiatras:

*Um determinado dia, um aluno me perguntou “Professora, a senhora é testemunha de jeová?” e eu disse “Não, por que você está me perguntando isso?” e ele falou “Porque aqui tem muito paciente testemunha de jeová”. E eu sou espírita né, então eu disse “Sabe por que aqui tem muito paciente testemunha de jeová? Porque eu já atendi dois líderes religiosos da igreja testemunha de jeová e eles me mandam pacientes da igreja”. E tem um, inclusive, que dizia assim “Aqui na igreja quando não resolve, eu digo, manda para Dra. P3” (P3).*

*Só para você ter ideia, eu tenho um trânsito com alguns terreiros de umbanda na cidade que me mandam pacientes. Quer dizer, eu nunca mandei para eles, porque eu vejo que não tem a conexão, a mão dupla as vezes não acontece (...) Mas, muitos mentores de umbanda – muitos que eu digo na verdade são dois –, e um de candomblé, me encaminham pacientes (P5).*

A disposição em percorrer o caminho inverso, ou seja, quando o psiquiatra busca o contato com o líder religioso, também é importante e pode ser uma estratégia fundamental para o plano terapêutico do paciente:

*Eu tive um paciente que, apesar de eu passar remédio para ele, ele trazia muito o sofrimento dele na perspectiva da religião dele. Então eu liguei para o líder religioso, e falei “Olha, eu sou psiquiatra, eu gostaria de saber qual é a intenção de vocês, como é que vocês pensam sobre fulano, como é o tratamento dele”. Fiz esse contato (P1).*

O conteúdo das narrativas das entrevistas também revelou que para oferecer a melhor assistência à um paciente sob cuidados tanto psiquiátricos, quanto religiosos/espirituais, é necessário que haja diálogo e comprometimento entre ambas as partes:

*Olha, eu posso te contar duas experiências bem distintas que marcaram muito, inclusive a minha prática, não só no contato com a religião, mas que marcaram minha prática psiquiátrica como um todo (...) Eu trabalhava em*

*campo com antropólogos e, por conta de ser psiquiatra, eu fui convocada a atender e acompanhar pacientes com doença psiquiátrica que estavam em atendimentos com líderes religiosos. Duas experiências, justamente, opostas. Em uma delas, eu estava em contato com um líder religioso, um pai de santo que atendia uma menina em surto psicótico esquizofrênico, e ele me disse que não estava dando conta do acompanhamento da menina, que a parte espiritual ele estava acompanhando, mas que existia algo que fugia totalmente ao que ele podia fazer. E aí eu conversei com ele que a parte religiosa era justamente a parte em que eu não tinha nenhum conhecimento, nem capacidade de atuação, mas que eu poderia atuar junto com ele nessa parte orgânica. E aí eu fiz a medicação, que foi oi Haloperidol injetável, e ele seguiu com o tratamento espiritual. Então, essa foi uma experiência bacana, de trabalho coletivo (...) no mesmo contexto eu fui fazer uma visita a um hospital étnico-psiquiátrico, com essa equipe de antropólogos, e chegando lá tinha uma moça em franca mania. Eu enquanto psiquiatra – e médico é assim né, a gente que intervir né, a gente não fica diante de um problema e cruza os braços –, e aí eu fui entrar em contato com o líder religioso e usei essa mesma técnica que eu tinha aprendido com o outro líder religioso. Eu falei para ele que eu estava ali a disposição e que o que eu pudesse ajudar em relação a parte orgânica da paciente, já que a parte religiosa ele estava fazendo, eu poderia ajudar. Ele me respondeu que não tinha nada no orgânico que eu pudesse fazer, que não existia absolutamente nada que eu pudesse ajudar, que ela estava tratada do ponto de vista religioso e que era isso que tinha de ser feito mesmo. E isso foi um ponto muito interessante na minha formação enquanto psiquiatra, porque eu achava que eu tinha que atuar enquanto psiquiatra, eu achava que tinha que intervir, mas ele me disse que não. Mas ali quem era o líder era ele, então eu tive que voltar atrás com o rabinho entre as pernas e aceitar que ali quem decidia era ele. Isso me mostrou duas formas, de possibilidades, uma forma de trabalhar cooperativamente e uma forma de dizer “não, isso aqui não tem nada a ver com você”, que tanto poderia vir da minha parte quanto da dele (P2).*

Nesse contexto, assim como proposto pela Associação Mundial de Psiquiatria, os psiquiatras entrevistados, independentemente de suas crenças pessoais, apresentaram disposição em trabalhar com líderes e membros de comunidades religiosas em apoio ao bem-estar de seus pacientes.

### **Dimensão religiosidade/espiritualidade nos currículos de escolas médicas e residências psiquiátricas**

A quarta e última categoria identificada durante a análise de dados relaciona-se ao paradigma curricular nas escolas médicas e residências psiquiátricas do Brasil, no que tange a religiosidade e espiritualidade. Os psiquiatras foram questionados se identificavam, durante seu percurso de formação acadêmica, tanto na graduação quanto na especialização, algum tipo de formação (teórica ou prática) para o manejo da dimensão religiosidade/espiritualidade, e as respostas foram unânimes:

*Zero, nada. Eu tive que correr tudo por fora, colher por fora, conversar por fora (...) Porque, como eu disse, não havia espaço na ementa, nas programações, na grade, não tinha uma disciplina (...) Nem na graduação, nem na especialização (P1).*

*Infelizmente, não (...) Não se falava disso. A gente não tratava desse assunto na consulta e não inseria esse aspecto na anamnese (...) Inclusive, dou aula disso na faculdade, mas o que eu dou aula foi porque eu busquei estudar, por exemplo, eu fiz uma disciplina no mestrado de ciências sociais a respeito de socioantropologia das religiões (...) Porque é um tema do meu interesse essa questão de medicina, saúde e espiritualidade (...) Então, a minha formação, foi uma autoformação nesse campo (P3).*

*Treinamento específico não (...) na época, assim, não era algo que estava no programa e que a gente iria chegar um momento e iria debater sobre aquilo (P4).*

Nesse cenário, apesar da ausência de disciplinas específicas que tratem dessa dimensão durante a graduação, os entrevistados destacaram que disciplinas como Psicologia Médica e Ética Médica dialogavam em um certo nível com essa temática:

*Eu fui aluno de professora A (...) e talvez ela tenha sido uma das únicas professoras, ela e mais um ou dois, que ventilaram o assunto, que tocaram no assunto dentro das disciplinas deles. No caso dela, era Psicologia Médica. (...) E propedêutica teve uma aula sobre Healing, que é uma coisa holística, mas nenhuma falando nesse tom que a gente está conversando aqui: “religiosidade é isso, espiritualidade é aquilo” (P1).*

*Durante a graduação, eu encontrei um núcleo de professores que consideravam isso e falavam isso com a gente, apesar de não fazer parte do currículo formal (...) Lembro de terem falado sobre isso talvez em Psicologia Médica, talvez em Ética Médica (...) Nada que ganhasse um peso muito grande né, ou uma importância muito grande. Mas, menções, assim, sim (P4).*

A partir disso, avalia-se que a dimensão religiosidade/espiritualidade ainda é precariamente abordada durante o percurso formativo de acadêmicos de medicina e residentes de psiquiatria no Brasil. Além disso, percebe-se que essa temática é abordada predominantemente dentro de um currículo informal, sendo inserida em outras disciplinas.

Em concordância com os relatos apresentados, um estudo demonstrou que, entre as escolas médicas do Brasil, apenas 4,6% possuem um curso obrigatório e 5,8% possuem um curso eletivo em espiritualidade e saúde em seus currículos. Para além desse somatório (10,4%) das faculdades de medicina brasileiras que apresentam cursos específicos em espiritualidade e saúde, outras 40,5% relatam incorporar esses conteúdos em palestras, conferências, seminários e até em outras disciplinas, como Ética, Psicologia Médica e Medicina da Comunidade<sup>7</sup>.

Comparativamente, um estudo realizado nos Estados Unidos demonstrou que, entre as escolas médicas, 7% dispunham de um curso obrigatório e outras 90% ofereciam conteúdos eletivos ou

obrigatórios em espiritualidade e saúde<sup>32</sup>, o que demonstra uma maior inserção de conteúdos relacionado a religiosidade/espiritualidade nos currículos de escolas médicas de outros países.

Além disso, observou-se percepções diferentes sobre essa ausência curricular gerar ou não uma carência no contexto da prática clínica psiquiátrica:

*Eu acho que isso é uma coisa que você aprende na prática. Tem coisas na medicina que a gente aprende na relação com o outro. Assim, de uma forma geral, a dimensão do respeito ao outro e do respeito as diferenças, eu acho que são valores que devem ser transmitidos em um curso universitário. Mas aquilo que é do detalhe, que é da prática, eu acho que é algo que se adquire na interação com o problema. Eu acho que tem situações que não fazem parte do escopo do que seria uma discussão dentro de um curso de medicina, a não ser, é claro, essa dimensão do respeito as diferenças (P2).*

*À luz do que a ciência traz para a gente hoje: que ajuda os pacientes em todas as áreas de saúde, que está associado a melhores desfechos em saúde, que está associado a mais bem-estar – que é o que a gente quer, que é o que a medicina quer para o pacientes –, que os pacientes querem falar desse assunto e que ajuda os médicos na prática clínica... ora, como é que isso pode ser ruim? Se a graduação não proveu essa dimensão, o estudo, a abordagem, a assistência, ensino e pesquisa nessa dimensão, isso foi uma falha. Agora é aquela coisa, a gente faz uma Medicina Baseada em Evidências, então, talvez pelo fato de que há 15/20 anos as evidências científicas não serem tão robustas como hoje, se falasse menos no assunto. O que é bom, o que sugere que a classe médica vem respeitando a ciência, que é o que a gente costuma fazer. A ciência começou a falar que é importante, a gente começou a ouvir. Mas, poderia ter sido diferente, eu acho. Então, sendo objetivo, eu considero uma deficiência sim (P1).*

Nesse aspecto, percebe-se uma divergência de opinião em relação a necessidade e importância de integrar, aos cursos de escolas médicas e residências psiquiátricas do Brasil, a dimensão religiosidade/espiritualidade. No entanto, um estudo destacou a importância de treinamento específico para diferenciação de conteúdos patológicos e não patológicos de algumas manifestações de religiosidade/espiritualidade<sup>29</sup>, reforçando a importância da coleta espiritual para o manejo dessa dimensão. Além disso, foi visto que, o manejo de determinadas demandas espirituais/religiosas dos pacientes, requer conhecimentos e treinamentos específicos em religiosidade/espiritualidade.

Sendo assim, a despeito de opinião pessoais, a integração entre religiosidade, espiritualidade e saúde é uma realidade que precisa ser abordada durante a graduação e especialização desses profissionais. Apenas assim, teremos profissionais capazes de manejar ativamente e adequadamente essa dimensão no contexto da prática clínica psiquiátrica.

## 7 CONCLUSÃO

As definições de religiosidade e espiritualidade têm sido uma fonte perene de controvérsias, embora integrem uma dimensão humana de perspectiva ancestral. No presente estudo, a espiritualidade foi reconhecida como uma dimensão própria do ser humano e dotada da capacidade de conexão com o transcendente, enquanto a religiosidade foi compreendida como as práticas acionadas nesse campo. A perspectiva dimensional, portanto, agrega religiosidade à espiritualidade, emergindo como categoria complexamente subjetiva e profunda da experiência humana.

Os resultados encontrados reafirmam a R/E como sendo um fenômeno multidimensional, influenciado por diversos fatores individuais e coletivos que impactam diretamente na saúde física e mental. Os participantes do estudo identificam o impacto positivo da R/E na saúde, principalmente na saúde mental, uma vez que essa dimensão oferece suporte e amparo aos sofrimentos e angústias; seja através de uma lógica transcendente, ou apenas como elemento de elaboração simbólica. Reconhecem, contudo, a existência do impacto negativo da R/E na saúde, à medida em que crenças religiosas e espirituais podem ancorar vivências de conflitos e entraves socioculturais, que se colocam como promotores de sofrimento.

No que se refere ao manejo clínico dessa dimensão, objeto central dessa investigação, as narrativas destacam a importância da coleta da história espiritual como etapa fundamental ao manejo da dimensão R/E. Reconhecem também a importância de uma escuta aberta à diversidade, sem preconceitos e embasada na alteridade, com especial disposição para dialogar e trabalhar interdisciplinarmente, em conjunto com membros e líderes de comunidade religiosas, quando necessário. Entretanto, observou-se que as atitudes e condutas desses profissionais diante de demandas religiosas e espirituais de seus pacientes são divergentes e claramente influenciadas por concepções e crenças pessoais.

Por fim, as narrativas revelam que a dimensão religiosidade/espiritualidade foi precariamente abordada durante o percurso formativo dos entrevistados, tanto na graduação quanto na especialização. Esse fato, entretanto, foi motivo de controvérsia, pois alguns participantes consideram fundamental a inserção desse conteúdo nos currículos, enquanto outros acreditam que essa temática não compete ao curso de medicina.

## REFERÊNCIAS

1. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of Religion and Health [Internet]. First. New York: Oxford University Press; 2001. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=h8F3OmlmH4C&printsec=frontcover&dq=the+handbook+of+religion+and+health&hl=pt-BR&sa=X&ved=2ahUKewjh0JThutPvAhXyL7kGHTTbBNkQ6AEwAHoECAAQA#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 15 de mar de 2021.
2. Koenig HG, King DE, Carson VB. Handbook of Religion and Health [Internet]. Second. New York: Oxford University Press; 2012. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=NiRZcCVbkZ4C&oi=fnd&pg=PP1&dq=the+handbook+of+religion+and+health+1+ed&ots=DX-d6qSNTu&sig=HDU5NPrcksumIYnUcDAbdERudM#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 15 de mar de 2021.
3. American Psychiatric Association (APA). Guidelines regarding possible conflict between psychiatrists' religious commitment and psychiatric practice. *Am J Psychiatry*. 1990;147(4):542. Acesso em: 15 de mar de 2021.
4. Cordeiro Q. Creation of the section on spirituality and mental health at the Brazilian Psychiatric Association. 2014;3(1):2–3. Acesso em: 15 de mar de 2021.
5. Royal College of Psychiatrists. Spirituality and Psychiatry Special Interest Group (SPSIG) [Internet]. *RCPsych*. 1999. Disponível em: <https://www.rcpsych.ac.uk/members/special-interest-groups/spirituality>. Acesso em: 15 de mar de 2021.
6. Moreira-Almeida A, Sharma A, Rensburg BJ van, Verhagen PJ, Cook CCH. WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World Psychiatry*. 2016;87–8. Acesso em: 15 de mar de 2021.
7. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Espinha DCM, De Oliveira LR, Leite JR, Koenig HG. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. *BMC Med Educ*. 2012;12(1). Acesso em: 15 de mar de 2021.
8. Conselho Nacional de Educação Superior: Câmara de Educação. Resolução CNE/CES nº 3/2014: Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Vol. 3, Diário Oficial da União. 2014. Acesso em: 15 de mar de 2021.
9. Koenig HG. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental *Religion, Rev Psiquiatr. 2007;34(1):5–7*. Acesso em: 15 de mar de 2021.
10. Menegatti-Chequini MC, Maraldi EDO, Peres MFP, Leão FC, Vallada H. How psychiatrists think about religious and spiritual beliefs in clinical practice: findings from a university hospital in São Paulo, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2017;41(1):58–65. Acesso em: 15 de mar de 2021.
11. Koenig HG. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry*. 2012;2012:1–33. Acesso em: 10 de abr de 2021.
12. Gomes NS, Farina M, Forno CD. Espiritualidade , Religiosidade e Religião : Reflexão de Conceitos em Artigos Resultados e Discussão. *Rev Psicol da IMED*. 2014;6(2):107–12. Acesso em: 10 de abr de 2021.

13. Dewes JO. Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling: uma descrição dos métodos. *Univ Fed do Rio Gd do Sul* [Internet]. 2013;52. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/93246>. Acesso em: 10 de abr de 2021.
14. Boni V, Quaresma J. Aprendendo a entrevistar como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Em Tese*. 2005;2(1):68–80. Acesso em: 10 de abr de 2021.
15. Bardin L. Análise de Conteúdo [Internet]. Reto LA, Pinheiro A, organizadores. Vol. 22, *Revista Educação*. Lisboa: Edições 70; 1977. 225 p. Disponível em: [http://books.google.com/books?id=AFpxPgAACAAJ%5Cnhttp://cliente.argo.com.br/~mgos/analise\\_de\\_conteudo\\_moraes.html#\\_ftn1](http://books.google.com/books?id=AFpxPgAACAAJ%5Cnhttp://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html#_ftn1). Acesso em: 10 de abr de 2021.
16. Carvalho JJ de. A religião como sistema simbólico: uma atualização teórica. In Brasília: Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília; 2000. p. 1–17. Acesso em: 10 de abr de 2021.
17. De Freitas MH. Religiosidade e saúde: experiências dos pacientes e percepções dos profissionais. *Rev Pist Prax*. 2014;6(1):89. Acesso em: 10 de abr de 2021.
18. King MB, Koenig HG. Conceptualising spirituality for medical research and health service provision. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:1–7. Acesso em: 10 de abr de 2021.
19. Demir E. The Evolution of Spirituality, Religion and Health Publications: Yesterday, Today and Tomorrow. *J Relig Health* [Internet]. 2019;58(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-018-00739-w>. Acesso em: 10 de abr de 2021.
20. Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2006;28(3):242–50. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462006000300018&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462006000300018&script=sci_arttext). Acesso em: 10 de abr de 2021.
21. Bonelli R, Dew RE, Koenig HG, Rosmarin DH, Vasegh S. Religious and spiritual factors in depression: Review and integration of the research. *Depress Res Treat*. 2012;2012. Acesso em: 5 de maio de 2021.
22. Hodapp B, Zwingmann C. Religiosity/Spirituality and Mental Health: A Meta-analysis of Studies from the German-Speaking Area. *J Relig Health* [Internet]. 2019;58(6):1970–98. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00759-0>. Acesso em: 5 de maio de 2021.
23. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Religious involvement and sociodemographic factors: A Brazilian national survey. *Relig Involv sociodemographic factors A Brazilian Natl Surv*. 2010;37(1):12–5. Acesso em: 5 de maio de 2021.
24. Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosidade e Saúde. *Saúde e Espirit*. 2008;Cap 20:427–43. Acesso em: 5 de maio de 2021.
25. Curlin FA, Chin MH, Sellergren SA, Roach CJ, Lantos JD. The Association of Physicians' Religious Characteristics with Their Attitudes and Self-Reported Behaviors regarding Religion and Spirituality in the Clinical Encounter. *Med Care*. 2006;44(5):446–53. Acesso em: 5 de maio de 2021.
26. Lucchetti G, Ramakrishnan P, Karimah A, Oliveira GR, Dias A, Rane A, et al. Spirituality, Religiosity, and Health: a Comparison of Physicians' Attitudes in Brazil, India, and Indonesia. *Int J Behav Med*. 2015;23(1):63–70. Acesso em: 5 de maio de 2021.
27. Menegatti-Chequini MC, Gonçalves JPB, Leão FC, Peres MFP, Vallada H. A preliminary

- survey on the religious profile of Brazilian psychiatrists and their approach to patients' religiosity in clinical practice. *BJPsych Open*. 2016;3(6):346–52. Acesso em: 5 de maio de 2021.
28. Curlin FA, Lawrence RE, Odell S, Chin MH, Lantos JD, Koenig HG, et al. Religion, Spirituality, and Medicine: Psychiatrists' and Other Physicians' Differing Observations, Interpretations, and Clinical Approaches. *Am J Psychiatry*. 2007;(December):1825–31. Acesso em: 5 de maio de 2021.
29. Moreira-Almeida A, Cardeña E. Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33(suppl 1):s21–8. Acesso em: 5 de maio de 2021.
30. Koenig HG. Commentary: Why Do Research on Spirituality and Health, and What Do the Results Mean? *J Relig Health*. 2012;51(2):460–7. Acesso em: 5 de maio de 2021.
31. Gonçalves JPB. Intervenções Espirituais e/ou Religiosas na Saúde: Revisão Sistemática e Meta-análise de Ensaio Clínicos Controlados. 2014;86. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-26012015-111105/publico/JulianePiasseschideBernardinGoncalvesVersaoCorrigida.pdf>. Acesso em: 5 de maio de 2021.
32. Koenig HG, Hooten EG, Lindsay-Calkins E, Meador KG. Spirituality in medical school curricula: Findings from a national survey. *Int J Psychiatry Med*. 2010;40(4):391–8. Acesso em: 5 de maio de 2021.

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa denominada **LÓGICAS RELIGIOSAS E ESPIRITUALISTAS EM CONTEXTO DE FORMAÇÃO E PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE**, desenvolvida por Nádia Matos, Paulo Oliveira e Teresa Correia, sob a orientação de Mônica Daltro. O objetivo desse estudo é compreender como a dimensão da religiosidade/espiritualidade (R/E) está integrada à formação e à prática de profissionais de saúde. Para isso, buscamos conhecer como psicólogos e psiquiatras manejam a dimensão da religiosidade/espiritualidade na prática clínica, assim como, conhecer lógicas religiosas acionadas dentro dos discursos acadêmicos na formação em saúde.

Os resultados desta pesquisa nos ajudarão a compreender como a dimensão da religiosidade/espiritualidade se insere no contexto de formação acadêmica de estudantes de psicologia e medicina e como se apresenta na prática clínica de psicólogos e psiquiatras. Assim, ao potencializar e fomentar a discussão sobre religiosidade/espiritualidade no cuidado em saúde, espera-se contribuir com um referencial científico sobre o manejo dessa dimensão em contexto de formação e de prática clínica.

Os (as) pesquisadores (as) se comprometem em fornecer uma devolutiva individual e/ou coletiva a todos os participantes que tenham interesse em conhecer os resultados da pesquisa. Além disso, se comprometem em divulgar os resultados no âmbito institucional, acadêmico e científico a fim de ampliar as discussões sobre a temática. Você não será identificado em nenhum momento da apresentação dos resultados do estudo.

Caso decida participar dessa pesquisa, realizaremos uma entrevista individual com questões abertas sobre como a religiosidade/espiritualidade se relaciona com sua vivência acadêmica e/ou profissional. A entrevista será realizada virtualmente, através da plataforma zoom, ou presencialmente, em uma sala de aula reservada na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em dia e horário de conveniência das partes. A entrevista será gravada e posteriormente transcrita, logo será realizada em condições de conforto, sigilo e segurança adequadas ao processo da pesquisa.

Caso você experimente algum tipo de desconforto, constrangimento ou mobilização psíquica, a entrevista será imediatamente interrompida. Se necessário, você poderá ser atendido (a) individualmente pela pesquisadora responsável e psicóloga, Mônica Daltro. O atendimento pode ocorrer no momento da entrevista ou posteriormente, por plataforma online ou no consultório particular da mesma – Endereço: Av. Juracy Magalhães Júnior, 2490, sala 403 – Rio Vermelho. Se necessário você poderá ser encaminhado (a) a um centro especializado.

O material coletado ficará sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) em seu domicílio. Materiais físicos serão guardados em um armário com chave e os arquivos digitais em um computador protegido por senha por um período de 2 anos. Finalizado esse prazo, os documentos serão destruídos e apagados, de forma a não permitir a quebra do sigilo das informações neles contidas.

Ao participar da pesquisa você não terá nenhuma despesa e não será responsabilizado por nenhum custo relacionado a essa pesquisa. Além disso, você pode desistir do estudo a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem nenhum prejuízo na sua relação com a instituição.

Fica assegurado o seu direito de solicitar novamente esclarecimentos sobre a sua participação e sobre as informações relacionadas à pesquisa agora ou futuramente. Para esclarecer eventuais dúvidas, poderá entrar em contato direto com a pesquisadora responsável, Mônica Daltro, pelo número (71) 98784-8493 ou com os pesquisadores (as) envolvidos (as): Nádia Matos – Telefone: (71) 98705-9112; Paulo Oliveira – Telefone: (71) 99110-4480; ou Teresa Correia – Telefone: (71) 98880-3837.

Em caso de denúncia sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública pelo endereço: Avenida Dom João VI, 274, Brotas, Salvador – BA, 40.285-001; telefone: (71) 2101-1921; ou e-mail: cep@bahiana.edu.br.

Seu consentimento indica que você decidiu participar da pesquisa como voluntário após leitura e esclarecimento das informações acima especificadas. Esse termo possui duas páginas e foi emitido em duas vias. Por favor, rubricque a primeira página e assine a última página deste documento, que também será rubricada e assinada pelo pesquisador (a) em duas vias de igual teor. A primeira via ficará em posse do pesquisador (a) e a segunda via ficará em seu poder como participante da pesquisa.

\_\_\_\_\_

Nome do (a) participante

\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) participante

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Data



\_\_\_\_\_

Nome do (a) pesquisador (a)

\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) pesquisador (a)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Data

**APÊNDICE B****ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

1. Qual é seu nome completo?
2. Qual é a sua idade?
3. Qual é o seu estado civil?
4. Qual é a sua cor?
5. Qual é a seu gênero?
6. Qual foi o ano de conclusão de sua graduação?
7. Em qual instituição você se graduou?
8. Qual foi o ano de conclusão de sua residência?
9. Em qual instituição você fez residência?
10. Em quais contextos em que exerce atividade clínica?
11. Há quanto tempo você atua na clínica psiquiátrica?
12. Você tem religião? Se sim, qual? Se não, você acredita em Deus ou um poder superior?
13. O que você pensa sobre religiosidade/espiritualidade?
14. Você identifica relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde e/ou saúde mental?
15. A religiosidade/espiritualidade aparecem na sua prática clínica? De que forma/como?
16. Se sim, como você maneja essa dimensão na sua prática clínica?
17. Você considera que ter ou não ter religião interfere no manejo da dimensão religiosidade/espiritualidade na sua prática clínica? Se você acha que interfere, como é essa interferência?
18. Durante a graduação você identifica algum tipo de formação para o manejo da dimensão religiosidade/espiritualidade? Se sim, qual foi e qual momento?

## APÊNDICE C

## DOCUMENTO DE APROVAÇÃO PELO CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** LÓGICAS RELIGIOSAS E ESPIRITUAIS EM CONTEXTO DE FORMAÇÃO E PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE

**Pesquisador:** Mônica Ramos Daltro

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 36408720.2.0000.5544

**Instituição Proponente:** Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.364.953

**Apresentação do Projeto:**

A dissociação entre o tema da espiritualidade e as temáticas do campo científico é comum nas sociedades ocidentais e, conseqüentemente, nas discussões, produções e publicações da ciência. Contudo esse cenário vem mudando nas últimas décadas, especialmente no campo da saúde, no sentido de compreender como a dimensão R/E está integrada à prática de profissionais de saúde.

Projeto submetido em 14 de outubro de 2020.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Compreender como a dimensão R/E está integrada à formação e prática de profissionais de saúde.

**Objetivo Secundário:**

- Conhecer como psicólogos manejam a dimensão da R/E na prática clínica.
- Conhecer como psiquiatras manejam a dimensão da R/E na prática clínica. -Identificar e descrever logicas religiosas que estejam atreladas a práticas de cuidado em saúde acionadas no campo do currículo de formação em medicina e psicologia.

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 274  
**Bairro:** BROTAS **CEP:** 40.285-001  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)2101-1921 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.364.953

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo os autores

Riscos:

Existe a possibilidade de que o sujeito da pesquisa possa sentir algum tipo de desconforto, constrangimento ou mobilização psíquica, nesse caso, a entrevista e/ou grupo serão imediatamente interrompidos. Caso os participantes da pesquisa necessitem, poderão ser atendidos (as) pela pesquisadora Coordenadora do Projeto ProF Mônica Daltro, psicóloga CRP03/942 nas dependências de seu consultório particular ou por via eletrônica através de WhatsApp para acolhimento e encaminhamento especializado, caso seja necessário.

Benefícios:

Os pesquisadores se comprometem a fornecer uma devolutiva individual e/ou coletiva, a todos os participantes que tenham interesse de conhecer os resultados produzidos. E a divulgar os resultados no âmbito da instituição pesquisada com vistas a ampliar as discussões sobre a temática no âmbito da formação do profissional de saúde. A devolutiva contemplará apresentação de resultados, orientação e encaminhamento, caso necessário.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa sobre como a dimensão R/E está integrada à prática de profissionais de saúde mental. Pesquisa de abordagem qualitativa. Etapas e Participantes do Estudo Participantes Serão identificados 15 psicólogos, 15 psiquiatras, 10 docentes de cursos de psicologia, 20 docentes do curso de medicina, 15 discentes de medicina e 15 de psicologia. Utilizar-se- a técnica de Snowball, amostragem não probabilística que utiliza cadeias de referência, partindo do ciclo de relações da própria pesquisadora principal.

Instrumentos e Processo de Coleta ENTREVISTA INDIVIDUAL a ser realizada com psicólogos, psiquiatras e docentes. Entrevista semi-estruturada com questões previamente elaboradas. RODA DE CONVERSA - a ser realizada com os psicólogos entrevistados e discentes. Os encontros serão agendados conforme disponibilidade de cada grupo e cada participante. As atividades de grupo acontecerão nas dependências da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, unidade acadêmica de Brotas, conforme disponibilidade e comodidade dos integrantes do grupo. As salas dispõem de condições de conforto, sigilo e segurança adequadas ao processo da pesquisa. Ou poderão também ocorrer por via eletrônica através do zoom integrado ao Ambiente Virtual de Aprendizagem da Bahiana. Somente serão incluídos aqueles que concordarem, voluntariamente.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274	CEP: 40.285-001
Bairro: BROTAS	
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)2101-1921	E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.364.953

em participar do estudo, após conhecer os objetivos do mesmo e assinar o TCLE.

**Critério de Inclusão:** Psiquiatras - Com residência em psiquiatria, experiência clínica mínima de 5 anos e registro ativo no CREMEB Psicólogos - Experiência clínica mínima de 5 anos, registro ativo no CRP Docentes - Lecionando nos cursos de graduação em medicina e psicologia Discentes - Matriculados em curso de psicologia e medicina.

**Critério de Exclusão:** Psiquiatras e Psicólogos - afastados das atividades clínicas nos últimos dois anos Pessoas que não estejam lúcidas e orientadas no momento da coleta de dados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Apresenta folha de rosto preenchida e assinada.
- Cronograma de Execução: Apresentado com previsão de coleta de dados de novembro de 2020 a novembro de 2021, com envio de Relatórios ao CEP Bahiana.
- Orçamento: Apresentado no valor de 6000,00.
- TCLE: Apresentados e corrigidos.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após análise bioética do protocolo de pesquisa, com base nas recomendações da Resolução 466/12 do CNS/MS e correções contidas no Recurso quanto a Cronograma e TCLEs, o protocolo apresenta condições de aprovação por este CEP-Bahiana.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o CEP-Bahiana, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação deste protocolo de pesquisa dentro dos objetivos e metodologia proposta.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Recurso do Parecer	recurso.pdf	12/10/2020 12:21:30		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Recurso.pdf	12/10/2020 12:21:15	Paulo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	REprojetoфин.pdf	12/10/2020 12:06:28	Paulo	Aceito

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274  
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 4.364.953

Investigador	REprojetoфин.pdf	12/10/2020 12:06:28	Paulo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLERoda.pdf	12/10/2020 12:06:10	Paulo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLREntrevista.pdf	12/10/2020 12:05:30	Paulo	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1604574.pdf	19/09/2020 10:31:25		Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	Resp.pdf	19/09/2020 10:31:03	Paulo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLERoda.docx	18/09/2020 11:03:08	Paulo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEREnt.doc	18/09/2020 11:02:44	Paulo	Aceito
Folha de Rosto	for.pdf	18/09/2020 10:25:04	Paulo	Aceito
Outros	ENTREV.docx	30/07/2020 17:07:56	Mônica Ramos Daltro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	REprojeto.docx	30/07/2020 17:04:02	Mônica Ramos Daltro	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 27 de Outubro de 2020

Assinado por:  
Roseny Ferreira  
(Coordenador(a))

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274  
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br