

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE**

**Fabício Henrique Alves de Oliveira e Oliveira**

**Avaliação do impacto da implementação de um currículo em Religiosidade e  
Espiritualidade (R/E) em Residências Médicas em Psiquiatria no Brasil**

**Juiz de Fora**

**2026**

**Fabício Henrique Alves de Oliveira e Oliveira**

**Avaliação do impacto da implementação de um currículo em Religiosidade e Espiritualidade (R/E) em Residências Médicas em Psiquiatria no Brasil**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde.

Área de Concentração: Saúde Brasileira.

Orientador: Prof. Dr. Alexander Moreira de Almeida

Co-orientador: Prof. Dr. Giancarlo Lucchetti

**Juiz de Fora**

**2026**

e Oliveira, Fabrício Henrique Alves de Oliveira.

Avaliação do impacto da implementação de um currículo em Religiosidade e Espiritualidade (R/E) em Residências Médicas em Psiquiatria no Brasil / Fabrício Henrique Alves de Oliveira e Oliveira. -- 2026.

186 p.

Orientador: Alexander Moreira Almeida

Coorientador: Giancarlo Lucchetti

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde, 2026.

1. Psiquiatria. 2. Religiosidade. 3. Espiritualidade. 4. Residência Médica. 5. Educação Médica. I. Almeida, Alexander Moreira, orient. II. Lucchetti, Giancarlo, coorient. III. Título.

**Fabrcio Henrique Alves de Oliveira e Oliveira**

**Avaliação do impacto da implementação de um currículo em Religiosidade e Espiritualidade (R/E) em Residências Médicas em Psiquiatria no Brasil**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde. Área de concentração: Saúde Brasileira.

Aprovada em 24 de março de 2026.

**BANCA EXAMINADORA**

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

**Prof. Dr. Giancarlo Lucchetti** - Coorientador  
Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof. Dr. Ricardo Barcelos Ferreira**  
Universidade Federal de Juiz de Fora

**Profa. Dra. Sandra Helena Cerrato Tibiriçá**  
Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof. Dr. Rodrigo Nicolato**  
Universidade Federal de Minas Gerais

**Profa. Dra. Marianna de Abreu Costa**  
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Juiz de Fora, 27/02/2026.



Documento assinado eletronicamente por **Rodrigo Nicolato, Usuário Externo**, em 24/03/2026, às 14:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Marianna de Abreu Costa, Usuário Externo**, em 24/03/2026, às 16:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Barcelos Ferreira, Professor(a)**, em 24/03/2026, às 16:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.  
PROPP 01.5: Termo de aprovação 2889286 SEI 23071.907537/2026-10 / pg. 1



de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Alexander Moreira de Almeida, Professor(a)**, em 27/03/2026, às 13:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Sandra Helena Cerrato Tibirica, Professor(a)**, em 31/03/2026, às 15:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Giancarlo Lucchetti, Professor(a)**, em 30/04/2026, às 12:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf ([www2.ufjf.br/SEI](http://www2.ufjf.br/SEI)) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2889286** e o código CRC **BD70FF6F**.

## EPÍGRAFE

“A psiquiatria sofre com a falta de uma teoria unificadora”

(Davies et al., 2020)

## DEDICATÓRIA

Dedico esta tese aos meus pais, em nome de Deus,

Aos meus filhos, em nome do Amor

À Humanidade, em nome do Bem

E à Ciência, em nome da Verdade.

## AGRADECIMENTOS

Ao prezado amigo e orientador Dr. Alexander Moreira-Almeida por ser fonte de inspiração e orientação constante com grande disponibilidade em nos ajudar a florescer, como pessoa e como profissional.

Ao coorientador Dr. Giancarlo Lucchetti pela segurança e disponibilidade na orientação do projeto e dos desafios que surgiram ao longo da jornada.

Ao professor Dr. John Peteet pela disponibilidade em nos ajudar e nos acolher no estágio na Harvard Medical School, engrandecendo o nosso aprendizado. Estágio esse, que só foi possível com a bolsa de doutorado sanduíche fornecida pela CAPES.

Ao professor Dr. Alexandre Zanini e ao pesquisador Dr. Bruno Angeli Faez, cujos auxílio estatístico e humano foram inolvidáveis e incomparáveis nesta jornada.

A Deus e a seus mensageiros e aos meus pais, também seus mensageiros para mim, pelo apoio incondicional, pela tolerância, paciência e pela ajuda incomparável em todos os momentos da minha vida.

Aos meus filhos, por serem fonte de inspiração constante e à mãe deles por todo o suporte e carinho dado a eles nas minhas ausências. A todos os meus familiares.

À Dra. Adelaide Pimenta e Dr. Marcos Zanetti por serem fonte de apoio e suporte nos momentos mais desafiadores dessa jornada.

Ao caro José Geraldo Campos Neto e aos Irmãos de coração Prof. Saulo Silva e Dr. Paulo Henrique Barbosa Dutra, que foram fonte de apoio e orientação nos desafios que surgiram paralelos e quase impeditivos a esta jornada.

Aos atores Igor José Boggione Santos e Vitor Meireles Gouvêa pela prestatividade e boa vontade para com o projeto e os residentes.

Aos amigos - encarnados e desencarnados - do Grupo Espírita Paz, do Centro Espírita Manoel Felipe Santiago e da Associação Médico-Espírita de Minas Gerais, pelo apoio espiritual imprescindível nesta jornada.

À Universidade Federal de Juiz de Fora por permitir a realização desse projeto.

Ao NUPES - Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde – e todos os seus componentes por todo o apoio e incentivo ao nosso crescimento na área de Saúde e Espiritualidade.

A todos os membros da banca e do PPG (Programa de Pós-Graduação) em Saúde da Faculdade de Medicina da UFJF pela atenção e suporte destinados a mim durante todo este período na pós-graduação.

Aos alunos e instituições que aceitaram participar desta pesquisa, sem os quais este trabalho não seria possível.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para que este trabalho se concretizasse.

## RESUMO

**Introdução:** A influência da religiosidade-espiritualidade (R/E) sobre a saúde vem sendo demonstrada de forma robusta pela literatura científica. Diferentes associações incentivam a formação de profissionais de saúde que incluam a abordagem da dimensão espiritual dos pacientes em sua prática clínica. Existe uma lacuna, porém, entre esta proposição e o treinamento de fato realizado na formação de tais profissionais, inclusive na Psiquiatria. Ainda são poucos os estudos que avaliam quantitativamente estas intervenções. **Objetivo:** Avaliar o impacto de uma proposta curricular padronizada de ensino sobre R/E na residência médica de psiquiatria sobre o desenvolvimento de competências religiosas-espirituais nos residentes. **Método:** Estudo de intervenção educacional (pré e pós-teste com controle não randomizado) em 15 programas de residência de psiquiatria do Brasil, com um total de 104 residentes, sendo 66 do segundo ano e 38 do terceiro ano de residência. Foram avaliados perfil sociodemográfico, dimensões de R/E, crenças, atitudes, conhecimentos e competências sobre abordagem de R/E na prática clínica e satisfação com o curso, bem como avaliação de habilidades em R/E com paciente simulado. Foi feita análise estatística inferencial através dos testes de igualdade de médias para amostras independentes e testes de média pareadas. Por fim realizou-se teste qui-quadrado e Análise de Correspondência para as variáveis qualitativas em tabelas de contingência (tabelas de frequências cruzadas). **Resultados:** A maioria dos residentes, no pré-teste, relatou ter uma afiliação religiosa (59,5%) e se considerava mais espiritual do que religiosa. Embora a maioria dos participantes tenha inicialmente relatado ter perguntado (94,8%) e escutado com empatia (96,8%) os pacientes em relação à religião/espiritualidade, 54,9% indicaram que abordavam essas questões apenas raramente ou às vezes. Apesar de reconhecerem a importância clínica da religião/espiritualidade (97,9%), 71% relataram inicialmente uma barreira (ex.: 66,7% treinamento insuficiente e 42,2% medo de ofender pacientes/familiares). Houve em geral, exceto por tempo insuficiente, diminuição da percepção das barreiras por parte dos residentes. Os residentes inicialmente demonstraram conhecimento moderado sobre o teste que lhes foi aplicado, com média, em 9 questões, de  $5,8 \pm 1,8$  (DP). O treinamento se associou a aumento nas

competências em abordar R/E tanto na autoavaliação ( $p < 0,001$ ) quanto na avaliação por meio de paciente simulado ( $p < 0,001$ ). Houve grande satisfação com o curso por parte dos residentes (média de 8 em 10). **Conclusão:** Essa intervenção curricular para o ensino de competências R/E para residentes de psiquiatria se mostrou bem aceita e com ganho de competências R/E tanto na autoavaliação quanto na avaliação por meio de paciente simulado. Isso pode ser um indicador da importância do treinamento em R/E como forma de diminuição da lacuna na abordagem do tema na prática clínica.

**Palavras-chave:** Educação Médica; Psiquiatria, Residência Médica, Espiritualidade; Religiosidade.

## ABSTRACT

**Introduction:** The influence of religiosity–spirituality (R/S) on health has been robustly demonstrated in the scientific literature. Various professional associations advocate for the training of healthcare professionals to include the spiritual dimension of patients in their clinical practice. However, there remains a gap between this recommendation and the actual training provided in the education of such professionals, including in Psychiatry. There are still relatively few studies that quantitatively evaluate these interventions. **Objective:** To evaluate the impact of a standardized curricular proposal for teaching on religiosity/spirituality (R/S) in psychiatry residency on the development of residents' religious-spiritual competencies. **Method:** Educational intervention study (pre- and post-test with non-randomized control) conducted in 15 psychiatry residency programs in Brazil, involving a total of 104 residents, 66 in their second year and 38 in their third year of training. Sociodemographic profile, R/S dimensions, beliefs, attitudes, knowledge, and competencies regarding the integration of R/S in clinical practice, as well as satisfaction with the course, were assessed. Skills in addressing R/S were also evaluated using a standardized patient. Inferential statistical analysis was performed using tests of equality of means for independent samples and paired mean tests. Finally, chi-square tests and Correspondence Analysis were conducted for qualitative variables in contingency tables (cross-tabulation frequency tables). **Results:** Most residents, in the pre-test, reported having a religious affiliation (59.5%) and considered themselves more spiritual than religious. Although most participants initially reported asking (94.8%) and listening empathetically (96.8%) to patients regarding religion/spirituality, 54.9% indicated that they addressed these issues only rarely or sometimes. Despite recognizing the clinical importance of religion/spirituality (97.9%), 71% initially reported a barrier (e.g., 66.7% insufficient training and 42.2% fear of offending patients/family members). In general, except for insufficient time, there was a decrease in the residents' perception of barriers. The residents initially demonstrated moderate knowledge of the test administered to them, with an average score of  $5.8 \pm 1.8$  (SD) on 9 questions. The training was associated with increased competence in addressing R/E issues, both in self-assessment ( $p < 0.001$ ) and in assessment using a simulated patient ( $p < 0.001$ ). Residents showed high satisfaction

with the course (average of 8 out of 10). **Conclusion:** This curricular intervention aimed at teaching R/S competencies to psychiatry residents was well accepted and led to gains in R/S competencies, both in self-assessment and in evaluation through a standardized patient. These findings may indicate the importance of R/S training as a means of reducing the gap in addressing this topic in clinical practice.

**Keywords:** Medical Education; Psychiatry; Medical Residency; Spirituality; Religiosity

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico dos Residentes de Psiquiatria: R2 e R3.....	47
Tabela 2 – Idade dos R2 e R3 .....	49
Tabela 3 – Perfil R/E dos residentes .....	49
Tabela 4 – Dimensões de R/E dos residentes .....	51
Tabela 5 – Avaliação da intervenção – Abordagem da R/E do paciente .....	54
Tabela 6 – Atitudes dos residentes diante da R/E do paciente: antes e após o treinamento.....	55
Tabela 7 – Competências do residente autorreferidas em R/E na clínica .....	56
Tabela 8 – Barreiras/Desafios à abordagem da R/E dos pacientes .....	58
Tabela 9 – Comparação do impacto curricular entre R2 (pós-teste) e R3 (controle) .....	60
Tabela 10 – Impacto do curso sobre o perfil da R/E dos R2: pré e pós-teste .....	61
Tabela 11– Pontuação dos acertos com paciente simulado .....	62
Tabela 12 – Total de aulas assistidas .....	62
Tabela 13 – Frequência em cada aula .....	63
Tabela 14 – Experiência e atualização curricular em R/E .....	64
Tabela 15 – Eficiência de treinamento para desenvolvimento de competências na abordagem da R/E .....	64
Tabela 16 – Indicação do curso .....	65
Tabela 17 – Influência profissional e pessoal do curso .....	65

**LISTA DE SIGLAS**

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
APA	American Psychiatry Association
BPS	Biopsicossocial
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CIQ	Course Impact Questionnaire
NUPES	Núcleo de pesquisas em Espiritualidade e Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPG	Programa de Pós-Graduação
PRP	Programa de Residência de Psiquiatria
QME	Questionário de Múltipla Escolha
R/E	Religiosidade e Espiritualidade
R2	Residentes do 2º ano
R3	Residentes do 3º ano
RCP	Royal College of Psychiatrists
RI	Religiosidade Intrínseca
RNO	Religiosidade Não-Organizacional
RO	Religiosidade Organizacional
R/S	Religiosity and Spirituality
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
WPA	World Psychiatry Association

## SUMÁRIO

1. CAPA.....	01
2. FOLHA DE ROSTO.....	02
3. FICHA CATALOGRÁFICA.....	03
4. FOLHA DE APROVAÇÃO.....	04
5. EPÍGRAFE.....	06
6. DEDICATÓRIA.....	07
7. AGRADECIMENTOS .....	08
8. RESUMO.....	10
9. ABSTRACT.....	12
10. LISTA DE TABELAS.....	14
11. LISTA DE SIGLAS.....	15
12. SUMÁRIO .....	16
13. INTRODUÇÃO .....	19
a. <i>Uma breve contextualização à luz da antropologia médica</i> .....	19
b. <i>Educação médica e espiritualidade</i> .....	27
14. JUSTIFICATIVA.....	36
15. OBJETIVOS .....	38
16. MÉTODOS .....	39
a. <i>Local e data do estudo</i> .....	39
b. <i>Amostra</i> .....	39
c. <i>Instrumentos utilizados</i> .....	40
d. <i>Procedimentos</i> .....	42
e. <i>Análise estatística</i> .....	46
f. <i>Aprovação pelo Comitê de Ética</i> .....	46
17. RESULTADOS.....	47
a. <i>Perfil sociodemográfico e R/E dos residentes de psiquiatria</i> .....	47
b. <i>Avaliação do impacto da intervenção: crenças, atitudes e competências dos residentes</i> .....	53
c. <i>Barreiras e desafios para abordar a R/E dos pacientes e familiares</i> ....	57
d. <i>Habilidades com paciente simulado</i> .....	61
e. <i>Frequência às aulas e satisfação com o curso</i> .....	62
18. DISCUSSÃO.....	66
a. <i>Perfil sociodemográfico e R/E</i> .....	66

b. <i>Impactos da intervenção curricular</i> .....	71
c. <i>Barreiras e desafios na abordagem da R/E</i> .....	74
d. <i>Mudanças de competências avaliadas por meio de paciente simulado</i> .....	75
e. <i>Frequência às aulas e satisfação com o curso</i> .....	76
f. <i>Elementos positivos do estudo</i> .....	77
g. <i>Limitações do estudo</i> .....	79
h. <i>Vantagens do currículo</i> .....	81
19. CONCLUSÃO.....	82
20. REFERÊNCIAS.....	84
21. LISTA DE ANEXOS .....	98
a. Anexo A – TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido para residentes.....	100
b. Anexo B – Lista dos 21 programas de residência convidados.....	103
c. Anexo C – Questionário de perfil sociodemográfico dos residentes.....	105
d. Anexo D – DUREL – Índice de Religiosidade da Universidade Duke (pré-teste).....	107
e. Anexo E – Questionário Competências R/E para Residentes (pré-teste).....	109
f. Anexo F – Questionário Competências R/E para Residentes (pós-teste).....	113
g. Anexo G – Course Impact Questionnaire para residentes (pré-teste).....	117
h. Anexo H – Course Impact Questionnaire para residentes (pós-teste).....	122
i. Anexo I – Questionário de avaliação de conhecimentos (pré-teste).....	127
j. Anexo J – Questionário de avaliação de conhecimentos (pós-teste).....	133
k. Anexo K – Questionário de satisfação com o curso/currículo para residentes (pós-teste).....	139

l. Anexo L – Checklist para Entrevista com paciente simulado (pré e pós-teste).....	143
m. Anexo M – Intervenção Curricular .....	147
n. Anexo N – Parecer consubstanciado do comitê de ética.....	161
o. Anexo O – Carta de outorga - Bolsa CAPES- Doutorado sanduíche.	165
p. Anexo P – Declaração de conclusão - Estágio Doutorado Sanduíche (Harvard).....	166
q. Anexo Q – Artigo publicado: Scoping and Systematic Review.....	167
r. Anexo R – Artigo submetido: Brief Communication (retirado) .....	178

## 1 INTRODUÇÃO

Para introduzir a presente pesquisa, que se trata de uma avaliação do impacto de uma intervenção curricular sobre o desenvolvimento de competências por parte de residentes de psiquiatria e a abordagem básica de questões religiosas e espirituais de seus pacientes, consideramos importante contextualizar, de forma sucinta, dois subtópicos que subjazem a este trabalho.

O primeiro subtópico apresenta breve perspectiva da temática a partir da *antropologia médica* e o segundo é uma breve discussão da *educação médica e da espiritualidade*.

### 1.1 UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO À LUZ DA ANTROPOLOGIA MÉDICA

Segundo Sheehan (2022), “Antropologia é o estudo dos humanos – ou uma descrição mais elevada ambiciosa, é a ciência da humanidade [...]” (2022, p. 115). Ela seria dividida em cinco ramos principais: o primeiro, a *arqueologia*, em seguida a *antropologia biológica*, depois, a *antropologia cultural* (chamada também de antropologia sociocultural), em quarto, a antropologia linguística e, por fim, embora contestada, a quinta, a chamada *antropologia aplicada* (Sheehan, 2022, p. 115). Não é objetivo aqui detalhar a discussão sobre cada um desses subgrupos. Apenas localizar, antropologicamente, que, para ele, o estudo da *antropologia médica* se insere no subgrupo de estudos da *antropologia cultural*.

Antropologia médica, então, segundo esse autor, “é o estudo da doença e saúde, e métodos de cura no contexto de configurações culturais” (Sheehan, 2022, 118). E, de acordo com o autor, “um dos principais focos da antropologia médica é estudar o sofrimento humano, e as instituições ou configurações médicas que tentam aliviar, e às vezes contribuem para esse sofrimento” (Sheehan, 2022, p. 118). A antropologia médica estaria “preocupada com a relação entre saúde e o indivíduo, o conceito de doença, as experiências narradas de doença, como o sofrimento ocorre

dentro de instituições culturais e sociais e como a economia e o poder político influenciam o sofrimento humano” (Sheehan, 2022, p. 118).

Neste mister, convém uma apresentação conceitual sobre uma das perspectivas sobre o que é cultura e como, ao mesmo tempo, esse conceito permite apresentar como este citado elemento da *cultura* pode estar associado às diferentes visões de mundo e do adoecer humano, numa perspectiva médica, religiosa, filosófica e científica. Cultura pode ser definida, segundo Sheehan, como as “normas, crenças, valores, símbolos e instituições que são transmitidos através de gerações” (2021, p. 115). Religião, por sua vez, de acordo com a definição da *American Psychological Association (APA)*, consiste em um

sistema de crenças espirituais, práticas ou ambos, geralmente organizado em torno da adoração de uma divindade (ou divindades) onipotente(s) e envolvendo comportamentos como oração, meditação e participação em rituais coletivos. Outras características comuns das religiões organizadas são a crença de que certos ensinamentos morais têm autoridade divina e o reconhecimento de certas pessoas, lugares, textos ou objetos como sagrados ou santos (APA, 2018).

Nesse sentido, a competência cultural inclui a competência para abordagem das questões religiosas e espirituais (Lukoff; Lu, 1999)

De acordo com Joseph e Peteet, *visão de mundo*, por sua vez, foi incluída e considerada como uma “construção intelectual que resolve todos os problemas de nossa existência uniformemente com base em uma hipótese primordial” (2004, p. 1). E, nessa medida, as concepções religiosas e espirituais podem ser formas de visão de mundo que procuram explicar questões fundamentais sobre a vida, a morte, o adoecer e a saúde etc.

Na segunda edição da obra “A spiritual strategy for counseling and psychotherapy”, Richards e Bergin (2005, p. 94) propõe uma divisão didática de três formas básicas de visão de mundo, quais sejam: a visão *monoteísta ocidental*, a *visão oriental* e a *visão naturalista/científica*. Para cada uma delas, detalham e especificam, em paralelos entre elas, subelementos da visão de mundo que incluem, para cada uma: 1) visão de Deus, 2) da natureza humana; 3) do propósito da vida; 4) da espiritualidade; 5) da moralidade; 6) da vida após a morte.

Em relação às questões de espiritualidade e religiosidade, tais distinções auxiliam na compreensão das possibilidades de concepções de mundo dos pacientes, bem como dos seres humanos de maneira geral, em sua interação com os diferentes aspectos de sua existência, incluindo o aspecto saúde-doença. Outras concepções podem ter variações a partir das descritas acima, incluindo aspectos que se fundem em alguns quesitos ou apresentem variáveis não consideradas nessa apresentação inicial ou geral.

Portanto, essa caracterização das concepções de mundo pode auxiliar na compreensão das práticas rotineiras da clínica em saúde, a relação dos profissionais de saúde com os pacientes, e demais interessados nesta matéria, tanto do ponto de vista teórico-científico e de pesquisa quanto da perspectiva prática-clínica, bem como na compreensão do binômio saúde-doença numa perspectiva bio-psico-socio-espiritual (Oliveira; Pinto, 2020).

Em relação aos diferentes modelos de saúde-doença, Scliar afirma que

Confrontados com a perturbadora experiência da enfermidade, os grupos humanos tendem a criar modelos para explicar o surgimento da doença, a morte ou a cura. Tais modelos são fortemente influenciados pelos padrões culturais vigentes, que podem variar em uma mesma sociedade ao longo do tempo (1999, p. 2).

Segundo Steudler (1972, p. 31-35 *apud* Scliar, 1999, p. 3), esses modelos, levando-se em conta os fatores históricos, podem ser distinguidos ao menos em três tipos: o *modelo mágico-religioso*, o *modelo empírico* e o *modelo científico*. Em breves termos, segundo este autor: 1) o *modelo mágico-religioso* seria aquele que “considera a enfermidade como ação de espíritos malignos” (Scliar, 1999, p. 3); 2) o *modelo empírico*, por sua vez, tratar-se-ia principalmente “da experiência proporcionada pela observação direta, através dos órgãos dos sentidos” (Scliar, 1999, p. 3) e da vivência pessoal, e; 3) o *modelo científico*, surgido na modernidade, seria “uma consequência da mencionada revolução científica e tecnológica ocorrida no Ocidente [...]” (Scliar, 1999, p. 3).

Vale destacar que essas fases podem aparecer não linearmente na história, ou seja, de forma concomitante na mesma sociedade, de maneira caleidoscópica (Scliar, 1999). Tal percepção pode auxiliar na compreensão da diversidade cultural da visão de mundo de diferentes grupos num mesmo momento histórico, por exemplo, a

diversidade de visões de mundo e modelos de saúde-doença entre profissionais de saúde e pacientes ou mesmo entre pacientes e profissionais de saúde de diferentes formações religioso-espirituais e diversas orientações filosófico-existenciais.

Numa outra perspectiva, Queiroz e Canesqui propõe que

O campo da antropologia da medicina iniciou-se com a constatação do elo inexorável entre doença, medicina, cultura e sociedade humana. Teorias da doença (científica ou religiosa), envolvendo etiologia, diagnóstico, prognóstico, tratamento e cura são partes do repertório cultural de grupos humanos e variam no tempo e no espaço em consonância com a variação cultural (1986, p. 152).

Uma implicação dessa abordagem é que “crenças sobre saúde e doença de povos ‘primitivos’ deixaram de ser encarados como fenômenos ilógicos, bizarros ou irracionais, passando a ser percebidos como teorias da causação da doença que fazem sentido dentro do contexto cultural a que pertencem” (Queiroz; Canesqui, 1986, p. 152).

Seguindo Rivers, “essas teorias podem ser agrupadas em três categorias básicas que ainda hoje são empregadas na análise de ‘medicinas populares’, quais sejam: a *humana*, a *espiritual ou sobrenatural* e a *natural*” (1924 *apud* Queiroz; Canesqui, 1986, p. 152). Nesse sentido, a “categoria *humana* engloba crenças relacionadas com o fato de que crises e conflitos no relacionamento humano e social em geral provocam doenças” (1924 *apud* Queiroz; Canesqui, 1986, p. 152-153, grifos próprios) como, por exemplo, mal olhado, feitiço, inveja etc., e “crenças de que o modo de vida e de trabalho (que inevitavelmente envolvem relacionamento e conflito humanos) afetam de alguma forma a saúde” (1924 *apud* Queiroz; Canesqui, 1986, p. 153).

Já a categoria *espiritual* ou *sobrenatural* englobaria as “crenças de que espíritos ou entidades sobrenaturais podem provocar doenças” (1924 *apud* Queiroz; Canesqui, 1986, p. 153). Estas remeteriam a “restrições e prescrições de ordem moral, as quais necessariamente se referem à ordem sociocultural” (1924 *apud* Queiroz; Canesqui, 1986, p. 153). E, por fim, a categoria *natural* englobaria as “crenças de que agentes naturais tais como micróbios ou agentes tóxicos também provocam doenças” (1924 *apud* Queiroz; Canesqui, 1986, p. 153).

Uma perspectiva biocultural sobre o conceito de saúde considera os “aspectos ecológico, social e biológico dos problemas de saúde e como eles interagem dentro e entre as populações” (Wiley; Allen, 2012, p. 5). Observa-se, até aqui, portanto, como, do ponto de vista antropológico, as definições de saúde e doença podem ser desafiadoras.

Segundo Borrás & Huguelet, a antropologia médica distingue, - do inglês - três diferentes realidades sobre o adoecimento baseadas em três diferentes palavras. Tais palavras definiriam, do inglês, “problemas de saúde como anormalidades biológicas [*disease*], a experiência subjetiva de um estado físico alterado [*illness*] e o processo de socialização de episódios patológicos [*sickness*]” (2009, p. 270). Essa diferenciação torna-se importante na medida em que, culturalmente, pode auxiliar na compreensão das diferentes visões de mundo contidas num mesmo contexto de relação entre profissional de saúde e paciente.

E, nesse sentido, a melhor compreensão sobre essa diversidade cultural por parte dos profissionais de saúde pode influenciar, dentre outros aspectos, por exemplo, a forma como são manejadas a transferência e a contratransferência estabelecidas numa determinada relação terapêutica, considerando-se os elementos culturais, religiosos e espirituais (ver, por exemplo, Abernathy; Lancia, 1998). Uma proposta de formulação cultural que valoriza estes aspectos pode ser encontrada nas edições do DSM-IV (2000) e DSM-V (2012) (American Psychiatric Association, 2000; 2012), que inclui o elemento de problemas religiosos e espirituais como um tema passível da atenção clínica e que, necessariamente, não precisaria ser considerado patológico (Lukoff; Lu; Turner, 1992; Turner; Lukoff; Barnhouse; Lu, 1995; Mosqueiro; Costa; Caribé; et al., 2023).

A partir deste contexto, insere-se a discussão sobre as características de três possíveis modelos de cuidado em saúde (Davies; Savulescu; Roache; Loebel, 2020; Campbell; Rohrbaugh, 2006) Essa discussão é relevante na medida em que permite compreender em qual desses modelos a proposta curricular contida na presente tese se encaixa e se enquadra, propondo a inclusão da dimensão religiosa e espiritual na abordagem dos profissionais de saúde, a saber, a da abordagem bio-psico-socio-espiritual (Oliveira; Pinto, 2020; Lucchetti; Lucchetti; Bassi; et al. 2010) – detalhada a seguir.

O primeiro, o *modelo biomédico*, seria aquele baseado numa visão reducionista do ser humano meramente aos seus processos biológicos. Esse modelo, segundo Sulmasy seria aquele que embora reconhecido em trazer avanços que podem ser considerados bons para a saúde humana através da “redução científica da pessoa a um espécime composto por sistemas, órgãos, células, organelas, reações bioquímicas e um genoma, a medicina fez descobertas notáveis que levaram a inúmeros avanços terapêuticos” (2002, p. 25), não seria suficiente para compreender o ser humano na sua totalidade, uma vez que “ter quebrado o código genético não nos levou a entender quem são os seres humanos, o que o sofrimento e a morte significam, o que deve se sustentar como uma fonte de esperança [...]” (Sulmasy; 2002, p. 25).

Dentro do cenário psiquiátrico, Lake, Helgason e Sarris consideram que haveria um paralelo entre o modelo biomédico e a psiquiatria biomédica. Esta última seria “o modelo dominante ocidental de cuidados em saúde mental” (Lake; Helgason; Sarris, 2012, p. 50) que

[...] enfatiza atualmente o tratamento de sintomas agudos em detrimento da prevenção e da manutenção do bem-estar, e frequentemente carece de uma abordagem centrada na pessoa, não levando em consideração, portanto, os complexos fatores psicossociais que contribuem para as doenças mentais. Baseia-se numa visão de mundo reducionista que considera a mente como uma descrição do *que o cérebro faz* (Lake; Helgason; Sarris, 2012, p. 50, *itálicos no original*).

Esse modelo, seria ainda, segundo ele, fundado na “teoria dos neurotransmissores”, que até o momento teria “falhado em explicar adequadamente as causas da saúde mental” (Lake; Helgason; Sarris, 2012, p. 50).

Com relação à formação e educação de profissionais de saúde, esse modelo, o biomédico, segundo Almeida, Caldeira e Gomes seria o “modelo tradicional de formação” e estaria baseado numa visão entendida pelos autores que dividiria “o corpo da mente, desclassificando dessa maneira aspectos sociais, psicológicos e ambientais que também estão diretamente envolvidos no processo de adoecer” (2022, p. 3). Além disso, para os mesmos autores, esse modelo “tem influenciado a formação profissional, a organização dos serviços e a produção de conhecimentos em saúde” (Almeida; Caldeira; Gomes, 2022, p. 3), e que a “formação do médico e dos

profissionais da área de saúde está, preponderantemente, ancorada no modelo biomédico” (Almeida; Caldeira; Gomes, 2022, p. 3).

Para Davies, Savulescu, Roache e Loebel a “psiquiatria sofre com a falta de uma teoria unificadora” (2020, p. 3). Nesse ponto, embora psiquiatras sejam médicos “com treinamento especializado em doenças mentais, [...] não existe uma teoria geralmente aceita de doenças mentais, em parte porque há pouco acordo sobre o que os conceitos ‘mental’ e ‘doença’ implicam” (Davies; Savulescu; Roache; Loebel, 2020, p. 3).

Eles, ainda, acrescentam que “na falta de tal teoria, a profissão tem experimentado divisão interna, incerteza entre os candidatos ao treinamento e ataques de fora”. Estas limitações teriam favorecido uma mais fácil aceitação do modelo biopsicossocial (BPS), cuja proposta é atribuída a George L. Engel (Engel, 1977). Nesse sentido, o segundo modelo, o *modelo biopsicossocial* seria um modelo derivado da Teoria Geral dos Sistemas, atribuído a Engel (1977) que “propõe que cada sistema afeta e é afetado pelos outros sistemas.” De acordo com esse modelo, a doença ocorreria em diferentes níveis hierárquicos, de forma entrelaçada e multidirecional, incluindo fatores biológicos, psicológicos e sociais.

No modelo biopsicossocial, “o sistema biológico enfatiza os substratos anatômicos, estruturais e moleculares da doença e seus efeitos no funcionamento biológico do paciente” (Campbell; Rohrbaugh, 2006, p. 7); o sistema psicológico, por sua vez “aborda as contribuições dos fatores de desenvolvimento, motivação e personalidade nas experiências e reações do paciente à doença” (Campbell; Rohrbaugh, 2006, p. 7). O sistema social, por sua vez, “examina as influências culturais, ambientais e familiares na expressão da doença, bem como nas experiências do paciente” (Campbell; Rohrbaugh, 2006, p. 7).

Nesse ponto, de acordo com o modelo biopsicossocial, os elementos da R/E acabam por ser incluídos de forma periférica e paralela, como elementos socioculturais. E, nesse sentido, sem a devida ênfase a tais elementos. Isso porque a importância dessa dimensão se dá, por um lado, pela relevância das evidências demonstrando correlações significativas entre elementos biopsicossociais e religiosos-espirituais (Moreira-Almeida, 2013a; Moreira-Almeida; Neto; Koenig, 2006;

Koenig; Mcculloch; Larson, 2001; Koenig; King; Larson, 2012; Moreira-Almeida; Koenig; Lucchetti, 2014) e, por outro, como uma contribuição paradigmática para a compreensão para uma visão de mundo, de saúde-doença e de ser humano dentro da mesma perspectiva (Josephson; Peteet, 2004; Richards; Bergin, 2005; Moreira-Almeida; Neto; Koenig, 2006; Moreira-Almeida, 2009; Lake; Helgason; Sarris, 2012).

Dentro dessa discussão paradigmática, Lake, Helgason e Sarris (2012) retomam o seminal trabalho de Thomas Kuhn, “The Structure of Scientific Revolutions”, onde afirmam, a este respeito, que “Kuhn argumentou que diferentes paradigmas incorporam maneiras díspares de enquadrar a realidade que informam diferentes métodos teóricos e empíricos em culturas díspares e em diferentes períodos históricos” (Lake; Helgason; Sarris, 2012, p. 50). Os paradigmas “refletem crenças compartilhadas, mas não a realidade objetiva, evoluem continuamente e são eventualmente derrubados à medida que novos ‘mapas’ da realidade são aceitos por cientistas e pelas estruturas políticas e institucionais que dão suporte à investigação científica” (Lake; Helgason; Sarris, 2012, p. 50). Ainda sobre a questão paradigmática, Davies, Savulescu, Roache e Loebel descrevem que

[...] desde o declínio dos paradigmas dos séculos XIX e XX (psicanálise, behaviorismo), os psiquiatras têm buscado um que reconheça o que é universalmente reconhecido, ou seja, que os seres humanos funcionam em um nexos que compreende a psique, o soma e o entorno social, e que cada domínio requer consideração ao elaborar uma formulação psiquiátrica e um plano de tratamento (2020, p. 3).

Quanto ao terceiro modelo, o *modelo bio-psico-socio-espiritual*, deu-se sequência à busca por evidências que correlacionam aspectos biológicos, psicológicos e sociais com elementos religiosos e espirituais, e encontrou-se vasta literatura científica, bem como diferentes propostas clínicas e/ou teóricas de integração entre essas quatro dimensões.

Ao mesmo tempo, não foi objetivo deste estudo discutir tal seleção de estudos e seus aprofundamentos, mas apenas destacar a sua importância para o embasamento, por meio de evidências, desta proposta inclusiva que abrange a perspectiva biopsicossocial e espiritual. Isso porque, na medida em que a proposta curricular testada aqui enfatizou apenas o desenvolvimento de competências básicas

associadas à dimensão religiosa e espiritual, por parte dos residentes de psiquiatria, essas competências biopsicossociais isoladamente não foram avaliadas.

Assim, a proposta de intervenção curricular a ser apresentada neste trabalho (ver ANEXO M), levou em conta a orientação conceitual que tem como referência a *formulação bio-psico-socio-espiritual* (Koenig, 2016; Oliveira; Pinto; 2020). Nesse sentido, o currículo enfatizou o desenvolvimento das competências por parte dos residentes para a abordagem básica de elementos religiosos e espirituais na prática clínica em psiquiatria. A partir daqui, tendo em vista a apresentação da proposta curricular (ANEXO M), buscar-se-á uma contextualização histórica, conceitual e epidemiológica da interface entre Educação Médica e Espiritualidade e, em especial, do cenário da Educação Médica na Residência de Psiquiatria e da R/E.

Faz-se, antes disso, uma ressalva quanto à inclusão do elemento religioso-espiritual ao modelo bio-psico-social e os amplos e profundos desdobramentos clínicos, filosóficos, religiosos e científicos dessa discussão. Esses desdobramentos não serão incluídos no escopo da tese deste autor, embora abram margem para discussões futuras sobre como a R/E atrelada aos fatores biopsicossociais podem contribuir para o campo da Medicina ao se considerar, como na Física já se propôs, a busca de uma *Teoria Unificada para a Psiquiatria* (McNamara; Newsome; Linkenhoker; Grafman, 2024; Moreira-Almeida; Hood, 2024; Oliveira, 2016; 2018).

## 1.2 EDUCAÇÃO MÉDICA E ESPIRITUALIDADE

Ao contrário do que muitas vezes se supõe no senso comum, religião e ciência não estiveram em constante antagonismo, como pesquisas históricas nesse campo têm apresentado relações e conexões bem mais ricas e complexas (Moreira-Almeida, 2004; Moreira-Almeida; Almeida; Neto, 2005; Numbers, 2009; 2020; American Psychiatric Association, 2018; Puchalski; Blatt; Kogan; Butler, 2014).

No caso da Psiquiatria, a Igreja católica esteve ligada, na Idade Média, ao surgimento das primeiras instituições de cuidado aos doentes mentais. E uma boa parte dos hospitais filantrópicos no Brasil - tanto gerais quanto psiquiátricos - tem sua

fundação atrelada à iniciativa de instituições religiosas (Schumann; Stroppa; Moreira-Almeida, 2011; Lucchetti; Aguiar; Braghetta; et al. 2012).

Nesse contexto, um dos obstáculos na abordagem adequada da R/E por profissionais de saúde tem raízes históricas na opinião contrária de influentes pensadores, sobretudo do século XX, sobre o tema (Josephson; Peteet, 2004; Moreira-Almeida, 2004; Almeida, 2020; Mosqueiro; Oliveira; Moreira-Almeida, 2022, p. 28-42). Dentre eles podem ser citados Auguste Comte, Karl Marx, Sigmund Freud. Por outro lado, na mesma época, existiam pensadores que tinha uma perspectiva mais positiva e favorável da inclusão da dimensão religiosa na abordagem dos pacientes, como Carl Jung, William James e Viktor Frankl (Josephson; Peteet, 2004; Moreira-Almeida, 2004; Almeida, 2020; Mosqueiro; Oliveira; Moreira-Almeida, 2022, p. 28-42).

Dessa forma, embora alguns elementos religiosos e espirituais possam estar associados como fatores de risco a algumas formas de psicopatologia, eles podem ser também fatores protetores para alguns sintomas e transtornos psicológicos e psiquiátricos (Pargament, 1997; 2007; Josephson; Peteet, 2004; Koenig; King; Larson, 2012; Koenig; Pearce; Nelson; et al. 2015; Worthington; Hook; Davis; et al. 2011; Pearce, 2016; Peteet, 2009). Discutir o elemento religioso e espiritual na medicina e, em especial, na Psiquiatria, já foi motivo de inúmeras controvérsias que chegaram a influenciar de forma negativa mais de uma geração de profissionais de saúde na área de saúde mental, por diferentes aspectos (Anderson, 1954; Freud, 1961; Pruyser, 1966; Baetz, 2013; Calizaya-Gallegos et al., 2018).

Dentre eles, cita-se a que vai desde a dificuldade de entendimento entre instituições, preceptores e residentes sobre como e o quê do tema deva ser abordado (Targ; 1999; Westendorp; 1982; McCarthy; Peteet, 2003; Campbell; Stuck; Frinks, 2012; Awaad; Ali; Salvador; Bandstra; 2015), passando ora pelo viés biológico-materialista da formação do residente (Moreira-Almeida; 2013b; Araújo; 2013; Almeder; 2013; Beauregard et al., 2014; Daher; et al., 2017; Moreira-Almeida; Araújo; Cloninger, 2018), ora pelo viés anti-religioso (Anderson; 1954; Freud; 1961; Pruyser; 1966; Committee on Religion and Psychiatry; 1990; Baetz; 2013; Calizaya-Gallegos et al., 2018) nessa formação – para uma discussão detalhada sobre esse tópico, ver Oliveira (2019).

Nesse sentido, diferentes Associações, em nível mundial, incentivam a abordagem da Religiosidade e da Espiritualidade (R/E), como a WPA (World Psychiatry Association), APA (American Psychiatry Association), ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria) e o RCP (Royal College of Psychiatrists) na prática em saúde (Accreditation Council for Graduate Medical Education; 2018; Committee on Religion and Psychiatry; 1990; American Association of Medical Colleges; 1999; American Psychiatric Association; 2000; 2012; Cultural Competence Compendium; 2003; WHOQOL SRPB Group; 2006; Cook, 2011; Moreira-Almeida; et al., 2016; Mosqueiro; et al., 2023; Vanderweele; Balboni; Koh, 2017; Hathaway; et al, 2022). E, atualmente, além disso, a dimensão de R/E está incluída dentre os aspectos de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL SRPB Group, 2006; Moreira-Almeida; Koenig; 2006)

Porém, qual o melhor modelo curricular mais adequado a ser utilizado para tal abordagem ainda não alcançou um consenso embora haja evidências da importância do treinamento (Kattan; Talwar, 2013; Blass, 2007; Bowman, 2009, p. 332-353; Osório et al., 2017; Musick et al., 2003; Mitchell et al. 2016; Barnett; Fortin, 2006; Anandarajah; Mitchell, 2007; Vieten; Scammell, 2015).

Além disso, do ponto de vista conceitual, não existe consenso na literatura sobre os conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade (Curcio; Moreira-Almeida, 2019; Moreira-Almeida; Koenig; Lucchetti, 2014; Koenig, 2004; 2008; 2009; 2012).

Para esta tese foram considerados os seguintes conceitos (Moreira-Almeida & Bhugra, 2021):

- Religião: o aspecto *institucional* ou *comunitário* da espiritualidade, como um conjunto de crenças, experiências e práticas relacionadas ao transcendente e ao sagrado
- Espiritualidade: relação ou contato com uma dimensão *transcendente* da realidade que é considerada *sagrada*, a verdade ou realidade última.

E, também, considerou-se definir, ainda, o conceito de competência. Nesse ponto, para esta pesquisa, o conceito de competência se sustenta nas definições de

Epstein e Hundert (2002), consistindo na capacidade de o indivíduo mobilizar diversos recursos, articulando os domínios do conhecimento (saber), da habilidade (saber fazer) e da atitude/valores (saber ser) para atuar de forma criteriosa em um contexto, buscando realizar uma tarefa específica para o benefício do indivíduo e da comunidade. Sua observação se dá pelo desempenho do indivíduo.

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

Para o desenvolvimento de tais competências, como supracitado, há incentivo de diferentes associações em nível mundial já que existem milhares de evidências na literatura científica que demonstram uma relação geralmente positiva entre religiosidade, saúde física e saúde mental, incluindo, por exemplo, contextos de tratamento com menores taxas de depressão, suicídio, uso/abuso de substâncias e menor mortalidade geral (Koenig; McCulloch; Larson, 2001; Moreira-Almeida; Neto; Koenig, 2006; Koenig, 2009; Koenig; King; Larson, 2012; Bonelli; Koenig, 2013; Moreira-Almeida; Koenig; Lucchetti, 2014).

No Brasil, um estudo representativo dessa população demonstrou que mais de 90% das pessoas têm uma religião, mais de 80% consideram a religião como algo muito importante e quase 40% frequentam um estabelecimento religioso pelo menos 1 vez por semana (Moreira-Almeida; Pinsky; Zaleski; Laranjeira; 2010). Além disso, aproximadamente 75% da população mundial está envolvida em alguma prática religiosa ou espiritual (Pew Research Center, 2025).

Um outro motivo a ser destacado é o interesse demonstrado, por parte dos pacientes, em ter essa dimensão R/E incluída no seu plano de cuidados (Ehman; Ott; Short; et al. 1999; Foch; Silva; Enumo; 2017; Josephson; Peteet, 2007; Peteet;

Rodriguez; Herschkopf; et al. 2016; Rosmarin; Forester; Björgvinsson; 2016; Alcorn; Balboni; Prigerson; et al. 2010; McCord; Glichrist; Grossman; et al. 2004). E dentre as causas alegadas pelos profissionais de saúde para a não abordagem do tema nas consultas estão a falta de tempo, a falta de treinamento e o medo de infringir barreiras éticas (Committee on Religion and Psychiatry, 1990; American Association of Medical Colleges, 1999; Kattan; Talwar, 2013; Menegatti-Chequini et al., 2016; Paulino; Moreira-Almeida, s.d.; Koenig, 2004; Neely; Minford, 2008; Lind; Sendelbach; Steen, 2011; Mariotti et al., 2011; Saguil; Fitzpatrick; Clark, 2011).

Em um estudo que investigou as atitudes, crenças e experiências relacionadas à R/E entre estudantes de medicina brasileiros, observou-se que, entre os 3.630 residentes participantes, as principais razões para a falta de abordagem do tema na prática clínica foram a escassez de oportunidades para participar de atividades formativas na área (81%) e a raridade ou ausência de treinamento por parte dos instrutores médicos (78,3%) (Lucchetti et al., 2013). Além disso, quase metade da amostra (48,7%) relatou sentir-se despreparada para abordar a espiritualidade no contexto clínico (Lucchetti et al., 2013).

Em revisões de literatura, observa-se que o campo de pesquisa em R/E é um campo em franco crescimento e consolidação na literatura científica, inclusive no Brasil (Lucchetti; Lucchetti, 2014; Lucchetti; Lucchetti; Vitorino; et al. 2024; Lucchetti; Lucchetti; Vallada; 2013; Lucchetti; Araujo; Martin; Chazan; 2025). Uma revisão sobre a distribuição de publicações, em escala global, nesta área de ensino da espiritualidade na saúde, encontrou que dos 38 artigos selecionados, 81,5% eram de escolas médicas dos EUA, 7,8% do Canadá e os demais de outros países (10,5%) (Lucchetti; Lucchetti; Puchalski; 2012).

No Brasil, um estudo em escala nacional investigou a presença ou não de iniciativas de ensino da Saúde e Espiritualidade nas escolas médicas brasileiras. Dentre os achados, de um total de 342 escolas médicas incluídas, 43,9% preencheram os questionários online. E observou-se um crescimento de iniciativas em R/E de 40% para 65,5% de 2011 a 2021. A maioria dos representantes concordou sobre a importância desta questão e que há necessidade de mais espaço para o tema no currículo. As principais barreiras para a incorporação no currículo de R/E foram a

“falta de tempo e conhecimento, a preparação dos professores e os requisitos de competência nacionais padronizados” (Lucchetti; Almeida; Martin; et al. 2023, p. 10).

De acordo com pesquisas recentes, “enquanto 59% das faculdades de medicina britânicas e 90% das faculdades de medicina americanas oferecem cursos ou conteúdo sobre espiritualidade e saúde (R/S), há pouca pesquisa sobre o ensino de R/E em faculdades de medicina de outros países, como América Latina, Ásia, Austrália e África” (Lucchetti; Lucchetti; Espinha; et al. 2012, p. 2).

Na residência médica, um estudo multicêntrico (SBRAMER – “*Spirituality in Brazilian Medical Residents*”) analisou uma amostra de 879 médicos residentes (53,5% da amostra total) de todos os anos de residência, sendo que 71% desta amostra eram de especialidades clínicas (Vasconcelos; Lucchetti; Cavalcanti; et al. 2020). Este estudo avaliou o conhecimento, as atitudes e as experiências de médicos residentes brasileiros em relação à R/E, bem como fatores associados a esta questão e sua influência na prática clínica.

Dentre os achados deste estudo, 75% dos médicos acreditavam que R/E tinha uma influência importante na saúde do paciente, 77% que era apropriado discutir essas crenças em encontros clínicos com pacientes, mas que apenas 14% dos casos isso era feito na prática clínica (Vasconcelos; Lucchetti; Cavalcanti; et al. 2020). Dentre os principais obstáculos para essa discussão estavam: 31% para manter a neutralidade profissional, 29% com preocupação em ofender o paciente e 26% tempo insuficiente. Ter tido treinamento formal em R/E, ter uma especialidade clínica ao invés de especialidade cirúrgica, ser do sexo feminino e ter níveis mais altos de R/E foram associados a opiniões mais positivas sobre R/E e a uma maior discussão desse assunto com o paciente. A conclusão foi de que “os educadores devem utilizar esses dados para conduzir intervenções e produzir conteúdo sobre o assunto em programas de residência” (Vasconcelos; Lucchetti; Cavalcanti; et al. 2020, p. 3618).

No Canadá, um estudo de seguimento em programas de residência de psiquiatria no país identificou um aumento das iniciativas de ensino da R/E para os residentes (Roth; Grabovac; 2023). De 17 programas investigados, 14 responderam, e, destes, apenas 2 relataram não oferecer oportunidades de treinamento em R/E.

Oportunidades de treinamento voluntário foram ofertadas por 4 programas e 8 relataram treinamento obrigatório (Roth; Grabovac; 2023).

Nesse sentido, um dos achados mais importantes no treinamento, é a coleta da história espiritual dos pacientes por parte dos profissionais, atitude que pode melhorar a adesão ao tratamento, a satisfação com o tratamento e desfechos em saúde (Moreira-Almeida; Koenig; Lucchetti; 2014).

Dentre os instrumentos encontrados na literatura com melhor escore na análise, está a ferramenta FICA, utilizada nesta pesquisa como instrumento de anamnese espiritual para o ensino da coleta da história espiritual pelos residentes (Lucchetti; Bassi; Lucchetti; 2013; Borneman; Ferrell; Puchalski, 2010). Já dentre as ferramentas utilizadas em pesquisa para avaliação do perfil R/E está a DUREL, utilizada nesta pesquisa e validada para o português por especialistas na área (Lucchetti; Lucchetti; Peres; et al. 2012).

Percebe-se, então, que há diferentes estudos sobre o perfil R/E e opiniões de estudantes e profissionais da área de saúde a respeito da inserção da R/E no currículo médico (Lucchetti; Lucchetti; Puchalski, 2012; Lucchetti; Koenig; Lucchetti, 2021) e na sua possível inserção na prática clínica (Lucchetti; Koenig; Lucchetti, 2021; Puchalski; Guenther, 2012; Alcorn; Balboni; Prigerson; et al. 2010; McCord; Glichrist; Grossman; et al. 2004) indicando a falta de treinamento adequado como uma das principais lacunas (Osorio; Gonçalves; Pozzobon; et al. 2017; Musick et al. 2003; Barnett; Fortin, 2006; Anandarajah; Mitchell, 2007; Kruizinga; Scherer-Rath; Schilderman; et al. 2018). Pouco se tem publicado, em especial na psiquiatria, a respeito deste tema de como estas intervenções curriculares podem impactar a formação de competências nos residentes (Hathaway; Oliveira; Mirhom; et al. 2022; Osorio; Gonçalves; Pozzobon; et al. 2017; Puchalski; Larson; Lu, 2000)

Numa outra revisão, que realizamos em colaboração com outros colegas (Hathaway; Oliveira; Mirhom; et al. 2022), identificamos que no ensino da R/E na área de residência médica em psiquiatria uma grande parte dos estudos publicados vem também da América do Norte, embora ao todo sejam em relativa pequena quantidade. Essa revisão encontrou que há ainda grande diversidade de métodos, conteúdo, bibliografia e de abordagens de pesquisa, carecendo de um modelo de intervenção

curricular mínima mais padronizada que pudesse ser replicada e cujos resultados pudessem ser comparados de forma mais interinstitucional. Essa revisão foi uma das principais bases teóricas para a realização da presente intervenção.

Embora com poucas publicações, as iniciativas eram mais esparsas, há algumas décadas, e com o tempo vem ganhando espaço nos currículos em Psiquiatria, pelo menos de acordo com estudos publicados principalmente na América do Norte (Hathaway; Oliveira; Mirhom; et al. 2022; Sansone; Khatain; Rodenhauser, 1990; Grabovac; Ganesan, 2003).

Uma revisão de escopo de Chow, Chew e Sim (2021) avaliou a R/E dos residentes e sua inter-relação com a prática clínica encontrou alguns resultados interessantes: foram 44 estudos, com maioria (> 95%) da América do Norte. A porcentagem de programas de residência de psiquiatria foi de 29,5%. Muitas vezes, os residentes careciam de conhecimento e habilidades para abordar os aspectos R/E com os pacientes, embora tivessem atitudes positivas em relação ao papel da espiritualidade e seu impacto no cuidado ao paciente. Dentre esses impactos, estariam melhor relacionamento terapêutico, adesão ao tratamento e enfrentamento da doença.

A área de medicina paliativa foi, dentre os programas de residência, aquela que mais comumente foi identificada ofertas de módulos pedagógicos relacionados a R/E (Chow; Chew; Sim, 2021; ver Marr; Billings; Weissman, 2007).

Já na residência em psiquiatria, as iniciativas publicadas são mais escassas, além de apresentarem grande heterogeneidade quanto aos métodos empregados e aos conteúdos abordados (Hathaway; Oliveira; Mirhom; et al. 2022).

Além de haver poucos relatos de caso, na psiquiatria, de intervenções curriculares, muitas dessas intervenções não foram testadas, do ponto de vista de pesquisa em educação médica, a respeito de seus resultados e impacto sobre o desenvolvimento de competências pelos residentes de psiquiatria. Isso gera uma lacuna educacional e de pesquisa na formação de profissionais psiquiatras no campo de R/E (Osorio; Gonçalves; Pozzobon; et al. 2017).

Para uma ampla revisão sobre a realidade de todas as residências médicas no Brasil e sua interface com a R/E na prática clínica, e não exclusivamente no campo da psiquiatria, reportamos o leitor à tese de Doutorado de Vasconcelos (Vasconcelos, 2021).

## 2. JUSTIFICATIVA

Este trabalho visa dar continuidade à abordagem feita na nossa dissertação de Mestrado que foi realizar uma revisão sistemática e de escopo sobre o ensino de competências R/E para residentes de psiquiatria e propor um currículo a partir destas evidências. O estudo deste tema é importante na medida em que há uma alta prevalência de afiliação religiosa no mundo, com milhares de estudos apresentando correlações geralmente positivas entre desfechos de saúde mental e espiritualidade (menores taxas de depressão, de suicídio, de consumo de substâncias psicoativas, diminuição das taxas de mortalidade geral, etc), endosso de associações nacionais e internacionais para a abordagem deste tema na prática clínica. Além disso, embora a maior parte dos pacientes gostaria que esse tema fosse abordado no encontro clínico e os profissionais de saúde reconheçam a importância do tema do ponto de vista teórico, sua real abordagem na prática não acontece de forma compatível à proporção do reconhecimento de sua importância teórica. Dentre os motivos concebidos para que isso não ocorra estão a falta de treinamento, o medo de infringir barreiras éticas e a falta de tempo.

Existe uma lacuna, com carência de treinamentos e de estudos sobre treinamentos em R/E nas residências médicas de psiquiatria. Este estudo surge como uma proposta para preenchimento desta lacuna, e que possa ser testada. Proposta essa que possa ser replicada, com uma amostra maior, em diferentes programas, com um currículo relativamente curto de 7 aulas semanais de 2 horas cada (ANEXO M) e que possa ser aplicado e replicado por não especialistas no tema e com bibliografia enxuta.

Considerando os achados da literatura e consulta a diferentes especialistas (Alexander Moreira Almeida, Giancarlo Lucchetti, John Peteet) na área, a respeito do ensino da R/E na residência de psiquiatria, suas principais lacunas e a necessidade do desenvolvimento de competências básicas nesta área por parte de tais profissionais, optou-se por definir um currículo (tópicos, métodos e bibliografia) adaptado para os fins da pesquisa, embora ainda não haja um consenso na literatura sobre isso, de forma geral, com sete aulas de duas horas.

Buscou-se que esse currículo incluísse um mínimo de referências essenciais e temas que cobrissem as principais demandas da prática clínica, no contexto cultural brasileiro e mundial de acordo com os achados da literatura. Essa revisão, inclusive, foi tema da Dissertação de Mestrado deste autor (Oliveira, 2019) e as publicações associadas a esta Dissertação (Oliveira; Pinto, 2020; Oliveira; Peteet; Moreira-Almeida, 2021; Hathaway; Oliveira; Mirhom; et al. 2022), e que resumem tais achados, podem ser consultadas nas referências em questão.

Os objetivos e métodos do presente estudo são:

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a aquisição de competências por meio de uma proposta curricular padronizada de ensino sobre R/E na residência médica de psiquiatria no desenvolvimento de competências R/E nos residentes.

#### **3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS**

- Avaliar o perfil sociodemográfico e o perfil R/E dos residentes de psiquiatria
- Avaliar o impacto da intervenção curricular no perfil R/E dos residentes de psiquiatria.
- Avaliar a satisfação dos residentes com o currículo implementado.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 LOCAL E DATA DO ESTUDO

Foi realizado um estudo de intervenção educacional (pré e pós-teste com controle não randomizado) em 15 diferentes programas de residência de psiquiatria do Brasil, no período entre abril de 2021 e junho de 2022. Foram convidados ao todo 21 programas, 5 se recusaram a participar e 1 saiu durante o estudo (Anexo B).

### 4.2 AMOSTRA

Participaram do estudo ao todo 104 residentes, sendo do segundo ano (R2, n=66) e do terceiro ano (R3, n=38) dos programas de residência de psiquiatria inscritos em seus respectivos programas.

O estudo incluiu residentes maiores de 18 anos de ambos os sexos regularmente matriculados nos seus respectivos Programas de Residência em Psiquiatria (PRP) e que voluntariamente assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para residentes (TCLE)* (Anexo A). Foram excluídos os residentes que se recusaram a assinar o TCLE e a participar do estudo.

A amostra dos Programas de Residência em Psiquiatria (PRP) foi selecionada dentre os principais PRP do país (ANEXO B). Os residentes que se recusaram a participar por meio da não assinatura do TCLE não precisaram justificar o motivo de tal recusa. Dentre algumas causas de recusa por parte dos programas estavam: não resposta ao *e-mail* de convite enviado (n=3), a sobrecarga de atividade dos residentes em virtude da pandemia do COVID-19 (n=1), e a alegada falta de disponibilidade de horários na grade curricular já existente no programa de residência para se inserir mais um módulo pedagógico de mais uma outra atividade (n=1).

Nos programas incluídos, foram excluídos do estudo os residentes que optaram por não participar e, portanto, não preencher o TCLE.

O tipo de amostragem adotado foi o modelo não probabilístico. Foram contatados os diretores de 21 programas de residência, que estão entre os principais do país, por meio de correio eletrônico, baseado na rede de contatos do orientador. Participaram da intervenção 16 programas. Um programa saiu no meio do estudo e restaram 15 programas até a sua finalização. O presente estudo abrangeu 10 estados brasileiros (AL, BA, DF, GO, MG, MS, PA, PR, RJ e SP) e as 5 regiões do país. Foi feito um contato por meio de correio eletrônico junto à Comissão Nacional de Residência Médica em busca da divulgação do estudo. Desse contato, não houve nenhum novo programa convidado ou incluso (Comissão Nacional de Residências Médicas - <http://siscnrm.mec.gov.br/login/login>).

#### 4.3 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Os residentes que participaram das intervenções receberam questionários de avaliação antes e após a intervenção com relação a diferentes parâmetros: perfil sociodemográfico (Anexo C), índice de R/E (Anexo D), competências religiosas-espirituais (Anexos E,F,G,H, I e J) e satisfação com o curso (Anexo K). Os residentes do terceiro ano foram avaliados no início do terceiro ano utilizando-se os mesmos instrumentos, além do TCLE:

- *TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido para residentes (Anexo A)* no formato impresso foi assinado pelos residentes e enviado para o pesquisador. O formato em sua versão *online* foi elaborado na medida que se o participante marcasse “sim” em relação ao quesito de aceite de participação na pesquisa seria encaminhado à página de preenchimento dos questionários. Por outro lado, em caso de marcar “não” em relação ao aceite de sua participação na pesquisa, o preenchimento do formulário seria encerrado e o participante não seria direcionado à página com os questionários para preenchimento.

- *Questionário de perfil sociodemográfico dos residentes (ANEXO C)*: questionário elaborado pelo próprio pesquisador, contendo perguntas relacionadas à idade, sexo, raça, estado civil, escolaridade, filiação religiosa e renda.

- *DUREL – Índice de Religiosidade da Universidade Duke (pré-teste) (ANEXO D)*: Ferramenta elaborada em 1997 por pesquisadores do campo, traduzida (Moreira-Almeida; Peres; Aloe; et al. 2008) e validada (Lucchetti; Lucchetti; Peres; et al. 2012) para o português. Ela possui cinco itens que abrangem 3 dimensões de R/E que estão mais relacionadas com desfechos em saúde: RI (Religiosidade Intrínseca), RO (Religiosidade Organizacional) e RNO (Religiosidade Não-organizacional). Na análise dos seus resultados, as pontuações das respostas às 5 questões devem ser invertidas, e as três dimensões (RO, RNO e RI) devem ser analisadas separadamente.

- *Questionário Competências R/E para residentes (pré e pós-teste) (ANEXO E e F)*: elaborado pelo próprio pesquisador, ainda não validado, contém perguntas relacionadas à matriz de competências a serem desenvolvidas pelos residentes composta por 16 (dezesesseis) perguntas fechadas, sendo 6 em escala Likert de 1 a 7 e as demais fechadas de múltipla escolha. A matriz de competências foi elaborada com base nos tópicos selecionados para integrar a intervenção curricular (Oliveira, 2019; Hathaway; Oliveira; Mirhom; et al. 2022). Alguns itens deste questionário foram adaptados do *Network for Research on Spirituality and Health (NERSH)*, que avalia atitudes profissionais de saúde quanto à R/E, características R/E dos profissionais, disposições/atitudes na abordagem da R/E na prática clínica, influência de valores R/E sobre a prática clínica e variabilidade cultural e internacional de R/E entre profissionais de saúde (Hvidt; Kørup; Curlin; et al. 2016).

- *Course Impact Questionnaire para residentes (pré e pós-teste) (ANEXO G e H)*: questionário traduzido pelo pesquisador e ainda não validado transculturalmente para o português a partir do *Course Impact Questionnaire (CIQ)* (Grabovac; Clark; McKenna; 2008). Esse instrumento avalia mudanças nas crenças, atitudes e práticas pessoais e profissionais em relação à R/E antes e após uma intervenção curricular. É composto por 24 perguntas, sendo 4 questões abertas e as demais fechadas. Dentre as fechadas, exceto uma, todas em escala Likert de 1 a 7, tanto no domínio pré-teste quanto pós-teste.

- *Questionário de avaliação de conhecimentos (pré e pós-teste) (Anexo I e J)*: Questionário elaborado pelo pesquisador a partir de sua experiência profissional e acadêmica composto por 10 questões fechadas abordando os conteúdos ministrados pelo currículo para avaliação pré-teste, pós-teste e controle dos residentes. A questão 3 foi anulada devido a um erro no gabarito e excluída da análise, que contou, ao final, com 9 perguntas.

- *Questionário de satisfação com o curso/currículo para residentes (pós-teste) (ANEXO K)*: questionário elaborado pelo próprio pesquisador, contendo perguntas relacionadas à matriz de competências a serem desenvolvidas pelo currículo composta por 26 perguntas, sendo 21 fechadas em escala Likert de 1 a 7 e as demais fechadas de múltipla escolha ou sim/não ou abertas.

- *Checklist para Entrevista com paciente simulado (pré e pós-teste) (Anexo L)*: composto por 36 itens para avaliar diferentes dimensões da abordagem R/E do paciente simulado, incluindo as dimensões éticas, a anamnese espiritual, o diagnóstico diferencial e a realização de um plano de tratamento e intervenção que incluíssem a dimensão R/E. Na análise, foram excluídos da análise os 3 primeiros itens do checklist.

#### 4.4 PROCEDIMENTOS

Este estudo foi conduzido pelo pesquisador por meio da aplicação de uma intervenção curricular no formato de teleconferência *online* de 14 horas em R/E, por meio de 7 aulas semanais de 2 horas cada (ANEXO M) para os Residentes do segundo ano de cada PRP elegível. Tais teleconferências foram previamente agendadas com os programas de cada residência e ocorreram dentro do período proposto, salvo alguma necessidade de adequação de data decorrente de algum feriado ou imprevisto ocorrido isoladamente.

Os estudantes responderam questionários antes e após a intervenção curricular incluídos na Seção INSTRUMENTOS (ANEXOS C-K), e participaram de duas avaliações práticas com duração prevista de 30 (trinta) minutos, cada, uma antes

e outra após a intervenção curricular. Nestas avaliações, os residentes entrevistaram um paciente simulado. Dois atores foram previamente treinados para responder aos itens do *checklist*. Essas entrevistas foram gravadas e analisadas posteriormente pelo pesquisador, individualmente, para cada residente.

Os itens avaliados foram categorizados entre SIM e NÃO e o cômputo final da soma dos itens foi usada como comparação por meio da média entre os residentes. Nessa última atividade foram avaliadas habilidades e atitudes no domínio religioso-espiritual dos Residentes (pré e pós-intervenção) numa situação simulada, com a ferramenta do Paciente Simulado. Esses mesmos questionários e atividades aplicados ao grupo intervenção foram também aplicados no grupo controle (residentes ingressantes no terceiro ano) porém em apenas um momento, uma vez que eles não sofreram nenhuma intervenção.

**GRUPO DE INTERVENÇÃO:** O grupo intervenção foi composto por residentes do segundo ano de residência (R-2, n=66), que foram expostos a uma intervenção educacional introduzida de forma curricular. Essa intervenção foi baseada e desenvolvida através de busca na literatura científica e discussão com especialistas no assunto, mais especificamente, no currículo gerado pelo Mestrado deste autor (Oliveira, 2019) e com base em revisão sistemática da literatura (Hathaway; Oliveira; Mirhom; et al. 2022).

Os conteúdos temáticos das aulas e respectivamente seus objetivos gerais, a saber, as competências principais a serem adquiridas pelos residentes via intervenção curricular, são os seguintes (ver Anexo M):

1. *Aspectos conceituais e históricos em R/E na saúde mental:* Conhecer as principais questões conceituais e históricas na interface entre R/E com a saúde mental (religião, religiosidade, espiritualidade, *coping* R/E, mitos entre ciência e religião etc.) (Moreira-Almeida; Koenig; Lucchetti, 2014). Nesta aula os residentes foram convidados a discutir e dialogar ativamente com seus próprios conceitos de religiosidade e de espiritualidade com a literatura, bem como apresentar sua opinião sobre alguns pequenos vídeos que abordassem o tema de mitos e verdades na história entre a

Ciência e a Religião e de como eles poderiam impactar sua visão de mundo e a forma de lidar com os pacientes na prática clínica;

2. *Contexto epidemiológico e de pesquisa e diretrizes mundiais para a psiquiatria na área de R/E*: Conhecer os principais aspectos epidemiológicos e de pesquisa sobre a interface entre R/E e saúde mental (estatísticas sobre filiação religiosa, impacto sobre transtornos mentais) (Koenig, 2012). Nesta aula os residentes foram convidados a participarem de um processo de “*gameificação*” em que foram expostos a diferentes questões envolvendo dados de pesquisa e epidemiológicos sobre Saúde e Espiritualidade. Além disso, participaram de uma discussão em grupo sobre cada um dos 7 itens apresentados no *Position Statement* da WPA (Moreira-Almeida; et al., 2016)
3. *Introdução à anamnese espiritual – Método FICA (Formulação Bio-Psico-Socio-Espiritual BPSE I)*: Desenvolver a habilidade nos residentes de colher uma história espiritual (ferramenta FICA) (Puchalski; Romer, 2000). Nesta aula os alunos foram apresentados à ferramenta FICA para coleta da história espiritual, por meio de *Role Play*. Inicialmente assistiram a um vídeo sobre o método FICA, em seguida viram o pesquisador entrevistando um dos residentes na aula usando a ferramenta e depois os residentes colheram a história entre si utilizando o método de *Role Play*;
4. *Aspectos éticos, diagnósticos e diagnósticos diferenciais (Formulação BPSE II)*: Compreender os aspectos éticos fundamentais aplicados à prática clínica considerando a dimensão R/E de cada paciente e da respectiva instituição em que ele está inserido (Braghetta; Lucchetti; Leão; et al. 2011; Moreira-Almeida; Sharma; van Rensburg; et al. 2018); Fazer uma avaliação diagnóstica e diagnóstica diferencial em R/E com sua interface com a saúde mental (aspectos positivos e negativos da R/E na saúde mental; transtornos mentais x experiências anômalas) (Foch; Silva; Enumo, 2017; Moreira-Almeida; Cardeña, 2011). Nesta aula os residentes foram convidados a discutir 2 artigos, respectivamente sobre conceitos éticos (beneficência, não-maleficência e autonomia) (Braghetta et al. 2011) e o conceito de *Coping* R/E (Foch; Silva; Enumo, 2017). Em seguida,

foram utilizados dois casos clínicos e um artigo para a discussão dos critérios diagnósticos diferenciais entre psicopatologia e experiências anômalas (Moreira-Almeida; Cardeña, 2011). E, por fim, os residentes foram apresentados à forma de utilização do formulário bio-psico-sócio-espiritual, a fim de que pudessem realizar a atividade prática proposta na aula seguinte;

5. *Formulação Bio-Psico-Socio-Espiritual (BPSE) III (atividade prática)*: Por meio do estudo de um caso clínico escolhido pelo residente, capacitá-lo para a formulação bio-psico-socio-espiritual (Oliveira; Pinto, 2020; Oliveira; Stroppa; Moreira-Almeida, 2019). Nesta aula cada residente escolheu um paciente de seu ambulatório ou enfermaria para a aplicação do formulário bio-psico-sócio-espiritual e preenchê-lo adequadamente, para que, na aula seguinte, pudesse discutir com o pesquisador o melhor plano de tratamento e proposta de intervenção para o caso trazido em questão, por cada um;
6. *Plano de tratamento e intervenções em religiosidade e espiritualidade (Formulação Bio-Psico-Socio-Espiritual - BPSE IV)*: Capacitar o residente a fazer um plano de tratamento e uma proposta de intervenção R/E para o seu caso clínico, numa perspectiva bio-psico-socio-espiritual. Nesta aula foram discutidos em grupo dois artigos a respeito do tema da mesma (Gonçalves; Lucchetti; Menezes; Vallada, 2015; Pargament; Lomax, 2013) e discutidos os planos de tratamento e proposta de intervenção para cada um dos casos apresentados por cada residente;
7. *Avaliação: Integração da religiosidade e da espiritualidade no tratamento em psiquiatria*: Avaliar os residentes com relação às competências em relação à R/E desenvolvidas ao longo de todas as aulas anteriores. Nesta aula os residentes foram expostos a um caso clínico no formato de vídeo e foram convidados a realizar a formulação bio-psico-sócio-espiritual para o mesmo. Em seguida, as formulações foram discutidas em grupo e os residentes foram convidados a preencher os questionários pós-teste da pesquisa.

GRUPO CONTROLE: O grupo controle foi exposto ao conteúdo regular do seu respectivo PRP e foi composto por residentes ingressantes no terceiro ano de residência (R3, n=38). Os R3, antes de serem avaliados, não receberam nenhum conteúdo estruturado sobre R/E por parte do pesquisador. A escolha por ingressantes no terceiro ano se dá pelo fato de que esses residentes teriam formação semelhante aos residentes do segundo ano que participaram desse estudo. O grupo de R2 pós-teste foi usado como grupo controle de comparação com o grupo de R2 pré-teste. Foi ofertada aos Residentes do grupo controle (R3), após a coleta de dados junto a esse grupo, a possibilidade voluntária de participação no curso, caso houvesse disponibilidade de horário por parte dos mesmos e consentimento por parte da Coordenação do PRP local.

#### 4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi utilizado o software SPSS versão 13.0. Foi realizada análise estatística descritiva calculando-se medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão) para as variáveis métricas e distribuição de frequências para as variáveis qualitativas. Posteriormente foi feita análise estatística inferencial através dos testes de igualdade de médias para amostras independentes e testes de média pareadas. Por fim realizou-se teste qui-quadrado e Análise de Correspondência para as variáveis qualitativas em tabelas de contingência (tabelas de frequências cruzadas). O valor de p adotado foi  $p \leq 0,05$ .

#### 4.6 APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA

O projeto teve parecer aprovado pelo comitê de ética do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora com o número 5.442.406.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E R/E DOS RESIDENTES DE PSIQUIATRIA

A amostra é composta de 104 residentes, 66 R2 e 38 R3, de 15 programas de residência em psiquiatria, abrangendo 10 estados brasileiros (AL, BA, DF, GO, MG, MS, PA, PR, RJ e SP) e todas as 5 regiões do país. Entre os R2, 50% eram do sexo feminino, e 63,2% dos R3. Com relação ao estado civil, entre os R2, 11,1% declararam-se casados, 14,3% referiram viver com um companheiro, 71,4% identificaram-se como solteiros, 1,6% como divorciados e 1,6% eram viúvos. No grupo R3, 30,6% declararam-se casados, 27,8% relataram viver com um companheiro, 41,6% encontravam-se solteiros. (Tabela 1)

Entre os R2, o maior grupo encontrado foi o de sem religião, mas acredita em Deus (33,3%). Nos demais, 14,3% relataram não ter religião e não acreditar em Deus (ateus); 22,2% identificaram-se como católicos, espíritas (14,3%), evangélicos (7,9%) e 'outros' (8%) (por exemplo: budista, espiritualista, 'cristã', 'fé' e 'agnóstico'). Entre os R3, 22,2% declaram não possuir religião, mas acreditar em Deus; 5,6% não possuíam religião e não acreditavam em Deus (ateus); 27,7% identificaram-se como católicos; 16,7% como evangélicos; 22,2% como espíritas; 2,8% como espiritualistas; e 2,8% foram incluídos na categoria 'outros' (por exemplo: 'cristã', 'fé' e 'agnóstico').

No que se refere à raça, entre os R2, 76,1% identificaram-se como brancos, 3,2% como negros, 17,5% como pardos e 3,2% como amarelos. No grupo R3, 77,1% identificaram-se como brancos, 20% como pardos e 2,9% como amarelos (Tabela 1).

**Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico dos Residentes de Psiquiatria: R2 e R3**

		R2	R3	TOTAL	P
VARIÁVEIS		N (%)	N (%)	N (%)	
SEXO	Masculino	33 (50%)	14 (36,8%)	47 (45,2%)	
	Feminino	33 (50%)	24 (63,2%)	57 (54,8%)	

	<b>TOTAL</b>	<b>66 (100%)</b>	<b>38 (100%)</b>	<b>104 (100%)</b>	0.19
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>Casado</b>	7 (11,1%)	11 (30,6%)	18 (18,2%)	
	<b>Vivendo com um companheiro</b>	9 (14,3%)	10 (27,8%)	19 (19,2%)	
	<b>Divorciado</b>	1 (1,6%)	0 (0%)	1 (1%)	
	<b>Solteiro</b>	45 (71,4%)	15 (41,6%)	60 (60,6%)	0.02
	<b>Viúvo</b>	1 (1,6%)	0 (0%)	1 (1%)	
	<b>TOTAL</b>	<b>63 (100%)</b>	<b>36 (100%)</b>	<b>99 (100%)</b>	
<b>AFILIAÇÃO RELIGIOSA</b>	<b>Nenhuma, mas acredito em Deus</b>	21 (33,3%)	8 (22,2%)	29 (29,4%)	
	<b>Nenhuma e não acredito em Deus</b>	9 (14,3%)	2 (5,6%)	11 (11,1%)	
	<b>Católico Apostólico Romano</b>	14 (22,2%)	10 (27,7%)	24 (24,2%)	
	<b>Evangélico/Protestante</b>	5 (7,9%)	6 (16,7%)	11 (11,1%)	
	<b>Budista</b>	1 (1,6%)	0 (0%)	1 (1%)	
	<b>Espírita</b>	9 (14,3%)	8 (22,2%)	17 (17,2%)	0.52
	<b>Espiritualista</b>	1 (1,6%)	1 (2,8%)	2 (2%)	
	<b>Outros</b>	3 (4,8%)	1 (2,8%)	4 (4%)	
	<b>TOTAL</b>	<b>63 (100%)</b>	<b>36 (100%)</b>	<b>99 (100%)</b>	
<b>RAÇA</b>	<b>Branco</b>	48 (76,1%)	27 (77,1%)	75 (76,5%)	
	<b>Negro</b>	2 (3,2%)	0 (0%)	2 (2%)	
	<b>Pardo</b>	11 (17,5%)	7 (20%)	18 (18,4%)	
	<b>Amarelo</b>	2 (3,2%)	1 (2,9%)	3 (3,1%)	0.75
	<b>TOTAL</b>	<b>63 (100%)</b>	<b>35 (100%)</b>	<b>98 (100%)</b>	

Em relação à idade, a média dos R2 foi de 28,1 anos, e a do grupo R3 alcançou 29,9 anos (Tabela 2).

**Tabela 2 – Idade dos R2 e R3**

<b>IDADE (ANOS)</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	<b>TOTAL</b>	<b>p</b>
---------------------	-----------	-----------	--------------	----------

	(n=61)	(n=35)	(n=96)	
<b>Média</b>	28,1	29,9	28,7	
<b>Desvio Padrão</b>	±2,9	±3,8	±3,3	
<b>Mediana</b>	27	28	28	0.01
<b>Mínimo</b>	24	25	24	
<b>Máximo</b>	37	41	41	
<b>Moda</b>	26	28	28	

A amostra mostrou-se mais espiritualizada do que religiosa. Em ambos os grupos, os residentes apresentaram escores próximos à neutralidade quanto à incorporação de práticas religiosas e espirituais em seu estilo de vida. Esse escore varia de 1 a 7, em que 1 é “discordo fortemente”, 4 é “neutro” e 7 é “concordo fortemente” (Tabela 3). Essa medida foi usada a partir das 3 primeiras questões do CIQ (Anexos G e H).

**Tabela 3 – Perfil R/E dos residentes**

VARIÁVEIS	R2 (n=44)	R3 (n=33)
	Média (±DP)	Média (±DP)
<b>Pessoa religiosa</b>	3,5 (±1,8)	4,2 (±2,0)
<b>Pessoa espiritualizada</b>	4,6 (±1,8)	5,3 (±1,5)
<b>Práticas R/E como parte do estilo de vida</b>	3,8 (±1,9)	4,6 (±1,9)*

Score Likert de 1 a 7, em que 1 corresponde a ‘discordo totalmente’, 4 a ‘neutro’ e 7 a ‘concordo totalmente’.

\* n=34

Com relação à *Religiosidade Organizacional (RO)*, a amostra apresentou-se da seguinte forma: entre os R2, 60,2% nunca frequentam ou frequentam 1 vez por ano ou menos um centro religioso, 27% frequentam algumas vezes por ano, 4,8% frequentam 2 a 3 vezes por mês e 8% uma ou mais vezes por semana. Entre os R3, 40,5% nunca frequentam ou frequentam 1 vez por ano ou menos um centro religioso,

35,2% frequentam algumas vezes por ano e 24,3% uma ou mais vezes por semana. (Tabela 4). A *RO* dos R2 (pré-teste) (Média: 2,33 DP $\pm$ 1,27) foi maior que a dos R3 (Média: 3,05, DP $\pm$ 1,61) ( $p = 0,02$ ).

No que se refere à *Religiosidade Não-Organizacional (RNO)*, entre os R2, 52,3% praticam raramente, nunca ou poucas vezes por mês; 28,6% praticam uma vez por semana ou mais; 17,5% praticam diariamente; e 1,6% realizam práticas mais de uma vez por dia. Entre os R3, 37,9% praticam raramente, nunca ou poucas vezes por mês; 35,1% praticam uma vez por semana ou mais; e 27% praticam diariamente. (Tabela 4). Não houve diferença de *RNO* entre os R2 (pré-teste) (Média: 2,76 DP $\pm$ 1,60) e os R3 (Média: 3,16, DP $\pm$ 1,64) ( $p = 0,24$ ).

A *Religiosidade Intrínseca (RI)* avalia três dimensões, a saber, sentir a presença de Deus, ter as crenças por trás do viver e esforçar-se para viver os preceitos de sua religiosidade. Para cada uma delas, os resultados para os R2 e R3 foram os seguintes:

*Sentir a presença de Deus:* entre os R2, 61,9% consideraram que isso “totalmente verdade para mim” ou “em geral é verdade”, enquanto 28,6% afirmaram que “não é verdade” ou “em geral não é verdade”. Apenas 9,5% assinalaram “não estou certo”. Entre os R3, 83,8% consideraram que “é totalmente verdade para mim” ou “em geral é verdade”, e 16,2% que “não é verdade” ou “em geral não é verdade”. Neste quesito, houve entre os R2 (pré-teste) (Média: 3,41 DP $\pm$ 1,40) e os R3 (Média: 4,00, DP $\pm$ 1,29), ( $p=0,04$ ).

*Ter as crenças por trás do viver:* entre os R2, 42,8% consideraram que isso “é totalmente verdade para mim” ou “em geral é verdade”, 42,9% avaliaram como “não é verdade” ou “em geral não é verdade” e 14,3% não tinham certeza. Entre os R3, 51,4% consideraram que “totalmente verdade para mim” ou “em geral é verdade”, 37,8% afirmaram “não é verdade” ou “em geral não é verdade” e 10,8% não tinham certeza. Neste quesito, houve entre os R2 (pré-teste) (Média: 2,82 DP $\pm$ 1,33) e os R3 (Média: 3,05, DP $\pm$ 1,47), ( $p=0,43$ ).

*Esforço para viver os preceitos da religiosidade:* entre os R2, 23,8% consideraram que “totalmente verdade para mim” ou “em geral é verdade”, 60,3% “não é verdade” ou “em geral não é verdade” e 15,9% não tinham certeza. Entre os R3,

43,3% afirmaram que “totalmente verdade para mim” ou “em geral é verdade”, 37,8% avaliaram como “não é verdade” ou “em geral não é verdade” e 18,9% não tinham certeza. (Tabela 4). Neste quesito, houve entre R2 (pré-teste) (Média: 2,30 DP±1,32) e os R3 (Média: 2,92, DP±1,44), ( $p=0,03$ ).

**Tabela 4 – Dimensões de R/E dos residentes**

Variáveis	R2		R3		Total		P
<b>RELIGIOSIDADE ORGANIZACIONAL (RO)</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	
Nunca	19	(30,1%)	6	(16,2%)	25	(25%)	
≤1×/ano	19	(30,1%)	9	(24,3%)	28	(28%)	
Algumas vezes por ano	17	(27%)	13	(35,2%)	30	(30%)	
2–3×/mês	3	(4,8%)	0	(0%)	3	(3%)	0.10
1×/semana	3	(4,8%)	4	(10,8%)	7	(7%)	
≥1×/semana	2	(3,2%)	5	(13,5%)	7	(7%)	
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100%</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>	<b>100</b>	<b>(100%)</b>	
<b>RELIGIOSIDADE NÃO-ORGANIZACIONAL (RNO)</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	
Raramente ou nunca	21	(33,3%)	11	(29,7%)	32	(32%)	
Poucas vezes por mês	12	(19%)	3	(8,2%)	15	(15%)	
1×/semana	4	(6,3%)	2	(5,4%)	6	(6%)	0.53
≥2×/semana	14	(22,3%)	11	(29,7%)	25	(25%)	
1×/dia	11	(17,5%)	10	(27%)	21	(21%)	
>1×/dia	1	(1,6%)	0	(0%)	1	(1%)	
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>(100%)</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>	<b>100</b>	<b>(100%)</b>	
<b>RELIGIOSIDADE INTRÍNSENCA (RI)</b>							
<i>Sentir a presença de Deus (ou do Espírito Santo)</i>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	
Não é verdade	10	(15,9%)	4	(10,8%)	14	(14%)	
Em geral não é verdade	8	(12,7%)	2	(5,4%)	10	(10%)	
Não estou certo	6	(9,5%)	0	(0%)	6	(6%)	0.09
Em geral é verdade	24	(38,1%)	15	(40,5%)	39	(39%)	
Totalmente verdade para mim	15	(23,8%)	16	(43,3%)	31	(31%)	
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>(100%)</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>	

<b>RELIGIOSIDADE INTRÍNSECA (RI)</b>					
<i>As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver</i>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	<b>N (%)</b>
<b>Não é verdade</b>	16	(25,4%)	9	(24,3%)	25 (25%)
<b>Em geral não é verdade</b>	11	(17,5%)	5	(13,5%)	16 (16%)
<b>Não estou certo</b>	9	(14,3%)	4	(10,8%)	13 (13%)
<b>Em geral é verdade</b>	22	(34,9%)	13	(35,1%)	35 (35%)
<b>Totalmente verdade para mim</b>	5	(7,9%)	6	(16,3%)	11 (11%)
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>(100%)</b>	<b>37</b>	<b>(100%)</b>	<b>100 (100%)</b>
0.75					
<b>RELIGIOSIDADE INTRÍNSECA (RI)</b>					
<i>Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida</i>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	<b>N (%)</b>
<b>Não é verdade</b>	25	(39,7%)	10	(27%)	35 (35%)
<b>Em geral não é verdade</b>	13	(20,6%)	4	(10,8%)	17 (17%)
<b>Não estou certo</b>	10	(15,9%)	7	(18,9%)	17 (17%)
<b>Em geral é verdade</b>	11	(17,5%)	11	(29,7%)	22 (22%)
<b>Totalmente verdade para mim</b>	4	(6,3%)	5	(13,6%)	9 (9%)
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>(100%)</b>	<b>37</b>	<b>(100%)</b>	<b>100 (100%)</b>
0.24					

## 5.2 AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA INTERVENÇÃO: CRENÇAS, ATITUDES E COMPETÊNCIAS DOS RESIDENTES

Em geral, comparando-se os escores dos R2 antes e após a intervenção, observou-se ganho na competência e em atitudes e crenças relacionadas à R/E na prática clínica. Houve aumento na percepção da propriedade em se abordar o tema da R/E, na investigação da R/E do paciente/ familiar, e no sentir-se à vontade para a abordagem da R/E do paciente/familiar quando este o traz à tona. (Tabela 5), na escuta empática, na manutenção do foco durante o tema, no encorajamento à R/E do

paciente e em rezar com o paciente (Tabela 6); e na redução de barreiras para abordar a R/E durante a prática clínica.

Os R2 após o treinamento também diferiram do grupo controle (R3), sentindo -se mais à vontade quando o paciente traz o tema R/E à tona (Tabela 5).

**Tabela 5 – Avaliação da intervenção – Abordagem da R/E do paciente**

VARIÁVEIS		N	Média ( $\pm$ DP)	p
	Pré	42	2,07 ( $\pm$ 0,46)	
Influência da R/E na saúde do paciente <sup>1</sup>	Pós	42	2,09 ( $\pm$ 0,53)	,812
	R3	35	2,11 ( $\pm$ 0,63)	,717
Apropriado abordar R/E quando o paciente/familiar traz o tema <sup>2</sup>	Pré	42	1,83 ( $\pm$ 0,66)	,006
	Pós	42	1,55 ( $\pm$ 0,50)	
	R3	35	1,63 ( $\pm$ 0,55)	,537
Apropriado perguntar sobre a R/E do paciente/familiar <sup>2</sup>	Pré	41	1,61 ( $\pm$ 0,66)	,323
	Pós	41	1,51 ( $\pm$ 0,55)	
	R3	35	1,49 ( $\pm$ 0,51)	,759
Sentiria-se à vontade em debater R/E se o paciente/familiar trouxesse o tema <sup>3</sup>	Pré	42	2,21 ( $\pm$ 0,75)	,000
	Pós	42	1,55 ( $\pm$ 0,50)	
	R3	35	1,80 ( $\pm$ 0,63)	,039
Se sim, a frequência com que pergunta sobre a R/E do paciente/familiar <sup>4</sup>	Pré	38	2,37 ( $\pm$ 0,71)	,556
	Pós	38	2,45 ( $\pm$ 0,65)	
	R3	34	2,29 ( $\pm$ 0,76)	,412
A frequência com que pacientes/familiares se sentem desconfortáveis quando se pergunta sobre R/E <sup>5</sup>	Pré	39	2,00 ( $\pm$ 0,73)	,132
	Pós	39	2,21 ( $\pm$ 0,73)	

**R3** 34 2,30 ( $\pm 1,03$ ) ,562

<sup>1</sup>Extrema [1], Muita [2], Alguma [3], Pouca [4], Muito pouca ou nenhuma [5].

<sup>2</sup>Sempre apropriado [1], Costumeiramente apropriado [2], Costumeiramente inapropriado [3], Sempre inapropriado [4].

<sup>3</sup>Concordo totalmente [1], Concordo [2], Discordo [3], Discordo totalmente [4].

<sup>4</sup>Raramente [1], Algumas vezes [2], Frequentemente [3], Sempre [4].

<sup>5</sup>Nunca [1], Raramente [2], Algumas vezes [3], Frequentemente [4], Sempre [5].

**Tabela 6 – Atitudes dos residentes diante da R/E do paciente: antes e após o treinamento**

<b>Atitude</b>		<b>N</b>	<b>Média (<math>\pm</math>DP)</b>	<b>P</b>
<b>Escuta cuidadosa e empática</b>	<b>Pré</b>	40	4,48 ( $\pm 0,60$ )	,011
	<b>Pós</b>	40	4,70 ( $\pm 0,56$ )	
	<b>R3</b>	35	4,66 ( $\pm 0,76$ )	
<b>Tenta mudar de assunto, com jeito</b>	<b>Pré</b>	41	2,42 ( $\pm 0,77$ )	,018
	<b>Pós</b>	41	2,07 ( $\pm 0,72$ )	
	<b>R3</b>	35	2,09 ( $\pm 0,56$ )	
<b>Encorajamento acerca da R/E dos pacientes</b>	<b>Pré</b>	40	3,43 ( $\pm 0,93$ )	,012
	<b>Pós</b>	40	3,80 ( $\pm 0,85$ )	
	<b>R3</b>	35	3,80 ( $\pm 1,02$ )	
<b>Compartilha respeitosamente sobre sua R/E</b>	<b>Pré</b>	40	2,08 ( $\pm 0,92$ )	,711
	<b>Pós</b>	40	2,14 ( $\pm 1,04$ )	
	<b>R3</b>	35	2,09 ( $\pm 1,12$ )	
<b>Rezar com o paciente</b>	<b>Pré</b>	41	1,17 ( $\pm 0,38$ )	,031
	<b>Pós</b>	41	1,37 ( $\pm 0,58$ )	
	<b>R3</b>	35	1,26 ( $\pm 0,56$ )	

Score: Nunca [1], Raramente [2], Algumas vezes [3], Frequentemente [4], Sempre [5].

O efeito mais expressivo ocorreu no senso de competência que os residentes têm sobre a abordagem da R/E, que quase dobrou em todos os itens (Tabela 7). Esse senso de competência foi feito por meio da média da somatória dos itens de autoavaliação nas questões 11 a 16 do questionário de competências religiosas espirituais (Anexo F).

**Tabela 7 – Competências do residente autorreferidas em R/E na clínica**

Competência		N	Média ( $\pm$ DP)	P
Considerar aspectos conceituais, epidemiológicos e históricos	Pré	43	3,14 ( $\pm$ 1,30)	,000
	Pós	43	4,93 ( $\pm$ 1,01)	
	R3	37	3,57 ( $\pm$ 1,56)	
Coletar história religiosa-espiritual	Pré	43	3,40 ( $\pm$ 1,42)	,000
	Pós	43	5,51( $\pm$ 0,94)	
	R3	37	4,30 ( $\pm$ 1,71)	
Considerar questões éticas	Pré	42	3,69 ( $\pm$ 1,39)	,000
	Pós	42	5,69 ( $\pm$ 0,98)	
	R3	37	4,65 ( $\pm$ 1,55)	
Realizar diagnóstico e diagnóstico diferencial adequado	Pré	43	3,05 ( $\pm$ 1,19)	,000
	Pós	43	5,67( $\pm$ 0,97)	
	R3	37	3,78 ( $\pm$ 1,60)	
Realizar formulação bio-psi-socio-espiritual	Pré	43	3,49 ( $\pm$ 1,39)	,000
	Pós	43	5,40 ( $\pm$ 0,90)	
	R3	36	4,31 ( $\pm$ 1,52)	
	Pré	42	2,52 ( $\pm$ 1,25)	

<b>Realizar plano de tratamento e considerar intervenções R/E</b>	<b>Pós</b>	42	5,34 ( $\pm 0,91$ )	,000
	<b>R3</b>	36	3,08 ( $\pm 1,56$ )	,000

Escore Likert de 1 a 7, em que 1 corresponde a 'discordo totalmente', 4 a 'neutro' e 7 a 'concordo totalmente'.

Observou-se aumento na proporção de residentes que se sentem totalmente à vontade para discutir questões de R/E com o paciente, passando de 19,7% no pré-teste para 46,7% no pós-teste. Houve também redução na frequência com que mudam de assunto ao abordar temas de R/E (de 42,6% para 25,1%). Vale destacar que apenas um residente manifestou a opinião de que o tema de R/E não deveria integrar o currículo de um programa de residência em psiquiatria.

Além disso, quanto à forma de integração do conteúdo de R/E à formação do residente, no pré-teste, 27,4% consideraram que deveria ser obrigatória; 32,3%, optativa; 29%, inserida nas disciplinas existentes (como psicopatologia e psicoterapia); e 9,7%, por meio de cursos, eventos e estágios. No pós-teste, observou-se aumento na preferência por disciplina optativa, atingindo 45,2%.

O escore médio de auto-avaliação de competência dos R2 após o treinamento (5,42 DP = 0,81) foi maior que antes (3,19 DP = 0,94,  $p < 0,001$ ) e que no grupo controle, os R3 (3,91 DP = 1,25),  $p < 0,001$ ).

### 5.3 BARREIRAS E DESAFIOS PARA ABORDAR A R/E DOS PACIENTES E FAMILIARES

No pré-teste, entre os R2, 45 residentes do segundo ano (73,8%) relataram a presença de alguma barreira à abordagem de R/E na prática clínica (Tabela 8). A barreira mais frequente foi conhecimento ou treinamento insuficiente (66,7%), seguida pelo receio de ofender os pacientes (42,2%). Um pouco mais de um terço dos participantes também apontou tempo insuficiente e a manutenção da neutralidade profissional como obstáculos.

Entre os R2 que relataram alguma barreira (n = 45; 73,8%), houve uma grande diminuição no pós-teste, com 26 residentes (57,8%) ainda apontando alguma barreira à abordagem de R/E. Entre os R3, 24 residentes (66,7%) referiram barreiras. Todas as barreiras foram menores após o treinamento, exceto “tempo insuficiente”. A redução das barreiras entre pré e pós-teste foi estatisticamente significativa para desconforto geral (Qui-quadrado,  $p = 0,05$ ) e neutralidade profissional ( $p = 0,01$ ).

Apenas dois residentes consideraram, no pré-teste, que não seria sua função abordar o tema R/E com o paciente; no pós-teste, nenhum residente manteve essa barreira. Além disso, em nenhum dos momentos avaliados (pré ou pós-teste) algum residente do segundo ano se recusou a discutir questões de R/E durante a prática clínica.

**Tabela 8 – Barreiras/Desafios à abordagem da R/E dos pacientes**

VARIÁVEIS	R2	R2	R3
	(Pré-teste – SIM)	(Pós-teste – SIM)	(Controle – SIM)
	N=45 (%)	N=26 (%)	N=24 (%)
Desconforto geral com R/E	14 (31,1%)	7 (24,1%)	5 (20,8%)
Conhecimento/Treinamento insuficiente	30 (66,7%)	3 (10,3%)	11 (45,8%)
Tempo insuficiente	16 (35,6%)	24 (82,8%)	9 (37,5%)
Receio de ofender paciente	19 (42,2%)	4 (13,8%)	10 (41,7%)
Receio de reprovação dos colegas	2 (4,4%)	0 (0%)	6 (25%)
Neutralidade profissional	16 (35,6%)	6 (20,7%)	11 (45,8%)
Não é minha função	2 (4,4%)	0 (0%)	4 (16,7%)
Recuso-me a falar desses assuntos no meu trabalho	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,2%)

Ao comparar o desempenho dos R2 no pós-teste com o dos R3, observa-se que os R2 demonstram maior reconhecimento de que os pacientes desejam a integração da abordagem de R/E no cuidado clínico. O grupo R2 também apresenta

maior percepção de competência quanto à identificação do momento adequado para a coleta da história espiritual e como realizá-la, bem como à aplicação dos critérios do DSM no manejo de problemas religiosos e espirituais (Tabela 9).

Além disso, houve uma redução da incerteza em relação às estratégias apropriadas para lidar com questões de R/E levantadas pelos pacientes/familiares.

Tabela 9 – Comparação do impacto curricular entre R2 (pós-teste) e R3 (controle)

VARIÁVEIS		N	Média ( $\pm$ DP)	P
Discutir R/E com paciente não é apropriado	R2 pós	44	1,64 ( $\pm$ 1,04)	0,44
	R3	34	1,82 ( $\pm$ 1,09)	0,44
Maioria dos pacientes deseja abordar R/E	R2 pós	43	4,98 ( $\pm$ 1,32)	0,14
	R3	34	4,56 ( $\pm$ 1,13)	0,14
Capacidade de avaliar quando coletar história R/E	R2 pós	44	5,61 ( $\pm$ 0,87)	<0,001
	R3	34	4,35 ( $\pm$ 1,45)	<0,001
Experiência/Treinamento suficiente para coletar história R/E	R2 pós	44	5,32 ( $\pm$ 1,03)	<0,001
	R3	34	2,97 ( $\pm$ 1,40)	<0,001
Capacidade de avaliar quando usar DSM para identificar problemas religiosos e espirituais	R2 pós	45	5,07 ( $\pm$ 1,40)	<0,001
	R3	34	2,68 ( $\pm$ 1,39)	<0,001
Incerteza como lidar com questões R/E do paciente	R2 pós	45	3,00 ( $\pm$ 1,40)	0,003
	R3	33	3,97 ( $\pm$ 1,38)	0,003
Forte contratransferência com R/E	R2 pós	45	2,33 ( $\pm$ 1,30)	0,95
	R3	34	2,35 ( $\pm$ 1,43)	0,95

Escore Likert de 1 a 7, em que 1 corresponde a 'discordo totalmente', 4 a 'neutro' e 7 a 'concordo totalmente'.

Conforme a Tabela 10, observa-se um pequeno aumento (aproximadamente 10%) nos níveis de R/E dos R2 entre o início e o final do curso, sendo o aumento mais expressivo em considerar-se espiritualizado. Ao se comparar o grupo e R2 (pós-teste) com o grupo de R3, não se encontrou mudança estatisticamente significativa no perfil R/E dos residentes.

**Tabela 10 – Impacto do curso sobre o perfil da R/E dos R2 pré, R2 pós-teste e R3**

VARIÁVEIS	R2	N	Média ( $\pm$ DP)	<i>p</i>
	Pré	42	3,38 ( $\pm$ 1,75)	
Pessoa religiosa	Pós	42	3,55 ( $\pm$ 1,80)	<0,001
	R3	33	4,15 ( $\pm$ 2,02)	0,107
Pessoa espiritualizada	Pré	43	4,44 ( $\pm$ 1,85)	
	Pós	43	4,95 ( $\pm$ 1,63)	<0,001
	R3	33	5,27 ( $\pm$ 1,53)	0,384
	Pré	43	3,70 ( $\pm$ 1,95)	
Práticas R/E como parte do estilo de vida	Pós	43	3,86 ( $\pm$ 1,79)	<0,001
	R3	34	4,62 ( $\pm$ 1,91)	0,061

Escore Likert de 1 a 7, em que 1 corresponde a 'discordo totalmente', 4 a 'neutro' e 7 a 'concordo totalmente'.

#### 5.4 HABILIDADES COM PACIENTE SIMULADO

Houve um grande aumento (aproximadamente 50%) na média de acertos dos R2 na avaliação com paciente simulado, passando de  $16 \pm 3,8$  (em um total de 32 itens) no pré-teste para  $22,4 \pm 4$  no pós-teste ( $p < 0,001$ ). No grupo controle (R3),

observou-se média de 17,8 acertos em 32 itens (DP = 3,0; n=28), também com significância estatística ( $p < 0,001$ ).

Os R3 apresentaram uma linha de base mais elevada, com nível pessoal de R/E superior ao dos R2, com maior proporção de mulheres, além de média inicial (17,8) superior à registrada pelos R2 no pré-teste.

**Tabela 11 – Pontuação dos acertos com paciente simulado**

<b>Grupos</b>	<b>N</b>	<b>Média (<math>\pm</math>DP)</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Moda</b>	<b>P</b>
<b>R2 pré</b>	57	16 ( $\pm$ 3,8)	15	9	24	14	
<b>R2 pós</b>	32	22,4 ( $\pm$ 4,0)	22,5	14	29	19	$p < 0,001$
<b>R3 controle</b>	28	17,8 ( $\pm$ 3,0)	18	13	23	19	

Total de itens do checklist: 32.

## 5.5 FREQUÊNCIA ÀS AULAS E SATISFAÇÃO COM O CURSO

Os R2 assistiram em média  $5,5 \pm 1,9$  aulas (mediana 6 e moda 7). Observou-se que 65,2% dos residentes assistiram a pelo menos 5 aulas, e 48,5% da amostra compareceu a todas as 7 aulas (Tabela 12).

**Tabela 12 – Total de aulas assistidas**

<b>Aulas assistidas</b>	<b>n (%)</b>	<b>% Cumulativo</b>
1	4 (6,1%)	6,1%
2	3 (4,5%)	10,6%
3	4 (6,1%)	16,7%

4	6 (9,1%)	25,8%
5	6 (9,1%)	34,8%
6	11 (16,7%)	51,5%
7	32 (48,5%)	100%

Cada uma das aulas foi frequentada por ao menos dois terços dos residentes (Tabela 13).

**Tabela 13 – Frequência em cada aula (n=66)**

Presença em cada aula	N (%)
1	58 (87,9%)
2	54 (81,8%)
3	55 (83,3%)
4	57 (86,4%)
5	47 (71,2%)
6	46 (69,7%)
7	49 (74,2%)

Apenas uma minoria dos residentes havia previamente lido material sobre R/E para a prática clínica (20%) ou participado de formação anterior no tema em cursos ou eventos (9,1%). A maioria considerou necessária uma reciclagem periódica a cada 1 a 10 anos (71,1%) para o currículo ministrado. (Tabela 14)

**Tabela 14 – Experiência e atualização curricular em R/E**

<b>VARIÁVEIS</b>		<b>N (%)</b>
<b>Leituras prévias em R/E para a clínica</b>	Sim, já havia lido.	9 (20%)
	<b>Total</b>	<b>45 (100%)</b>
<b>Intervalo recomendado para atualização curricular</b>	Não acho necessário repetir o curso para me manter atualizado	9 (20%)
	Em 1 ano ou menos	3 (6,7%)
	Entre 1 ano e 5 anos	17 (37,8%)
	Entre 5 anos e 10 anos	15 (33,3%)
	Após 10 anos	1 (2,2%)
	<b>Total</b>	<b>45 (100%)</b>
<b>Formação acadêmica anterior em R/E para a clínica</b>	Sim, já havia feito.	4 (9,1%)
	<b>Total</b>	<b>44 (100%)</b>

Outros tópicos sobre a satisfação com o currículo foram avaliados, como a eficiência do treinamento para o desenvolvimento de competências (Tabela 15), a possível indicação do curso a terceiros (Tabela 16) e a influência profissional e pessoal do curso/currículo (Tabela 17). Sobre eles, destacam-se os seguintes resultados.

**Tabela 15 – Eficiência de treinamento para desenvolvimento de competências na abordagem da R/E**

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>±DP</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Moda</b>
<b>Considerar aspectos conceituais, epidemiológicos e históricos</b>	45	5,4	±1,1	5,0	2,0	7,0	5,0
<b>Coletar história religiosa-espiritual</b>	45	5,9	±0,8	6,0	4,0	7,0	6,0
<b>Considerar questões éticas</b>	45	5,8	±1,0	6,0	3,0	7,0	6,0

<b>Realizar diagnóstico e diagnóstico diferencial adequado</b>	44	5,9	±0,8	6,0	4,0	7,0	6,0
<b>Realizar formulação bio-psi-socio-espiritual</b>	44	5,9	±0,8	6,0	4,0	7,0	6,0
<b>Realizar plano de tratamento e considerar intervenções R/E</b>	45	5,6	±1,0	6,0	2,0	7,0	6,0

Escore Likert de 1 a 7, em que 1 corresponde a 'discordo totalmente', 4 a 'neutro' e 7 a 'concordo totalmente'.

**Tabela 16 – Indicação do curso**

<b>Indica o curso para:</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>±DP</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Moda</b>
<b>Preceptores de psiquiatria</b>	44	5,6	±1,2	6,0	2,0	7,0	6,0
<b>Residentes de psiquiatria</b>	44	5,7	±1,2	6,0	3,0	7,0	6,0
<b>Preceptores de outras especialidades médicas</b>	45	5,3	±1,3	5,0	1,0	7,0	5,0
<b>Residentes de outras especialidades médicas</b>	45	5,3	±1,4	5,0	1,0	7,0	5,0
<b>Estudantes de outras áreas da saúde mental</b>	45	5,6	±1,3	6,0	1,0	7,0	7,0
<b>Profissionais de outras áreas da saúde mental</b>	44	5,7	±1,3	6,0	1,0	7,0	6,0
<b>Psiquiatras</b>	44	5,8	±1,3	6,0	1,0	7,0	7,0
<b>Médicos de outras especialidades</b>	44	5,2	±1,3	5,0	1,0	7,0	5,0

Escore Likert de 1 a 7, em que 1 corresponde a 'discordo totalmente', 4 a 'neutro' e 7 a 'concordo totalmente'.

**Tabela 17 – Influência profissional e pessoal do curso**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>±DP</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Moda</b>
------------------	----------	--------------	------------	----------------	---------------	---------------	-------------

<b>Influenciou positivamente minha prática clínica</b>	45	5,8	±1,2	6,0	1,0	7,0	7,0
<b>Ajudou-me de maneira pessoal</b>	45	4,6	±1,9	5,0	1,0	7,0	4,0
<b>Conteúdo relevante para minha atuação</b>	44	5,1	±1,8	6,0	1,0	7,0	6,0
<b>Desempenho do corpo docente</b>	45	6,0	±1,0	6,0	3,0	7,0	6,0
<b>Atividades que estimularam meu aprendizado</b>	45	5,4	±1,3	6,0	2,0	7,0	5,0
<b>Consegurei utilizar o que aprendi no meu dia a dia</b>	45	5,6	±0,9	6,0	3,0	7,0	5,0
<b>Foi boa maneira para aprender o conteúdo</b>	45	5,6	±1,0	6,0	3,0	7,0	6,0
<b>Nota para o curso*</b>	43	8,0	±1,2	8,0	5,0	10,0	8,0

Score Likert de 1 a 7, em que 1 corresponde a 'discordo totalmente', 4 a 'neutro' e 7 a 'concordo totalmente'

\*Nota de 0 a 10.

Em uma escala de 1 a 7, a satisfação com todos os itens do curso — com exceção de apenas um item, relacionado à capacidade do curso de contribuir de maneira pessoal — situou-se entre 5 e 6, sendo 6 a mediana e a moda mais frequente. A nota geral atribuída ao currículo, em uma escala de 1 a 10, apresentou média de 8 (DP = 1,2), evidenciando elevado grau de satisfação com o curso.

Em relação à influência pessoal do curso sobre os residentes (Tabela 17), a média foi de 4,6, ligeiramente acima do ponto neutro da escala (4). A mediana foi 5, indicando que metade dos participantes percebeu uma influência pessoal positiva do curso. Esse resultado parece refletir o aumento nos níveis de R/E pessoal observados entre o pré e o pós-teste no grupo de R2.

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E R/E

Houve um predomínio de residentes solteiros e brancos. E com relação à idade dos residentes, tal como esperado, o grupo de R3 foi um pouco mais velho do que o grupo de R2. Quanto ao sexo, observou-se uma distribuição equivalente entre homens e mulheres no grupo de R2 e predominância feminina entre os R3. Entretanto, essa diferença não foi estatisticamente significativa, possivelmente em razão de erro tipo II, decorrente do tamanho amostral pequeno, gerando baixo poder estatístico para detectar diferenças reais.

Em relação ao presente estudo, a amostra se considerou mais espiritual do que religiosa, e com baixa frequência a instituições religiosas. Da mesma forma, segundo Vasconcelos, Lucchetti; Cavalcanti; et al. (2020), em relação às características religiosas pessoais da amostra, a maioria dos residentes acreditava em um poder superior (88,0%); buscava em Deus força, apoio e orientação (81,0%); acreditava em vida após a morte (62,8%); teve uma experiência religiosa ou espiritual que mudou sua vida (56,4%); e se considerava muito ou moderadamente espiritual (69,8%) e muito ou moderadamente religiosa (57,5%). Apesar dessas características, apenas 22,1% frequentavam cultos religiosos uma vez por semana ou mais, e 38,7% dedicavam tempo a atividades religiosas.

Neste estudo, houve predominância na amostra do sexo feminino. Em estudo que avaliou atitudes, conhecimentos e experiências em R/E de médicos residentes brasileiros, o sexo feminino foi um dos fatores associados a maior frequência de discussão de R/E e opiniões mais positivas a respeito desse tema (Vasconcelos; Lucchetti; Cavalcanti; et al. 2020).

No tocante à filiação religiosa, observa-se que, em comparação com os dados do Censo do IBGE de 2022, os residentes apresentaram uma proporção consideravelmente maior de pessoas sem religião (40,5% vs 9,3%) e de espíritas (17,2% vs 1,8%), e menor proporção de católicos (24,2% vs 56,7%) e evangélicos (11,1% vs 26,9%).

Segundo Paulino (2019), "alguns autores têm sugerido a existência de um *“religious gap”*, diferença entre a religião da população geral e dos profissionais de saúde mental, e que ela estaria associada a fatores como influência de autores e

ideologias materialistas e antirreligiosas que descartam ou patologizam a R/E, além de mitos históricos do conflito entre ciência e religião (Baetz et al., 2004; Cloninger, 2013; Lukoff, Lu, & Turner, 1992; Moreira-Almeida et al., 2014). Uma forte ideologia científicista materialista pode contribuir para a incapacidade de alguns profissionais em avaliar o funcionamento R/E ou até mesmo em considerar com seriedade a R/E ou outros aspectos culturais da experiência do paciente (Post, 1993).”

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

Em relação à maior prevalência de espíritas, essa diferença expressiva entre os dados do IBGE e deste estudo poderia ser explicada, dentre outras razões, pela grande interrelação entre instituições de saúde mental e Espiritismo, na medida em que várias dessas instituições foram fundadas pelo movimento espírita, bem como pelo fato de haver maior escolaridade entre os espíritas, tendo em vista que o Censo 2022 mostrou uma maior proporção de espíritas entre os brasileiros de escolaridade universitária (IBGE, 2023, Almeida, 2020; Da Silva, 2016).

Essa interpretação é corroborada pelos resultados de outros dois estudos com psiquiatras brasileiros. Em um estudo que investigou a R/E em psiquiatras brasileiros (n=484), Menegatti-Cequini e colegas (2016), por exemplo, identificaram maior frequência de espíritas (18%) e de indivíduos sem religião (32,6%), bem como menores proporções de católicos (31,2%) e protestantes (7,4%). Outro estudo, com psiquiatras da Faculdade de Medicina da USP (n=121), apresentou resultados convergentes, registrando 33,7% de católicos, 9,6% de evangélicos/protestantes, 6% de espíritas e 42,8% de pessoas sem religião (Menegatti-Cequini; Maraldi; Peres; et al., 2019; Paulino, s.d.).

Sobre a R/E pessoal, os R3 declararam-se mais religiosos e espiritualizados do que os R2. Observou-se uma mudança nos níveis de R/E do grupo de R2 do pré-teste para o pós-teste, possivelmente associada à própria intervenção. De modo geral, a amostra de R2 mostrou-se mais espiritualizada do que religiosa. Não houve mudança estatisticamente significativa quando se comparou o grupo de R2 (pós-teste) com o grupo de R3 com relação a este quesito.

Esses achados são semelhantes aos de estudos que investigaram psiquiatras sobre esse tema. Em um deles, 31% da amostra considerou-se muito ou moderadamente religiosa, enquanto 53,5% declarou ser bastante ou moderadamente espiritualizada (Menegatti-Cequini; Maraldi; Peres; et al. 2019). Em outro estudo, 68,7% relataram ser muito ou moderadamente espiritualizados, ao passo que 43,3% se consideraram muito ou moderadamente religiosos (Menegatti-Cequini; Gonçalves; Leão; et al. 2016). Kattan e Talwar (2013) encontraram que mais da metade dos residentes declarou-se espiritual ou religiosa.

Um estudo realizado com residentes de diferentes especialidades médicas analisou o perfil de R/E e identificou, no que se refere à Religiosidade Organizacional (RO), a seguinte distribuição: 25,3% não frequentavam ou frequentavam menos de uma vez ao ano um centro religioso; 40,5% relatavam frequência de algumas vezes ao ano; 12,2% compareciam de duas a três vezes por mês; 17,6% frequentavam pelo menos uma vez por semana; e 4,5% apresentavam frequência superior a uma vez por semana (Vasconcelos; Lucchetti; Cavalcanti; et al. 2020).

Em comparação com os achados de Vasconcelos e colegas (2020) em relação à RO, na presente pesquisa foi maior a porcentagem dos residentes que não frequentavam ou frequentavam menos de uma vez ao ano ou menos (53%), bem como a frequência superior a uma vez por semana (7%). Enquanto a frequência de algumas vezes ao ano (30%), de duas a três vezes por mês (3%) e uma vez por semana (7%), foram menores.

Em nosso estudo, tanto os R2 (3,2%) quanto os R3 (13,5%) apresentaram níveis de RO muito inferiores ao da população geral (37,2%) em relação à frequência religiosa igual ou superior a uma vez por semana (Moreira-Almeida; Pinsky; Zaleski; Laranjeira, 2010). Além disso, o grupo de R3 demonstrou maior RO, considerando-se

as categorias 'uma vez por semana' e 'mais de uma vez por semana', bem como maior frequência na percepção da presença de Deus, quando comparados ao grupo de R2, na RI. Como hipótese, um dos possíveis motivos que poderia justificar esta diferença pode ser a de que o grupo e R3 estivesse com menor carga horária formal destinada à residência em si, fato que geraria maior disponibilidade para atividades religiosas de caráter Organizacional.

No que se refere à Religiosidade Não-Organizacional (RNO), o estudo de Vasconcelos apresentou que 39,3% dos residentes praticavam raramente, nunca ou apenas algumas vezes por mês; 21,9% relatavam práticas religiosas uma vez por semana ou mais; 31,8% realizavam práticas diariamente; e 6,9% declararam engajamento em práticas mais de uma vez ao dia (Vasconcelos; Lucchetti; Cavalcanti; et al. 2020). Em comparação com os residentes do presente estudo, a RNO foi maior para quem praticava raramente, nunca ou apenas algumas vezes por mês (52,3%) e práticas religiosas uma vez por semana ou mais (28,6%), enquanto para quem relatou a prática diária (17,5%) e mais de uma vez ao dia (1,6%) foram menores.

Com relação à Religiosidade Intrínseca (RI), os residentes do presente estudo, sobre sentir a presença de Deus, 61,9% consideraram que é verdade ou que em geral é verdade, enquanto 15,9% relataram que não é ou em geral não é verdade. Já na amostra de residentes de outro estudo (Vasconcelos; Lucchetti; Cavalcanti; et al. 2020), sobre sentir a presença de Deus, 70,5% dos residentes consideraram que é verdade ou que em geral é verdade, e 11,6% consideraram que nunca é verdade

Sobre ter as crenças por trás do viver, 31,6% consideraram que isso não é verdade ou em geral não é verdade, e 59,3% dos residentes consideraram que isso é verdade ou em geral é verdade (Vasconcelos; Lucchetti; Cavalcanti; et al. 2020). No presente estudo, por sua vez, 42,9% relataram que ter as crenças por trás do viver não é verdade ou em geral não é verdade, e 42,8% consideraram que é verdade ou em geral é verdade.

Sobre o esforço para viver a religião, 38,6% dos residentes consideraram que isso não é verdade ou geralmente não é verdade, e entre os que consideraram que é verdade ou geralmente é verdade, 51,5% (Vasconcelos; Lucchetti; Cavalcanti; et al. 2020). No presente estudo, 60,3% relataram que não é verdade ou geralmente não é

verdade, enquanto aqueles que consideraram que é verdade ou geralmente é verdade consistiram em 23,8%.

Em síntese, no que se refere à RO, tanto neste estudo quanto na literatura acima citada, observa-se que apenas uma minoria apresenta frequência religiosa superior a uma vez por semana. Na população geral, isso também se verifica, sendo em torno de 1/3 (um terço) com frequência religiosa maior que uma vez por semana. Quanto à RNO, verifica-se que, em ambos os casos, a maioria dos participantes relata praticar nunca, raramente ou apenas algumas vezes ao ano. Em relação à RI, a maior parte dos indivíduos, tanto neste estudo quanto nos dados acima mencionados, relata sentir a presença de Deus.

Entretanto, quanto à percepção de suas crenças como orientadoras do modo de viver e o esforço para viver a religião, identificou-se divergência em relação à literatura consultada que incluiu residentes de 7 diferentes centros universitários no Brasil: enquanto, no presente estudo, a maioria considerou não ser verdade ou geralmente não ser verdade que dedica esforço a viver sua religião, o estudo de Vasconcelos e colegas (2020) aponta que a maioria avalia essa afirmação como verdadeira ou geralmente verdadeira. E sobre ter as crenças por trás do modo de viver, na literatura foi a minoria, enquanto que neste estudo foi a maioria que considerou que isso não é verdade ou que em geral não é verdade. Com relação às crenças por trás do viver ser verdade ou geralmente ser verdade houve minoria neste estudo, enquanto que na literatura, maioria.

Aproximadamente 50% dos participantes de ambos os grupos relataram que suas crenças religiosas orientam seu modo de viver, avaliando essa afirmação como geralmente ou totalmente verdadeira.

## 6.2 IMPACTOS DA INTERVENÇÃO CURRICULAR

Sobre o impacto de currículos que abordam R/E (Chow; Chew; Sim, 2021; Hathaway; Oliveira; Mirhom; et al. 2022), a literatura mostra que até o momento houve poucas avaliações formais sobre eficácia de currículo em R/E gerar melhor avaliação,

cuidado e suporte ao paciente por meio de canais de feedback de pacientes e residentes (Anandarajah; Roseman; Lee; et al. 2016; Awaad; Ali; Salvador; et al. 2015). Sobre a importância do tema da R/E e sua abordagem na prática clínica, no presente estudo, houve ganhos estatisticamente significativos por parte dos residentes. Na prática, o aumento também pareceu se mostrar significativo, e não apenas estatisticamente. Houve um aumento importante de porcentagem daqueles que se consideram capacitados para a abordagem da R/E do paciente e aumento na nota total na avaliação gerada pela entrevista ao paciente simulado. (Ver tabelas 8 e 12)

Em relação ao impacto da intervenção sobre crenças, atitudes e comportamentos dos residentes, destacaram-se os seguintes resultados. Houve ganho do senso de competência na abordagem da R/E do paciente. Além disso, houve na comparação entre os grupos de R2 (pré-teste) e R2 (pós-teste) aumento na percepção da adequação da abordagem da R/E, na frequência de questionamentos ao paciente (Tabela 5), na escuta empática, na manutenção do foco durante a abordagem do tema e no incentivo à R/E positiva (Tabela 6). Na comparação entre grupo de R2 (pós-teste) com R3, houve aumento significativo no se considerar apropriado abordar a R/E quando o paciente a traz à tona (Tabela 5), e em rezar com o paciente (Tabela 6).

O senso de ganho de competência pode ter aumentado a autoconfiança dos residentes em abordar e lidar com o tema durante a consulta clínica, aumentando a relevância do mesmo durante a escuta clínica, que pode ter começado a se dar de forma mais empática e mesmo como um dado clínico mais relevante.

Isso pode ter se dado por meio da compreensão sobre a importância do tema na interface com a saúde mental, e um uso mais rotineiro dessas competências no encontro clínico.

Conforme relatado por Chow, Chew e Sim (2021), os residentes reconhecem a relevância da dimensão R/E no atendimento ao paciente (Piscitello; Martin, 2020; Gattari; Arfken; Morreale, 2018; Barnett; Fortin, 2006; Kattan; Talwar, 2013), no fortalecimento do vínculo terapêutico (Armbruster; Chibnall; Legett, 2003; Siegel; Tenenbaum; Jamanka; et al. 2002; Kattan; Talwar, 2013) e no impacto sobre a adesão

ao tratamento e os desfechos clínicos (Armbruster; Chibnall; Legett, 2003; Gattari; Arfken; Morreale, 2018; Kattan; Talwar, 2013). Contudo, observa-se que, na prática clínica, tais questões são abordadas com pouca frequência.

Nesta intervenção curricular, há resultados que apontam para uma superação dessa lacuna por meio do treinamento, com aumento do desenvolvimento das habilidades avaliadas por meio de paciente simulado, mudança de atitudes e da autopercepção de desenvolvimento de competências por parte dos residentes, além da diminuição de algumas barreiras que poderiam impedir tal abordagem.

Outros estudos também destacam que o treinamento desempenha um papel relevante no desenvolvimento de competências entre estudantes, residentes e profissionais da saúde (Osório; Gonçalves; Pozzobon; et al. 2017; King; Blue; Mallin; Thiedke; 2004; Yilmaz; Gurler, 2014; Barnett; Fortin, 2006).

Osório e colegas (2017) encontraram que os estudantes brasileiros de medicina do grupo submetido à intervenção tenderam a afirmar com maior frequência que a abordagem da espiritualidade do paciente é relevante e que a espiritualidade exerce papel significativo na relação médico-paciente. Outros trabalhos corroboram esses achados (Barnett; Fortin, 2006; Gonçalves; Osorio; Oliveira; et al. 2016). Nesse sentido, o fato de os estudantes compreenderem a relevância do tema pode ajudá-los a lidar com ele mais facilmente na prática, percebendo o valor do assunto quando um paciente o menciona durante uma consulta” (Osório; Gonçalves; Pozzobon; et al. 2017, p. 6).

King e colegas (2004) avaliaram o impacto de um currículo de anamnese espiritual aplicado a estudantes do primeiro ano de medicina, examinando seus conhecimentos, habilidades e atitudes. O estudo identificou que 65% dos participantes foram capazes de reconhecer a preocupação espiritual apresentada pelo paciente simulado. Além disso, na avaliação das atitudes, observou-se um aumento no desejo dos estudantes de acolher as crenças dos pacientes.

Outro estudo, conduzido por Yilmaz e Gurler (2014), usando grupo controle, e amostra de estudantes da graduação em Enfermagem, com apenas o grupo intervenção tendo recebido treinamento em R/E. O grupo que recebeu a intervenção

definiu os termos “espiritualidade” e “cuidado espiritual” com maior precisão e obteve pontuação média mais alta.

Barnett e Fortin (2006) conduziram um workshop voltado ao ensino da anamnese espiritual para estudantes e residentes. Entre os resultados, os participantes relataram aumento na percepção de competência para conduzir a anamnese espiritual, maior segurança em orientar pacientes que apresentassem crises existenciais e melhor compreensão da relevância de abordar a espiritualidade no contexto do atendimento clínico.

### 6.3 BARREIRAS E DESAFIOS NA ABORDAGEM DA R/E

Sobre a mudança em relação às barreiras que desencorajam, Osório e colegas (2017) destacam em seu estudo que um ponto importante encontrado foi exatamente a remoção de barreiras e uma maior busca por conhecimento baseado em evidências científicas. Na literatura, a falta de tempo, a falta de treinamento e a ansiedade em relação a esta abordagem estão entre as principais barreiras para a abordagem da R/E de acordo com a opinião de estudantes de medicina, enfermeiros e médicos residentes. (Neely; Minford, 2008; Lind; Sendelbach; Steen, 2011; Mariotti; Lucchetti; Dantas; et al. 2011; Lucchetti; Oliveira; Koenig; et al. 2013).

Nesse estudo (Osório e colegas, 2017), os participantes que incluíram estudantes convidados do primeiro e do segundo ano de diferentes cursos de graduação da área de saúde da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia – e que eram do grupo de intervenção relataram menor falta de treinamento e afirmaram ter buscado mais conhecimento por meio da leitura de artigos científicos e de palestras” (Osório; Gonçalves; Pozzobon; et al. 2017, p. 6).

Houve redução de barreiras à abordagem da R/E do paciente, de forma geral, com destaque para desconforto geral, conhecimento/treinamento insuficiente, receio de ofender paciente e neutralidade profissional. O único elemento em que houve aumento na percepção de barreiras foi o de tempo insuficiente.

Observa-se, aqui, então, uma percepção de que houve treinamento suficiente, com diminuição do desconforto geral e do receio de sair da neutralidade profissional ou de ofender o paciente. Porém houve um aumento da percepção de insuficiência do tempo para a abordagem do tema, dado que poderia ser investigado a longo prazo, com relação à frequência da abordagem do tópico R/E nas consultas feitas pelos residentes enquanto estivessem na residência bem como já em sua prática profissional.

Chow, Chew e Sim (2021) destacam diversas barreiras potenciais para a adequada abordagem da R/E na prática clínica. A primeira refere-se à insuficiência de conhecimento e de treinamento específicos (Armbruster; Chibnall; Legett, 2003; Piscitello; Martin, 2020; Ford; Downey; Engelberg; et al. 2014; Kattan; Talwar, 2013). A segunda diz respeito ao desconforto pessoal de alguns residentes, associado a um sentimento de inadequação ao tratar de temas relacionados à R/E. Uma terceira barreira envolve a pressão de tempo durante as consultas (Gattari; Arfken; Morreale, 2018; Kattan; Talwar, 2013). Por fim, observa-se que a frequência com que a R/E é abordada tende a depender do contexto clínico, sendo mais comum em situações associadas ao fim de vida (Armbruster; Chibnall; Legett, 2003; McGovern; McMahon; Nelson; et al. 2017; Siegel; Tenenbaum; Jamanka; et al. 2002).

Na presente pesquisa, observou-se uma redução significativa das barreiras relacionadas à manutenção da neutralidade profissional e ao desconforto geral na abordagem da R/E junto aos pacientes.

#### 6.4 MUDANÇA DE COMPETÊNCIAS AVALIADAS POR MEIO DE PACIENTE SIMULADO

Houve melhora significativa no desempenho da competência de coleta da história espiritual com paciente simulado no estudo de Osório e colegas (2017), que incluiu grupo controle, e foi realizado de forma longitudinal. Na psiquiatria, incluindo os residentes, existe uma carência do uso deste recurso (paciente simulado), nos estudos em R/E. Esse tipo de avaliação permite distinguir entre a mera compreensão

teórica da importância da história espiritual e a efetiva capacidade de realizá-la na prática.

De forma semelhante, no presente estudo, a intervenção resultou em aprimoramento das habilidades avaliadas, convergindo com os achados de Osório e colegas (2017). Assim como naquele trabalho, utilizou-se paciente simulado, avaliação longitudinal e contou-se com a presença de um grupo controle, o que reforça a consistência dos resultados observados.

## 6.5 FREQUÊNCIA ÀS AULAS E SATISFAÇÃO COM O CURSO

Estudos anteriores têm encontrado que cursos sobre integração clínica da R/E tendem a apresentar elevada aceitação entre residentes e outros profissionais de saúde (Hathaway; Oliveira; Mirhom; et al., 2022; Pearce; Pargament; Wong; et al., 2024). Os achados do presente estudo são convergentes com essa tendência, evidenciando igualmente um alto nível de aceitação do currículo proposto.

Além disso, considerando que a participação nas aulas do curso não foi obrigatória, e dada a elevada demanda de atividades relacionada ao programa curricular já existente na residência, destaca-se a alta taxa de frequência ao currículo proposto. Um dos aspectos que poderiam ser levantados a este respeito foi a de que o currículo foi dado no período da pandemia do COVID-19. Isso pode ter gerado mais disponibilidade de carga horária para a participação, na medida em que o curso foi ministrado de forma *online*, e o curso pode ter sido usado como forma de *coping* também pelos próprios residentes durante este período. Além disso, pode ter havido interesse genuíno dos residentes pelo tema, e a qualidade do curso pode ter gerado e mantido o interesse dos mesmos, na medida em que um curso relativamente curto, com conteúdo prático e baseado em evidências (Hathaway; Oliveira; Mirhom; et al., 2022).

## 6.6 ELEMENTOS POSITIVOS DO ESTUDO

Entre os pontos fortes do estudo, destacam-se os seguintes aspectos.

O currículo desenvolvido baseou-se em revisão sistemática e de escopo de literatura (Hathaway; Oliveira; Mirhom; et al., 2022). O currículo foi implementado e testado em 15 programas de residência de 10 estados brasileiros, englobando as 5 regiões do país.

O estudo também contou com colaboração internacional com a Harvard University, viabilizada pelo estágio presencial de doutorado sanduíche durante 3 meses, realizado por este pesquisador durante seu processo de formação (ANEXOS O e P). O estágio foi supervisionado por Dr. John Peteet. Ele é psiquiatra do Brigham and Women's Hospital e do Dana-Farber Cancer Institute. Seu trabalho se concentra em oncologia psicossocial, interconsulta psiquiátrica e na interface clínica entre R/E e medicina. Dentre suas áreas de interesse no campo da bioética incluem a ética da virtude, lesão moral e o papel do clínico na vida moral do paciente. Membro Vitalício Distinto da Associação Americana de Psiquiatria, já recebeu diversos prêmios de ensino, publicou inúmeros artigos e é o ganhador do Prêmio Oskar Pfister da Associação Americana de Psiquiatria (Harvard Catalyst, 2026). Essa parceria permitiu ampliação das fronteiras acadêmicas por parte do pesquisador, com contato e supervisão com este líder internacional, além de acesso mais qualificado à literatura, por meio de acesso à biblioteca Hollis, da Universidade de Harvard (Hollis Harvard Library, 2026).

Até onde se tem conhecimento, este trabalho constitui o maior estudo conduzido até o momento, envolvendo a mais ampla amostra de residentes expostos a uma mesma intervenção curricular em R/E no âmbito da residência médica em psiquiatria, com grupo controle, amostra robusta, intervenção e formas de avaliação padronizadas. Nesse sentido, numa revisão sistemática a maioria dos estudos apresentou, considerando estes quesitos, qualidade geral baixa a moderada (Hathaway; Oliveira; Mirhom; et al., 2022).

Para se obter uma avaliação mais abrangente e multidimensional, foram realizadas avaliações de resultados objetivas e subjetivas. A avaliação objetiva ocorreu por meio de instrumentos aplicados pelo pesquisador aos residentes,

enquanto a avaliação subjetiva foi conduzida por meio de ferramentas de autoavaliação preenchidas pelos próprios residentes. A esse respeito, como destacam Chow, Chew e Sim,

Poucos estudos relataram medidas quantitativas relacionadas à R/E no treinamento e no cuidado clínico, tais como a frequência de perguntas iniciadas pelos residentes e pelos pacientes sobre R/E, ou de discussões relacionadas à R/E em diferentes circunstâncias clínicas (2021, p. 21).

O uso de paciente simulado na avaliação de habilidades e da aplicação do questionário de forma supervisionada com o paciente se mostra como uma avaliação educacional mais avançada para avaliação de habilidades clínicas, de acordo com o referencial teórico da pirâmide de Miller, em que o residente se aproxima mais da realidade clínica do que apenas com uma avaliação teórica de aprendizagem.

Até onde se sabe, esse é o primeiro estudo em R/E com residentes de psiquiatria em que se usou o recurso de um paciente simulado, o que melhora a qualidade na avaliação de ganho de habilidades, do ponto de vista educacional.

Neste sentido, conforme o modelo da pirâmide de Miller, o desenvolvimento da competência clínica está estruturado em quatro processos hierárquicos básicos.

No nível mais baixo da pirâmide encontra-se o “conhecimento”, avaliado por meio de provas escritas e questões tradicionais de múltipla escolha (QMEs [questionários de múltipla escolha]). O nível seguinte corresponde à “aplicação do conhecimento”, aferida por meio de redações, exercícios de resolução de problemas clínicos e QMEs ampliados. O terceiro nível da pirâmide representa a “competência em habilidades clínicas”, avaliada por exercícios com pacientes padronizados, simulações e exames clínicos. Por fim, no topo da pirâmide está o “desempenho clínico”, avaliado por observação direta em ambientes clínicos reais (Witheridge; Ferns; Scott-Smith, 2019, p. 191).

Em suma, os processos correspondentes aos níveis inferiores da pirâmide englobam os componentes cognitivos da competência, cuja avaliação envolvem contextos de sala de aula. Os dois níveis superiores, por sua vez, consistem nos componentes comportamentais da competência clínica, envolvendo avaliações realizadas em ambientes clínicos simulados e reais (Witheridge; Ferns; Scott-Smith, 2019).

Com o objetivo de aumentar a validade dos achados sobre o impacto educacional do novo currículo implementado, utilizamos dois grupos de controle para comparar os desfechos educacionais. Assim, o desempenho dos R2 pós-treino foi comparado tanto com seus próprios desempenhos antes da intervenção quanto com o grupo de R3, que não recebeu treinamento, o que permitiu ampliar a robustez e a profundidade da análise estatística.

Em uma revisão sistemática sobre propostas de formação em espiritualidade, Paal, Helo e Frick (2015) observaram que a maior parte dos estudos não incluiu grupos de controle, limitando assim a interpretação dos achados. No presente trabalho, os resultados mostraram-se consistentes nos grupos de R2 e R3 em relação às habilidades dos residentes, tanto nas medidas de autoavaliação quanto nas avaliações realizadas por terceiro, nos diferentes métodos de mensuração empregados.

Outro diferencial do presente estudo é que todas as aulas foram ministradas por um único professor, de forma padronizada, reduzindo substancialmente a possibilidade de viés decorrente de variações entre instrutores ao longo da intervenção.

Além disso, o currículo foi oferecido integralmente em formato não presencial e síncrono, característica que favorece sua implementação em larga escala, tanto em nível nacional quanto internacional (Best; Jones; Washington; et al. 2023). Ressalta-se ainda que o conteúdo do currículo não possui especificidade religiosa ou cultural, o que amplia sua aplicabilidade e permite sua utilização em diferentes contextos.

## 6.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Entre as limitações deste estudo, destacam-se alguns aspectos relevantes.

Apesar de se tratar da maior amostra já utilizada até o momento nessa linha de investigação, o tamanho amostral ainda impõe restrições para a realização de

subanálises, aumentando o risco de erro tipo II, uma vez que o estudo não possui poder estatístico suficiente para detectar determinadas variações potenciais.

Outra limitação consiste no fato de não ter sido realizada uma intervenção presencial, e nem conduzida por facilitadores treinados que não fossem especialistas em R/E. Isso poderia gerar dados relevantes, permitindo comparar o impacto de intervenções presenciais e conduzidas por facilitadores não especialistas com o que foi observado na intervenção não presencial por um especialista na área de R/E (Mariotti; Lucchetti; Dantas; et al. 2011).

Não foi realizada avaliação do impacto da intervenção na prática clínica real dos pacientes, correspondente ao quarto nível da pirâmide de Miller (Geer; Groot; Leget; et al. 2017; Banin; Suzart; Guimarães; et al. 2014; Galanter; Dermatis; Talbot; et al. 2011). Além disso, permanece desconhecido se haveria diferenças nos efeitos do curso sobre os residentes, caso sua participação fosse obrigatória, em comparação a um formato eletivo (Roth; Grabovac, 2023).

Outro possível fator de limitação refere-se ao viés de seleção dos programas incluídos no estudo. É plausível conjecturar que os coordenadores que manifestaram interesse na intervenção curricular em seus serviços de residência já tivessem maior afinidade com o tema. É possível que esse fator possa ter influenciado a adesão e a disposição para implementar o treinamento (Mariotti; Lucchetti; Dantas; et al. 2011).

Além disso, pode ter havido viés de seleção entre os residentes, pois como o treinamento foi optativo, pode ter atraído aqueles com maior interesse pelo tema.

A avaliação de seguimento foi realizada apenas imediatamente após a conclusão do curso, restringindo-se, portanto, ao curto prazo. Novos estudos são necessários para examinar a consolidação e a manutenção desse aprendizado em médio e longo prazo (Best; Jones; Washington; et al. 2023), o que consiste em uma das limitações da literatura a esse respeito (Chow; Chew; Sim, 2021).

O estudo foi aplicado num contexto brasileiro, com limitação em relação às variações possíveis decorrentes de ser aplicado em outras culturas. No entanto, os dados se assemelham aos achados de outros estudos e isso pode sugerir a extrapolação desse currículo para outros países (Lucchetti; Ramakrishnan; Karimah;

et al. 2016; Roth; Grabovac, 2023; Hvidt; Curlin; Büssing; et al. 2021; Kelley; Haas; Felber; et al. 2019; Larson; Lu; Swyers, 1997).

## 6.8 VANTAGENS DO CURRÍCULO

Dentre as vantagens do currículo desenvolvido, implementado e testado na presente pesquisa, podem ser elencadas as seguintes:

1. Intervenção curricular relativamente curta (apenas 7 aulas semanais) e com aulas de curta duração (2 horas cada);
2. Currículo com bibliografia enxuta, facilitando a assimilação teórico-prática por parte dos residentes em relação a cada aula ministrada;
3. Intervenção orientada por proposta previamente publicada baseada em revisão sistemática das revisões anteriores e elaborada em conjunto com 2 líderes internacionais em Psiquiatria e R/E (Alexander Moreira-Almeida e John Peteet) (Hathaway; Oliveira; Mirhom; et al., 2022; Oliveira; Peteet; Moreira-Almeida, 2021) com algumas adaptações sugeridas por um líder mundial em Educação Médica e R/E (Giancarlo Lucchetti);
4. Proposta curricular escalável, na medida em que é passível de ser realizada de forma não-presencial e *online*.

## 7 CONCLUSÃO

O curso desenvolvido na presente investigação teve como objetivo simplificar a abordagem da R/E por meio de sete aulas com duração de duas horas cada, avaliando o impacto dessa intervenção sobre o perfil de R/E dos residentes, suas competências na abordagem de R/E de seus pacientes, analisadas por autoavaliação e por terceiros, além de sua satisfação com o currículo ofertado.

À luz dos resultados apresentados e discutidos, constatou-se que a maioria dos residentes não havia recebido qualquer tipo de treinamento prévio, nem mesmo realizado leitura sistemática sobre o tema da R/E na prática clínica.

No que se refere ao impacto da intervenção curricular sobre a R/E dos residentes, observou-se um aumento nos indicadores de R/E, sendo o resultado mais expressivo a afirmação de considerar-se espiritualizado.

A intervenção produziu também efeito significativo na autoavaliação das competências relacionadas à R/E, bem como na avaliação de habilidades, conforme demonstrado pelo desempenho junto ao paciente simulado.

De modo geral, observou-se uma redução nas barreiras percebidas pelos residentes para a abordagem da R/E na prática clínica. Além disso, registrou-se elevada adesão ao curso, associada a altos níveis de satisfação por parte dos participantes.

Como direções futuras, recomenda-se a replicação deste estudo em diferentes contextos socioculturais (Larson; Lu; Swyers, 1997; Hvidt; Curlin; Büssing; et al. 2022), a fim de verificar a aplicabilidade e a generalização dos achados. Sugere-se, ainda, o desenvolvimento de modelos curriculares específicos, compostos por módulos adaptáveis às necessidades culturais e religiosas de determinados grupos ou regiões (Larson; Lu; Swyers, 1997).

A partir dessa iniciativa, podem ser estruturados novos programas de capacitação tanto para futuros residentes quanto para preceptores, abrangendo a psiquiatria e demais áreas da saúde numa perspectiva bio-psico-sócio-espiritual

(Sulamsy, 2002; Oliveira; Pinto, 2020). Tal perspectiva parece ser promissora nestes seus 4 pilares, visando-se à viabilização de uma *Teoria Unificadora para a Psiquiatria*.

## REFERÊNCIAS

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

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

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

ALMEIDA, A. A. S. de. Uma “fábrica de loucos”: a história da “loucura espírita” no Brasil (1900-1950). *REVER: Revista de Estudos da Religião*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 219–237, 2020.

ALMEIDA, P. J. R.; CALDEIRA, F. I. D.; GOMES, C. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: a formação de profissionais da saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Física, Saúde e Desempenho – REBESDE*, v. 3, n. 2, e-017, 2022.

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

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

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. *Cultural competence compendium*. Chicago: The Association, 2003. Disponível em: <http://www.ama-assn.org/ama/upload/mm/40/05.pdf> . Acesso em: 16 nov. 2025.

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

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

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Mental health and faith community partnership [Internet]. 2018. Disponível em: <http://www.psychiatry.org/psychiatrists/cultural-competency/faith-community-partnership> . Acesso em: 16 nov. 2025.

ANANDARAJAH, G.; ROSEMAN, J.; LEE, D.; DHANDHANIA, N. A 10-year longitudinal study of effects of a multifaceted residency spiritual care curriculum: clinical ability, professional formation, end of life, and culture. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 52, n. 6, p. 859–872.e1, 2016.

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

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

APA. APA Dictionary of Psychology. Verbete: Religion. Disponível em: <https://dictionary.apa.org/religion>. Acesso em: 16 nov. 2025.

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

ARMBRUSTER, C. A.; CHIBNALL, J. T.; LEGETT, S. Pediatrician beliefs about spirituality and religion in medicine: associations with clinical practice. *Pediatrics*, v. 111, n. 3, p. e227–e235, 2003.

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

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

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

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

- BLUE, A.; MALLIN, R.; THIEDKE, C. Implementation and assessment of a spiritual history-taking curriculum in the first year of medical school. *Teaching and Learning in Medicine*, v. 16, n. 1, p. 64–68, 2004.
- BONELLI, R. M.; KOENIG, H. G. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *Journal of Religion & Health*, v. 52, p. 657-673, 2013.
- BORNEMAN, T.; FERRELL, B.; PUCHALSKI, C. M. Evaluation of the FICA tool for spiritual assessment. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 40, n. 2, p. 163-173, 2010.
- BORRAS, L.; HUGUELET, P. Explanatory models of mental illness and its treatment. In: HUGUELET, P.; KOENIG, H. G. (eds.) *Religion and Spirituality in Psychiatry*. New York: Cambridge University Press, p. 268-282, 2009.
- BRAGHETTA, C. C.; LUCCHETTI, G.; LEÃO, F. C.; VALLADA, C.; VALLADA, H.; CORDEIRO, Q. Aspectos éticos e legais da assistência religiosa em hospitais psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 38, n. 5, p. 189–193, 2011.
- BRASIL. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a residência médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, 06/09/1977, p. 11787. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-80281-5-setembro-1977-429283-normaatualizada-pe.pdf>>. Acesso em: 13 de mai. 2018.
- CALIZAYA-GALLEGOS, C. et al. Religious affiliation and the intention to choose psychiatry as a specialty among physicians in training from 11 Latin American countries. *Transcultural Psychiatry*, n. 8, p. 1-18, 2018.
- CAMPBELL, N.; STUCK, C.; FRINKS, L. Spirituality training in residency: Changing the culture of a program. *Academic Psychiatry*, v. 36, n. 1, p. 56-59, 2012.
- CAMPBELL, W. H.; ROHRBAUGH, R. M. *The Biopsychosocial Formulation Manual: A Guide for Mental Health Professionals*. New York: Taylor & Francis / Routledge, 2006
- CHOW, H. H. E.; CHEW, Q. H.; SIM, K. Spirituality and religion in residents and inter-relationships with clinical practice and residency training: a scoping review. *BMJ Open*, v. 11, n. 5, p. e044321, 2021.
- COMMITTEE ON RELIGION AND PSYCHIATRY GUIDELINES REGARDING POSSIBLE CONFLICT BETWEEN PSYCHIATRISTS. *Religious Commitments and Psychiatric Practice*. *American Journal of Psychiatry*, v. 147, p. 542, 1990.

COMMITTEE ON RELIGION AND PSYCHIATRY. Guidelines regarding possible conflict between psychiatrists' religious commitments and psychiatric practice. *American Journal of Psychiatry*, v. 147, p. 542, 1990.

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

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

CULTURAL COMPETENCE COMPENDIUM. American Medical Association. Chicago: The Association, 2003. Disponível em: <http://www.ama-assn.org/ama/upload/mm/40/05.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2025.

CURCIO, C. S. S.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Investigação dos conceitos de religiosidade e espiritualidade em amostra clínica e não clínica em contexto brasileiro: uma análise qualitativa. *Interação em Psicologia*, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 281-292, 2019.

DA SILVA, A. F. Interfaces das práticas de saúde e religiosas nos hospitais espíritas brasileiros. *Revista Inter-Legere*, [S.l.], v. 1, n. 17, p. 206–209, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/interlegere/article/view/9935> . Acesso em: 23 nov. 2025.

DAHER, J. C.; DAMIANO, R. F.; LUCCHETTI, A. L. G.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; LUCCHETTI, G. Research on experiences related to the possibility of consciousness beyond the brain: a bibliometric analysis of global scientific output. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 205, n. 1, p. 37–47, 2017.

DAVIES, W.; SAVULESCU, J.; ROACHE, R.; LOEBEL, J. P. *Psychiatry Reborn: Biopsychosocial Psychiatry in Modern Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 2020.

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

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

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

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

FORD, D. W.; DOWNEY, L.; ENGELBERG, R.; BACK, A. L.; CURTIS, J. R. Association between physician trainee self-assessments in discussing religion and spirituality and their patients' reports. *Journal of Palliative Medicine*, v. 17, n. 4, p. 453–462, 2014.

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

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

GATTARI, T.; ARFKEN, C.; MORREALE, M. Perspectives of religion and spirituality in psychiatry: a comparison of students, residents, and attending physicians. *Academic Psychiatry*, v. 42, n. 1, p. 176–178, 2018.

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

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

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

HARVARD CATALYST, 2026. Disponível em: <https://connects.catalyst.harvard.edu/Profiles/display/Person/75866>. Acesso em: 23 mar. 2026

HATHAWAY, D. B.; OLIVEIRA E OLIVEIRA, F. H. A.; MIRHOM, M.; MOREIRAALMEIDA, A.; FUNG, W. L. A.; PETTET, J. R. Teaching Spiritual and Religious Competencies to Psychiatry Residents: A Scoping and Systematic Review. *Acad Med*. 2022 Feb 1;97(2):300-310.

HOLLIS HARVARD LIBRARY, 2026. Disponível em: <https://library.harvard.edu/>. Acesso em: 23 mar. 2026

HVIDT, N. C.; CURLIN, F.; BÜSSING, A.; BAUMANN, K.; FRICK, E.; SØNDERGAARD, J.; NIELSEN, J. B.; LAWRENCE, R.; LUCCHETTI, G.; RAMAKRISHNAN, P.; WERMUTH, I.; HEFTI, R.; LEE, E.; KØRUP, A. K. The NERSH Questionnaire and Pool of Data from 12 Countries: Development and Description. *Journal of Religion and Health*, v. 61, n. 3, p. 2605–2630, 2022.

HVIDT, N. C.; KØRUP, A. K.; CURLIN, F. A.; BAUMANN, K.; FRICK, E.; SØNDERGAARD, J.; NIELSEN, J. B.; CHRISTENSEN, R. D.; LAWRENCE, R.; LUCCHETTI, G.; et al. The NERSH International Collaboration on Values, Spirituality and Religion in Medicine: Development of Questionnaire, Description of Data Pool, and Overview of Pool Publications. *Religions*, v. 7, p. 107, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2022: população e domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: [26] [fev.] [2026].

JOSEPHSON, A. M.; PETEET, J. R. *Handbook of Spirituality and Worldview in Clinical Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2004.

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

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

KING DE, BLUE A, MALLIN R, THIEDKE, C. 2004. Implementation and assessment of a spiritual history taking curriculum in the first year of medical school. *Teach Learn Med*. 16:64–68.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

KRUIZINGA, R.; SCHERER-RATH, M.; SCHILDERMAN, H. J. B. A. M.; PUCHALSKI, C. M.; VAN LAARHOVEN, H. W. M. Toward a fully fledged integration of spiritual care and medical care. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 55, n. 3, p. 1035–1040, 2018.

LAKE, J.; HELGASON, C.; SARRIS, J. Integrative mental health (IMH): paradigm, research, and clinical practice. *Explore: The Journal of Science and Healing*, v. 8, n. 1, p. 50-57, 2012.

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

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

LUCCHETTI, G.; AGUIAR, P. R.; BRAGHETTA, C. C.; VALLADA, C. P.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; VALLADA, H. Spiritist psychiatric hospitals in Brazil: integration of conventional psychiatric treatment and spiritual complementary therapy. *Culture, Medicine and Psychiatry*, v. 36, n. 1, p. 124-135, 2012.

LUCCHETTI, G.; ALMEIDA, P. O. A.; MARTIN, E. Z.; CHAZAN, A. C. Establishing a Working Group on "Spirituality and Health" at the Brazilian Association of Medical Education. *Academic Medicine*, v. 100, n. 7, p. 762-763, 2025.

LUCCHETTI, G.; BASSI, R. M.; LUCCHETTI, A. L. G. Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments. *Explore (NY)*, v. 9, n. 3, p. 159–170, 2013.

LUCCHETTI, G.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, A. L. G. [Título não informado no enunciado]. *World Journal of Clinical Cases*, v. 9, n. 26, p. 7620-7631, 2021.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; BASSI, R. M.; LATORRACA, R.; NACIF, S. A. P. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, v. 8, n. 2, p. 154-158, 2010.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; ESPINHA, D. C. M.; de OLIVEIRA, L. R.; LEITE, J. R.; KOENIG, H. G. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. *BMC Medical Education*, v. 12, p. 78, 2012.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; PERES, M. F.; LEÃO, F. C.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G. Validation of the Duke Religion Index: durel (Portuguese version). *Journal of Religion and Health*, v. 51, n. 2, p. 579-586, 2012.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L.; PUCHALSKI, C. M. Spirituality in medical education: global reality? *Journal of Religion and Health*, v. 51, n. 1, p. 3-19, 2012.

LUCCHETTI, G.; OLIVEIRA, L. R.; KOENIG, H. G.; LEITE, J. R.; LUCCHETTI, A. L. G.; SBAME Collaborators. Medical students, spirituality and religiosity—results from the multicenter study SBAME. *BMC Medical Education*, v. 13, p. 162, 2013.

LUCCHETTI, G.; RAMAKRISHNAN, P.; KARIMAH, A.; OLIVEIRA, G. R.; DIAS, A.; RANE, A.; SHUKLA, A.; LAKSHMI, S.; ANSARI, B. K.; RAMASWAMY, R. S.; REDDY, R. A.; TRIBULATO, A.; AGARWAL, A. K.; BHAT, J.; SATYAPRASAD, N.; AHMAD, M.; RAO, P. H.; MURTHY, P.; KUNTAMAN, K.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, A. L. G. Spirituality, Religiosity, and Health: a comparison of physicians' attitudes in Brazil, India, and Indonesia. *International Journal of Behavioral Medicine*, v. 23, n. 1, p. 63–70, 2016.

LUKOFF, D.; LU, F. G. Cultural competence includes religious and spiritual issues in clinical practice. *Psychiatric Annals*, v. 29, p. 469-472, 1999.

LUKOFF, D.; LU, F.; TURNER, R. Toward a more culturally sensitive DSM-IV: psychoreligious and psychospiritual problems. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 180, p. 673-682, 1992.

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

MARR, L.; BILLINGS, J. A.; WEISSMAN, D. E. Spirituality training for palliative care fellows. *J. Palliat. Med.*, v. 10, n. 1, p. 169–177, 2007.

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

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

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

MCNAMARA, P.; NEWSOME, W.; LINKENHOKER, B.; GRAFMAN, J. Neuroscientists must not be afraid to study religion. *Nature*, v. 631, n. 8019, p. 25-27, 2024.

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

MENEGATTI-CHEQUINI, M. C.; MARALDI, E. O.; PERES, M. F. P.; LEÃO, F. C.; VALLADA, H. How psychiatrists think about religious and spiritual beliefs in clinical practice: findings from a university hospital in São Paulo, Brazil. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 41, n. 1, p. 58-65, 2019.

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

MITCHELL, C. M.; EPSTEIN-PETERSON, Z. D.; BANDINI, J.; AMOBI, A.; CAHILL, J.; ENZINGER, A.; NOVEROSKE, S.; PETEET, J.; BALBONI, T.; BALBONI, M. J. Developing a Medical School Curriculum for Psychological, Moral, and Spiritual Wellness: Student and

Faculty Perspectives. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 52, n. 5, p. 727-736, 2016.

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

MOREIRA-ALMEIDA, A. Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia de médiuns espíritas [Tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2004.

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

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

MOREIRA-ALMEIDA, A.; ARAUJO, S. L.; CLONINGER, C. R. The presentation of the mind-brain problem in leading psychiatry journals. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 40, n. 3, p. 335-342, 2018.

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

MOREIRA-ALMEIDA, A.; HOOD, R. W. Jr. Methodological exclusion of the transcendent? Implications for theory and research in religion, spirituality and health. *Journal of Religion and Health*, v. 63, n. 2, p. 1554-1566, 2024.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: a commentary on the WHOQOL SRPB group's "a crosscultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life" (v. 62, n. 6, p.1486-1497, 2006). *Social Science & Medicine*, v. 63, n. 4, p. 843-845, 2006.

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

MOREIRA-ALMEIDA, A.; NETO, F. L.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; PERES, M. F.; ALOE, F.; NETO, F. L.; KOENIG, H. G. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke- Durel. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; LARANJEIRA, R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Revista Psiquiatria Clínica*, v. 37, n. 1, p. 12-15, 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; SHARMA, A.; VAN RENSBURG, B. J.; VERHAGEN, P. J.; COOK, C. C. H. WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World Psychiatry*, v. 15, n.1p. 87-8, 2016.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; SILVA DE ALMEIDA, A. A.; NETO, F. L. History of 'Spiritist madness' in Brazil. *History of Psychiatry*, v. 16, n. 61, p. 5-25, 2005.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; BHUGRA, D. Religion, spirituality, and mental health: Setting the scene. In: Moreira-Almeida, Alexander; Paz Mosqueiro, Bruno and Bhugra, Dinesh. Oxford: Oxford University Press 2021. pag 11-25

MOSQUEIRO, B. P.; COSTA, M. A.; CARIBÉ, A. C.; OLIVEIRA E OLIVEIRA, F. H. A.; PIZUTTI, L.; ZIMPEL, R. R.; BALDAÇARA, L.; DA SILVA, A. G.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Brazilian Psychiatric Association guidelines on the integration of spirituality into mental health clinical practice: Part 1. Spiritual history and differential diagnosis. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 45, n. 6, p. 506-517, nov./dez. 2023. DOI: 10.47626/1516-4446-2023-3056.

MOSQUEIRO, B. P.; OLIVEIRA, F. H. A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade, espiritualidade e transtornos mentais. In: NARDI, A. E. (Org.). *Tratado de Psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, p. 28-42, 2022.

MUSICK, D. W.; CHEEVER, T. R.; QUINLIVAN, S.; NORA, L. M. Spirituality in medicine: a comparison of medical students' attitudes and clinical performance. *Academic Psychiatry*, v. 27, p. 67-73, 2003.

NEELY, D.; MINFORD, E. J. Current status of teaching on spirituality in UK medical schools. *Medical Education*, v. 42, p. 176-182, 2008.

NUMBERS, R. L. Myths and truths in science and religion: a historical perspective. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 36, p. 250–255, 2009.

NUMBERS, R. L. *Terra plana, Galileu na prisão e outros mitos sobre ciência e religião*. Rio de Janeiro: Thomas Nelson Brasil, 2020.

OLIVEIRA, F. Dependência química e espiritualidade: um guia para pais, educadores e profissionais da saúde. Belo Horizonte: Artesã Editora, 2016.

OLIVEIRA, F. H. A. O. O ensino da religiosidade e da espiritualidade na residência médica em Psiquiatria: revisão sistemática de literatura e proposta curricular. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2019.

OLIVEIRA, F. H. A. O.; PINTO, A. R. Psiquiatria e espiritualidade: em busca da formulação bio-psico-socio-espiritual do caso: aplicações práticas. HU Rev [Internet], Juiz de Fora, v. 44, n. 4, p. 447–454, 18 fev. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/28020>. Acesso em: 23 nov. 2025.

OLIVEIRA, F. H. A.; PETEET, J. R.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosity and spirituality in psychiatry residency programs: why, what, and how to teach? *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 43, n. 4, p. 424–429, 2021.

OLIVEIRA, F. H. A.; STROPPIA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Psiquiatria e religiosidade: o que o clínico precisa saber? Coleção PropsiQ – Programa de Atualização em Psiquiatria, ciclo 9, v. 2. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2019.

OLIVEIRA, F. Psiquiatria, física quântica e espiritualidade: uma nova ciência para uma velha mística ou uma velha mistificação para uma nova ciência? Belo Horizonte: Artesã Editora, 2018.

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

PAAL, P.; HELO, Y.; FRICK, E. Spiritual care training provided to healthcare professionals: a systematic review. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, v. 69, n. 1, p. 19–30, 2015.

PARGAMENT, K. I. Spiritually integrated psychotherapy: understanding and addressing the sacred. New York: Guilford Press, 2007.

PARGAMENT, K. I. The psychology of religion and coping: theory, research, practice. New York: Guilford Press, 1997.

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

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

PAULINO, Pedrita Reis Vargas. Religiosidade/Espiritualidade em uma amostra nacional de psicólogos brasileiros: perfil e implicações na prática profissional. 2019. 236 folhas. Tese (Doutorado em [Psicologia]) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2019.

PEARCE, M. J.; PARGAMENT, K. I.; WONG, S.; HINKEL, H.; SALCONE, S.; MORGAN, G.; KEMP, D.; BROCK, B.; KIM, E.; OXHANDLER, H. K.; VIETEN, C.; FOX, J.; POLSON, E. C.; CURRIER, J. M. Enhancing training in spiritual and religious competencies in mental health graduate education: Evaluation of an integrated curricular approach. PLOS ONE, v. 19, n. 9, e0306114, 2024.

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

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

PISCITELLO, G. M.; MARTIN, S. Spirituality, Religion, and Medicine Education for Internal Medicine Residents. American Journal of Hospice and Palliative Medicine, v. 37, n. 4, p. 272–277, 2020.

PRUYSER, P. W. Religion and psychiatry: a polygon of relationships. Journal of the American Medical Association, v. 195, n. 3, p. 197-202, 1966.

PUCHALSKI, C. M.; GUENTHER, M. Restoration and re-creation: spirituality in the lives of healthcare professionals. Current Opinion in Supportive and Palliative Care, v. 6, n. 2, p. 254–258, 2012.

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

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

- QUEIROZ, M. de S. & CANESQUI, A.M. Antropologia da medicina: uma revisão teórica. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 20:152-64, 1986.
- RICHARDS, P. S.; BERGIN, A. E. *A Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy*. 2. ed. Washington, DC: American Psychological Association, 2005.
- ROSMARIN, D. H.; FORESTER, B. P.; BJÖRGVINSSON, T. Spirituality and Religion: Initiating a Discussion with Patients. *Psychiatric Services*, v. 67, n. 3, p. 359, 2016.
- ROTH, B.; GRABOVAC, A. Spirituality and religion in Canadian psychiatric residency training: follow-up survey of Canadian psychiatry residency programs. *Academic Psychiatry*, v. 47, n. 3, p. 263-268, 2023.
- SAGUIL, A.; FITZPATRICK, A. L.; CLARK, G. Are Residents Willing to Discuss Spirituality with Patients? *Journal of Religion and Health*, v. 50, n. 2, p. 279-288, 2011.
- SANSONE, R. A.; KHATAIN, K.; RODENHAUSER, P. The role of religion in psychiatric education: a national survey. *Academic Psychiatry*, v. 14, n. 1, p. 34-38, 1990.
- SCHUMANN, C.; STROPPIA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. The contribution of faith-based health organizations to public health. *International Psychiatry*, v. 8, n. 3, p. 62-64, 1 ago. 2011.
- SCLIAR, M. J. *Da Bíblia à psicanálise: saúde, doença e medicina na cultura judaica*. 1999. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública, Departamento de Ciências, Rio de Janeiro, 1999.
- SHEEHAN, C. "Psychological anthropology and medical anthropology: a brief history of ideas and concepts." *Irish Journal of Psychological Medicine*, v. 39, n. 2 (Themed Issue: Psychiatric Anthropology), p. 115–120, jun. 2022.
- SIEGEL, B.; TENENBAUM, A. J.; JAMANKA, A.; BARNES, L.; HUBBARD, C.; ZUCKERMAN, B. Faculty and resident attitudes about spirituality and religion in the provision of pediatric health care. *Ambulatory Pediatrics*, v. 2, n. 1, p. 5–10, 2002.
- SULMASY, D. P. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, v. 42, suppl. 3, p. 24–33, out. 2002.
- TARG, E. A Curriculum on Spirituality, Faith, and Religion for Psychiatry Residents. *Psychiatric Annals*, v. 29, p. 485-488, 1999.

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

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

VASCONCELOS, A. P. S. L.; LUCCHETTI, A. L. G.; CAVALCANTI, A. P. R.; CONDE, S. R. S. S.; GONÇALVES, L. M.; NASCIMENTO, F. R.; CHAZAN, A. C. S.; TAVARES, R. L. C.; EZEQUIEL, O. S.; LUCCHETTI, G. Religiosity and spirituality of resident physicians and implications for clinical practice: the SBRAMER multicenter study. *Journal of General Internal Medicine*, v. 35, p. 3613–3619, 2020.

VASCONCELOS, Ana Paula Sena Lomba. Avaliação da religiosidade e da espiritualidade dos residentes de medicina e implicações frente a prática clínica e a formação médica. 2021. Tese (Doutorado em [Saúde Brasileira]) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2021..

VIETEN, C.; SCAMMELL, S. *Spiritual and religious competencies in clinical practice: guidelines for psychotherapists and mental health professionals*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 2015.

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

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

WILEY, A.; ALLEN, J. *Medical Anthropology: A Biocultural Approach*. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2012.

WITHERIDGE, A.; FERNS, G.; SCOTT-SMITH, W. Revisiting Miller's pyramid in medical education: the gap between traditional assessment and diagnostic reasoning. *International Journal of Medical Education*, v. 10, p. 191–192, 2019.

WORLD PSYCHIATRY ASSOCIATION. Disponível em . Acesso em: 26 jan. 2025.



WORTHINGTON, E. L.; HOOK, J. N.; DAVIS, D. E.; MCDANIEL, M. A. Religion and spirituality. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, v. 67, n. 2, p. 204-214, 2011. PEARCE, M. *Cognitive behavioral therapy for Christians with depression: a practical tool-based primer*. West Conshohocken, PA: Templeton Press, 2016.

YILMAZ, M.; GÜRLER, H. The efficacy of integrating spirituality into undergraduate nursing curricula. *Nursing Ethics*, v. 21, n. 8, p. 929–945, 2014.

## LISTA DE ANEXOS

### Anexo A – TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido para residentes

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RESIDENTES

	<p style="text-align: center;"><b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA</b></p> <p style="text-align: center;">Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HU-UFJF</p>	
---	---	---

#### UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Pesquisador Responsável: FABRÍCIO HENRIQUE ALVES DE OLIVEIRA E OLIVEIRA

Endereço: AV. EUGÊNIO DO NASCIMENTO S/No BAIRRO DOM BOSCO CEP: 36038-330  
Juiz de Fora – MG

Telefone: (31) 9987-14700

E-mail: [droliveiraeoliveira@gmail.com](mailto:droliveiraeoliveira@gmail.com)

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **Avaliação da efetividade da implementação de um Currículo em Religiosidade e Espiritualidade (R/E) em Programas de Residência Médica em Psiquiatria (PRP): um estudo com instituições brasileiras**. Neste estudo pretendemos avaliar a efetividade a curto e longo prazo de uma proposta curricular padronizada de ensino de R/E para Residentes de psiquiatria no desenvolvimento de conhecimento, atitudes e habilidades em relação a um grupo controle. Além disso, como desfecho secundário, pretende-se avaliar o efeito de uma capacitação docente em relação a essa intervenção curricular junto aos residentes.

O motivo que nos leva a estudar é a lacuna nesta área do conhecimento. Isso porque há uma alta taxa de filiação religiosa no mundo, uma elevada prevalência de transtornos mentais na população mundial, inúmeros estudos demonstrando uma correlação geralmente positiva entre religiosidade e transtornos mentais e os pacientes em geral querem que essa dimensão seja abordada na prática clínica. Porém, isso na maioria das vezes não acontece na prática e os profissionais de saúde alegam, segundo os estudos na área, que a falta de treinamento é uma das principais razões para tal lacuna.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: 1) intervenção curricular em educação com grupo de preceptores, estudo do tipo quase-experimental (pré-pós intervenção) sem grupo controle não randomizado que ocorrerá de Abril do Ano 2 a Julho do Ano 4. Essa capacitação visa preparar o preceptor para implementar uma intervenção

curricular junto a residentes de psiquiatria que ocorrerá em 2 FASES. Na FASE 1, a participação dos preceptores ocorrerá junto com a participação do pesquisador, como docente do curso que será ministrado. Na FASE 2, não haverá a participação do pesquisador no curso que será ministrado ao residente pelo preceptor treinado. O residente de psiquiatria será exposto a uma intervenção curricular de 7 semanas, com sete aulas semanais e com duas horas de duração cada aula, aproximadamente. As aulas para a capacitação dos preceptores poderá ser dada pelo pesquisador ou pelos seus orientadores de Doutorado. As aulas da intervenção curricular para residentes, por sua vez, serão dadas pelo pesquisador, por meio de teleconferência e facilitadas por um preceptor previamente treinado do programa de residência onde o residente em questão está situado na FASE 1, ou, exclusivamente, na Fase 2, pelo preceptor treinado. Além disso, haverá num outro momento em que o pesquisador fará duas entrevistas com cada residente voluntário(a), por meio de teleconferência ou presencial, com duração aproximada de 30 (trinta) minutos cada, em horário a ser agendado de acordo com a disponibilidade do(a) residente (pré e pós intervenção).

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem nos riscos inerentes às práticas rotineiras de um preceptor e de um residente de psiquiatria em ambiente de treinamento. Além de tais riscos, há aqueles característicos do ambiente virtual, meios eletrônicos, ou atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas. Adicionalmente, informamos as limitações dos presentes pesquisadores, como não especialistas na área tecnológica, para assegurar total confidencialidade e declarar que há um potencial risco de violação de dados em caso de alguma invasão por terceiros ou falhas nos sistemas utilizados. Nesse quesito, reforça-se a importância do (a) participante guardar em seus arquivos uma cópia dos documentos eletrônicos preenchidos, sempre que possível. Não há obrigatoriedade do participante responder a qualquer pergunta, podendo se omitir sem justificativa em relação a quaisquer itens dos questionários, após o consentimento de participação garantido pelo preenchimento do TCLE. Nesse caso, deve ficar claro que o consentimento será previamente apresentado e, caso, concorde em participar, será considerado anuência quando responder ao questionário/formulário ou entrevista da pesquisa. Não haverá nenhum ônus para utilização das plataformas virtuais aos participantes da pesquisa durante as intervenções propostas, sendo todos os custos diretos ou indiretos da utilização das mesmas a serem assumidos pelos pesquisadores.

A pesquisa contribuirá para a formação dos residentes que aceitarem participar voluntariamente da pesquisa, pois estes receberão o benefício de uma capacitação com duração ao todo de 14 (catorze) horas com direito a certificado. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr.

(a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma via será

arquivada pelo pesquisador responsável, em no Instituto Quanta (Sede em Conselheiro Lafaiete-MG) e a outra será fornecida ao Sr.(a).

Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será considerado assinado, em sua versão *online*, à medida que o participante marcar “sim” em relação ao quesito aceite de participação na pesquisa e, em seguida, será encaminhado à pagina de preenchimento de questionários. Por outro lado, em caso de marcar “não” em relação ao aceite de sua participação na pesquisa, o preenchimento do formulário será encerrado e o participante não será direcionado à pagina com os questionários para preenchimento.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo **Avaliação da efetividade da implementação de um Currículo em Religiosidade e Espiritualidade (R/E) em Programas de Residência Médica em Psiquiatria (PRP): um estudo com instituições brasileiras**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Nome e assinatura do(a) participante

Data

Nome e assinatura do(a) pesquisador

Data

Nome e assinatura da testemunha

Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o: CEP HU- UFJF – Comitê de Ética em Pesquisa HU-UFJF. Rua Catulo Breviglieri, s/nº - Bairro Santa Catarina CEP.: 36036-110 - Juiz de Fora – MG

Telefone: (32) 4009-5217

e-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

### Anexo B – Lista dos 21 programas de residência convidados

	Recusou o convite	Não concluiu o estudo	Concluiu o estudo
1. Clínica Heildeberg – PR			X
2. FHEMIG-Barbacena – MG			X
3. Hospital de Base / Unb-DF			X
4. Instituto Bairral – SP			X
5. Instituto Pinel – RJ			X
6. Marinha do Brasil – RJ	X		
7. Santa Casa – SP			X
8. Secretaria do Estado de Saúde de Goiás – GO			X
9. Universidade de São Paulo – SP			X
10. Universidade Federal da Bahia – BA			X
11. Universidade Federal de Alagoas – AL			X
12. Universidade de Campinas – UNICAMP – SP	X		
13. Universidade Federal de Juiz de Fora – MG			X
14. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul - MS			X
15. Universidade Federal de Minas Gerais -MG			X

16.	Universidade Federal do Pará – PA			X
17.	Universidade Federal de Pernambuco -PE		X	
18.	Universidade Federal do Rio Grande do Sul – RS	X		
19.	Universidade Federal de São Paulo – Unifesp – SP	X		
20.	Universidade Federal de Uberlândia – UFU	X		
21.	Vila Verde – MG			X

**Anexo C – Questionário de perfil sociodemográfico dos residentes****PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO PARA RESIDENTES**

**1. Idade:** ..... anos

**2. Sexo:**

(     ) <sup>[1]</sup>Feminino                      (     ) <sup>[2]</sup>Masculino

**3. Estado civil:**

(     ) <sup>[1]</sup>Casado(a)                      (     ) <sup>[2]</sup>Vivendo com um(a) companheiro(a)

(     ) <sup>[3]</sup>Divorciado(a)                      (     ) <sup>[4]</sup>Solteiro(a)                      (     ) <sup>[5]</sup>Viúvo(a)

1- Das alternativas, aquela que melhor descreve sua afiliação religiosa é?

(     ) 1. Nenhuma, mas acredito em Deus

(     ) 2. Nenhuma e não acredito em Deus                      (     ) 3. Católico Apostólico Romano

(     ) 4. Evangélico/Protestante                      (     ) 5. Muçulmano

(     ) 6. Budista                      (     ) 7. Espírita

(     ) 8. Hindu                      (     ) 9. Umbandista

(     ) 10. Judeu                      (     ) 11. Espiritualista

(     ) 12. Outros (favor especificar): \_\_\_\_

**4. Raça**

(     ) <sup>[1]</sup>Branco (a)                      (     ) <sup>[2]</sup>Negro                      (     ) <sup>[3]</sup>Pardo(a)                      (     ) <sup>[4]</sup>Amarelo (a)

(     ) <sup>[5]</sup>Indígena

**5. Ano de formado em Medicina .....** (Inserir ano de formatura)

**6. Renda familiar:**

a) até 5000, b) 5 a 10mil, c) 10 a 15 mil, d) 15 a 20mil e) Mais de 20 mil

## Anexo D – DUREL – Índice de Religiosidade da Universidade Duke (pré-teste)

### DUREL - Índice de Religiosidade da Universidade Duke

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

*A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.*

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(MOREIRA-ALMEIDA, Alexander et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. *Rev. psiquiatr. clín.* [online]. 2008, vol.35, n.1 [citado 2020-06-13], pp.31-32. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832008000100006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000100006&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1806- 938X. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000100006>.

## Anexo E – Questionário Competências R/E para Residentes (pré-teste)

### QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIAS RELIGIOSAS-ESPIRITUAIS (PRÉ-TESTE)

1) De maneira geral, quanta influência você acha que a religião/espiritualidade possui na saúde do paciente?

Extrema <sup>[1]</sup>  Muita <sup>[2]</sup>  Alguma <sup>[3]</sup>  Pouca <sup>[4]</sup>  Muito pouca ou nenhuma <sup>[5]</sup>

2) De maneira geral, é apropriado para o médico abordar assuntos religiosos/espirituais quando um paciente/familiar do paciente os traz à tona?

É sempre apropriado <sup>[1]</sup>  É costumeiramente apropriado <sup>[2]</sup>

É costumeiramente *inapropriado* <sup>[3]</sup>  É sempre *inapropriado* <sup>[4]</sup>

3) De uma forma geral, é apropriado para o médico perguntar sobre a religião/espiritualidade do paciente/familiar do paciente?

É sempre apropriado <sup>[1]</sup>  É costumeiramente apropriado <sup>[2]</sup>

É costumeiramente *inapropriado* <sup>[3]</sup>  Sempre *inapropriado* <sup>[4]</sup>

4) Em que medida você concorda ou discorda da seguinte afirmação?

**Eu me sentiria à vontade debatendo as preocupações religiosas/espirituais do paciente/familiar se ele as trouxesse à tona.**

Concordo totalmente <sup>[1]</sup>  Concordo <sup>[2]</sup>  Discordo <sup>[3]</sup>  Discordo totalmente <sup>[4]</sup>

5) Você já perguntou sobre assuntos religiosos/espirituais dos pacientes/parentes?

Não <sup>[2]</sup>  Sim <sup>[1]</sup>

**5.1 Se SIM, com que frequência você pergunta?**

Raramente <sup>[1]</sup>  Algumas vezes <sup>[2]</sup>  Frequentemente <sup>[3]</sup>  Sempre <sup>[4]</sup>

**5.2 Se SIM, com que frequência os pacientes/parentes se sentem desconfortáveis quando você pergunta?**

Nunca <sup>[1]</sup>  Raramente <sup>[2]</sup>  Algumas vezes <sup>[3]</sup>

Frequentemente <sup>[4]</sup>  Sempre <sup>[5]</sup>

6) Quando assuntos religiosos/espirituais surgem em conversas com pacientes/parentes, com que frequência você responde das seguintes maneiras?

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
a) Escuto de forma cuidadosa e empaticamente.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
b) Tento mudar de assunto, com jeito.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
c) Encorajo os pacientes/parentes nas suas próprias práticas e crenças religiosas/espirituais.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
d) Respeitosamente compartilho minhas próprias ideias e experiências religiosas.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
e) Rezo com o paciente/familiar.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]

7) Alguma coisa lhe desencoraja a debater religião/espiritualidade com os pacientes/parentes dos pacientes?

Não [2]       Sim [1]

7.1) Se SIM, qual das seguintes razões lhe desencoraja?

(Marque todas as que se aplicarem)

Desconforto geral quanto a debater assuntos religiosos [1]

Conhecimento/treinamento insuficiente [2]

Tempo insuficiente [3]


Receio de ofender os pacientes/parentes [4]

Receio de que meus colegas não aprovelem [5]

Neutralidade profissional [6]

Não é minha função [7]

Recuso-me a falar desses assuntos no meu trabalho [8]

Outro (especifique): [9]  .....

8) O residente de psiquiatria deve ser preparado, durante a residência médica de psiquiatria, para abordar a espiritualidade com os pacientes?

( ) 1 Nem um pouco ( ) 2 Um pouco ( ) 3 Mais ou menos

( ) 4 Bastante ( ) 5 Muitíssimo ( ) 6 Não tenho opinião formada

9) Você acredita que temas relacionados à “Saúde Mental e Espiritualidade” deveriam fazer parte dos currículos das residências de psiquiatria?

( ) 1 Sim ( ) 2 Não

10) Como deveriam ser abordados os conteúdos relacionados à “Saúde Mental e Espiritualidade” em seu curso?

( ) 1 Disciplina obrigatória específica ( ) 4 Através de cursos, eventos e estágios

( ) 2 Disciplina optativa específica ( ) 5 Não se aplica

( ) 3 Dentro das atuais disciplinas (exemplo: psicopatologia, psicoterapia)

11) Sou suficientemente competente para considerar os aspectos conceituais, epidemiológicos e históricos na abordagem da dimensão religiosa e espiritual dos meus pacientes.

Discordo				Neutro				Concordo
fortemente								fortemente
1	2	3	4	5	6	7		

12) Sou suficientemente competente para colher uma história religiosa-espiritual do meu paciente.

Discordo				Neutro				Concordo
fortemente								fortemente
1	2	3	4	5	6	7		

13) Sou suficientemente competente para considerar as questões éticas envolvidas na abordagem da dimensão religiosa e espiritual de forma adequada.

Discordo				Neutro				Concordo
fortemente								fortemente
1	2	3	4	5	6	7		

14) Sou suficientemente competente para realizar diagnóstico e diagnóstico diferencial adequado em religiosidade/espiritualidade na área de psiquiatria.

Discordo				Neutro				Concordo
fortemente								fortemente
1	2	3	4	5	6	7		

15) Sou suficientemente competente para realizar uma formulação bio-psi-socio-espiritual adequada de um caso clínico.

Discordo fortemente			Neuro			Concordo fortemente
1	2	3	4	5	6	7

16) Sou suficientemente competente para realizar um plano de tratamento e considerar as possibilidades de intervenção religiosas e espirituais para um determinado caso clínico.

Discordo fortemente			Neuro			Concordo fortemente
1	2	3	4	5	6	7

## Anexo F – Questionário Competências R/E para Residentes (pós-teste)

### QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIAS RELIGIOSAS-ESPIRITUAIS (PÓS-TESTE)

1) De maneira geral, quanta influência você acha que a religião/espiritualidade possui na saúde do paciente?

Extrema <sup>[1]</sup>  Muita <sup>[2]</sup>  Alguma <sup>[3]</sup>  Pouca <sup>[4]</sup>  Muito pouca ou nenhuma <sup>[5]</sup>

2) De maneira geral, é apropriado para o médico abordar assuntos religiosos/espirituais quando um paciente/familiar do paciente os traz à tona?

É sempre apropriado <sup>[1]</sup>  É costumeiramente apropriado <sup>[2]</sup>

É costumeiramente *inapropriado* <sup>[3]</sup>  É sempre *inapropriado* <sup>[4]</sup>

3) De uma forma geral, é apropriado para o médico perguntar sobre a religião/espiritualidade do paciente/familiar do paciente?

É sempre apropriado <sup>[1]</sup>  É costumeiramente apropriado <sup>[2]</sup>

É costumeiramente *inapropriado* <sup>[3]</sup>  Sempre *inapropriado* <sup>[4]</sup>

4) Em que medida você concorda ou discorda da seguinte afirmação?

**Eu me sentiria à vontade debatendo as preocupações religiosas/espirituais do paciente/familiar se ele as trouxesse à tona.**

Concordo totalmente <sup>[1]</sup>  Concordo <sup>[2]</sup>  Discordo <sup>[3]</sup>  Discordo totalmente <sup>[4]</sup>

5) Você já perguntou sobre assuntos religiosos/espirituais dos pacientes/parentes?

Não <sup>[2]</sup>  Sim <sup>[1]</sup>

**5.1 Se SIM, com que frequência você pergunta?**

Raramente <sup>[1]</sup>  Algumas vezes <sup>[2]</sup>  Frequentemente <sup>[3]</sup>  Sempre <sup>[4]</sup>

**5.2 Se SIM, com que frequência os pacientes/parentes se sentem desconfortáveis quando você pergunta?**

Nunca <sup>[1]</sup>  Raramente <sup>[2]</sup>  Algumas vezes <sup>[3]</sup>

Frequentemente <sup>[4]</sup>  Sempre <sup>[5]</sup>

6) Quando assuntos religiosos/espirituais surgem em conversas com pacientes/parentes, com que frequência você responde das seguintes maneiras?

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
a) Escuto de forma cuidadosa e empaticamente.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
b) Tento mudar de assunto, com jeito.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
c) Encorajo os pacientes/parentes nas suas próprias práticas e crenças religiosas/espirituais.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
d) Respeitosamente compartilho minhas próprias ideias e experiências religiosas.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]
e) Rezo com o paciente/familiar.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]	<input type="checkbox"/> [5]

7) Alguma coisa lhe desencoraja a debater religião/espiritualidade com os pacientes/parentes dos pacientes?

Não [2]       Sim [1]

7.1) Se SIM, qual das seguintes razões lhe desencoraja?

(Marque todas as que se aplicarem)

Desconforto geral quanto a debater assuntos religiosos [1]

Conhecimento/treinamento insuficiente [2]

Tempo insuficiente [3]


Receio de ofender os pacientes/parentes [4]

Receio de que meus colegas não aprovem [5]

Neutralidade profissional [6]

Não é minha função [7]

Recuso-me a falar desses assuntos no meu trabalho [8]

Outro (especifique): [9]  .....

8) O residente de psiquiatria deve ser preparado, durante a residência médica de psiquiatria, para abordar a espiritualidade com os pacientes?

( ) 1 Nem um pouco ( ) 2 Um pouco ( ) 3 Mais ou menos

( ) 4 Bastante ( ) 5 Muitíssimo ( ) 6 Não tenho opinião formada

9) Você acredita que temas relacionados à “Saúde Mental e Espiritualidade” deveriam fazer parte dos currículos das residências de psiquiatria?

( ) 1 Sim ( ) 2 Não

10) Como deveriam ser abordados os conteúdos relacionados à “Saúde Mental e Espiritualidade” em seu curso?

( ) 1 Disciplina obrigatória específica ( ) 4 Através de cursos, eventos e estágios

( ) 2 Disciplina optativa específica ( ) 5 Não se aplica

( ) 3 Dentro das atuais disciplinas (exemplo: psicopatologia, psicoterapia)

11) Sou suficientemente competente para considerar os aspectos conceituais, epidemiológicos e históricos na abordagem da dimensão religiosa e espiritual dos meus pacientes.

Discordo				Neutro				Concordo
fortemente								Fortemente
1	2	3	4	5	6	7		

12) Sou suficientemente competente para colher uma história religiosa-espiritual do meu paciente.

Discordo				Neutro				Concordo
fortemente								Fortemente
1	2	3	4	5	6	7		

13) Sou suficientemente competente para considerar as questões éticas envolvidas na abordagem da dimensão religiosa e espiritual de forma adequada.

Discordo				Neutro				Concordo
fortemente								Fortemente
1	2	3	4	5	6	7		

14) Sou suficientemente competente para realizar diagnóstico e diagnóstico diferencial adequado em religiosidade/espiritualidade na área de psiquiatria.

Discordo				Neutro				Concordo
fortemente								Fortemente
1	2	3	4	5	6	7		

15) Sou suficientemente competente para realizar uma formulação bio-psi-socio-espiritual adequada de um caso clínico.

Discordo			Neutro			Concordo
fortemente						Fortemente
1	2	3	4	5	6	7

16) Sou suficientemente competente para realizar um plano de tratamento e considerar as possibilidades de intervenção religiosas e espirituais para um determinado caso clínico.

Discordo			Neutro			Concordo
fortemente						Fortemente
1	2	3	4	5	6	7

## Anexo G – Course Impact Questionnaire para residentes (pré-teste)

### COURSE IMPACT QUESITONNAIRE PARA RESIDENTES

“Interface entre Espiritualidade, Religião e Psiquiatria” -Questionário de Impacto do Curso

#### Pré-Curso

1. Eu me considero uma pessoa religiosa.

Discordo				Neutro				Concordo
fortemente								Fortemente
1	2	3	4	5	6	7		

2. Eu me considero uma pessoa espiritualizada.

Discordo				Neutro				Concordo
fortemente								Fortemente
1	2	3	4	5	6	7		

3. Eu considero que as práticas religiosas e espirituais fazem parte do meu estilo de vida.

Discordo				Neutro				Concordo
fortemente								Fortemente
1	2	3	4	5	6	7		

4. Ao longo da última semana, eu me engajei em uma prática religiosa ou espiritual... (marque apenas uma)

- 10 ou mais vezes.
- 7-9 vezes.
- 4-6 vezes
- 1-3 vezes.

□ 0 vezes.

5. Eu defino religião como:

.  
.  
.  
.  
.

6. Eu defino espiritualidade como:

.  
.  
.  
.  
.

7. Minhas expectativas em relação a esse curso são:

.  
.  
.  
.  
.

8. Eu sinto que minha própria experiência de espiritualidade / religiosidade afeta minhas avaliações clínicas e gerenciamento de situações clínicas das seguintes maneiras:

.  
.  
.  
.  
.

9. Há uma necessidade de treinamento em como abordar aspectos religiosos e espirituais na prática psiquiátrica.

Discordo			Neutro			Concordo
fortemente						Fortemente
1	2	3	4	5	6	7





1            2                    3            4                    5            6            7

21. Eu sei quando usar o diagnóstico do DSM IV sobre problema religioso ou espiritual.

Discordo				Neutro				Concordo
fortemente								Fortemente
1	2	3	4	5	6	7		

22. Não tenho certeza de como lidar com as questões espirituais levantadas pelos pacientes.

Discordo				Neutro				Concordo
fortemente								Fortemente
1	2	3	4	5	6	7		

23. Eu experimento fortes reações contratransferências quando surgem questões religiosas / espirituais em situações clínicas.

Discordo				Neutro				Concordo
fortemente								Fortemente
1	2	3	4	5	6	7		

24. Nas últimas seis semanas, a porcentagem de pacientes em minha prática psiquiátrica onde foi pertinente colher uma história espiritual parcial ou completa é:

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

Comentários sobre as questões 19 a 24:

.  
.  
.  
.  
.  
.  
.  
.  
.  
.

## Anexo H – Course Impact Questionnaire para residentes (pós-teste)

### COURSE IMPACT QUESITONNAIRE PARA RESIDENTES

“Interface entre Espiritualidade, Religião e Psiquiatria” -Questionário de Impacto do Curso

#### Pós-Curso

1. Eu me considero uma pessoa religiosa.

Discordo				Neutro				Concordo
fortemente								Fortemente
1	2	3	4	5	6	7		

2. Eu me considero uma pessoa espiritualizada.

Discordo				Neutro				Concordo
fortemente								Fortemente
1	2	3	4	5	6	7		

3. Eu considero que as práticas religiosas e/ou espirituais fazem parte do meu estilo de vida:

Discordo				Neutro				Concordo
fortemente								Fortemente
1	2	3	4	5	6	7		

4. Durante a última semana, eu me engajei em práticas religiosas ou espirituais. (marque apenas uma)

- 10 ou mais vezes.
- 7-9 vezes.
- 4-6 vezes
- 1-3 vezes.

0 vezes.

5. Refletindo sobre minhas expectativas / esperanças para este curso, sinto que:

.  
.  
.  
.  
.

6. Eu sinto que minha própria experiência de espiritualidade / religião afeta minhas avaliações clínicas e gerenciamento de situações clínicas das seguintes maneiras:

.  
.  
.  
.  
.

7. Há uma necessidade de treinamento sobre como lidar com questões religiosas e espirituais na prática psiquiátrica.

Discordo				Neutro				Concordo
Fortemente								Fortemente
1	2	3	4	5	6	7		

8. Situações clínicas surgem na psiquiatria onde é importante considerar questões relacionadas à religião ou espiritualidade.

Discordo				Neutro				Concordo
fortemente								Fortemente
1	2	3	4	5	6	7		

9. Frequentemente, não colho uma história espiritual ou discuto questões espirituais com os pacientes devido à falta de tempo.

Discordo				Neutro				Concordo
fortemente								Fortemente
1	2	3	4	5	6	7		

10. Frequentemente, não colho uma história espiritual ou discuto questões espirituais



1            2                    3            4                    5            6            7

16. A maioria dos pacientes psiquiátricos deseja que os psiquiatras tratem de questões espirituais.

Discordo				Neutro				Concordo
fortemente								Fortemente
1	2	3	4	5	6	7		

17. Sou capaz de avaliar quando é relevante fazer uma história espiritual ou discutir questões espirituais.

Discordo				Neutro				Concordo
fortemente								Fortemente
1	2	3	4	5	6	7		

18. Tenho experiência e / ou treinamento suficiente para colher adequadamente uma história espiritual.

Discordo				Neutro				Concordo
fortemente								Fortemente
1	2	3	4	5	6	7		

Comentários sobre as questões 9 a 18.

19. Eu entendo quando usar o diagnóstico DSM IV sobre problema religioso ou espiritual.

Discordo				Neutro				Concordo
fortemente								Fortemente
1	2	3	4	5	6	7		

20. Não tenho certeza de como lidar com as questões espirituais levantadas pelos pacientes.

Discordo				Neutro				Concordo
fortemente								Fortemente
1	2	3	4	5	6	7		

21. Tenho fortes reações contratransferências quando surgem questões religiosas / espirituais em situações clínicas.

Discordo				Neutro				Concordo
fortemente								Fortemente
1	2	3	4	5	6	7		

22. Nas últimas seis semanas, a porcentagem de pacientes em minha prática psiquiátrica em que foi pertinente obter uma história espiritual parcial ou completa é:

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

23. a) Você acha que este curso foi útil para você?

·  
·

a) Se sim, como? Se não, por que não?

24. a) Este curso teve alguma influência na sua prática psiquiátrica?

·  
·

b) Se sim, como? Se não, por que não?

## Anexo I – Questionário de avaliação de conhecimentos (pré-teste)

### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

#### Questão 1

Segundo os dados mais recentes, a prevalência estimada de afiliação religiosa na população mundial é de:

- a. 52%
- b. 65%
- c. 72%
- d. 84%
- e. 95%

#### Questão 2

Sobre as relações históricas e conceituais entre saúde, ciência e espiritualidade:

- a. Na história mundial, mais de mil cientistas foram mortos por religiosos, devido às suas visões científicas;
- b. Por ser algo da fé, a espiritualidade e a religiosidade não são passíveis de serem investigadas cientificamente;
- b. É possível investigar, mas existem poucos estudos publicados ainda nessa temática;
- d. É possível investigar e existem milhares de estudos publicados;
- e. Para fazer ciência nessa área, é preciso considerar que as crenças religiosas são, na verdade, superstições.

#### Questão 3

Segundo as diretrizes do *Position Statement* da Associação Mundial de Psiquiatria, quais afirmativas abaixo estão corretas:

- I – Uma consideração sensível das crenças e práticas religiosas dos pacientes, bem como sua espiritualidade deve rotineiramente ser considerado e às vezes será um componente essencial da história psiquiátrica.
- II – Os psiquiatras, dependendo das suas crenças pessoais, devem estar dispostos a trabalhar com líderes / membros de comunidades de fé, capelães e pastores e outros na comunidade, em apoio ao bem-estar dos seus pacientes e devem encorajar os seus colegas multidisciplinares a fazer o mesmo.
- III – Os psiquiatras devem estar bem informados sobre o potencial tanto para o benefício como para o mal das visões de mundo religiosas, espirituais e seculares e para

estarem dispostos a compartilhar esta informação de forma crítica, mas imparcial, com a comunidade em geral para apoiar a promoção da saúde e do bem- ser.

**IV** – A compreensão da religião e da espiritualidade e sua relação com o diagnóstico, a etiologia e o tratamento dos distúrbios psiquiátricos apesar de importantes, não são componentes essenciais da formação psiquiátrica e do desenvolvimento profissional contínuo.

**V** – A abordagem da religião e da espiritualidade deve ser centrada na pessoa. Psiquiatras não devem usar sua posição profissional para proselitismo espiritual ou secular. Os psiquiatras devem respeitar e ser sensíveis às crenças e práticas espirituais / religiosas de seus pacientes e das famílias e cuidadores de seus pacientes.

**VI** – Existem tantas pesquisas sobre religião e espiritualidade em psiquiatria, que novos estudos sobre as aplicações clínicas não são mais tão necessários. Estes estudos já abrangeram suficientemente uma grande diversidade de origens culturais e geográficas dessas questões.

**VII** - Os psiquiatras devem demonstrar consciência, respeito e sensibilidade à parte importante que a espiritualidade e a religião desempenham para muitos funcionários e voluntários na formação de uma vocação para trabalhar no campo da saúde mental.

a. Todas estão corretas.

b. I - II – III - VII.

c. II – IV – V - VI

d. II – III – V - VII

e. I – II – – VI – VII

#### Questão 4

Sobre a relação entre saúde mental e religiosidade/espiritualidade, maiores níveis de envolvimento religiosos estão, na maior parte das vezes, associados a:

a. maiores taxas de depressão e ansiedade e menores taxas de uso de drogas.

b. maiores níveis de pessimismo e baixa mortalidade.

c. maiores níveis de qualidade de vida e mais baixos índices de depressão e suicídio

d. maiores níveis de ansiedade e suicídio e mais baixos índices de uso de drogas e sintomas psicóticos patológicos.

e. maiores taxas de consumo de álcool e de abuso de drogas e menores índices de sintomas psicóticos patológicos e suicídio.

#### Questão 5

Na coleta da anamnese espiritual, de acordo com o acrônimo FICA, tais aspectos devem ser considerados:

a. Fé, Importância, Comunidade, Adoração.

- b. Força, Influência, Carisma, Adoração.
- c. Fanatismo, Influência, Castração, Ação no Tratamento.
- d. Força, Intolerância, Carisma, Adoração.
- e. Fé, Importância, Comunidade, Ação no tratamento.

#### Questão 6

Considere as afirmativas sobre indicadores de possível experiência não patológica entre as diretrizes para a avaliação do significado clínico de experiências espirituais, psicóticas e dissociativas.

- I — Controle sobre a experiência.
- II — Promoção de crescimento espiritual ao longo do tempo.
- III — Presença de co-morbidades psiquiátricas.
- IV — Compatibilidade com alguma tradição religiosa.

Quais estão corretas?

- a. Nenhuma delas está correta.
- b. Apenas a I e a II
- c. Apenas a I, a II e a IV
- d. Apenas a III e a IV
- e. I, a II, a III e a IV.

#### Questão 7

Analise as afirmativas a seguir a respeito das intervenções religiosas e espirituais propostas pelos psiquiatras e assinale V (verdadeiro) ou F (falso).

- ( ) As intervenções espirituais e religiosas devem ser feitas baseadas na História Espiritual do paciente.
- ( ) Evidências apontam um uso consideravelmente maior de estratégias de *Coping Religioso Espiritual* negativo do que positivo.
- ( ) É importante que o psiquiatra incentive o paciente a retomar estratégias positivas de *coping*, seja ele religioso/espiritual ou não, que não estejam sendo utilizadas nesse momento da vida do paciente, mas que trouxeram benefício em outros tempos.
- ( ) Quando o psiquiatra optar, por exemplo, pela utilização de um fármaco para o tratamento de um paciente, ele não deve incentivar outras abordagens, ainda que contemplem outras dimensões do paciente, pois precisa se certificar que o fármaco funciona.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta:

- a. V — V — F — F
- b. V — F — V — F
- c. F — V — F — V
- d. F — F — F — F
- e. F — F — V — V

Para responder às questões 8 a 10, leia e considere as questões trazidas pelos casos 1 e 2 a seguir:

**CASO 1:**

Homem, 42 anos de idade, casado, comerciante, um filho com 11 anos de idade. Relata que há 6 meses teve um diagnóstico de câncer de intestino e foi submetido à cirurgia. Fica constrangido com o uso da bolsa de colostomia, evita lugares públicos, mas, principalmente, tem medo do futuro. Seus pensamentos mais frequentes se dirigem, com apreensão e medo, para o futuro de seu filho. Seu filho conseguirá crescer sem ele? Como ficará sua educação e seu futuro? Sua apreensão e tristeza têm aumentado. Há dois meses percebeu desânimo, insônia na segunda metade da noite, desinteresse por suas atividades profissionais, perda significativa de apetite e peso. Junto com as preocupações com o filho, tem estado revoltado com Deus, que lhe “aplicou esse golpe” e, ao mesmo tempo, atribui o castigo a seus erros, a uma vida voltada somente para o acúmulo de bens. Em sua História Espiritual, relatou que foi educado em um lar religioso, seus pais eram frequentes nas atividades da comunidade religiosa e nas orações em casa e faziam questão da presença dos quatro filhos. Além da missa dominical, fazia parte da conferência (visita e apoio material aos muito pobres) e da Pastoral da Criança. Manteve ativa sua vida religiosa até mudar de cidade, aos 23 anos de idade. De início, esforçava-se para ir à missa dominical, depois, foi ficando mais difícil, em razão das várias atividades e do desconhecimento da comunidade religiosa em uma cidade bem maior que a sua. Suas crenças se tornaram mais pálidas, perderam a relevância do passado, pareciam estar guardadas em algum baú velho, não influenciavam sua vida, nem eram lembradas, até a doença surgir. Após ouvir sua história, além de realizar a psicoeducação sobre depressão e de iniciar com o AD, o psiquiatra abordou possíveis recursos psico-sócio-espirituais do paciente. O paciente referiu o quanto suas crenças e práticas religiosas já lhe foram úteis no passado e refletiu que poderiam ser uma importante fonte de apoio no momento atual. Assim, resolveu retomar algumas práticas, como leituras religiosas e oração, em busca de sabedoria e serenidade, bem como voltar a participar da vida religiosa de sua comunidade. Foi marcado um retorno para reavaliação clínica e abordagem acerca de suas estratégias de *coping* religioso negativo (Deus punitivo, castigo de Deus) para ressignificá-las de modo mais positivo, de acordo com suas próprias crenças e valores religiosos (por exemplo, Deus misericordioso, que acolhe os fracos, pecadores e sofredores).

**CASO 2:**

Mulher, 45 anos de idade, contadora, casada, dois filhos. Diz estar em conflito espiritual interno muito grande, pois não sabe se tem realmente transtorno bipolar (TB) ou se é médium. A paciente fala de vivências estranhas que possui e que “não quer desenvolver a mediunidade”, mas que, ao mesmo tempo, não sabe onde procurar ajuda. Já passou por três diferentes psiquiatras e procura novo psiquiatra para que ele talvez a ajude a ficar sem os remédios. Durante a consulta, descreve três episódios diferentes em que teria tido experiências “espirituais”. A primeira delas, um “sonho premonitório” sobre a morte do pai em um acidente de carro. Diz ter descrito a cena para a irmã antes de o episódio acontecer, e que não

conseguiu se aproximar do pai por 15 dias antes de sua morte. Hoje, sente-se culpada, por não ter tentado evitar o ocorrido, na medida em que o pai realmente morreu como no sonho. Em um segundo episódio, descreve um outro “sonho premonitório”, no qual recebeu a notícia que seu irmão seria demitido e que iria trabalhar com alguma função associada a computadores. Teria sido orientada no sonho a dizer ao irmão para não ir trabalhar no dia seguinte, mas sem saber explicar o porquê. Comenta ficar muito constrangida nessas situações, pois tem medo de ser considerada “doida ou maluca”. De toda forma, diz ter ligado para o irmão na madrugada, ao acordar, e que ele teria aceitado sua sugestão por ser muito medroso e, segundo, por ter já recebido um convite para trabalhar em uma empresa de computadores, fato que ela alegou não saber. Diz que o irmão foi demitido alguns dias depois dessa conversa. Por fim, o terceiro episódio, no qual relata que escreveu uma “psicografia” de sua avó, de quem era muito querida, direcionada a seu atual esposo, e comentou: “eu nunca teria escrito uma carta assim tão bonita para meu esposo”. Essas três experiências ocorreram em períodos sem alterações significativas de humor. Com relação à doença, a paciente diz fazer acompanhamento psiquiátrico há 15 anos. Diz ter começado com um “surto psicótico”, durante o qual gastou excessivamente. Comenta que, quando interrompe seus medicamentos, apresenta variações de humor, oscilando da tristeza e vontade de morrer à exaltação e desinibição. Seus sintomas se agravaram após o nascimento de seus dois filhos, hoje com 4 e 11 anos de idade. Atualmente, está em uso de carbonato de lítio 900mg/dia e sentindo-se relativamente bem, embora não esteja dormindo direito. Não está em psicoterapia e gostaria de ficar sem nenhum remédio ou, no máximo, ser tratada só com homeopatia. Gosta de medicina natural e se sente muito bem andando de bicicleta, viajando para a praia e praticando ioga, mas, ultimamente, não tem feito essas coisas.

### **Questão 8**

**Observe as afirmativas que apresentam possíveis conflitos religiosos–espirituais explícitos envolvidos nas histórias dos pacientes dos casos clínicos apresentados.**

- I — Dúvidas sobre a autenticidade de suas vivências anômalas.**
- II — Sentimentos de raiva relacionados a Deus.**
- III — Medo de ser considerada doida.**
- IV — Dúvida se deve ou não se entregar a uma prática celibatária.**

**Quais estão corretas?**

- a. Apenas a I, a II e a III.**
- b. Apenas a I e a II.**
- c. A I, a II, a III e a IV.**
- d. Apenas a III e a IV.**
- e. Apenas a I e a III.**

### **Questão 9**

**Considerando os elementos fornecidos no caso clínico 2, de um ponto de vista diagnóstico, essa paciente parece ser portadora de um transtorno de humor, e ela faz um relato sobre**

diferentes experiências anômalas, que não necessariamente configuram um transtorno mental. As afirmativas a seguir representam tais relatos.

- I — Premonição em relação à morte do pai.
- II — Psicografia em relação ao marido.
- III — Premonição em relação ao emprego do irmão.
- IV — Experiências telepáticas com a filha.

Quais estão corretas?

- a. Apenas a I e a II.
- b. Apenas a III e a IV.
- c. Apenas a I, a II e a III.
- d. A I, a II, a III e a IV.
- e. Apenas a I e a II.

#### Questão 10

Considerando as informações citadas no caso clínico 2, as afirmativas a seguir apresentam ações que poderiam ser promovidas com vistas a melhorar o bem-estar da paciente.

- I — Promover a prática de ioga.
- II — Promover viagens de turismo.
- III — Promover prática de ciclismo.
- IV — Começar a frequentar a igreja.

Quais estão corretas?

- a. Apenas a I e a II.
- b. Apenas a III e a IV.
- c. Apenas a I, a II e a III.
- d. I, a II, a III e a IV.

## Anexo J – Questionário de avaliação de conhecimentos (pós-teste)

### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

#### Questão 1

Segundo os dados mais recentes, a prevalência estimada de afiliação religiosa na população mundial é de:

- f. 52%
- g. 65%
- h. 72%
- i. 84%
- j. 95%

#### Questão 2

Sobre as relações históricas e conceituais entre saúde, ciência e espiritualidade:

- c. Na história mundial, mais de mil cientistas foram mortos por religiosos, devido às suas visões científicas;
- d. Por ser algo da fé, a espiritualidade e a religiosidade não são passíveis de serem investigadas cientificamente;
- b. É possível investigar, mas existem poucos estudos publicados ainda nessa temática;
- d. É possível investigar e existem milhares de estudos publicados;
- e. Para fazer ciência nessa área, é preciso considerar que as crenças religiosas são, na verdade, superstições.

#### Questão 3

Segundo as diretrizes do *Position Statement* da Associação Mundial de Psiquiatria, quais afirmativas abaixo estão corretas:

- VIII – Uma consideração sensível das crenças e práticas religiosas dos pacientes, bem como sua espiritualidade deve rotineiramente ser considerado e às vezes será um componente essencial da história psiquiátrica.
- IX – Os psiquiatras, dependendo das suas crenças pessoais, devem estar dispostos a trabalhar com líderes / membros de comunidades de fé, capelães e pastores e outros na comunidade, em apoio ao bem-estar dos seus pacientes e devem encorajar os seus colegas multidisciplinares a fazer o mesmo.
- X – Os psiquiatras devem estar bem informados sobre o potencial tanto para o benefício como para o mal das visões de mundo religiosas, espirituais e seculares e para

estarem dispostos a compartilhar esta informação de forma crítica, mas imparcial, com a comunidade em geral para apoiar a promoção da saúde e do bem- ser.

**XI** – A compreensão da religião e da espiritualidade e sua relação com o diagnóstico, a etiologia e o tratamento dos distúrbios psiquiátricos apesar de importantes, não são componentes essenciais da formação psiquiátrica e do desenvolvimento profissional contínuo.

**XII** – A abordagem da religião e da espiritualidade deve ser centrada na pessoa. Psiquiatras não devem usar sua posição profissional para proselitismo espiritual ou secular. Os psiquiatras devem respeitar e ser sensíveis às crenças e práticas espirituais / religiosas de seus pacientes e das famílias e cuidadores de seus pacientes.

**XIII** – Existem tantas pesquisas sobre religião e espiritualidade em psiquiatria, que novos estudos sobre as aplicações clínicas não são mais tão necessários. Estes estudos já abrangeram suficientemente uma grande diversidade de origens culturais e geográficas dessas questões.

**XIV** - Os psiquiatras devem demonstrar consciência, respeito e sensibilidade à parte importante que a espiritualidade e a religião desempenham para muitos funcionários e voluntários na formação de uma vocação para trabalhar no campo da saúde mental.

f. Todas estão corretas.

g. I - II – III - VII.

h. II – IV – V - VI

i. II – III – V - VII

j. I – II – – VI – VII

#### Questão 4

Sobre a relação entre saúde mental e religiosidade/espiritualidade, maiores níveis de envolvimento religiosos estão, na maior parte das vezes, associados a:

f. maiores taxas de depressão e ansiedade e menores taxas de uso de drogas.

g. maiores níveis de pessimismo e baixa mortalidade.

h. maiores níveis de qualidade de vida e mais baixos índices de depressão e suicídio

i. maiores níveis de ansiedade e suicídio e mais baixos índices de uso de drogas e sintomas psicóticos patológicos.

j. maiores taxas de consumo de álcool e de abuso de drogas e menores índices de sintomas psicóticos patológicos e suicídio.

#### Questão 5

Na coleta da anamnese espiritual, de acordo com o acrônimo FICA, tais aspectos devem ser considerados:

f. Fé, Importância, Comunidade, Adoração.

- g. Força, Influência, Carisma, Adoração.
- h. Fanatismo, Influência, Castração, Ação no Tratamento.
- i. Força, Intolerância, Carisma, Adoração.
- j. Fé, Importância, Comunidade, Ação no tratamento.

#### Questão 6

Considere as afirmativas sobre indicadores de possível experiência não patológica entre as diretrizes para a avaliação do significado clínico de experiências espirituais, psicóticas e dissociativas.

- I — Controle sobre a experiência.
- II — Promoção de crescimento espiritual ao longo do tempo.
- III — Presença de co-morbidades psiquiátricas.
- IV — Compatibilidade com alguma tradição religiosa.

Quais estão corretas?

- a. Nenhuma delas está correta.
- b. Apenas a I e a II
- c. Apenas a I, a II e a IV
- d. Apenas a III e a IV
- e. I, a II, a III e a IV.

#### Questão 7

Analise as afirmativas a seguir a respeito das intervenções religiosas e espirituais propostas pelos psiquiatras e assinale V (verdadeiro) ou F (falso).

- ( ) As intervenções espirituais e religiosas devem ser feitas baseadas na História Espiritual do paciente.
- ( ) Evidências apontam um uso consideravelmente maior de estratégias de *Coping Religioso Espiritual* negativo do que positivo.
- ( ) É importante que o psiquiatra incentive o paciente a retomar estratégias positivas de *coping*, seja ele religioso/espiritual ou não, que não estejam sendo utilizadas nesse momento da vida do paciente, mas que trouxeram benefício em outros tempos.
- ( ) Quando o psiquiatra optar, por exemplo, pela utilização de um fármaco para o tratamento de um paciente, ele não deve incentivar outras abordagens, ainda que contemplem outras dimensões do paciente, pois precisa se certificar que o fármaco funciona.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta:

- f. V — V — F — F
- g. V — F — V — F
- h. F — V — F — V
- i. F — F — F — F
- j. F — F — V — V

Para responder às questões 8 a 10, leia e considere as questões trazidas pelos casos 1 e 2 a seguir:

**CASO 1:**

Homem, 42 anos de idade, casado, comerciante, um filho com 11 anos de idade. Relata que há 6 meses teve um diagnóstico de câncer de intestino e foi submetido à cirurgia. Fica constrangido com o uso da bolsa de colostomia, evita lugares públicos, mas, principalmente, tem medo do futuro. Seus pensamentos mais frequentes se dirigem, com apreensão e medo, para o futuro de seu filho. Seu filho conseguirá crescer sem ele? Como ficará sua educação e seu futuro? Sua apreensão e tristeza têm aumentado. Há dois meses percebeu desânimo, insônia na segunda metade da noite, desinteresse por suas atividades profissionais, perda significativa de apetite e peso. Junto com as preocupações com o filho, tem estado revoltado com Deus, que lhe “aplicou esse golpe” e, ao mesmo tempo, atribui o castigo a seus erros, a uma vida voltada somente para o acúmulo de bens. Em sua História Espiritual, relatou que foi educado em um lar religioso, seus pais eram frequentes nas atividades da comunidade religiosa e nas orações em casa e faziam questão da presença dos quatro filhos. Além da missa dominical, fazia parte da conferência (visita e apoio material aos muito pobres) e da Pastoral da Criança. Manteve ativa sua vida religiosa até mudar de cidade, aos 23 anos de idade. De início, esforçava-se para ir à missa dominical, depois, foi ficando mais difícil, em razão das várias atividades e do desconhecimento da comunidade religiosa em uma cidade bem maior que a sua. Suas crenças se tornaram mais pálidas, perderam a relevância do passado, pareciam estar guardadas em algum baú velho, não influenciavam sua vida, nem eram lembradas, até a doença surgir. Após ouvir sua história, além de realizar a psicoeducação sobre depressão e de iniciar com o AD, o psiquiatra abordou possíveis recursos psico-sócio-espirituais do paciente. O paciente referiu o quanto suas crenças e práticas religiosas já lhe foram úteis no passado e refletiu que poderiam ser uma importante fonte de apoio no momento atual. Assim, resolveu retomar algumas práticas, como leituras religiosas e oração, em busca de sabedoria e serenidade, bem como voltar a participar da vida religiosa de sua comunidade. Foi marcado um retorno para reavaliação clínica e abordagem acerca de suas estratégias de *coping* religioso negativo (Deus punitivo, castigo de Deus) para ressignificá-las de modo mais positivo, de acordo com suas próprias crenças e valores religiosos (por exemplo, Deus misericordioso, que acolhe os fracos, pecadores e sofredores).

**CASO 2:**

Mulher, 45 anos de idade, contadora, casada, dois filhos. Diz estar em conflito espiritual interno muito grande, pois não sabe se tem realmente transtorno bipolar (TB) ou se é médium. A paciente fala de vivências estranhas que possui e que “não quer desenvolver a mediunidade”, mas que, ao mesmo tempo, não sabe onde procurar ajuda. Já passou por três diferentes psiquiatras e procura novo psiquiatra para que ele talvez a ajude a ficar sem os remédios. Durante a consulta, descreve três episódios diferentes em que teria tido experiências “espirituais”. A primeira delas, um “sonho premonitório” sobre a morte do pai em um acidente de carro. Diz ter descrito a cena para a irmã antes de o episódio acontecer, e que não

conseguiu se aproximar do pai por 15 dias antes de sua morte. Hoje, sente-se culpada, por não ter tentado evitar o ocorrido, na medida em que o pai realmente morreu como no sonho. Em um segundo episódio, descreve um outro “sonho premonitório”, no qual recebeu a notícia que seu irmão seria demitido e que iria trabalhar com alguma função associada a computadores. Teria sido orientada no sonho a dizer ao irmão para não ir trabalhar no dia seguinte, mas sem saber explicar o porquê. Comenta ficar muito constrangida nessas situações, pois tem medo de ser considerada “doida ou maluca”. De toda forma, diz ter ligado para o irmão na madrugada, ao acordar, e que ele teria aceitado sua sugestão por ser muito medroso e, segundo, por ter já recebido um convite para trabalhar em uma empresa de computadores, fato que ela alegou não saber. Diz que o irmão foi demitido alguns dias depois dessa conversa. Por fim, o terceiro episódio, no qual relata que escreveu uma “psicografia” de sua avó, de quem era muito querida, direcionada a seu atual esposo, e comentou: “eu nunca teria escrito uma carta assim tão bonita para meu esposo”. Essas três experiências ocorreram em períodos sem alterações significativas de humor. Com relação à doença, a paciente diz fazer acompanhamento psiquiátrico há 15 anos. Diz ter começado com um “surto psicótico”, durante o qual gastou excessivamente. Comenta que, quando interrompe seus medicamentos, apresenta variações de humor, oscilando da tristeza e vontade de morrer à exaltação e desinibição. Seus sintomas se agravaram após o nascimento de seus dois filhos, hoje com 4 e 11 anos de idade. Atualmente, está em uso de carbonato de lítio 900mg/dia e sentindo-se relativamente bem, embora não esteja dormindo direito. Não está em psicoterapia e gostaria de ficar sem nenhum remédio ou, no máximo, ser tratada só com homeopatia. Gosta de medicina natural e se sente muito bem andando de bicicleta, viajando para a praia e praticando ioga, mas, ultimamente, não tem feito essas coisas.

### **Questão 8**

**Observe as afirmativas que apresentam possíveis conflitos religiosos–espirituais explícitos envolvidos nas histórias dos pacientes dos casos clínicos apresentados.**

- I — Dúvidas sobre a autenticidade de suas vivências anômalas.**
- II — Sentimentos de raiva relacionados a Deus.**
- III — Medo de ser considerada doida.**
- IV — Dúvida se deve ou não se entregar a uma prática celibatária.**

**Quais estão corretas?**

- a. Apenas a I, a II e a III.**
- b. Apenas a I e a II.**
- c. A I, a II, a III e a IV.**
- d. Apenas a III e a IV.**
- e. Apenas a I e a III.**

### **Questão 9**

**Considerando os elementos fornecidos no caso clínico 2, de um ponto de vista diagnóstico, essa paciente parece ser portadora de um transtorno de humor, e ela faz um relato sobre**

diferentes experiências anômalas, que não necessariamente configuram um transtorno mental. As afirmativas a seguir representam tais relatos.

- I — Premonição em relação à morte do pai.
- II — Psicografia em relação ao marido.
- III — Premonição em relação ao emprego do irmão.
- IV — Experiências telepáticas com a filha.

Quais estão corretas?

- a. Apenas a I e a II.
- b. Apenas a III e a IV.
- c. Apenas a I, a II e a III.
- d. A I, a II, a III e a IV.
- e. Apenas a I e a II.

#### Questão 10

Considerando as informações citadas no caso clínico 2, as afirmativas a seguir apresentam ações que poderiam ser promovidas com vistas a melhorar o bem-estar da paciente.

- I — Promover a prática de ioga.
- II — Promover viagens de turismo.
- III — Promover prática de ciclismo.
- IV — Começar a frequentar a igreja.

Quais estão corretas?

- a. Apenas a I e a II.
- b. Apenas a III e a IV.
- c. Apenas a I, a II e a III.
- d. I, a II, a III e a IV.

## Anexo K – Questionário de satisfação com o curso/currículo para residentes (pós-teste)

### QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO COM O CURSO/CURRÍCULO

- 1)** Você já havia feito alguma formação acadêmica anterior (curso ou evento) na área de religiosidade e espiritualidade voltado para a prática clínica? ( ) Sim ( ) Não  
1.1) Se sim, qual nota você daria para esse curso/currículo? (Se sim, considera o mais recente)  
[De 1 (muito ruim) a 10 (Excelente)] \_\_\_\_\_.
- 2)** Você já havia lido algum material acadêmico (artigo, livro ou similar) na área de religiosidade e espiritualidade voltado para a prática clínica? ( ) Sim ( ) Não  
1.2) Se sim, qual nota você daria para esse curso/currículo? (Se sim, considera o mais recente)  
[De 1 (muito ruim) a 10 (Excelente)] \_\_\_\_\_.

#### SOBRE O CURSO/CURRÍCULO:

- 3)** Esse treinamento foi eficiente em me tornar competente para considerar os aspectos conceituais, epidemiológicos e históricos na abordagem da dimensão religiosa e espiritual dos meus pacientes.
- |                        |   |   |   |   |   |        |  |  |  |  |  |                        |
|------------------------|---|---|---|---|---|--------|--|--|--|--|--|------------------------|
| Discordo<br>Fortemente |   |   |   |   |   | Neutro |  |  |  |  |  | Concordo<br>fortemente |
| 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7      |  |  |  |  |  |                        |
- 4)** Esse treinamento foi eficiente em me tornar competente para colher uma história religiosa-espiritual do meu paciente.
- |                        |   |   |   |   |   |        |  |  |  |  |  |                        |
|------------------------|---|---|---|---|---|--------|--|--|--|--|--|------------------------|
| Discordo<br>Fortemente |   |   |   |   |   | Neutro |  |  |  |  |  | Concordo<br>fortemente |
| 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7      |  |  |  |  |  |                        |
- 5)** Esse treinamento foi eficiente em me tornar competente para considerar as questões éticas envolvidas na abordagem da dimensão religiosa e espiritual de forma adequada.
- |                        |   |   |   |   |   |        |  |  |  |  |  |                        |
|------------------------|---|---|---|---|---|--------|--|--|--|--|--|------------------------|
| Discordo<br>Fortemente |   |   |   |   |   | Neutro |  |  |  |  |  | Concordo<br>fortemente |
| 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7      |  |  |  |  |  |                        |
- 6)** Esse treinamento foi eficiente em me tornar competente para realizar diagnóstico e diagnóstico diferencial adequado em religiosidade/espiritualidade na área de psiquiatria.
- |                        |   |   |   |   |   |        |  |  |  |  |  |                        |
|------------------------|---|---|---|---|---|--------|--|--|--|--|--|------------------------|
| Discordo<br>Fortemente |   |   |   |   |   | Neutro |  |  |  |  |  | Concordo<br>fortemente |
| 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7      |  |  |  |  |  |                        |
- 7)** Esse treinamento foi eficiente em me tornar competente para realizar uma formulação bio-psi-socio-espiritual adequada de um caso clínico.
- |                        |   |   |   |   |   |        |  |  |  |  |  |                        |
|------------------------|---|---|---|---|---|--------|--|--|--|--|--|------------------------|
| Discordo<br>Fortemente |   |   |   |   |   | Neutro |  |  |  |  |  | Concordo<br>fortemente |
| 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7      |  |  |  |  |  |                        |
- 8)** Esse treinamento foi eficiente em me tornar competente para realizar um plano de tratamento e considerar as possibilidades de intervenção religiosas e espirituais para um determinado caso clínico.
- |                        |   |   |   |   |   |        |  |  |  |  |  |                        |
|------------------------|---|---|---|---|---|--------|--|--|--|--|--|------------------------|
| Discordo<br>Fortemente |   |   |   |   |   | Neutro |  |  |  |  |  | Concordo<br>fortemente |
| 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7      |  |  |  |  |  |                        |
- 9)** Eu o indicaria para outros preceptores (as) de psiquiatria.
- |                        |   |   |   |   |   |        |  |  |  |  |  |                        |
|------------------------|---|---|---|---|---|--------|--|--|--|--|--|------------------------|
| Discordo<br>Fortemente |   |   |   |   |   | Neutro |  |  |  |  |  | Concordo<br>fortemente |
| 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7      |  |  |  |  |  |                        |
- 10)** Eu o indicaria para outros residentes de psiquiatria.
- |                        |   |   |   |   |   |        |  |  |  |  |  |                        |
|------------------------|---|---|---|---|---|--------|--|--|--|--|--|------------------------|
| Discordo<br>Fortemente |   |   |   |   |   | Neutro |  |  |  |  |  | Concordo<br>fortemente |
| 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7      |  |  |  |  |  |                        |
- 11)** Eu o indicaria para preceptores de outras especialidades médicas.
- |                        |   |   |   |   |   |        |  |  |  |  |  |                        |
|------------------------|---|---|---|---|---|--------|--|--|--|--|--|------------------------|
| Discordo<br>Fortemente |   |   |   |   |   | Neutro |  |  |  |  |  | Concordo<br>fortemente |
| 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7      |  |  |  |  |  |                        |
- 12)** Eu o indicaria para residentes de outras especialidades médicas.
- |                        |   |   |   |   |   |        |  |  |  |  |  |                        |
|------------------------|---|---|---|---|---|--------|--|--|--|--|--|------------------------|
| Discordo<br>Fortemente |   |   |   |   |   | Neutro |  |  |  |  |  | Concordo<br>fortemente |
| 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7      |  |  |  |  |  |                        |
- 13)** Eu o indicaria para estudantes de outras áreas da saúde mental
- |                        |   |   |   |   |   |        |  |  |  |  |  |                        |
|------------------------|---|---|---|---|---|--------|--|--|--|--|--|------------------------|
| Discordo<br>Fortemente |   |   |   |   |   | Neutro |  |  |  |  |  | Concordo<br>fortemente |
| 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7      |  |  |  |  |  |                        |

- 1                    2                    3                    4                    5                    6                    7
- 14)** Eu o indicaria para profissionais de outras áreas da saúde mental  
 Discordo Fortemente                    Neutro                    Concordo fortemente
- 1                    2                    3                    4                    5                    6                    7
- 15)** Eu o indicaria para outros psiquiatras já formados.  
 Discordo Fortemente                    Neutro                    Concordo fortemente
- 1                    2                    3                    4                    5                    6                    7
- 16)** Eu o indicaria para médicos de outras especialidades médicas.  
 Discordo Fortemente                    Neutro                    Concordo fortemente
- 1                    2                    3                    4                    5                    6                    7
- 17)** Foi capaz de influenciar positivamente a minha prática clínica psiquiátrica.  
 Discordo Fortemente                    Neutro                    Concordo fortemente
- 1                    2                    3                    4                    5                    6                    7
- 17.1) Se sim, como?
- .....
- 18)** Foi capaz de me ajudar de uma maneira pessoal (e não profissional).  
 Discordo fortemente                    Neutro                    Concordo fortemente
- 1                    2                    3                    4                    5                    6                    7
- 18.1 Se sim, como?
- .....
- 19)** Os tópicos/métodos/bibliografia nele apresentados foram pouco relevantes, na dimensão de religiosidade e espiritualidade, para a minha atuação como residente de psiquiatria.  
 Discordo Fortemente                    Neutro                    Concordo fortemente
- 1                    2                    3                    4                    5                    6                    7
- 20)** O desempenho do corpo docente foi adequado para os seus objetivos.  
 Discordo Fortemente                    Neutro                    Concordo fortemente
- 1                    2                    3                    4                    5                    6                    7
- 21)** Suas atividades estimularam meu aprendizado  
 Discordo Fortemente                    Neutro                    Concordo fortemente
- 1                    2                    3                    4                    5                    6                    7
- 22)** Eu conseguirei utilizar o que aprendi nesse curso/currículo no meu dia a dia como residente de psiquiatria.  
 Discordo Fortemente                    Neutro                    Concordo fortemente
- 1                    2                    3                    4                    5                    6                    7
- 23)** Esse curso/currículo foi uma boa maneira para que eu pudesse aprender o conteúdo da matéria  
 Discordo Fortemente                    Neutro                    Concordo fortemente
- 1                    2                    3                    4                    5                    6                    7
- 24)** Para se manter um psiquiatra atualizado(a), se fosse necessário repetir esse curso/currículo, com qual intervalo de tempo você recomendaria uma reciclagem?
- ( ) Não acho necessário repetir o curso para me manter atualizado a respeito de seu conteúdo. ( ) Em 1 ano ou menos.
- ( ) Entre 1 ano e 5 anos. ( ) Entre 5 anos e 10 anos. ( ) Após 10 anos.
- 25)** Qual nota você daria para esse curso/currículo?  
 [De 1 (muito ruim) a 10 (Excelente)] \_\_\_\_\_.
- 26)** Caso haja, deixe seus comentários abaixo sobre esse curso/currículo (se necessário, utilize a parte de trás):

26.1) **Aula 1 (Aspectos Conceituais e Históricos em Religiosidade e Espiritualidade na Saúde Mental)**

26.1.1) O que foi bom? [Para o pesquisador: o campo foi preenchido? ( )sim ( ) não]

26.1.2) O que foi ruim? [Para o pesquisador: o campo foi preenchido? ( )sim ( ) não]

26.1.3) Sugestões par ao próximo semestre [Para o pesquisador: o campo foi preenchido? ( )sim ( ) não]

26.2) **Aula 2 (Contexto Epidemiológico e de Pesquisa e Diretrizes Mundiais para a Psiquiatria na área de Religiosidade e Espiritualidade)**

26.2.1)O que foi bom? [Para o pesquisador: o campo foi preenchido? ( )sim ( ) não]

26.2.2)O que foi ruim? [Para o pesquisador: o campo foi preenchido? ( )sim ( ) não]

26.2.3)Sugestões par ao próximo semestre [Para o pesquisador: o campo foi preenchido? ( )sim ( ) não]

26.3) **Aula 3 (Introdução à Anamnese Espiritual – Método FICA)**

26.3.1) O que foi bom? [Para o pesquisador: o campo foi preenchido? ( )sim ( ) não]

26.3.2) O que foi ruim? [Para o pesquisador: o campo foi preenchido? ( )sim ( ) não]

26.3.3) Sugestões par ao próximo semestre [Para o pesquisador: o campo foi preenchido? ( )sim ( ) não]

26.4) **Aula 4 (Aspectos Éticos, Diagnósticos e Diagnósticos Diferenciais) ( )sim ( ) não**

26.4.1) O que foi bom? [Para o pesquisador: o campo foi preenchido? ( )sim ( ) não]

26.4.2) O que foi ruim? [Para o pesquisador: o campo foi preenchido? ( )sim ( ) não]

26.4.3) Sugestões par ao próximo semestre [Para o pesquisador: o campo foi preenchido? (     )sim (     ) não]

26.5) **Aula 5 (Formulação Bio-Psico-Socio-Espiritual - BPSE - Atividade Prática)**

26.5.1) O que foi bom? [Para o pesquisador: o campo foi preenchido? (     )sim (     ) não]

26.5.2) O que foi ruim? [Para o pesquisador: o campo foi preenchido? (     )sim (     ) não]

26.5.3) Sugestões par ao próximo semestre [Para o pesquisador: o campo foi preenchido? (     )sim (     ) não]

26.6) **Aula 6 (Plano de Tratamento e Intervenções em Religiosidade e Espiritualidade)**

26.6.1) O que foi bom? [Para o pesquisador: o campo foi preenchido? (     )sim (     ) não]

---

26.6.2) O que foi ruim? [Para o pesquisador: o campo foi preenchido? (     )sim (     ) não]

---

26.6.3) Sugestões par ao próximo semestre [Para o pesquisador: o campo foi preenchido? (     )sim (     ) não]

26.7) **Aula 7 (Avaliação: Integração da Religiosidade e da Espiritualidade no Tratamento em Psiquiatria)**

26.7.1) O que foi bom? [Para o pesquisador: o campo foi preenchido? (     )sim (     ) não]

26.7.2) O que foi ruim? [Para o pesquisador: o campo foi preenchido? (     )sim (     ) não]

26.7.3) Sugestões para o próximo semestre [Para o pesquisador: o campo foi preenchido? (     )sim (     ) não]

## ANEXO L – Checklist para Entrevista com paciente simulado (pré e pós-teste)

### OBJETIVOS/CHECK-LIST PARA AVALIAÇÃO DE HABILIDADES

<b>Fase 1 – PROGRAMA DE RESIDENCIA</b>		<b>ANO DE RESIDÊNCIA</b>	
		R2	
<b>NOME DO RESIDENTE</b>			
FASE DA PESQUISA: (    ) PRE-TESTE R2		<b>DATA</b>	
(    ) PÓS-TESTE R2			
(    ) CONTROLE R3			
<b>MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES</b>		<b>Realizou</b>	
		Sim	Não
<b>ABORDAGEM INICIAL</b>			
<b>Ao entrar na sala</b>			
Cumprimentou o paciente			
Explicou a razão de abordar as crenças religiosas/espirituais do paciente			
Perguntou se o paciente aceita conversar com ele sobre sua espiritualidade/religiosidade			
<b>ANAMNESE ESPIRITUAL</b>			
<b>Fé e crenças</b>			
Perguntou se o paciente tem algum tipo de fé ou crença			
Se o paciente mostrou-se religioso, perguntou sobre sua religião			
Buscou entender o que dá sentido/significado à vida do paciente			
<b>Importância ou influência</b>			
Perguntou ou abordou a importância que o paciente dá para a fé, crenças ou aquilo que lhe dá sentido na vida			
Perguntou ou abordou se o paciente utiliza suas crenças ou fé para lidar com problemas ou doença			

<i>Perguntou se o paciente tem alguma crença que pode influenciar em seu tratamento psiquiátrico</i>		
<b>Comunidade</b>		
<i>Perguntou se o paciente faz parte de algum grupo religioso/espiritual, algum grupo de apoio que lhe ofereça suporte, ou se tem pessoas específicas que lhe dão apoio em tempos difíceis.</i>		
<b>Ação no tratamento</b>		
<i>Perguntou como o paciente gostaria que a religiosidade/espiritualidade fosse considerada no tratamento dele</i>		
<b>Diferenciação entre experiência espiritual e sintomas psicóticos</b>		
<i>Investigou a possibilidade de presença de <u>sofrimento psicológico</u> associado à experiência religiosa e espiritual do paciente</i>		
<i>Investigou a possibilidade de presença de <u>prejuízo social ou ocupacional</u> associado à experiência religiosa e espiritual do paciente</i>		
<i>Investigou o aspecto <u>quantitativo qualitativo frequência e duração</u> da experiência religiosa e espiritual do paciente</i>		
<i>Investigou a <u>atitude de discernimento do paciente com relação à possibilidade da sua experiência religiosa e espiritual poder ser considerada incomum e não ser necessariamente compartilhada por outros</u></i>		
<i>Investigou a possibilidade de essas experiências poderem ser entendidas pelo paciente como passíveis de serem enquadradas dentro de uma determinada <u>visão religiosa ou espiritual</u></i>		
<i>Investigou a história do paciente em busca de <u>histórico de possíveis comorbidades psiquiátricas</u></i>		
<i>Investigou a história do paciente em busca de <u>histórico de possíveis sintomas psicóticos positivos, negativos e cognitivos.</u></i>		
<i>Investigou o nível de <u>controle do paciente e adequação da sua experiência</u> religiosa e espiritual ao contexto em que está inserido.</i>		
<i>Investigou se a experiência religiosa e espiritual do paciente induz à percepção de um processo de desenvolvimento pessoal promovido pela própria experiência, com um <u>senso de integração e auxílio aos outros.</u></i>		
<b>Julgamento clínico (DIAGNÓSTICO E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL)</b>		

<p><i>Respeitou o princípio da <u>autonomia</u></i></p> <p><i>Ex.: não induziu o paciente a se declarar homossexual ou em tto psiquiátrico junto aos membros da igreja</i></p>		
<p><i>Respeitou o princípio da <u>beneficência</u></i></p> <p><i>Refletiu com o paciente sobre quais comportamentos, crenças e valores poderiam ser saudáveis (ex: tocar na banda e atividades de caridade)</i></p>		
<p><i>Respeitou o princípio da <u>não-maleficência</u></i></p> <p><i>Refletiu com o paciente sobre quais comportamentos, crenças e valores poderiam potencialmente causar dano (ex.: confissão indiscriminada para a comunidade da Igreja de sua homossexualidade de ser um portador de transtorno mental)</i></p>		
<p><i>Investigou possíveis elementos na história R/E que poderiam <u>ser danosos</u> ao paciente (ex.: comportamentos, crenças, valores)</i></p> <p><i>(Ex.: Existe alguma coisa que possa te fazer mal ou te trazer algum dano dentro da sua vida religiosa ou espiritual?)</i></p>		
<p><i>Investigou possíveis elementos na história R/E que poderiam <u>ser recursos</u> para o paciente (ex.: comportamentos, crenças, valores)</i></p> <p><i>(ex: Existe alguma coisa que possa te fazer bem ou ser um recurso para te ajudar a lidar com os problemas dentro da sua vida religiosa ou espiritual?)</i></p>		
<p><i>Discutiu com o paciente sobre possíveis <u>hipóteses diagnósticas</u> e sua possível correlação com a dimensão da espiritualidade/religiosidade</i></p>		
<p><i>Discutiu com o paciente sobre aspectos do <u>diagnóstico diferencial</u> relacionados à sua experiência religiosa e espiritual e um possível transtorno mental</i></p>		
<b>PLANO DE TRATAMENTO E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b>		
<p><i>Explicou o tratamento ao paciente</i></p>		
<p><i>Comentou que teria disponibilidade, se necessário, para uma possível interlocução com o pastor da igreja, caso fosse esse o desejo do paciente</i></p>		
<p><i>Orientou que seria importante tocar na banda e as atividades de caridade na Igreja como elementos promotores de bem estar</i></p>		
<p><i>Reconheceu a delicadeza da situação referente ao estigma no grupo religioso atual em relação ao transtorno mental do paciente e propôs uma abordagem adequada ao problema (Ex.: medir prós e contras junto com o paciente)</i></p>		

<i>Foi capaz de propor um plano de tratamento adequado considerando a dimensão religiosa e espiritual do paciente</i>		
<b>ATITUDE</b>		
<b>Qualidades humanísticas/profissionalismo</b>		
<i>Demonstrou empatia sobre a visão de mundo R/E do paciente</i>		
<i>Assumiu postura ética ao abordar a dimensão R/E do paciente</i>		
<i>Demonstrou respeito sobre a diversidade R/E a partir do relato do paciente</i>		

## Anexo M – Intervenção Curricular

### PROGRAMA CURRICULAR (RESIDENTES)

<b>Aula 1: Aspectos Conceituais e Históricos em R/E na Saúde Mental</b>		
<b>Duração: 2 horas</b>		
<b>Objetivos de aprendizagem da intervenção: o residente deverá:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Compreender e adquirir conhecimento sobre o campo de Saúde e Espiritualidade na psiquiatria</li> <li>2) Refletir sobre a história de conflitos entre ciência e religião</li> <li>3) Colaborar com o desenvolvimento de uma atitude ativa, crítica e reflexiva quanto ao papel do psiquiatra com relação ao campo de saúde e espiritualidade</li> <li>4) Modificar as atitudes do residente quanto a importância do tema na psiquiatria</li> </ol>		
<b>Conteúdo Programático</b>		
<b>Objetivos didáticos:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Apresentar a discussão conceitual em torno do tema da R/E</li> <li>2) Desconstruir mitos no debate entre ciência e religião</li> <li>3) Colaborar com o desenvolvimento de uma atitude ativa, crítica e reflexiva a respeito dos tópicos 1 e 2 pelos Residentes de psiquiatria</li> </ol>		
<b>Parte 1 (Duração: 1 hora)</b>		
<b>Tópicos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Bibliografia indicada</b>
1) Aspectos conceituais: R/E	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Residentes convidados a escrever o próprio conceito de R/E, sem terem consultado literatura prévia.</li> <li>2) Apresentação teórica pelo pesquisador ou preceptor o panorama teórico na literatura científica e posterior discussão em grupo das diferenças e semelhanças pelos</li> </ol>	Moreira-Almeida et al. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2014;36:176–182

	Residentes. 3) Definição do referencial teórico que será utilizado durante o programa.	
<b>Parte 2 (Duração: 1 hora)</b>		
<b>Tópicos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Bibliografia indicada</b>
2) Aspectos históricos: Mitos entre Ciência e Religião	Discussão em grupo de um vídeo previamente selecionado	Vídeos selecionados da TV NUPES Parte 1 - <a href="https://www.youtube.com/watch?v=jcq8wcSbvJ4">https://www.youtube.com/watch?v=jcq8wcSbvJ4</a> Parte 2 - <a href="https://www.youtube.com/watch?v=zG336R3GjSQ">https://www.youtube.com/watch?v=zG336R3GjSQ</a> Parte 3 - <a href="https://www.youtube.com/watch?v=FGjg6Oa08aM">https://www.youtube.com/watch?v=FGjg6Oa08aM</a> Parte 4 - <a href="https://www.youtube.com/watch?v=5n7Oj8QIE0E">https://www.youtube.com/watch?v=5n7Oj8QIE0E</a> Parte 5 - <a href="https://www.youtube.com/watch?v=exBqG2bb3Zg">https://www.youtube.com/watch?v=exBqG2bb3Zg</a> Parte 6 - <a href="https://www.youtube.com/watch?v=baumRxeuVus">https://www.youtube.com/watch?v=baumRxeuVus</a>
<b>OBSERVAÇÕES:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Antes do Início da Aula 1, aplicar o questionário de auto avaliação de aspectos e competências religiosas espirituais para Residentes de psiquiatria disponível nos Anexo C,D, E, G e I.</li> <li>2) Recomendar a Bibliografia da Aula 2 como leitura prévia (bibliografia disponível no cronograma da Aula 2)</li> </ol>		

<b>Aula 2: Contexto Epidemiológico e de Pesquisa e Diretrizes Mundiais para a Psiquiatria na área de R/E Duração: 2 horas</b>		
<b>Objetivos didáticos:</b>		
1) Apresentar o contexto epidemiológico e os resultados mais recentes da pesquisa na área de R/E e sua interface com a saúde para os Residentes 2) Apresentar as diretrizes mundiais mais recentes sobre a abordagem da R/E para a psiquiatria para os Residentes 3) Colaborar com o desenvolvimento de uma atitude ativa, crítica e reflexiva a respeito dos tópicos 1 e 2 pelos Residentes		
<b>Parte 1 (Duração: 1 hora)</b>		
<b>Tópicos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Bibliografia indicada</b>
1) Contexto atual da Pesquisa em R/E na área de Saúde	1) Apresentação de aula com o recurso de <i>gameificação</i> para apresentação dos achados de pesquisa sobre o tema	Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical implications. ISRN Psychiatry, 2012.  Oliveira e Oliveira, F.H.A, Stroppa, A; Moreira-Almeida, A. Psiquiatria e Religiosidade: O que o clínico precisa saber? Coleção PropsiQ – Programa de Atualização em Psiquiatria, ciclo 9. Vol. 2. Artmed/Panamericana Editora, Porto Alegre, 2019.  (Essas referências não serão indicadas na aula anterior, para não prejudicarem a estratégia da gameificação)
<b>Parte 2 (Duração: 1 hora)</b>		
<b>Tópicos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Bibliografia indicada</b>
2) Apresentação e Discussão do <i>Position Statement</i> da Associação Mundial de Psiquiatria	Discussão em grupo dos sete itens do Position Statement (o material terá sido indicado na aula anterior para leitura prévia pelos Residentes).	Moreira-Almeida A, Sharma A, van Rensburg BJ, Verhagen PJ, Cook CCH. Posicionamento da Associação Mundial de Psiquiatria sobre espiritualidade e religiosidade em psiquiatria. Revista Debates em Psiquiatria Abril-Maio 2018, 6-8.
<b>Observações: Recomendar a Bibliografia da Aula 3 como leitura prévia (bibliografia disponível no cronograma da Aula 3)</b>		

<b>Aula 3: Introdução à Anamnese Espiritual – Método FICA</b> <b>(Formulação Bio-Psico-Socio-Espiritual BPSE I)</b>		
<b>Objetivos didáticos:</b>		
1) Apresentar um referências teórico de anamnese espiritual (ferramenta FICA) 2) Desenvolver a habilidade nos residente de colher uma história espiritual 3) Colaborar com o desenvolvimento de uma atitude ativa, crítica e reflexiva a respeito dos tópicos 1 e 2 pelos Residentes		
<b>Parte 1 (Duração: 5 minutos)</b>		
<b>Tópicos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Bibliografia indicada</b>
1) Entrevista – Método FICA	1) Apresentação de vídeo-aula com uma médica entrevistando um paciente real usando a ferramenta FICA de anamnese espiritual	<a href="https://youtu.be/BVux0Dgmsno">https://youtu.be/BVux0Dgmsno</a>  (Esta referência será apresentada apenas no momento da aula, e não será indicada previamente).
<b>Parte 2 (Duração: 10 minutos)</b>		
<b>Tópicos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Bibliografia indicada</b>
2) Entrevista – Método FICA	2) Residentes assistem ao preceptor entrevistando a um dos Residentes	Não se aplica.
<b>Parte 3 (Duração: 20 minutos)</b>		
<b>Tópicos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Bibliografia indicada</b>
2) Entrevista – Método FICA	3) Residentes aplicam o FICA em duplas (revezam entre si) – role play	Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. J Palliat Med. 2000;3:129-37.
<b>Parte 4 (Duração: 85 minutos)</b>		
<b>Tópicos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Bibliografia indicada</b>
2) Avaliação da Entrevista – Método FICA	Discussão em grupo (avaliar aspectos gerais da experiência de aplicação e direcionar facilidades e dificuldades por cada letra do questionário F-I-C-A)	Não se aplica.
<b>Observações: Recomendar a Bibliografia da Aula 4 como leitura prévia (bibliografia disponível no cronograma da Aula 4)</b>		

<b>Aula 4: Aspectos Éticos, Diagnósticos e Diagnósticos Diferenciais</b> <b>(Formulação Bio-Psico-Socio-Espiritual - BPSE II)</b>
--

<b>Objetivos didáticos:</b>		
1) Discutir aspectos éticos envolvidos na abordagem da R/E no campo da saúde 2) Apresentar as diretrizes que facilitem o diagnóstico (ex.: conceito de coping religioso espiritual) e diagnóstico diferencial entre questões de psicopatologia e experiências anômalas em R/E para os Residentes 3) Introduzir e discutir o conceito de formulação biopsicosocioespiritual (BPSE) de um caso clínico para os Residentes, ensinando-os a realizar tal formulação a partir de um caso clínico proposto. 4) Colaborar com o desenvolvimento de uma atitude ativa, crítica e reflexiva a respeito dos tópicos 1, 2 e 3 pelos Residentes		
<b>Parte 1 (Duração: 50 minutos)</b>		
<b>Tópicos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Bibliografia indicada</b>
Aspectos Éticos em R/E na área de Saúde Mental; Discussão do Conceito de <i>Coping</i> Religioso Espiritual	Discussão de artigo em grupo	Braghetta CC, et al. / Rev Psiq Clín. 2011;38(5):189-93 Aspectos éticos e legais da assistência religiosa em hospitais psiquiátricos  Foch, GFL; SILVA, AMB e ENUMO, SRF. Coping religioso/espiritual: uma revisão sistemática de literatura (2003-2013). <i>Arq. bras. psicol.</i> [online]. 2017, vol.69, n.2, pp. 53-71. ISSN 1809-5267.
<b>Parte 2 (Duração: 30 minutos)</b>		
<b>Tópicos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Bibliografia indicada</b>
Diagnóstico e Diagnóstico Diferencial em R/E na área de Saúde Mental	Apresentação de um primeiro caso clínico pelo pesquisador	Moreira-Almeida A, Cardeña E. Differential diagnosis between non-pathological psychotic and spiritual experiences and mental disorders: a contribution from Latin American studies to the ICD-11. <i>Rev. Bras. Psiquiatr.</i> 2011, 33 (suppl.1): s21-s28
<b>Parte 3 (Duração: 40 minutos)</b>		
<b>Tópicos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Bibliografia indicada</b>
Formulação BPSE do caso	Apresentação de um segundo caso	Oliveira e Oliveira, F. H. A; Rezende Pinto, A. <i>Psiquiatria e espiritualidade: em busca da formulação</i>

clínico	clínico pelo pesquisador com formulação BPSE realizada em grupo com os Residentes utilizando Formulário BPSE*	bio-psico-socio-espiritual do caso. HU Revista, v. 44, n. 4, p. 447-454, 18 fev. 2020.  Oliveira e Oliveira, F.H.A, Stroppa, A; Moreira-Almeida, A. Psiquiatria e Religiosidade: O que o clínico precisa saber? Coleção Propsiç – Programa de Atualização em Psiquiatria, ciclo 9. Vol. 2. Artmed/Panamericana Editora, Porto Alegre, 2019.
<p><b>Observações: *Formulário BPSE está disponível na página a seguir. A Aula 5 (a seguir) será para os Residentes utilizarem o tempo para entrevistarem um paciente de sua clínica (enfermaria ou ambulatório) utilizando o roteiro proposto. Eles deverão trazer por escrito o formulário preenchido para a Aula 6. Recomendar a Bibliografia da Aula 5 como leitura prévia à atividade prática (bibliografia disponível no cronograma da aula 5)</b></p>		

**ROTEIRO PARA FORMULAÇÃO BIO-PSICO-SOCIO-ESPIRITUAL  
(BPSE) DO CASO CLÍNICO (Aula 4, 5 e 6)**

**Projeto de pesquisa:** Avaliação da efetividade da implementação de um currículo em Religiosidade e Espiritualidade (R/E) em Residências de Psiquiatria: um estudo em instituições brasileiras

**Programa de residência:**

**Residente:**

1) Durante a entrevista, você pode utilizar o seguinte roteiro, com o seu paciente:

<b>ROTEIRO PARA FORMULAÇÃO BIOPSIOSOCIOESPIRITUAL</b>
<input type="checkbox"/> Cumprimentar o paciente <input type="checkbox"/> Mostrar-se interessado/atento durante a realização da anamnese <input type="checkbox"/> Respeitar o momento de fala do paciente, sem interrompê-lo indevidamente. <input type="checkbox"/> Perguntar se o paciente aceita conversar com ele sobre sua espiritualidade/religiosidade
<b>Aspectos conceituais, históricos de pesquisa ou epidemiológicos relevantes:</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, quais: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

<p><b>Aspectos éticos a serem considerados:</b></p> <p>( ) Não</p> <p>( ) Sim. Se sim, quais?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p><b>Método FICA: (F) Fé</b></p> <p>( ) Perguntar se o paciente tem algum tipo de fé</p> <p>( ) Se paciente mostrar-se religioso, perguntar sobre sua religião e a esmiuçar; Se paciente não religioso perguntar sobre outros itens de fé (arte, música, família, Natureza, etc) e não insistir no tema religiosidade</p> <p>( ) Buscar entender o que dá sentido/significado à vida do paciente, o que é importante para ele.</p>	<p><b>Método FICA: (I) Importância ou influência</b></p> <p>( ) Perguntar ou abordar a importância que o paciente dá para a fé (ou aquilo em que ele deposita sua fé), crenças religiosas ou aquilo que lhe dá sentido na vida.</p> <p>( ) Perguntar ou abordar se o paciente utiliza suas crenças ou fé para lidar com problemas em sua vida ( ) Perguntar ou abordar se o paciente possui alguma crença ou ideia que possa interferir no seu estado de saúde ou no tratamento de saúde que está realizando ou vai realizar</p>
<p><b>Método FICA: (C) Comunidade</b></p> <p>( ) Perguntar se o paciente faz parte de algum grupo religioso, espiritual, ou algum grupo de apoio que lhe ofereça suporte</p> <p>( ) Procurar entender se o grupo do qual faz parte é fonte de apoio realmente importante ou se a participação é apenas social</p> <p>( ) Perguntar sobre pessoas próximas, que o paciente considere importantes e/ou que ele realmente ame.</p>	<p><b>Método FICA: (A) Ação no tratamento</b></p> <p>( ) Perguntar como o paciente gostaria que a religiosidade/espiritualidade fosse usada no tratamento (orações conjuntas, ver algum líder religioso...)</p> <p>( ) Pedir que o paciente indicasse algum líder religioso para contato caso o paciente sentisse necessidade</p>

<p><b>Coping Religioso Espiritual Positivo</b></p> <p>Avaliar se o paciente:</p> <p>( ) busca apoio/suporte espiritual</p> <p>( ) resolve problemas em colaboração com Deus</p> <p>( ) redefine o estressor de forma benevolente</p> <p>( ) busca ajuda/conforto na literatura religiosa</p> <p>( ) busca perdoar e ser perdoado</p> <p>( ) ora pelo bem-estar dos outros</p> <p>( ) busca ajuda do clero e membros da instituição religiosa</p> <p>( ) Outros _____</p>	<p><b>Coping Religioso Espiritual Negativo</b></p> <p>Avaliar se o paciente:</p> <p>( ) questiona a existência, bem como o amor e os atos de Deus;</p> <p>( ) sente insatisfação ou descontentamento em relação a Deus ou à instituição religiosa;</p> <p>( ) tem conflitos interpessoais com membros do grupo religioso;</p> <p>( ) duvida dos poderes de Deus para interferir na situação estressora;</p> <p>( ) delega a Deus a resolução dos problemas;</p> <p>( ) guarda a crença de um Deus punitivo</p> <p>( ) outros: _____</p>
--	---

<p><b>Aspectos diagnósticos a serem considerados:</b></p> <p>( ) Não ( ) Sim. Se sim, quais?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p><b>Critérios orientadores para diagnóstico diferencial a serem considerados:</b></p> <p>( ) Ausência de sofrimento psicológico ( ) Ausência de prejuízos sociais e ocupacionais ( ) A experiência tem duração curta e ocorre episodicamente ( ) Existe uma atitude crítica sobre a realidade objetiva da experiência ( ) Existe compatibilidade da experiência com algum grupo cultural ou religioso ( ) Ausência de comorbidades ( ) A experiência é controlada ( ) A experiência gera crescimento pessoal ( ) A experiência é voltada para os outros</p>
<p><b>Aspectos diagnósticos diferenciais a serem considerados:</b></p> <p>( ) Não ( ) Sim. Se sim, quais?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

1) Durante a entrevista com o paciente, anote a seguir os aspectos que achou mais importante do ponto de vista:

<p><b>BIO</b> (enumere de 3 a 5)</p> <p>( ) _____</p> <p>( ) _____</p> <p>( ) _____</p> <p>( ) _____</p> <p>( ) _____</p>	<p><b>PSICO</b> (enumere de 3 a 5)</p> <p>( ) _____</p> <p>( ) _____</p> <p>( ) _____</p> <p>( ) _____</p> <p>( ) _____</p>
<p><b>SOCIO</b> (enumere de 3 a 5)</p> <p>( ) _____</p> <p>( ) _____</p> <p>( ) _____</p> <p>( ) _____</p> <p>( ) _____</p>	<p><b>ESPIRITUAL</b> (enumere de 3 a 5)</p> <p>( ) _____</p> <p>( ) _____</p> <p>( ) _____</p> <p>( ) _____</p> <p>( ) _____</p>

2) A partir dos achados da entrevista com o seu paciente, formule intervenções ou considerações, caso você as julgue indicadas, com ênfase religiosa-espiritual, para o caso entrevistado\*. Caso não haja, preencher como N/A (não se aplica ao caso):

<p><b>Problema ou Disfunção biológica</b> identificada</p> <p>( ) 1. _____</p> <p>_____</p> <p>( ) 2. _____</p> <p>_____</p> <p>( ) 3. _____</p> <p>_____</p>	<p><b>Intervenção biológica</b> proposta</p> <p>( ) 1. _____</p> <p>_____</p> <p>( ) 2. _____</p> <p>_____</p> <p>( ) 3. _____</p> <p>_____</p>
<p><b>Problema ou Disfunção psicológica</b> identificada</p> <p>( ) 1. _____</p> <p>_____</p> <p>( ) 2. _____</p> <p>_____</p> <p>( ) 3. _____</p> <p>_____</p>	<p><b>Intervenção psicológica</b> proposta</p> <p>( ) 1. _____</p> <p>_____</p> <p>( ) 2. _____</p> <p>_____</p> <p>( ) 3. _____</p> <p>_____</p>

<b>Problema ou Disfunção social</b> identificada	<b>Intervenção social</b> proposta
--	------------------------------------

( ) 1. _____ _____	( ) 1. _____ _____
( ) 2. _____ _____	( ) 2. _____ _____
( ) 3. _____ _____	( ) 3. _____ _____
<b>Problema ou Disfunção religiosa-espiritual identificada</b>	<b>Intervenção religiosa-espiritual proposta</b>
( ) 1. _____ _____	( ) 1. _____ _____
( ) 2. _____ _____	( ) 2. _____ _____
( ) 3. _____ _____	( ) 3. _____ _____
<b>Situação Saudável biológica identificada</b>	<b>Intervenção biológica proposta</b>
( ) 1. _____ _____	( ) 1. _____ _____
( ) 2. _____ _____	( ) 2. _____ _____
( ) 3. _____ _____	( ) 3. _____ _____
<b>Situação Saudável psicológica identificada</b>	<b>Intervenção psicológica proposta</b>
( ) 1. _____ _____	( ) 1. _____ _____
( ) 2. _____ _____	( ) 2. _____ _____
( ) 3. _____ _____	( ) 3. _____ _____
<b>Situação Saudável social identificada</b>	<b>Intervenção social proposta</b>
( ) 1. _____ _____	( ) 1. _____ _____
( ) 2. _____ _____	( ) 2. _____ _____
( ) 3. _____ _____	( ) 3. _____ _____
<b>Situação Saudável religiosa-espiritual identificada</b>	<b>Intervenção religiosa-espiritual proposta</b>

( ) 1. _____ _____	( ) 1. _____ _____
( ) 2. _____ _____	( ) 2. _____ _____
( ) 3. _____ _____	( ) 3. _____ _____

**\*IMPORTANTE:** Tais intervenções deverão ser propostas após a entrevista com o paciente anotadas e discutidas com o pesquisador antes de quaisquer propostas ou intervenções serem feitas junto ao paciente.

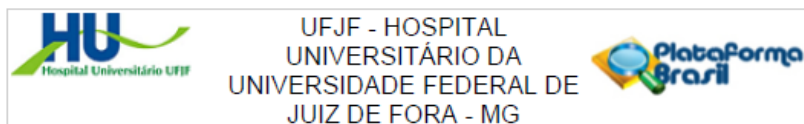
<b>Aula 5: Formulação Bio-Psico-Socio-Espiritual (BPSE) III</b>		
<b>(Atividade Prática)</b>		
<b>Objetivos didáticos:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fixar os conteúdos teóricos por meio de atividade prática com paciente na enfermaria ou ambulatório de acordo com a realidade de cada programa de residência</li> <li>2) Proporcionar ao residente a oportunidade de aplicar o formulário de Formulação BPSE na prática clínica e de discutir, posteriormente, em grupo, as facilidades e dificuldades envolvidas nessa aplicação, sob supervisão.</li> <li>3) Apresentar o formulário bio-psico-socio-espiritual como ponto de partida para a preparação para próxima fase da Formulação BPSE, qual seja a de formulação de propostas de intervenção e/ou intervenções religiosas-espirituais caso a caso baseadas nas informações coletadas em cada entrevista</li> <li>4) Colaborar com o desenvolvimento de uma atitude ativa, crítica e reflexiva a respeito dos tópicos 1, 2 e 3 pelos Residentes</li> </ol>		
<b>Parte 1 (Duração: 1 hora)</b>		
Tópicos	Métodos	Bibliografia indicada
1) Formulação Bio-psico-socio-espiritual (atividade prática)	1) Atividades práticas em enfermaria ou ambulatório dentro do programa de cada residência: entrevista com paciente utilizando o Formulário BPSE	Mosqueiro, BP, et al. Brazilian Guidelines on Religion, Spirituality and Psychiatry: Review of Evidence and Clinical Practice. No prelo. 2020.
<b>Parte 2 (Duração: 1 hora)</b>		
Tópicos	Métodos	Bibliografia indicada
1) Formulação Bio-psico-socio-espiritual (atividade prática)	1) Preenchimento do formulário BPSE pelo residente após a entrevista com o paciente.	N/A
<b>Observações: Recomendar a Bibliografia da Aula 6 como leitura prévia para a próxima aula* *Ver cronograma da aula 6 na página seguinte</b>		

<b>Aula 6: Plano de Tratamento e Intervenções em Religiosidade e Espiritualidade (Formulação Bio-Psico-Socio-Espiritual - BPSE IV)</b>		
<b>Objetivos didáticos:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fixar os conteúdos práticos a respeito da formulação BPSE por meio de atividade teórica em grupo com os Residentes</li> <li>2) Proporcionar ao residente a oportunidade de discutir em grupo, sob supervisão, as dificuldades e facilidades envolvidas na aplicação do Formulário BPSE na prática clínica</li> <li>3) Incentivar, a partir da discussão em grupo, e também sob supervisão, a formulação de propostas de plano de tratamento e de intervenção no campo religioso-espiritual para cada caso a partir das evidências disponíveis e nas informações coletadas em cada entrevista</li> <li>4) Colaborar com o desenvolvimento de uma atitude ativa, crítica e reflexiva a respeito dos tópicos 1, 2 e 3 pelos Residentes</li> </ol>		
<b>Parte 1 (Duração: 60 minutos)</b>		
<b>Tópicos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Bibliografia indicada</b>
1) Intervenções religiosas e espirituais em saúde mental	1) Discussão de artigo científico em grupo (30 minutos para cada artigo)	Gonçalves JP, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. <i>Psychol Med.</i> 2015 Jul 23;1-13  Pargament, K. I., & Lomax, J. W. (2013). Understanding and addressing religion among people with mental illness. <i>World Psychiatry, 12</i> (1), 26-32. doi:10.1002/wps.20005
<b>Parte 2 (Duração: 60 minutos)</b>		
<b>Tópicos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Bibliografia indicada</b>
1) Formulação BPSE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Apresentação de cada caso pelos Residentes</li> <li>2) Discussão em grupo das propostas de intervenção para cada caso</li> </ol>	Não se aplica.
<b>Observações: Para a Aula 7 não há recomendação bibliográfica.</b>		

<b>Aula 7:</b>
<b>Avaliação: Integração da Religiosidade e da Espiritualidade no Tratamento em Psiquiatria</b>

<b>Objetivos didáticos:</b>		
1) Avaliar os(as) Residentes com relação às competências desenvolvidas ao longo de todas as aulas anteriores. 2) Incentivar os(as) Residentes a se auto avaliarem em relação ao seu perfil religioso-espiritual e sócio demográfico e às suas competências no campo da religiosidade e da espiritualidade nos cuidados em saúde mental de seus pacientes. 3) Incentivar os Residentes a avaliarem de forma quantitativa e qualitativa a intervenção curricular como um todo 4) Colaborar com o desenvolvimento de uma atitude ativa, crítica e reflexiva a respeito dos tópicos 1, 2 e 3 pelos Residentes		
<b>Parte 1 (Duração: 50 minutos)</b>		
<b>Tópicos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Bibliografia indicada</b>
Integração da Religiosidade e da Espiritualidade no Tratamento em Psiquiatria	1) Apresentação de caso clínico para os Residentes  2) Formulação BPSE pelos Residentes por escrito (Avaliação) do caso apresentado	Vídeos TV NUPES: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=-qauldx3EcE">https://www.youtube.com/watch?v=-qauldx3EcE</a> (Parte 1) <a href="https://www.youtube.com/watch?v=-426qstGtWk">https://www.youtube.com/watch?v=-426qstGtWk</a> (Parte 2) <a href="https://www.youtube.com/watch?v=m24tUk2BMrY">https://www.youtube.com/watch?v=m24tUk2BMrY</a> (Parte 3)
<b>Parte 2 (Duração: 60 minutos)</b>		
<b>Tópicos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Bibliografia indicada</b>
Integração da Religiosidade e da Espiritualidade no Tratamento em Psiquiatria	Discussão em grupo e avaliação da formulação BPSE realizada por cada residente pelo pesquisador	Não se aplica.
<b>Parte 3 (Duração: 10 minutos)</b>		
<b>Tópicos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Bibliografia indicada</b>
Auto avaliação pelos Residentes e avaliação do curso	Aplicação de questionários de auto avaliação e de avaliação do curso	Não se aplica.

## Anexo N – Parecer consubstanciado do comitê de ética



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Avaliação da efetividade da implementação de um Currículo em Religiosidade e Espiritualidade (R/E) em Programas de Residência Médica em Psiquiatria (PRP): um estudo com instituições brasileiras

**Pesquisador:** Fabricio Henrique Alves De Oliveira E Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 44381420.3.0000.5133

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.442.406

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto" foram retiradas do arquivo "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_1930285\_E2.pdf".

Nessa emenda consta a atualização da folha de rosto, devidamente assinada, e da viabilidade econômica em virtude dos prazos prorrogados pela pandemia.

#### Objetivo da Pesquisa:

Atualizar a folha de rosto, devidamente assinada, e a viabilidade econômica em virtude dos prazos prorrogados pela pandemia.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica já que se trata de uma notificação de atualização de documentos.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma emenda de atualização da folha de rosto, devidamente assinada, e da viabilidade econômica em virtude dos prazos prorrogados pela pandemia.

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

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n  
 Bairro: Santa Catarina CEP: 36.036-110  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)4009-5167 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br



UFJF - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA - MG



Continuação do Parecer: 5.442.406

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

Não foi observado óbices éticos nos documentos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** da notificação proposta ao projeto de pesquisa.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1930285_E2.pdf	17/04/2022 11:06:55		Aceito
Folha de Rosto	Docs12042022.pdf	17/04/2022 11:03:58	Fabricio Henrique Alves De Oliveira E Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_11_10_2021_COM_EMENDA.pdf	14/10/2021 12:59:31	Fabricio Henrique Alves De Oliveira E Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Atualizado_EMENDA_14_10_2021_residentes.pdf	14/10/2021 12:57:38	Fabricio Henrique Alves De Oliveira E Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Atualizado_EMENDA_14_10_2021_Preceptores.pdf	14/10/2021 12:57:23	Fabricio Henrique Alves De Oliveira E Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_30_03_2021.pdf	30/03/2021 16:54:47	Fabricio Henrique Alves De Oliveira E Oliveira	Aceito
Outros	Fabricio_oliveira_Comprovante_de_Cadastro_de_Projeto_Gmail_11_03_2021.pdf	11/03/2021 09:27:05	Fabricio Henrique Alves De Oliveira E Oliveira	Aceito
Outros	Fabricio_oliveira_Comprovante_de_Cadastro_de_Pesquisador_Gmail_11_03_2021.pdf	11/03/2021 09:26:38	Fabricio Henrique Alves De Oliveira E Oliveira	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_DIGITALIZADO_10_03_2021.pdf	10/03/2021 19:11:38	Fabricio Henrique Alves De Oliveira E Oliveira	Aceito
Outros	CARTAENCAMINHAMENTOVERSÃO2020.pdf	28/11/2020 14:38:08	Fabricio Henrique Alves De Oliveira E Oliveira	Aceito
Declaração de	Lattes_Giancarlo.pdf	28/11/2020	Fabricio Henrique	Aceito

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n  
Bairro: Santa Catarina CEP: 36.036-110  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)4009-5167 E-mail: cep.hu@uff.edu.br



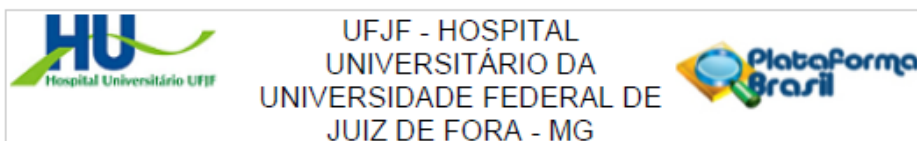
UFJF - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA - MG



Continuação do Parecer: 5.442.406

Pesquisadores	Lattes_Giancarlo.pdf	14:36:26	Alves De Oliveira E Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Lattes_Alexander.pdf	28/11/2020 14:36:18	Fabricio Henrique Alves De Oliveira E Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Lattes_Fabricio.pdf	28/11/2020 14:36:08	Fabricio Henrique Alves De Oliveira E Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEP2020.pdf	28/11/2020 14:35:21	Fabricio Henrique Alves De Oliveira E Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermodeConfidencialidadeeSigilo.pdf	28/11/2020 14:34:55	Fabricio Henrique Alves De Oliveira E Oliveira	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_USP.pdf	28/11/2020 14:34:15	Fabricio Henrique Alves De Oliveira E Oliveira	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_Unb.pdf	28/11/2020 14:33:54	Fabricio Henrique Alves De Oliveira E Oliveira	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_UFU.pdf	28/11/2020 14:33:32	Fabricio Henrique Alves De Oliveira E Oliveira	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_UFMG.pdf	28/11/2020 14:32:58	Fabricio Henrique Alves De Oliveira E Oliveira	Aceito
Outros	carta_de_anuencia_ufff.pdf	28/11/2020 14:32:33	Fabricio Henrique Alves De Oliveira E Oliveira	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_UFG.pdf	28/11/2020 14:32:01	Fabricio Henrique Alves De Oliveira E Oliveira	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_UFBA.pdf	28/11/2020 14:31:38	Fabricio Henrique Alves De Oliveira E Oliveira	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_HC_UFPE.pdf	28/11/2020 14:31:06	Fabricio Henrique Alves De Oliveira E Oliveira	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_ClinicaHeidelberg.pdf	28/11/2020 14:30:36	Fabricio Henrique Alves De Oliveira E Oliveira	Aceito
Outros	Carta_Anuencia_Bairral.pdf	28/11/2020 14:30:03	Fabricio Henrique Alves De Oliveira E Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodecomprometimento.pdf	28/11/2020 14:29:27	Fabricio Henrique Alves De Oliveira E Oliveira	Aceito

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n  
Bairro: Santa Catarina CEP: 38.036-110  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)4009-5167 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.442.406

Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoInfraestruturaConcordancia.p df	28/11/2020 14:27:39	Fabricio Henrique Alves De Oliveira E Oliveira	Aceito
--	--	------------------------	--	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 31 de Maio de 2022

---

Assinado por:  
João Beccon de Almeida Neto  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n  
Bairro: Santa Catarina CEP: 38.036-110  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)4009-5167 E-mail: cep.hu@uff.edu.br

## Anexo O – Carta de outorga - Bolsa CAPES - Doutorado sanduíche



Ministry of Education - MEC  
 Brazilian Federal Foundation for Support and Evaluation of Graduate Education - CAPES  
 Setor Bancário Norte, Quadra 2, Bloco L, Lote 06  
 CEP 70.040-031 - Brasília, BRAZIL

Dear Mr.(s),  
 FABRICIO HENRIQUE ALVES DE OLIVEIRA E OLIVEIRA  
 Waldemar Pena - 125 - SUBSOLO  
 Campo Alegre  
 Conselheiro Lafaiete - Minas Gerais  
 Brasil  
 36.400-113

25/04/2022

Processo: PDSE - 88881.622846/2021-01

### TO WHOM IT MAY CONCERN

We hereby certify that Mr./Mrs. **FABRICIO HENRIQUE ALVES DE OLIVEIRA E OLIVEIRA** has been awarded a scholarship from the CAPES Foundation, an agency under the Ministry of Education of Brazil, in order to conduct part of his doctoral research as a Visiting Student at **HARVARD UNIVERSITY - BRIGHAM AND WOMEN'S HOSPITAL, BOSTON**.

The scholarship includes:

Grant	Unit Value	Parcels (up to)	Total
Health insurance allowance	US\$ 90.00	4	US\$ 360.00
High cost city stipend	US\$ 400.00	4	US\$ 1,600.00
Monthly stipends	US\$ 1,300.00	4	US\$ 5,200.00
Settling-in allowance	US\$ 1,300.00	1	US\$ 1,300.00
Travel allowance - Single installment	US\$ 1,260.00	1	US\$ 1,260.00

\*The parcels depend on the period of the scholarship stated below.

. The scholarship is valid from **07/2022** to **10/2022**.

. Travel allowance towards the cost of travel for the itinerary: **Brasil/Estados Unidos/Brasil**

. The benefits granted are linked to the period spent abroad, within the approved period.

. Capes will not be responsible for costs related to academic and research fees.

Sincerely,

**Vanessa Fernandes de Araújo Vargas**  
 General Coordinator for International Scholarships and Projects  
 This document is public and does not need signature recognition  
 - Article 19, interpolated proposition II, Federal Constitution of Brazil.

In order to validate the authentication of this document, please visit the website <http://validadocumentos.capes.gov.br/> and enter the following code: **2R/cw0W09EA-**

## Anexo P – Declaração de conclusão - Estágio Doutorado Sanduíche – Harvard



John R. Peteet, MD  
 Psychosocial Oncology Fellowship Director  
 Department of Psychosocial Oncology  
 and Palliative Care  
 Associate Professor of Psychiatry  
 Harvard Medical School

Dana-Farber Cancer Institute  
 44 Binney Street  
 Boston, Massachusetts 02115-6084  
 617.632.3195 tel  
 617.632.6180 fax  
 jpeteet@partners.org  
 www.dana-farber.org

February 21, 2023

Fabricio H. A. Oliveira e Oliveira, Md, MsC.

Department of Psychiatry, School of Medicine

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Brazil

RE: Comprovação's letter regarding 06 (six) month internship period at Harvard University, referring to SANDWICH DOCTORATE PROGRAM ABROAD (PDSE/CAPES) – 2020/2021 CAPES NOTICE No 19/2020,

Dear Dr. Oliveira e Oliveira,

I hereby formalize through this letter that my doctoral advisee Fabricio Henrique Alves de Oliveira e Oliveira (Registration number 103040189) with his research project "Evaluation of the Effectiveness of Implementing a Curriculum on Religiosity and Spirituality (R/S) in Medical Residency Programs in Psychiatry (PRP): a Study in Brazilian Institutions" successfully completed his 6 months internship at Harvard University. I therefore declare that the in-person internship abroad was duly completed, for a period of 03 (three) months, between August 1, 2022 and October 30, 2022, as well as an additional one of 03 (three) months while not in physical attendance from October 31, 2022 to January 31, 2023, for a total of 06 (six months).

Sincerely,

John R. Peteet, M.D.



Teaching Affiliates  
 of Harvard Medical School

## ANEXO Q – Artigo publicado: Scoping and Systematic Review

Review

### Teaching Spiritual and Religious Competencies to Psychiatry Residents: A Scoping and Systematic Review

David B. Hathaway, MD, Fabrício H. A. de Oliveira e Oliveira, MD, MS, Mena Mirhom, MD, Alexander Moreira-Almeida, MD, PhD, Wai Lun Alan Fung, MD, ScD, and John R. Peteet, MD

#### Abstract

##### Purpose

For many persons worldwide, mental health is inseparably linked with spirituality and religion (S&R), yet psychiatrists have repeatedly expressed doubts regarding their preparedness to address patients' spirituality or religion appropriately. In recent decades, medical educators have developed and implemented curricula for teaching S&R-related competencies to psychiatry residents. The authors reviewed the literature to understand the scope and effectiveness of these educational initiatives.

##### Method

The authors searched 8 databases to identify studies for a scoping review and a systematic review. The scoping review explored educational approaches (topics, methods) used in psychiatry residency programs to teach S&R-related

competencies. The systematic review examined changes in psychiatry trainees' competencies and/or in patient outcomes following exposure to these educational interventions.

##### Results

Twelve studies met criteria for inclusion in the scoping review. All reported providing residents with both (1) a general overview of the intersections between mental health and S&R and (2) training in relevant interviewing and assessment skills. Seven of these studies—representing an estimated 218 postgraduate psychiatry trainees and at least 84 patients—were included in the systematic review. Residents generally rated themselves as being more competent in addressing patients' S&R-related concerns following the trainings. One randomized controlled trial found that patients with severe mental illness

who were treated by residents trained in S&R-related competencies attended more appointments than control patients.

##### Conclusions

S&R-related educational interventions appeared generally well tolerated and appreciated by psychiatry trainees and their patients; however, some topics (e.g., Alcoholics Anonymous) received infrequent emphasis, and some experiential teaching methodologies (e.g., attending chaplaincy rounds) were less frequently used for psychiatry residents than for medical students. The positive association between teaching S&R-related competencies to psychiatry residents and patient appointment attendance merits further study. Future trainings should supplement classroom learning with experiential approaches and incorporate objective measures of resident competence.

**S**ocieties and cultures around the world recognize spirituality and religion (S&R) as important influences on human thought and behavior.<sup>1,2</sup> Four out of 5 individuals worldwide identify with, and to some degree adhere to, beliefs

and practices of an established religion.<sup>3</sup> Still others who identify themselves as solely "spiritual" incorporate personal values and practice (e.g., meditation) characteristic of faithful adherents into their lives while disavowing any affiliation with a specific religious tradition or institution.<sup>3</sup>

In recent decades, a growing number of studies have demonstrated that S&R have important effects on health outcomes. Controlled studies have shown higher levels of religious involvement (e.g., demonstrated by more frequent religious service attendance) to correlate with an enhanced sense of personal well-being, as well as with lower rates of depression, suicide, substance use, and overall mortality.<sup>4-7</sup> At the same time, certain forms of spirituality or religion may be associated with unfavorable health outcomes such as obesity, treatment nonadherence, and even acts of oppression and violence.<sup>5</sup>

Despite historical tensions between psychiatry and religion,<sup>8,9</sup> a consensus has emerged that all mental health providers—regardless of their personal beliefs—should be equipped to provide culturally informed, patient-centered care, demonstrating openness to patients' spiritual or religious concerns while also carefully adhering to therapeutic boundaries.<sup>10,11</sup> S&R are now specifically addressed in policy and position statements worldwide. National psychiatric organizations such as those from Brazil, Germany, India, South Africa, the United Kingdom, and the United States have formed sections on psychiatry and S&R.<sup>12-15</sup> The World Psychiatric Association (WPA), which has long included S&R as a part of the Core Training Curriculum for Psychiatry, recently approved a position statement affirming the relevance of S&R to clinical practice, research, and training.<sup>12,15</sup> Moreover, the Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)

Please see the end of this article for information about the authors.

The authors have informed the journal that they agree that Wai Lun Alan Fung and John R. Peteet contributed equally to this work and completed the intellectual and other work typical of senior author.

Correspondence should be addressed to Wai Lun Alan Fung, Mount Sinai Hospital Wellness Centre, 3660 Midland Ave., Unit 103, Toronto, ON M1V 0B6, Canada; telephone: (416) 291-3883; email: alan.fung.a@utoronto.ca.

Acad Med. 2022;97:300–310.

First published online May 18, 2021

doi: 10.1097/ACM.00000000000004167

Copyright © 2021 by the Association of American Medical Colleges

Supplemental digital content for this article is available at <http://links.lww.com/ACADMED/B115> and <http://links.lww.com/ACADMED/B116>.

requirements for psychiatry residency programs now explicitly address S&R-related competencies as essential elements of both professionalism and medical knowledge. Specifically, the ACGME professionalism competencies for all residents include the statement that “Residents are expected to demonstrate ... sensitivity and responsiveness to a diverse patient population, including but not limited to diversity in ... religion.”<sup>16</sup> The medical knowledge competencies for residents in psychiatry training programs specify that “Residents must demonstrate competence in their knowledge of ... religious/spiritual ... factors that significantly influence physical and psychological development throughout the life cycle.”<sup>16</sup>

Despite these requirements, psychiatrists have repeatedly cited lack of training as a barrier to addressing issues related to S&R-related that arise in clinical practice. Indeed, there have even been reports of gross deficiencies in religion- or spirituality-related training for psychiatrists.<sup>17–24</sup> According to a 1988 survey of U.S. psychiatry residency program directors with an 80% response rate, only a few programs addressed S&R to any extent.<sup>25</sup> A 2003 survey of Canadian psychiatry residency programs with an 88% response rate reported similar findings.<sup>26</sup> Still, psychiatry residents trained in the United States and Canada appear to be relatively well trained compared with trainees in other medical specialties.<sup>27</sup> As of 2003, approximately only 1 in 4 U.S.-based psychiatry trainees—compared with nearly half of residents from all medical specialties—reported receiving little or no training following medical school on identifying patients’ relevant religious beliefs.<sup>28</sup> Furthermore, nearly 1 in 4 residents among all medical specialties, compared with just 1 in 10 psychiatry residents, reported that they were somewhat or very unprepared with respect to this skill.<sup>28</sup> As of 2009, Bowman estimated that medical training regarding spirituality in the United States and Canada occurs almost exclusively in 80 psychiatric and 20 primary care residency programs and in just 100 medical schools.<sup>29</sup>

Prompted by such deficiencies, medical educators developed guidelines and curricula, such as the 1996 Model Curriculum for Psychiatry Residency Training Programs: Religion and Spirituality in Clinical Practice (hereafter

the 1996 Model Curriculum) for training physicians to address patients’ S&R.<sup>30,31</sup> Moreover, in 1997, the Templeton Foundation, an organization devoted to advancements at the intersection of science and religion, began awarding seed funding to promote the development of religion- or spirituality-related curricula in U.S. and Canadian medical schools and residency programs.<sup>29,32</sup>

Given the increasing institutional, academic, and public awareness of the interface between mental health and S&R, as well as significant funding devoted to curricular development, we believed that the nature and extent of psychiatry residency training had likely evolved significantly over the past 2 decades. Moreover, while the literature suggests that religion- or spirituality-related competencies are increasingly taught to residents,<sup>29,33</sup> the best educational approaches remain unclear. We, therefore, reviewed the literature to understand the scope and effectiveness of these educational initiatives. Specifically, we aimed to conduct both a scoping review and a systematic review. We undertook the scoping review to explore the educational approaches (topics and methods) that have been used in psychiatry residency programs worldwide to teach religion- or spirituality-related competencies, and we conducted the systematic review to evaluate the effectiveness of these approaches.

## Method

After consulting with research librarians, we developed a search protocol and registered it with PROSPERO (CRD42018093618), per Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines.<sup>34</sup> We searched 8 databases—Cochrane Library, EMBASE, ERIC, Lilacs, MEDLINE/PubMed, PsycARTICLES, PsycINFO, and Scopus—for articles published from inception to October 30, 2019. We used the following query to search English-based databases: (spiritual\* AND psychiatr\*) OR (religio\* AND psychiatr\*) AND (residency OR resident\*) AND (educa\* OR train\* OR teach\* OR instruct\* OR curricular\*).

At least 2 authors (D.B.H. and either F.H.A.d.O.e.O. or M.M.) screened all references identified by the search. We also searched Google Scholar and Web of Science using relevant keywords and the titles we identified in our initial search.

We included all references written in English, Spanish, or Portuguese (i.e., languages that at least 2 of us could read and understand without a translator). Included articles had to directly address S&R-related competencies and provide original data from training interventions for postgraduate psychiatry trainees or residents. We excluded references that contained only unpublished or duplicate data (e.g., 1 reference<sup>35</sup> was based upon duplicate data, so we did not include it in this review). All references were screened by at least 2 reviewers (D.B.H. and either F.H.A.d.O.e.O. or M.M.). Other reviewers (J.R.P., W.L.A.F., and A.M.-A.) were consulted in cases of disagreement, which were resolved by reaching a consensus.

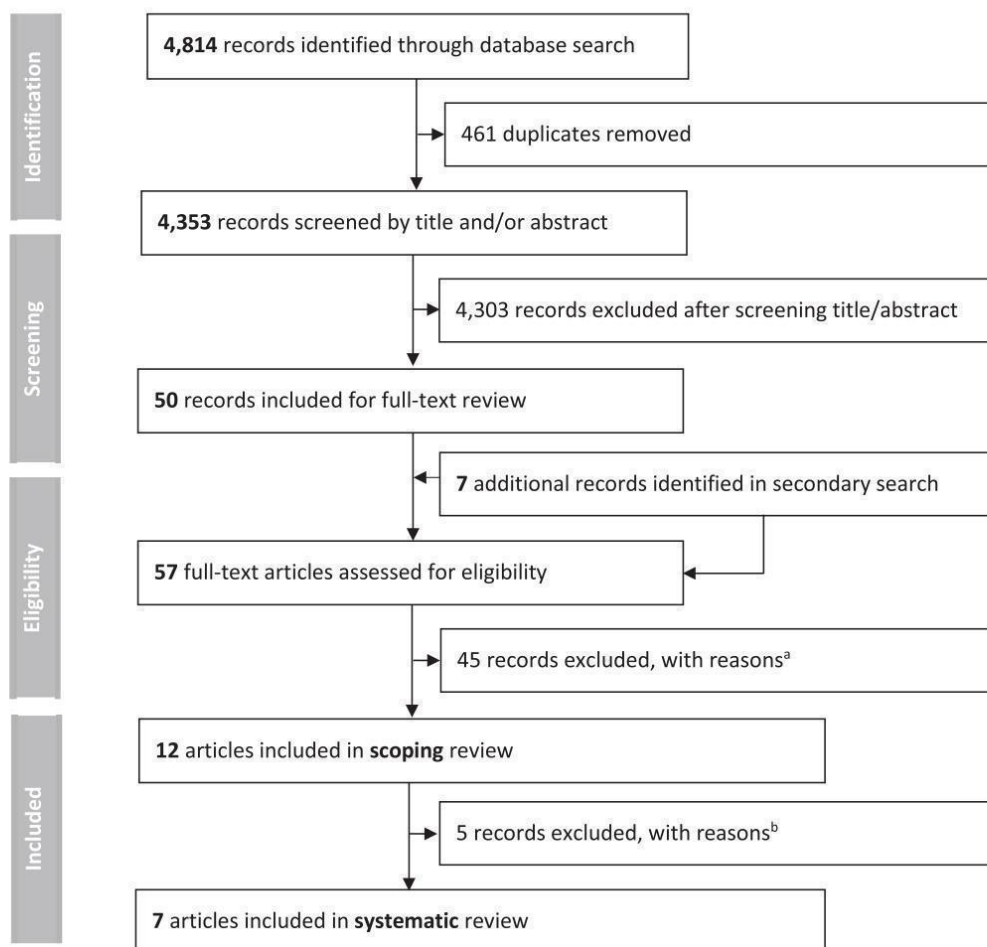
All references meeting the above criteria were included in the scoping review of topical emphases and teaching methods.<sup>36</sup> All references from the scoping review that included quantitative data reporting the effects of educational interventions on trainee competencies or patient-related outcomes were also included in the systematic review. We assessed the quality of studies included in the systematic review through the Systematic Assessment of Quality for Observational Research (SAQOR) study rating tool.<sup>37</sup> We performed no meta-analyses given the heterogeneity of the educational approaches and measures.

## Results

As shown in Figure 1, we identified 4,353 nonduplicate references for which we reviewed titles and/or abstracts. Of these, we determined that all but 50 either failed to meet inclusion criteria or met exclusion criteria. Using relevant keywords and titles from these 50 references, we then conducted secondary searches, from which we identified an additional 7 references meriting more thorough consideration. Next, we reviewed the full text of these 57 references. Twelve of these references met inclusion criteria for the scoping review,<sup>38–49</sup> and 7 of these 12 references met inclusion criteria for the systematic review.<sup>43–49</sup>

### Scoping review

**Curricular topics.** We identified 12 educational approaches (11 from the United States and/or Canada and 1 from Europe) that psychiatry residency programs have employed to teach S&R-related competencies to their



**Figure 1** Study selection per PRISMA guidelines.<sup>34</sup> Abbreviation: PRISMA, Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. <sup>a</sup>The authors excluded 45 records from the scoping review (at the eligibility stage) because they were written in a language other than English, Spanish, or Portuguese ( $n = 3$ ), because they did not directly address spiritual or religious competencies ( $n = 16$ ), and because they did not contain original data from training interventions for postgraduate psychiatry trainees ( $n = 26$ ). <sup>b</sup>The authors excluded 5 records from the systematic review because these 5 did not include quantitative data on the effects of education interventions on trainee competencies or patient-reported outcomes.

trainees. As shown in Supplemental Digital Appendix 1 (at <http://links.lww.com/ACADMED/B115>), nearly all these studies were published following the introduction of the 1996 Model Curriculum,<sup>31</sup> and all incorporated objectives and/or content specifically addressing competencies from that curriculum's 2 core modules: (1) Religion and Spirituality and Mental Health: An Introductory Overview and (2) Interviewing and Assessing Patients' Religious/Spiritual Practices, Beliefs, and Attitudes. Module 1 comprises 5

submodules, and nearly all 12 curricular approaches covered at least 4 of these. The remaining submodule, "potential ethical issues," was explicitly addressed by only 5 curricular approaches. Module 2 also comprises 5 submodules, and all 5 received coverage in nearly all the curricular approaches. The 1996 Model Curriculum's accessory modules and submodules received less consistent coverage, though 2 were addressed by most of the studies: collaborating with clergy ( $n = 11$ ) and consultation-liaison psychiatry ( $n = 7$ ).

Several programs addressed topics pertaining to S&R through the lifespan, including end of life ( $n = 4$ ) and sexuality ( $n = 3$ ). Otherwise, topics pertaining to specific population subgroups received limited coverage: childhood and adolescence ( $n = 3$ ), persons with substance use disorders ( $n = 3$ ), cult members ( $n = 1$ ), women ( $n = 0$ ), and abused persons ( $n = 0$ ). In addition to the original 11 modules of the 1996 Model Curriculum, we examined a twelfth module, Religious/Spiritual Issues in the Treatment of

Ethnic or Racial Minorities, which 2 of the 12 programs addressed.

**Teaching methods.** Our scoping review identified 31 unique teaching methods used to present the above topics. These are displayed in order of frequency in Supplemental Digital Appendix 2 (at <http://links.lww.com/ACADMED/B115>) but are grouped here by suitability<sup>50</sup> for instilling specific types of competencies:

- Cognitive, knowledge: All programs used lectures/didactics (n = 12). A few programs reported use of assigned readings (n = 4). No program reported use of online learning resources.
- Cognitive, problem-solving: No program reported use of peer teaching, team-based learning, or problem-based/inquiry-based learning. Some used real-life/supervised clinical experiences (e.g., visiting Alcoholics Anonymous meetings or religious centers [n = 2]).
- Affective, attitudinal: Most programs used discussion groups (n = 10). Several employed role modeling (e.g., observing spiritual history taking by a faculty member [n = 2]). No program reported use of reflective writing.
- Psychomotor, skills or competence: Role play activities and supervised clinical experiences were rare (n = 2). No program reported using simulation and artificial models, standardized patients, or audio/video review of learners.
- Psychomotor, behavioral or performance: No program reported audio/video review of learners or behavioral/environmental interventions.

Less frequently reported but notable teaching methods included book, film, or literature reviews (n = 3), 360° evaluation (n = 1), meetings with the program director (n = 1), dinners (n = 1), and a resident retreat (n = 1). One study reported that group supervision was important for resolving tensions between residents and patients.<sup>39</sup>

#### Systematic review

**Study characteristics.** Characteristics of the 7 articles included in the systematic review<sup>43-49</sup> are summarized in Table 1 and Supplemental Digital Appendix 3 at <http://links.lww.com/ACADMED/B115>.

**Participants.** The articles included in the systematic review represented an

estimated 218 psychiatry residents. Nearly all (n = 210, 96%) attended U.S. or Canadian training programs. Most studies did not report trainee demographics.

**Duration.** Two programs used a longitudinal curriculum spanning multiple years.<sup>45,48</sup> Four employed trainings of 6 hours or less.<sup>43,46,47,49</sup> The remaining program incorporated a 90-minute training session followed by multiple 10- to 40-minute interdisciplinary supervision sessions.<sup>44</sup>

**Assessment methods.** All programs used self-report survey tools with Likert or Likert-type response scales to evaluate the effect of curricular interventions on resident competencies. Two programs used versions of the 20-item Course Impact Questionnaire (CIQ). While the original version of this scale had limited reliability ( $\alpha < 0.70$  for subscales other than “personal, spiritual attitudes”),<sup>43</sup> a revised version of the scale had adequate internal validity ( $\alpha > 0.70$  for all subscales).<sup>47</sup> The subscale for “competency” in the revised CIQ consisted of 2 questions evaluating residents’ (1) perceived knowledge and skill level in taking a spiritual history and (2) their perceived knowledge of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)-IV diagnosis of “Religious or Spiritual Problem.” The revised version retained questions from the original CQI that assessed for changes in personal beliefs and attitudes and for changes in professional attitudes and practices (frequency of spiritual history taking, perceived barriers to discussing spiritual issues with patients, etc.).

Another program assessed trainees’ personal religiosity using a 10-question Likert scale with 3 subscales for which principal components analysis confirmed internal consistency ( $\alpha > 0.70$ ).<sup>49</sup>

Programs also used assessment instruments without known reliability. For example, the Spirituality Awareness in Residents Psychiatry Practice, a 29-item Likert scale instrument, evaluated changes in the attitudes and beliefs of psychiatrists about clergy and vice versa.<sup>46</sup> This assessment measured knowledge, skills, and attitudes (e.g., a clergy member’s training and skill set; indications for interdisciplinary referral).<sup>46</sup> The Attitudes and Beliefs Regarding Clergy and Psychiatrists, a

48-item Likert scale instrument, included questions relating to personal and professional attitudes toward S&R.<sup>48</sup>

Two studies incorporated assessments that did not derive from self-reported data. One program, undertaking a randomized controlled trial (RCT) in which trainees were taught spiritual interviewing and assessment, used both the therapist and patient versions of the Working Alliance Scale, along with various measures of clinical outcomes.<sup>44</sup> Another study used the 360° Resident Assessment which incorporated assessments from patients and faculty supervisors, chart review of trainees’ clinic notes, and trainees’ self-assessments (obtained via a Likert scale).<sup>45</sup>

**Associations between educational interventions and trainee competencies and/or patient outcomes.** All 7 of the studies in the systematic review<sup>43-49</sup> reported associations with measures of trainee competence, and of these, 2 studies<sup>44,45</sup> reported associations with patient outcome measures. We applied the SAQOR tool to evaluate the quality of each of the studies included in this systematic review (see Supplemental Digital Appendix 4 at <http://links.lww.com/ACADMED/B115>). Most of these were of low to moderate overall quality. The most common deficiencies we noted were in the areas of control/comparison groups, exposure/outcome measures, and data reporting.<sup>37</sup>

**Trainee competencies.** One U.S. study of relatively high quality reported on a 4-hour interdisciplinary workshop consisting of didactics, a panel discussion, and small-group, case-based discussions.<sup>49</sup> In total, 38 (75%) of 51 eligible residents completed the preworkshop survey, and only 19 completed both pre- and postworkshop surveys. Comparison of pre- and postworkshop data revealed that resident competency increased in all 3 subscales on a Likert-type scale ranging from 0 (lacking competence) to 5 (highest level of competence):

- willingness to conduct a spiritual assessment [attitude] (3.61  $\rightarrow$  3.99,  $P < .05$ ),
- willingness to collaborate with clergy [attitude] (2.98  $\rightarrow$  3.51,  $P < .01$ ), and
- perceived effect of religion on mental health care of African Americans [knowledge/attitude] (3.5  $\rightarrow$  3.93,  $P < .01$ ).

**Table 1**  
**Major Characteristics of Studies Included in a 2019 Systematic Review of the Literature on Spirituality and Religion in Psychiatric Residency Programs**

Characteristics	No. (%) of 7 studies <sup>a</sup>	No. (%) of 218 trainees <sup>a</sup>	Reference(s)
<b>Study characteristics</b>			
Geographic location			
United States	5 (71)	180 (83)	45–49
Canada	1 (14)	30 (14)	43
Europe	1 (14)	8 (4)	44
Study design			
Single-group, pretest and posttest	4 (57)	96 (44)	43,44,47,49
Single-group, posttest only	2 (29)	92 (42)	45,48
Two groups, pre- and posttest	1 (14)	30 (14)	46
Randomized controlled trial	1 (14)	8 (4)	44
Training duration			
Training spanning 1 year or less	5 (71)	92 (42)	43,44,46,47,49
Training spanning more than 1 year	2 (29)	126 (58)	45,48
Training opportunities			
Required course/training	6 (86)	210 (96)	43,45–49
Elective course/training	1 (14)	8 (4)	44
<b>Trainee characteristics<sup>b</sup></b>			
Level of training			
PGY 1–2	5 (71)	19+ (9+)	45–49
PGY 3+	7 (100)	47+ (22+)	43–49
Religious identity			
Christian (Protestant or Catholic)	3 (43)	51 (23)	46,48,49
Other religions (e.g., Hindu, Jewish, Muslim)	3 (43)	20 (9)	46,48,49
Not religious (e.g., atheist, agnostic)	3 (43)	21 (10)	46,48,49
NR	4 (57)	126 (58)	43–45,47
Gender			
Female	4 (57)	55 (25)	43,46,48,49
Male	4 (57)	47 (22)	43,46,48,49
NR	3 (43)	116 (53)	44,45,47
Age (years)			
Age 30 or greater	3 (43)	48 (22)	46,48,49
Age under 30	3 (43)	34 (16)	46,48,49
NR	4 (57)	136 (62)	43–45,47
Race			
Caucasian	2 (29)	51 (23)	46,49
African American	2 (29)	6 (3)	46,49
Other	2 (29)	11 (5)	46,49
NR	5 (71)	133 (61)	43–45,47,48
<b>Educator role</b>			
Chaplain	3 (43)	—	45,47,48
Clergy/Seminarian	4 (57)	—	38,45,46,49
Psychiatrist	7 (100)	—	43–49
Nonpsychiatrist physician	3 (43)	—	45,48,49
Nonphysician mental health provider	4 (57)	—	44–46,49

Abbreviations: PGY, postgraduate year; +, equal to or greater than; NR, not reported.

<sup>a</sup>Percentages under headings may not total to 100% because of rounding and because some persons or studies are classified under more than 1 descriptor; for example, the study by Huguélet and colleagues<sup>44</sup> is listed twice because it is classified as a randomized controlled trial with respect to patients but as a single-group, pre- and posttest study design with respect to trainees.

<sup>b</sup>These figures are estimates due to differences in reporting methods among studies. For example, in one study (by Stuck and colleagues),<sup>46</sup> demographic information (including gender, age, race, and religion) of 30 psychiatry trainees was reported in aggregate with 13 psychology interns. This same study reported using an age cutoff of 31 years old, which approximates the age cutoff of 30 years old used in 2 other studies.<sup>48,49</sup>

A strength of this study was the diversity of its participants: Well over a third ( $n = 16$ , 42.1%) identified as nonreligious (agnostic, atheist, unaffiliated), over a third (14, 36.8%) as Catholic/Christian, and less than a third (7, 18.4%) as Buddhist, Hindu, Jewish, or Muslim. Moreover, characteristics of trainees who completed all assessments did not materially differ from those who completed only the preintervention assessment.<sup>49</sup>

A Canadian program piloted a 6-hour mandatory course delivered over 6 sessions to 30 postgraduate year (PGY) 3–4 residents, of whom 22 completed pre- and posttraining intervention assessments.<sup>43</sup> A U.S. program delivered a similarly structured 6-hour mandatory course with an emphasis on “process-oriented discussion” for 20 PGY 3–4 psychiatry residents.<sup>47</sup> Both programs employed a version of the CIQ (described above), and psychiatry trainees in both programs reported significant improvements in knowledge and skill competencies ( $P < .001$ ).<sup>43,47</sup>

We determined that the remaining studies were of lower quality (i.e., exploratory, more useful for hypothesis generation than confirmation of hypotheses), generally because of a lack of adequate preintervention assessments and the use of assessment measures for which reliability was not established. Still, the findings in these studies generally concurred with those of the higher-quality studies. One study examined a longitudinal spirituality curriculum developed at Texas Tech University that was delivered to 12 psychiatry residents (comprising an entire residency class) throughout their PGY 1–3 years.<sup>48</sup> While the study lacked baseline assessment data, a majority of the residents reported that the curriculum expanded their appreciation of the nature of spirituality in practice (76.9%) and that their clinical expertise in matters of spirituality had increased (92.3%).<sup>48</sup> A survey of multiple classes of residents who participated in a vertically integrated spirituality curriculum at the University of South Carolina garnered a strong response rate ( $n = 80$ ).<sup>45</sup> Greater than 80% of the psychiatry trainees expressed favorable opinions of the training they received in S&R-related competencies, and none reported unfavorable responses toward the training program.<sup>45</sup> This

generally positive reception of S&R-related competency training was echoed in qualitative responses gathered alongside quantitative data in this<sup>45</sup> and other studies (see Supplemental Digital Appendix 3 at <http://links.lww.com/ACADMED/B115>). One program, which included a chaplaincy panel, won particular praise from trainees.<sup>47</sup>

Still, less-than-favorable responses to curriculum teaching S&R-related competencies were also reported. Some trainees criticized the 6-session process-oriented approach as presenting information “they already knew” and as being “overly vague and not practical enough.”<sup>47</sup> Nearly a third of the residents who completed the multiyear integrated curriculum teaching S&R-related competencies at Texas Tech University reported that the training had not been meaningful to them.<sup>48</sup> At the University of British Columbia, “course instructors indicated that several residents were somewhat hostile toward the introduction of [a course on S&R-related competencies] into the curriculum.”<sup>43</sup> Also, at the University of Geneva, trainees who had volunteered to participate in the RCT initially reported high levels of motivation for assessing their patients’ spirituality; however, supervisors observed that some trainees appeared disinterested with spiritual assessment, and, moreover, trainees’ overall enthusiasm for spiritual assessment appeared to wane over time.<sup>44</sup> Even so, there was a slight, numerical increase in trainees’ self-reported sense of competency (“adequate training to address [spiritual assessment] with patients”; median 4.0 → 4.5/10, statistical significance not reported) after study participation.<sup>44</sup>

**Patient outcomes.** Only 2 studies commented on patient outcomes. One U.S. study reported incorporating patient satisfaction questionnaires into its 360° Resident Assessments for PGY 1–5 trainees but did not publish detailed findings.<sup>45</sup> The European RCT, however, published detailed findings on the effect of trainee-administered spiritual assessment on a variety of patient outcomes.<sup>44</sup> In the latter study, the first 8 volunteers (of 11 eligible PGY 3–8 trainees) attended a brief didactic session on S&R-related competencies, after which they conducted a spiritual assessment of patients randomized into an intervention

group. Patients in the control group did not receive a spiritual assessment. The spiritual assessment was followed by interdisciplinary supervision sessions. The authors reported, at 3 months, no difference between the intervention group and the control group in the primary outcome, “treatment adherence and satisfaction with care, as measured by the strength of the therapeutic alliance.”<sup>44</sup> Moreover, no differences were found in assessments of patients’ medication adherence, positive and negative syndrome symptoms, global assessment of functioning, or quality of life.

Still, patients in the intervention group did fare significantly better than controls by 2 measures (1) willingness to ask for help (assessed by the Recovery Assessment Scale: both arms had equally high baseline scores, which fell off slightly but significantly [ $P = .04$ ] in the control group but were maintained in the intervention group at 3-month follow-up) and (2) attendance of clinical appointments during the follow-up period ( $P = .02$ ). Specifically, “only 3 patients (8%) in the intervention group ( $n = 42$ ) missed appointments during the 3-month follow-up, compared with 10 patients (26%) in the control group ( $n = 42$ ).”<sup>44</sup>

This study had several unique strengths, including randomization of the 84 consented patients (out of 117 recruited) into equally sized intervention and control groups, pre- and postintervention assessments of patients and trainees, and blinding of the psychologists who administered assessments.<sup>44</sup> While “[f]ive patients reported that their religious beliefs conflicted with their expectations for treatment,” the study authors reported that “[t]he assessment was well-tolerated by all patients.” Furthermore, the study’s generalizability to psychiatry residents was bolstered by its inclusion of “mostly young residents,” most of whom “had not received extensive training about the interface between culture and medicine.”<sup>44</sup>

## Discussion

We found 12 studies detailing training approaches that medical educators have employed to teach S&R competencies to psychiatry residents. All approaches included an overview of S&R as they relate to clinical care, as well as training in spiritual history taking

and assessment. Other topics (e.g., collaboration with clergy, treatment of substance use disorders) were less frequently addressed. Educational methods suitable for shaping attitudes (e.g., discussion groups) and instilling knowledge (e.g., lectures) were employed more frequently than those optimal for skills training (e.g., role play).

The 7 studies included in the systematic review were heterogeneous both in quality and in the assessment measures employed. Yet collectively, their results suggest that trainees perceived themselves as being more competent following exposure to the educational interventions. One European study reported that patients exposed to a trainee-administered spiritual assessment were significantly more adherent than controls in attending follow-up appointments and had otherwise noninferior outcomes.<sup>44</sup>

These findings largely echo prior reviews. Puchalski, Larson, and Lu summarized “general components” of 16 psychiatry residency programs awarded Templeton awards. They reported that curricula addressed “in-depth spiritual/religious/values assessment” and “major spiritual/religious traditions that physicians encounter,” and that the curricula sometimes covered other topics such as human development or treatment of substance use disorders.<sup>32</sup> Some programs supplemented traditional lectures with experiential learning approaches suitable for influencing attitudes (e.g., film, field trips, “spiritual” focus groups for patients with breast cancer) or for building skills (e.g., patient interviews, clinical rotations with hospital chaplains).<sup>32</sup> Similarly, Bowman surveyed relevant training offered worldwide at medical schools, postgraduate residency programs, and even psychology training programs.<sup>29</sup> She highlighted a study of 5 nonreligiously affiliated psychiatry residency programs that reported a “relationship ... between having either didactic ( $P < .005$ ) or supervision exposure ( $P < .001$ ) and psychiatry residents’ attitudes regarding the importance of spiritual and religious competencies in clinical settings.”<sup>29</sup> She acknowledged, however, that it was “not known if residents’ clinical skills increased along with their confidence.”<sup>29</sup>

While a detailed review of postgraduate training in S&R-related competencies among other medical specialties

is beyond the scope of this review, psychiatry clearly has the largest body of published literature in comparison with other medical specialties (and even relative to other health services disciplines such as psychology and social work).<sup>51</sup> The extent of the literature on S&R in psychiatric postgraduate medical training was rivaled only by literature on curricular approaches for teaching S&R-related competencies to medical students<sup>27</sup> (see Supplemental Digital Appendix 5 at <http://links.lww.com/ACADMED/B116>). LoboPrabhu and Lomax<sup>33</sup> paired 4 medical schools with 4 psychiatry residency programs. Distinguishing curricular approaches of the former included videotaped standardized patient interviews (65% passing rate), a test question incorporated into a written examination (94% correct), and a “6-hour on-call experience with a hospital chaplain.”<sup>33</sup> Citing causal modeling by Chibnall and Duckro,<sup>52</sup> they noted that “[g]reater exposure to issues of spirituality predicts a more positive student attitude toward spiritual and religious attitudes in medicine.”<sup>33</sup>

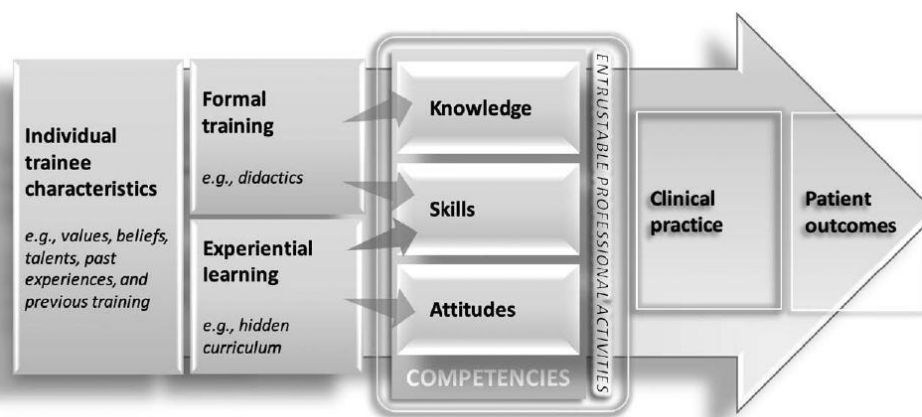
Clearly, surveys remain indispensable as a means of evaluating physician attitudes and beliefs. Importantly, survey results, along with training and

education, may predict practice patterns (see Figure 2).<sup>17,21,44,53–55</sup> For instance, survey data suggest that physicians were more likely to take spiritual histories from patients if they received relevant training in postgraduate settings,<sup>56</sup> while those who received this training only during medical school were less likely to do so.<sup>17,56</sup> Moreover, nonreligious physicians were found to be less likely to refer patients for religiously or spiritually oriented counseling.<sup>23</sup>

Despite the popularity of self-report surveys, there are reasons to question their validity as means of evaluating nonattitudinal dimensions of trainee competence.<sup>57,58</sup> For example, Musick and colleagues randomized 192 medical students—all of whom received didactic instruction on spirituality in medicine—to receive problem-based learning cases either with or without spirituality as a prominent theme.<sup>59</sup> While self-reported knowledge scores were higher in the group exposed to a case with spirituality as a prominent theme, both groups fared equally well when administered an exam in which they were required to write a spiritual history.<sup>59</sup>

We would therefore suggest supplementing trainee-administered self-assessment

measures with the broader range of objective, clinically based assessments now available to medical educators, such as observation of live or recorded clinical encounters,<sup>60</sup> therapy supervision (intra- and interdisciplinary),<sup>44,61,62</sup> patient surveys and chart reviews,<sup>44,45,63</sup> 360° evaluations,<sup>45,60</sup> standardized exams,<sup>54,60</sup> observed structured clinical evaluations (OSCEs),<sup>47,49,60,64</sup> and even Strategic Management Simulations designed to assess and enhance decision-making skills in complex and ambiguous clinical situations.<sup>60</sup> These additional assessment measures may be crucial to more objectively assessing residents’ skills and their understanding of key concepts (e.g., trainees’ flexibility in adapting the breadth and depth of their S&R assessment based on patients’ initial responses to brief screening questions<sup>65</sup>). Tools that do not rely on self-report are also more likely to measure residents’ specific factual knowledge<sup>60,66</sup> of the clinical relevance of the most common forms of S&R. Ideally, such tools would allow for standardized assessment of residents’ knowledge of the most prevalent S&R traditions globally and nationally while also including supplemental assessments to ensure more detailed knowledge of S&R traditions that are more prevalent regionally and locally.<sup>33,62</sup>



**Figure 2** Model for teaching spiritual and religious competencies to psychiatry residents. Whereas formal instruction such as didactics is thought to mainly influence knowledge competencies, experiential (nondidactic) training may be more effective for influencing attitudinal competencies.<sup>47</sup> EPAs consist of multiple distinct competency elements<sup>37</sup>; for example, taking a spiritual history without supervision consists of the following competencies: The attitude that taking a spiritual history may be relevant to the clinical care of some patients, the knowledge of what information is in a spiritual history, and the skills requisite to procure this information from patients. Competent execution of EPAs may affect patient outcomes (e.g., patient follow-up appointment attendance). Note: Some arrows are not shown (e.g., informal training also influences knowledge; physicians’ beliefs, preferences, and other individual characteristics may be associated with their attitudes and clinical practices<sup>19</sup>). Abbreviation: EPA, entrustable professional activities.

The highest-quality findings identified in this review came from the European RCT.<sup>44</sup> In this study, residents directly applied their training in S&R-related competencies to patient care with faculty oversight—a modality of learning that had previously been identified by residents as one of the most helpful educational experiences (second only to observation of peers or attendings) for the acquisition of ACGME competencies.<sup>67</sup> Moreover, the results of the RCT suggest that clinical care provided by residents who have received training in S&R-related competencies was well tolerated by the residents and may even correlate with improved appointment adherence among patients with serious mental illness.<sup>44</sup> Clearly, this research should be replicated in some form to ensure the latter finding is not simply a product of natural variation. Still, the finding is broadly consistent with other research suggesting a meaningful yet complex relationship between patient S&R and treatment adherence.<sup>68–73</sup>

With respect to topical coverage, the 1996 Model Curriculum has served as a useful guide for many educators over the last quarter century but is now due for revision to incorporate not only advances in medical education<sup>74</sup> but also more recent findings relating to spirituality, religion and health, and contemporary issues (e.g., issues specific to minority groups, immigrants, and persons with disabilities).<sup>49</sup> Indeed, research indicates that greater emphasis should be placed on working with specific population subgroups most likely to be encountered in the particular geographic regions where clinicians will be practicing.<sup>33,62</sup> Furthermore, only 3 studies reported addressing the role of spirituality or religion in substance use disorders, conditions that have long been leading causes of preventable deaths.<sup>75</sup> This lack of coverage seems especially regrettable given that spirituality is featured so centrally in effective treatments such as Alcoholics Anonymous and Twelve-Step Facilitation mutual help groups.<sup>76</sup> To facilitate the delivery of high-quality trainings addressing these topics, we suggest that additional funding be allocated for the development of online training modules (e.g., Pearce and Pargament's online module-based course, Spiritual Competency Training in Mental Health<sup>77</sup>) and for clinical decision support tools that could serve as standardized

training resources for use by medical trainees and educators.<sup>78,79</sup>

To our knowledge, this is the first scoping review and first systematic review to examine teaching S&R-related competencies to psychiatry residents. We identified a dozen studies, several of which were conducted with a fair degree of methodological rigor. The training programs represented in this study were almost exclusively located in the United States and Canada, which may limit this review's generalizability internationally; however, trainees from a variety of cultural backgrounds, nationalities, and S&R identities were included, and no studies were excluded solely because of language restrictions. The risk of selection bias among trainees was mitigated by surveying residents participating in required courses. The included studies reported generally robust response rates and no material differences between responders and nonresponders. We excluded case reports from our systematic review, as well as studies for which the primary emphasis was on the development of cultural competencies; however, post hoc examination of excluded studies<sup>24,33,35,64,80–88</sup> (see Supplemental Digital Appendix 5 at <http://links.lww.com/ACADMED/B116>) suggests that their inclusion would not have materially altered the core findings of this review.

For medical educators, researchers, policymakers, and other stakeholders, this review raises important questions meriting further inquiry. As shown in Figure 2, we hypothesize a causal pathway linking educational interventions, trainee competencies, clinical practice patterns, and, ultimately, patient outcomes. Furthermore, we noted that substantial overlap exists between the 1996 Model Curriculum and subsequent curricular approaches (a number of which explicitly cited it). We also observed that all but one of the identified studies were from the United States or Canada (where educational funding was made available); of 9 studies which reported funding sources, 6 received funding from the John Templeton Foundation.<sup>32,37,38,42,43,45</sup> These findings suggest the possibility that both the development of model curricula and the introduction of (even modest) funding sources may profoundly influence educational processes and even educational and patient outcomes. Clearly, further research is needed to assess the

plausibility of these hypotheses. But consistently demonstrable links between a model curriculum and/or funding and downstream outcomes (physician practices or attitudes and patient care) would bolster the case for adequately resourcing medical education more generally. Indeed, in a world afflicted by tragedies such as the COVID-19 pandemic and racial inequities,<sup>89–94</sup> any resource that enhances resilience, well-being, and coping among patients or health care workers—including S&R—merits consideration from trainees and educators alike.<sup>95,96</sup>

## Conclusions

Psychiatric education is increasingly focused on outcomes, yet processes and curricular content play important roles in shaping such outcomes. In the case of teaching S&R-related competencies to psychiatry residents, a relatively modest amount of award funding over the past 2 decades has catalyzed a broad-scale expansion of educational initiatives in the United States and Canada, and, likely, in turn, enhancements in perceived competence among psychiatry residents who experienced this training. Future studies should combine survey assessments of attitudinal change with more objective measures for evaluating resident knowledge and skill as well as patient outcomes.

*Acknowledgments:* The authors would like to express special appreciation, first, to research librarians from the Harvard Countway Library and Andover-Harvard Theological Library for their preliminary guidance on selecting databases, identifying keywords, and developing search strategies; and, second, to Jimena Tatiana Carreno-Galeano, MD, for her assistance with extracting data on curricular interventions for medical students and postgraduate trainees from selected studies.

*Funding/Support:* This work was conducted with support from Harvard Catalyst | The Harvard Clinical and Translational Science Center (National Center for Advancing Translational Sciences, National Institutes of Health Award UL1TR002541) and financial contributions from Harvard University and its affiliated academic health care centers.

*Other disclosures:* None reported.

*Ethical approval:* Reported as not applicable.

*Previous presentations:* David B. Hathaway, Alexander Moreira-Almeida, Wai Lun Alan Fung, and John R. Peteet presented some of the data provided here at the 2018 annual meeting of the American Psychiatric Association; May 9, 2018; New York, New York. Fabrício H. A. de Oliveira

## Review

e Oliveira and Wai Lun Alan Fung presented some of these findings at the World Psychiatric Association (WPA) International Congress on Spirituality and Psychiatry; December 3, 2019; Jerusalem, Israel.

**Disclaimers:** The content is solely the responsibility of the authors and does not necessarily represent the official views of Harvard Catalyst, Harvard University and its affiliated academic health care centers, or the National Institutes of Health.

**D.B. Hathaway** is attending physician, Department of Psychiatry, Brigham and Women's Hospital, and an instructor of psychiatry, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7271-0018>.

**F.H.A. de Oliveira e Oliveira** is psychiatrist and a PhD student, Center for Research in Spirituality and Health (NUPES), Universidade Federal de Juiz de Fora School of Medicine, Minas Gerais, Brazil; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5304-2835>.

**M. Mirhom** is co-director and a post-doctoral clinical fellow, Public Psychiatry Fellowship, Columbia University Department of Psychiatry, New York, New York; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0408-4056>.

**A. Moreira-Almeida** is associate professor of psychiatry and director, Center for Research in Spirituality and Health (NUPES), Universidade Federal de Juiz de Fora School of Medicine, Minas Gerais, Brazil; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9135-2532>.

**W.L.A. Fung** is research professor, Tyndale University, faculty member, University of Toronto Faculty of Medicine, medical director, Mount Sinai Hospital Wellness Centre, and attending physician, Department of Psychiatry, Mount Sinai Hospital and North York General Hospital, Toronto, Ontario, Canada; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7260-9163>.

**J.R. Peteet** is associate professor of psychiatry, Harvard Medical School, site director, Fellowship in Psychosocial Oncology and Palliative Care, Dana-Farber Cancer Institute, and attending physician, Department of Psychiatry, Brigham and Women's Hospital, Boston, Massachusetts; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5362-1765>.

## References

- Bhugra D, Tásman A, Pathare S, et al. The WPA-Lancet Psychiatry Commission on the future of psychiatry. *Lancet Psychiatry*. 2017;4:775–818.
- Abu-Raiya H, Pergament KI. On the links between religion and health: What has empirical research taught us? In: Cobb MR, Puchalski CM, Rumbold B, eds. *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*. New York, NY: Oxford University Press; 2012;333–339.
- Hackett C, Grim B, Stonawski M, Skirbekk V, Potančoková M, Abel G. The Global Religious Landscape: A Report on the Size and Distribution of the World's Major Religious Groups as of 2010. Washington, DC: Pew Research Center; 2012. <https://assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/11/2014/01/global-religion-full.pdf>. Accessed April 1, 2021.
- VanderWeele TJ, Li S, Tsai AC, Kawachi I. Association between religious service attendance and lower suicide rates among US women. *JAMA Psychiatry*. 2016;73:845–851.
- Koenig HG, King D, Carson VB. *Handbook of Religion and Health*. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2012.
- Li S, Stampfer MJ, Williams DR, VanderWeele TJ. Association of religious service attendance with mortality among women. *JAMA Intern Med*. 2016;176:777–785.
- Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012;2012:278730.
- Freud S. *Civilization and Its Discontents*. New York, NY: WW Norton; 2005.
- Larson DB, Thielman SB, Greenwald MA, et al. Religious content in the DSM-III-R glossary of technical terms. *Am J Psychiatry*. 1993;150:1884–1885.
- Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: Review of evidence and practical guidelines. *Braz J Psychiatry*. 2014;36:176–182.
- Collier KM, James CA, Saint S, Howell JD. Is it time to more fully address teaching religion and spirituality in medicine? *Ann Intern Med*. 2020;172:817–818.
- Moreira-Almeida A, Sharma A, van Rensburg BJ, Verhagen PJ, Cook CCH. WPA position statement on spirituality and religion in psychiatry. *World Psychiatry*. 2016;15:87–88.
- Peteet J, Abou-Allaban Y, Dell ML, et al. Resource document on religious/spiritual commitments and psychiatric practice. [https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Directories/Library-and-Archive/resource\\_documents/rd2006\\_Religion.pdf](https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Directories/Library-and-Archive/resource_documents/rd2006_Religion.pdf). Published 2006. Accessed April 1, 2021.
- Cook CCH. Recommendations for Psychiatrists on Spirituality and Religion: Position Statement PS03/2013. Discussion Paper. London, UK: Royal College of Psychiatrists. [https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/PS03\\_2013.pdf](https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/PS03_2013.pdf). Published November 2013. Accessed April 1, 2021.
- World Psychiatric Association. Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry. Yokohama, Japan: World Psychiatric Association; 2002.
- Accreditation Council for Graduate Medical Education. ACGME program requirements for graduate medical education in psychiatry. [https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/400\\_Psychiatry\\_2020.pdf?ver=2020-06-19-123110-817](https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/400_Psychiatry_2020.pdf?ver=2020-06-19-123110-817). Published Summer 2020. Accessed April 1, 2021.
- Saguil A, Fitzpatrick AL, Clark G. Are residents willing to discuss spirituality with patients? *J Relig Health*. 2011;50:279–288.
- Neeleman J, Persaud R. Why do psychiatrists neglect religion? *Br J Med Psychol*. 1995;68(pt 2):169–178.
- 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;44:446–453.
- Koenig HG. Religion and mental health: What should psychiatrists do? *Psychiatr Bull*. 2008;32:201–203.
- Lee E, Baumann K. German psychiatrists' observation and interpretation of religiosity/spirituality. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013;2013:280168.
- van Rensburg BJ, Szabo CP, Poggenpoel M, Myburgh C. Competence of medical students and residents in psychiatry regarding spirituality, at a South African school of clinical medicine. *Int J Psychiatry Med*. 2013;45:175–188.
- Welgemoed MA, van Staden C. Does religious identification of South African psychiatrists matter in their approach to religious matters in clinical practice? *S Afr J Psychiatr*. 2014;20:140–145.
- Freund H, Böhringer S, Utsch M, Hauth I. Religious beliefs and spirituality in medical residency: A survey among physicians in charge of training psychiatry and psychotherapy [in German]. *Nervenarzt*. 2018;89:539–545.
- Sansone RA, Khatain K, Rodenhauser P. The role of religion in psychiatric education: A national survey. *Acad Psychiatry*. 1990;14:34–38.
- Grabovac AD, Ganesan S. Spirituality and religion in Canadian psychiatric residency training. *Can J Psychiatry*. 2003;48:171–175.
- Lucchetti G, Lucchetti ALG, Puchalski CM. Spirituality in medical education: Global reality? *J Relig Health*. 2012;51:3–19.
- Weissman JS, Betancourt J, Campbell EG, et al. Resident physicians' preparedness to provide cross-cultural care. *JAMA*. 2005;294:1058–1067.
- Bowman ES. Teaching religious and spiritual issues. In Huguélet P, Koenig HG, eds. *Religion and Spirituality in Psychiatry*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2009;332–353.
- de Oliveira e Oliveira FHA, Peteet JR, Moreira-Almeida A. Religiosity and spirituality in psychiatry residency programs: Why, what, and how to teach? *Braz J Psychiatry*. 2021;43:424–429.
- Larson DB, Lu FG, Swyers JP. Model Curriculum for Psychiatry Residency Training Programs: Religion and Spirituality in Clinical Practice: A Course Outline. Rockville, MD: National Institute for Healthcare Research; 1997.
- Puchalski C, Larson DB, Lu FG. Spirituality in psychiatry residency training programs. *Int Rev Psychiatry*. 2001;13:131–138.
- LoboPrabhu S, Lomax J. The role of spirituality in medical school and psychiatry residency education. *Int J Appl Psychoanal Stud*. 2010;7:180–192.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *BMJ*. 2009;339:b2535.
- Kozak L, Gardiner L, Bezy E. Espiritualidad, religión y cultura: La introducción de estas áreas temáticas en programas de residencia médica psiquiátrica. *Psiquiatra Interpsiquis*. <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/espiritualidad-religion-cultura.pdf>. Published 2004. Accessed June 22, 2021.

- 36 Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: Advancing the methodology. *Implement Sci*. 2010;5:69.
- 37 Ross LE, Grigoriadis S, Mamisashvili L, et al. Quality assessment of observational studies in psychiatry: An example from perinatal psychiatric research. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2011;20:224–234.
- 38 Westendorp F. The interface of psychiatry and religion: A program for career training in psychiatry. *J Psychol Theol*. 1982;10:22–1027.
- 39 Targ E. A curriculum on spirituality, faith, and religion for psychiatry residents. *Psychiatr Ann*. 1999;29:485–488.
- 40 McCarthy MK, Peteet JR. Teaching residents about religion and spirituality. *Harv Rev Psychiatry*. 2003;11:225–228.
- 41 Kozak L, Boynton L, Bentley J, Bezy E. Introducing spirituality, religion and culture curricula in the psychiatry residency programme. *Med Humanit*. 2010;36:48–51.
- 42 Galanter M, Dermatis H, Talbot N, McMahon C, Alexander MJ. Introducing spirituality into psychiatric care. *J Relig Health*. 2011;50:81–91.
- 43 Grabovac A, Clark N, McKenna M. Pilot study and evaluation of postgraduate course on "the interface between spirituality, religion and psychiatry". *Acad Psychiatry*. 2008;32:332–337.
- 44 Huguélet P, Mohr S, Betrisey C, et al. A randomized trial of spiritual assessment of outpatients with schizophrenia: Patients' and clinicians' experience. *Psychiatr Serv*. 2011;62:79–86.
- 45 Campbell N, Stuck C, Frinks L. Spirituality training in residency: Changing the culture of a program. *Acad Psychiatry*. 2012;36:56–59.
- 46 Stuck C, Campbell N, Bragg J, Moran R. Psychiatry in the deep south: A pilot study of integrated training for psychiatry residents and seminary students. *Acad Psychiatry*. 2012;36:51–55.
- 47 Awaad R, Ali S, Salvador M, Bandstra B. A process-oriented approach to teaching religion and spirituality in psychiatry residency training. *Acad Psychiatry*. 2015;39:654–660.
- 48 McGovern TF, McMahon T, Nelson J, Bundoc-Baronia R, Giles C, Schmidt V. A descriptive study of a spirituality curriculum for general psychiatry residents. *Acad Psychiatry*. 2017;41:471–476.
- 49 Kelley FR, Haas GL, Felber E, Travis MJ, Davis EM. Religious community partnerships: A novel approach to teaching psychiatry residents about religious and cultural factors in the mental health care of African-Americans. *Acad Psychiatry*. 2019;43:300–305.
- 50 Thomas PA, Kern DE, Hughes MT, Chen BY. *Curriculum Development for Medical Education: A Six-Step Approach*. Baltimore, MD: JHU Press; 2016.
- 51 Vieten C, Scammell S. *Spiritual and Religious Competencies in Clinical Practice: Guidelines for Psychotherapists and Mental Health Professionals*. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2015.
- 52 Chibnall JT, Duckro PN. Does exposure to issues of spirituality predict medical students' attitudes toward spirituality in medicine? *Acad Med*. 2000;75:661.
- 53 Artino AR Jr, Durning SJ, Sklar DP. Guidelines for reporting survey-based research submitted to academic medicine. *Acad Med*. 2018;93:337–340.
- 54 Ross DA, Rohrbaugh R. Integrating neuroscience in the training of psychiatrists: A patient-centered didactic curriculum based on adult learning principles. *Acad Psychiatry*. 2014;38:154–162.
- 55 Baetz M, Griffin R, Bowen R, Marcoux G. Spirituality and psychiatry in Canada: Psychiatric practice compared with patient expectations. *Can J Psychiatry*. 2004;49:265–271.
- 56 Rasinski KA, Kalad YG, Yoon JD, Curlin FA. An assessment of US physicians' training in religion, spirituality, and medicine. *Med Teach*. 2011;33:944–945.
- 57 Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Van Harrison R, Thorpe KE, Perrier L. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: A systematic review. *JAMA*. 2006;296:1094–1102.
- 58 Gozu A, Beach MC, Price EG, et al. Self-administered instruments to measure cultural competence of health professionals: A systematic review. *Teach Learn Med*. 2007;19:180–190.
- 59 Musick DW, Cheever TR, Quinlivan S, Nora LM. Spirituality in medicine: A comparison of medical students' attitudes and clinical performance. *Acad Psychiatry*. 2003;27:67–73.
- 60 Swick S, Hall S, Beresin E. Assessing the ACGME competencies in psychiatry training programs. *Acad Psychiatry*. 2006;30:330–351.
- 61 Bienenfeld D, Yager J. Issues of spirituality and religion in psychotherapy supervision. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2007;44:178–186.
- 62 Blass DM. A pragmatic approach to teaching psychiatry residents the assessment and treatment of religious patients. *Acad Psychiatry*. 2007;31:25–31.
- 63 Keenan CR, Nguyen HH, Srinivasan M. Electronic medical records and their impact on resident and medical student education. *Acad Psychiatry*. 2006;30:522–527.
- 64 Lim RF, Luo JS, Suo S, Hales RE. Diversity initiatives in academic psychiatry: Applying cultural competence. *Acad Psychiatry*. 2008;32:283–290.
- 65 Hathaway W, Scott SA, Garver SA. Assessing religious/spiritual functioning: A neglected domain in clinical practice? *Prof Psychol Res Pr*. 35:97–104.
- 66 Kattan W, Talwar V. Psychiatry residents' attitudes toward spirituality in psychiatry. *Acad Psychiatry*. 2013;37:360–362.
- 67 Guerrero LR, Baillie S, Wimmers P, Parker N. Educational experiences residents perceive as most helpful for the acquisition of the ACGME competencies. *J Grad Med Educ*. 2012;4:176–183.
- 68 Hebert RS, Jenkes MW, Ford DE, O'Connor DR, Cooper LA. Patient perspectives on spirituality and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med*. 2001;16:685–692.
- 69 Kretchy I, Owusu-Daaku F, Danquah S. Spiritual and religious beliefs: Do they matter in the medication adherence behaviour of hypertensive patients? *Biopsychosoc Med*. 2013;7:15.
- 70 Borrás L, Mohr S, Brandt PY, Gilliéron C, Eytan A, Huguélet P. Religious beliefs in schizophrenia: Their relevance for adherence to treatment. *Schizophr Bull*. 2007;33:1238–1246.
- 71 Zagożdżon P, Wrotkowska M. Religious beliefs and their relevance for treatment adherence in mental illness: A review. *Religions*. 2017;8:150.
- 72 Badanta-Romero B, de Diego-Cordero R, Rivilla-García E. Influence of religious and spiritual elements on adherence to pharmacological treatment. *J Relig Health*. 2018;57:1905–1917.
- 73 Kendrick HM. Are religion and spirituality barriers or facilitators to treatment for HIV? A systematic review of the literature. *AIDS Care*. 2017;29:1–13.
- 74 Verduin ML, Boland RJ, Guthrie TM. New directions in medical education related to psychiatry. *Int Rev Psychiatry*. 2013;25:338–346.
- 75 Bauer UE, Briss PA, Goodman RA, Bowman BA. Prevention of chronic disease in the 21st century: Elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *Lancet*. 2014;384:45–52.
- 76 Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;3:CD012880.
- 77 Pearce M, Pargament K. Spiritual competency training in mental health. edX. <https://www.edx.org/course/spiritual-competency-training-in-mental-health>. Published 2020. Accessed April 1, 2021.
- 78 Leung GM, Johnston JM, Tin KYK, et al. Randomised controlled trial of clinical decision support tools to improve learning of evidence based medicine in medical students. *BMJ*. 2003;327:1090.
- 79 Torous J, Franzan J, O'Connor R, et al. Psychiatry residents' use of educational websites: A pilot survey study. *Acad Psychiatry*. 2015;39:630–633.
- 80 Azarnik S, Seddigh R, Keshavarz-Akhalghi A-A, Memaryan N. Educational resources of psychiatry residency about spirituality in Iran: A qualitative study. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2015;21:175–186.
- 81 Tait GR, Hodges BD. End-of-life care education for psychiatric residents: Attitudes, preparedness, and conceptualizations of dignity. *Acad Psychiatry*. 2009;33:451–456.
- 82 Waldfoegel S, Wolpe PR, Shmueli Y. Religious training and religiosity in psychiatry residency programs. *Acad Psychiatry*. 1998;22:29–35.
- 83 Harland R, Antonova E, Owen GS, et al. A study of psychiatrists' concepts of mental illness. *Psychol Med*. 2009;39:967–976.
- 84 Beder M, Batke A, Hamer D, Munshi A, Nefsky C, Pink D. The Transcultural Psychiatry Reading Group: A learner-led approach to cultural psychiatry. *Acad Psychiatry*. 2015;39:703–705.
- 85 González Menéndez R. Lo cultural y lo espiritual en la formación médica: Apreciaciones de estudiantes de 5to. año de Medicina. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2004;20.

- 86 Preston RA. Landmarks in the relations of psychiatry and religion. *Bull Menninger Clin.* 1955;19:191–198.
- 87 Padilla A, Benjamin S, Lewis-Fernandez R. Assessing cultural psychiatry milestones through an objective structured clinical examination. *Acad Psychiatry.* 2016;40:600–603.
- 88 Roskes EJ, Dixon L, Lehman A. A survey of the views of trainees in psychiatry regarding religious issues. *Ment Health Relig Cult.* 1998;1:45–55.
- 89 Galea S, Abdalla SM. COVID-19 pandemic, unemployment, and civil unrest: Underlying deep racial and socioeconomic divides. *JAMA.* 2020;324:227–228.
- 90 Liu SR, Modir S. The outbreak that was always here: Racial trauma in the context of COVID-19 and implications for mental health providers. *Psychol Trauma.* 2020;12:439–442.
- 91 Cheah CSL, Wang C, Ren H, Zong X, Cho HS, Xue X. COVID-19 racism and mental health in Chinese American families. *Pediatrics.* 2020;146:e2020021816.
- 92 Serchen J, Doherty R, Atiq O, Hilden D. Racism and health in the United States: A policy statement from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2020;173:556–557.
- 93 White-Davis T, Edgoose J, Brown Speights JS, et al. Addressing racism in medical education: An interactive training module. *Fam Med.* 2018;50:364–368.
- 94 McGinty EE, Presskreischer R, Han H, Barry CL. Psychological distress and loneliness reported by US Adults in 2018 and April 2020. *JAMA.* 2020;324:93–94.
- 95 Chen Y, Koh HK, Kawachi I, Botticelli M, VanderWeele TJ. Religious service attendance and deaths related to drugs, alcohol, and suicide among US health care professionals. *JAMA Psychiatry.* 2020;77:737–744.
- 96 Peteet JR. COVID-19 anxiety. *J Relig Health.* 2020;59:2203–2204.

#### Reference cited only in Figure 2

- 97 Meyer EG, Chen HC, Uijtdehaage S, Durning SJ, Maggio LA. Scoping review of entrustable professional activities in undergraduate medical education. *Acad Med.* 2019;94:1040–1049.

**Anexo R – Artigo submetido: Brief Communication**

(retirado)