

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

THAÍS SANCHES SILVA

A Terapia Cognitivo-Comportamental com Influência Religiosa:
uma revisão sistemática

São Paulo
2023

THAÍS SANCHES SILVA

**A Terapia Cognitivo-Comportamental com Influência Religiosa:
uma revisão sistemática**

Versão Corrigida

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Área de Concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto

São Paulo

2023

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL
DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU
ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE
CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São
Paulo Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Sanches Silva , Thaís

A Terapia Cognitivo-Comportamental com Influência Religiosa: uma
revisão sistemática / Thaís Sanches Silva ; orientador Francisco Lotufo Neto.
-- São Paulo, 2023.

135 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Clínica) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2023.

1. Terapia Cognitiva. 2. Religião. 3. Espiritualidade. I. Lotufo Neto,
Francisco, orient. II. Título.

Nome: SILVA, Thaís Sanches

Título: A Terapia Cognitivo-Comportamental com Influência Religiosa: uma revisão sistemática

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento _____

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir experimentar sua presença amorosa nesses anos de estudo, podendo observar os frutos de sua criação por meio da ciência.

Aos meus pais, João e Rosana, por todo apoio e compreensão, por sempre me ensinarem que o amor se demonstra em atitudes.

Ao meu orientador, Professor Doutor Francisco Lotufo Neto, pela paciência, respeito e consideração com que fui contemplada realizando esta pesquisa.

À colega de pesquisa, Viviane Catini Nishiyama, pela seriedade, dedicação e companhia.

À minha irmã, Flávia, pela amizade, incentivo e colaboração.

Ao meu namorado, Anderson, obrigada por me permitir experimentar a graça de Deus todos os dias desde que nos encontramos.

Ao Cláudio, meu amigo e irmão, por validar minhas capacidades com amor genuíno.

Aos meus amigos e amigas, Mateus, Mayke, Carolina, Maíra, Renata Alves, Renata Astride, Juliana, Sieber, Daniele e Lidiane, por acreditarem em mim e pelas palavras de compreensão e incentivo durante este percurso.

A Mônica Huang e Erika Nakano por todo auxílio e companhia.

Às bibliotecárias do Instituto de Psicologia e do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo, pela disponibilidade e presteza.

RESUMO

SILVA, T. S. **A Terapia Cognitivo-Comportamental com Influência Religiosa**: uma revisão sistemática. 2023. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

Há um aumento de estudos da Terapia Cognitivo-Comportamental integrada com religiosidade/espiritualidade. Muitas pessoas mostram interesse em ter estes aspectos da vida atendidos durante seus tratamentos. Os objetivos desta pesquisa são apresentar revisão sistemática da literatura sobre o impacto da Terapia Cognitivo-Comportamental Religiosa sobre a saúde mental; se apresenta bons resultados e se estes são superiores à TCC convencional; e verificar a qualidade científica desses estudos. Foram consultadas as seguintes bases de dados, com as respectivas quantidades de artigos encontradas em cada uma delas: 29 na LILACS; 583 na PsycInfo; quatro na PePSIC; seis na Scielo; 812 na Scopus; 398 na Web of Science; zero na WHOLIS; 594 na Pubmed /Medline; e 45 na Cochrane – totalizando 2471 estudos. Os 30 estudos incluídos nesta pesquisa trabalharam com depressão, ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, estresse, qualidade de vida, aumento do Coping Religioso/Espiritual positivo e diminuição no Coping Religioso/Espiritual negativo. A grande maioria dos estudos demonstra melhora nos sintomas dos participantes, embora tenham sido encontradas falhas metodológicas em quantidade considerável destes estudos, assinaladas a partir do uso do sistema *Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation*. Há estudos que demonstraram resultados equivalentes entre a Terapia Cognitivo-Comportamental convencional e a Terapia Cognitivo-Comportamental Religiosa, de modo que não se pode afirmar a superioridade daquela em relação à esta.

Palavras-chave: Terapia Cognitiva. Religião. Espiritualidade.

ABSTRACT

SILVA, T. S. **Cognitive-behavioral therapy with religious influence**: a systematic review. 2023. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

There is an increase in studies of Cognitive-Behavioral Therapy integrated with religiosity/spirituality. Many people show an interest in having these aspects of life taken care of during their treatments. The objectives of this research are to present a systematic review of the literature on the impact of Religious Cognitive-Behavioral Therapy on mental health; whether it presents good results and whether these are superior to conventional CBT; and verify the scientific quality of these studies. The following databases were consulted, with the respective number of articles found in each of them: 29 in LILACS; 583 at PsycInfo; four at PePSIC; six at Scielo; 812 on Scopus; 398 on the Web of Science; zero in WHOLIS; 594 in Pubmed/Medline; and 45 in Cochrane – totaling 2471 studies. The 30 studies included in this research worked with depression, anxiety, obsessive-compulsive disorder, stress, quality of life, increased positive Religious/Spiritual Coping and decreased negative Religious/Spiritual Coping. The vast majority of studies show improvement in the participants' symptoms, although methodological flaws were found in a considerable number of these studies, identified from the use of the Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation system. There are studies that have shown equivalent results between conventional Cognitive-Behavioral Therapy and Religious Cognitive-Behavioral Therapy, so that one cannot assert the superiority of the former over the latter.

Keywords: Cognitive Therapy. Religion. Spirituality, Systematic Review.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Aplicação da estratégia PICOT	44
Tabela 2 - Motivos pelos quais os 260 estudos foram excluídos desta pesquisa com a quantidade correspondente	49
Tabela 3 - Quantidade de estudos para cada desfecho selecionado no estudo, com indicação da quantidade de estudos de acordo com o seu tipo e o total.....	50
Tabela 4 - Estudos sobre depressão, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como trabalharam-se R/E	52
Tabela 5 - Avaliação da evidência indireta dos ensaios clínicos randomizados cujo desfecho foi melhora na depressão	56
Tabela 6 - Estudos sobre ansiedade, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como trabalharam-se R/E	58
Tabela 7 - Avaliação da evidência indireta dos ensaios clínicos randomizados cujo desfecho foi melhora na ansiedade	60
Tabela 8 - Estudos sobre TOC, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como trabalharam-se R/E	62
Tabela 9 - Avaliação da evidência indireta dos ensaios clínicos randomizados cujo desfecho foi melhora nos sintomas de TOC	63
Tabela 10 - Estudos sobre estresse, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como trabalharam-se R/E	65
Tabela 11 - Avaliação da evidência indireta dos ensaios clínicos randomizados cujo desfecho foi redução no estresse	66
Tabela 12 - Estudos sobre qualidade de vida, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como trabalharam-se R/E	68
Tabela 13 - Avaliação da evidência indireta dos ensaios clínicos randomizados cujo desfecho foi melhora na qualidade de vida	69
Tabela 14 - Estudos sobre <i>Coping</i> Religioso Espiritual positivo, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como trabalharam-se R/E	71
Tabela 15 - Avaliação da evidência indireta dos ensaios clínicos randomizados cujo desfecho foi aumento do <i>Coping</i> Religioso Espiritual positivo	72
Tabela 16 - Estudos sobre <i>Coping</i> Religioso Espiritual negativo, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como trabalharam-se R/E	74
Tabela 17 - Avaliação da evidência indireta dos ensaios clínicos randomizados cujo desfecho foi diminuição do <i>Coping</i> Religioso Espiritual negativo	75

Tabela 18 - Estudos sobre depressão, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como trabalharam-se R/E	77
Tabela 19 - Avaliação da evidência indireta dos ensaios clínicos não randomizados e semiexperimental cujo desfecho foi melhora na depressão	79
Tabela 20 - Estudos sobre ansiedade, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como trabalharam-se R/E	81
Tabela 21 - Avaliação da evidência indireta dos ensaios clínicos não randomizados, de grupo único e semiexperimentais cujo desfecho foi melhora na ansiedade	83
Tabela 22 - Estudo sobre TOC, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como se trabalhou R/E	85
Tabela 23 - Avaliação da evidência indireta do ensaio clínico de grupo único, cujo desfecho foi melhora nos sintomas de TOC	86
Tabela 24 - Estudo sobre estresse, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como se trabalhou R/E	87
Tabela 25 - Avaliação da evidência indireta do ensaio clínico não randomizado, cujo desfecho foi redução no estresse	88
Tabela 26 - Estudos sobre qualidade de vida, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como trabalharam-se R/E	90
Tabela 27 - Avaliação da evidência indireta dos ensaios clínicos não randomizados, de grupo único e semiexperimentais, cujo desfecho foi melhora na qualidade de vida	91
Tabela 28 - Estudos sobre <i>Coping</i> Religioso Espiritual positivo, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como trabalharam-se R/E	93
Tabela 29 - Avaliação da evidência indireta do ensaio clínico não randomizado e de grupo único, cujo desfecho foi aumento do <i>Coping</i> Religioso Espiritual positivo	94
Tabela 30 - Estudos sobre <i>Coping</i> Religioso Espiritual negativo, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como trabalharam-se R/E	96
Tabela 31 - Avaliação da evidência indireta dos ensaios clínicos não randomizados, de grupo único e semiexperimentais, cujo desfecho foi diminuição do <i>Coping</i> Religioso Espiritual negativo	97

LISTA DE SIGLAS

ABRAPE	Associação Brasileira de Psicólogos Espíritas
ACT	Acceptance and Commitment Therapy
APA	American Psychological Association
BDI	Beck Depression Inventory
BIAC	Belief into Action
CPPC	Corpo de Psicólogos e Psiquiatras Cristãos
CMT	Christian Mindfulness Training
CRE	Coping Religioso Espiritual
DASS-D	Depression Anxiety and Stress Scale – Depression
DSM-5-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision
GRADE	Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IcaPP	Instituto Católico de Psicologia e Pesquisa
InterPsi	Laboratório de Estudos Psicossociais – crença, subjetividade, cultura e saúde
ITA	Instituto Acolher
JCOPE	Jewish Religious Coping
K-10	Kessler-10
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MT	Conventional Mindfulness Training
NRC	Negative Religious Coping
OMS	Organização Mundial de Saúde
PePSIC	Periódicos Eletrônicos de Psicologia
PICOT	Acrônimo em que P: significa população; I: intervenção; C: comparador; O: outcomes (desfechos); e T: tipos de estudo
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses

PROSPERO	International Prospective Register of Sistematic Reviews
PubMed/MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrievel System Online
R/E	Religiosidade/Espiritualidade
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SIPT	Spiritually Integrated Psychotherapy
SIT	Spiritually Integrated Psychotherapy
SO-TF-CBT	Spiritually Oriented Trauma-Focused Cognitive–Behavioral Therapy
SSPR	Spiritual Strategies for Psychosocial Recovery
TC	Terapia Cognitiva
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCCc	Terapia Cognitivo-Comportamental computadorizada
TCCR	Terapia Cognitivo-Comportamental Religiosa
TCR	Terapia Cognitiva Religiosa
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
TREC	Terapia Racional Emotiva Comportamental
WHOLIS	World Health Organization Information System
WHOQOL-SRPB	World Health Organization's Quality of Life Instrument - Spirituality, Religion and Personal Beliefs
WOS	Web of Science
WPA	World Psychiatric Association

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Religião, religiosidade e espiritualidade	19
1.1.1	Religião	19
1.1.2	Religiosidade	21
1.1.3	Espiritualidade	21
1.2	A psicoterapia com influência religiosa	22
1.2.1	A Terapia Cognitivo-Comportamental com influência religiosa	24
1.3	Função psicológica da religião	31
1.4	O Conceito de <i>Coping</i>	32
1.4.1	Breve histórico do termo <i>coping</i>	34
1.4.2	O Conceito de <i>Coping</i> Religioso/Espiritual	35
1.4.3	Instrumentos que avaliam o <i>Coping</i> Religioso/Espiritual	36
1.5	Saúde mental, religiosidade e espiritualidade	37
1.5.1	Saúde mental	38
1.5.1.1	Depressão	38
1.5.1.2	Ansiedade	39
1.5.1.3	Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT)	39
1.5.1.4	Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)	40
1.5.1.5	Estresse	40
1.5.1.6	Qualidade de vida	41
1.6	Justificativa	42
1.7	Objetivos	42
1.7.1	Objetivo geral	42
1.7.2	Objetivos específicos	42
2	DESENVOLVIMENTO DA REVISÃO DA LITERATURA	43
2.1	Abordagem metodológica	43
2.1.1	Revisão sistemática da literatura seguindo a recomendação PRISMA	43
2.1.2	<i>Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation</i>	43
2.2	Pergunta de pesquisa	43
2.3	Protocolo e registro	44
2.4	Critérios de elegibilidade	44
2.4.1	Critérios de inclusão	44

2.4.2 Critérios de exclusão.....	45
2.5 Identificação dos estudos.....	45
2.6 Buscas eletrônicas	45
2.7 Uso do Sistema <i>Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation</i> (GRADE).....	47
2.8 Desfechos	47
2.9 Resultados	47
2.9.1 Seleção dos estudos	47
2.9.2 Ensaio clínico randomizado.....	50
2.9.2.1 Estudos sobre depressão.....	50
2.9.2.1.1 Risco de viés.....	55
2.9.2.1.2 Inconsistência	55
2.9.2.2 Estudos sobre ansiedade.....	57
2.9.2.2.1 Risco de viés.....	59
2.9.2.2.2 Inconsistência	60
2.9.2.3 Estudos sobre TOC.....	62
2.9.2.3.1 Risco de viés.....	63
2.9.2.3.2 Inconsistência	63
2.9.2.4 Estudos sobre estresse.....	64
2.9.2.4.1 Risco de viés.....	65
2.9.2.4.2 Inconsistência	66
2.9.2.5 Estudos sobre qualidade de vida.....	67
2.9.2.5.1 Risco de viés.....	69
2.9.2.5.2 Inconsistência	69
2.9.2.6 Estudos sobre <i>Coping</i> Religioso Espiritual Positivo.....	70
2.9.2.6.1 Risco de viés.....	72
2.9.2.6.2 Inconsistência	72
2.9.2.7 Estudos sobre <i>Coping</i> Religioso Espiritual Negativo.....	73
2.9.2.7.1 Risco de viés.....	75
2.9.2.7.2 Inconsistência	75
2.9.3 Ensaio clínico não randomizado, de grupo único e semiexperimentais	76
2.9.3.1 Estudos sobre depressão.....	77
2.9.3.1.1 Risco de viés	78
2.9.3.1.2 Inconsistência	79

2.9.3.2 Estudos sobre ansiedade	80
2.9.3.2.1 Risco de viés	82
2.9.3.2.2 Inconsistência	83
2.9.3.3 Estudo sobre TOC	84
2.9.3.3.1 Risco de viés	85
2.9.3.3.2 Inconsistência	85
2.9.3.4 Estudos sobre estresse	87
2.9.3.4.1 Risco de viés	87
2.9.3.4.2 Inconsistência	88
2.9.3.5 Estudos sobre qualidade de vida	89
2.9.3.5.1 Risco de viés	90
2.9.3.5.2 Inconsistência	90
2.9.3.6 Estudos sobre <i>Coping</i> Religioso Espiritual Positivo	92
2.9.3.6.1 Risco de viés	94
2.9.3.6.2 Inconsistência	94
2.9.3.7 Estudos sobre <i>Coping</i> Religioso Espiritual Negativo	95
2.9.3.7.1 Risco de viés	96
2.9.3.7.2 Inconsistência	96
2.9.4 Síntese dos resultados	98
2.10 Discussão	98
2.10.1 O impacto da Terapia Cognitivo-Comportamental Religiosa sobre a saúde mental	98
2.10.2 Integração da religiosidade/ espiritualidade na Terapia Cognitivo- Comportamental	101
2.10.3 Qualidade dos estudos sobre Terapia Cognitivo-Comportamental que trabalham com religiosidade/ espiritualidade	103
2.10.4 Limitações e pontos fortes deste estudo	104
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
REFERÊNCIAS	107
ANEXOS	120

1 INTRODUÇÃO

Houve um aumento de estudos sobre Religiosidade/Espiritualidade (R/E) na área da Saúde e na Psicologia (Harrison *et al.*, 2001; Koenig, King e Carson 2012), e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) acompanhou este movimento nas últimas décadas (PROPST, 1992; ROSMARIN, 2018).

Por exemplo, Pargament (1997) apresentou a religião como um importante recurso para lidar com estresse e McCrae (1984), em seus dois estudos sobre como as situações de perdas, ameaças ou desafios influenciam a escolha dos mecanismos de enfrentamento, afirma que as pessoas buscam a religião diante de situações de sofrimento e também no seu dia a dia, por meio de músicas, orações, contemplação das belezas da natureza e reflexões em silêncio.

Também o estudo de Harrison *et al.*, (2001) mostrou que a religião pode contribuir para níveis menores de sofrimento emocional, melhor saúde física, bem-estar psicológico, comportamentos promotores de saúde e sentimentos de eficácia.

Pargament (2007) ilustrou um dos capítulos de seu livro “Spiritually Integrated Psychotherapy: Understanding and Addressing the Sacred” com o relato do atendimento de uma paciente deprimida. Quando, em uma das sessões, a paciente se questiona sobre quando terminará o seu sofrimento, o autor identifica nisso um tom espiritual, uma vez que ela havia revelado que era frequentadora de um serviço religioso. Ele pergunta se a paciente gostaria de abordar essas questões em seu tratamento, ao que ela responde afirmativamente.

Então, temas R/E foram abordados e Pargament (2007) identificou melhoras na paciente como maior consciência sobre suas capacidades, maior senso de esperança em relação ao futuro, menor intensidade no humor deprimido e idas ao hospital cada vez mais raras.

A partir disso, assinalou que abordar temas R/E no processo de psicoterapia, quando da vontade do paciente, pode levar a impactos em outros aspectos da vida, inclusive atenuando sintomas relacionados a transtornos mentais. Como no exemplo da paciente atendida por Pargament (2007), tantas pessoas poderiam responder que também gostariam de ter esse tema abordado em seus tratamentos, uma vez que a R/E se relaciona com diversos aspectos de suas vidas.

É importante ressaltar a dificuldade de o terapeuta abordar a R/E dos pacientes, o que é observado por Pargament (2007) e que o autor identifica como proveniente da escassez de cursos que contenham em seu currículo o tema da R/E, especialmente em curso de pós-graduação. Segundo ele, isso pode levar os terapeutas a se sentirem inseguros sobre como abordar este tema com seus pacientes. Acrescenta que esta dificuldade pode estar relacionada também à ideia, presente na área da saúde, de que a R/E é secundária na vida do paciente, por

isso não necessária de ser abordada.

Nesta pesquisa foi estudada a abordagem da R/E pela TCC. A TCC – hoje um conjunto de diversas abordagens – inspirada no trabalho de Albert Ellis e Aaron Beck, relaciona o sofrimento à interpretação dos fatos e não aos fatos em si. Por meio de técnicas tanto cognitivas quanto comportamentais e, principalmente, da conceitualização de caso, a TCC busca fortalecer pensamentos e comportamentos mais funcionais e emoções mais agradáveis (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

A TCC foi desenvolvida por Beck e Albert Ellis, na metade do século XX. Ambos eram psicanalistas, mas desenvolveram métodos diferentes para tratar seus pacientes. Beck desejava encontrar apoio empírico para as explicações sobre depressão fornecidas pela psicanálise (BECK e ALFORD, 2000). Por isso, desde o início da formulação de sua teoria, testava as concepções psicanalíticas e, quando estas não se confirmavam, buscava novas explicações.

Assim, Beck optou por contribuir para que seus pacientes percebessem suas experiências como parte de seu sofrimento. Desenvolveu inicialmente as intervenções para pacientes com depressão, mas expandiu a teoria para sintomas de ansiedade e transtornos de personalidade. Atualmente, a TCC dispõe de protocolos de tratamento para praticamente todos os transtornos mentais (THOMA, PILECKI e McKAY, 2015).

Em um trabalho comparando a terapia estritamente comportamental – realizado por Shaw e baseado no trabalho de Lewinsohn (1974, 1975 apud Beck, Rush, Shaw e Emery, 1997) – e a terapia cognitiva (TC), visando a modelagem da depressão, a TC mostrou resultados superiores à abordagem comportamental a uma outra abordagem não diretiva e à lista de espera. anos mais tarde este estudo foi replicado. Assim, segundo Beck, Rush, Shaw e Emery (1997), poder-se-ia afirmar que os efeitos positivos da TC podem se dever ao seu caráter estruturado.

Esse modelo psicoterápico se baseia no princípio de que todos os transtornos mentais compartilham de um mesmo elemento, pensamentos disfuncionais, que estão relacionados às emoções desagradáveis e influenciam os comportamentos de um indivíduo. O trabalho do terapeuta contribui para que o paciente identifique como os pensamentos, emoções e comportamentos impactam sua situação atual de vida e possa, por meio de novas avaliações, modificar os pensamentos disfuncionais e, assim, experimentar emoções mais agradáveis e comportamentos mais saudáveis (BECK, 2014).

Em um nível mais profundo, estão as crenças denominadas crenças centrais, que também são acessadas por meio de técnicas da TCC. A modificação dessas crenças produz

mudanças em nível emocional e comportamental mais duradouras (BECK, 2014; e HAYES e HOFMANN, 2020).

Além do aspecto cognitivo a ser trabalhado no processo psicoterapêutico, a TCC também incorpora técnicas comportamentais como ativação comportamental, exercícios de exposição, relaxamento e treino de habilidades sociais (THOMA, PILECKI e McKAY, 2015).

Outra abordagem da TCC é a Terapia Racional Emotiva Comportamental (TREC), formulada por Albert Ellis. A TREC procura distinguir as crenças racionais das crenças irracionais. As crenças racionais são as que possibilitam o alcance das metas e objetivos das pessoas – o que faz com que elas sejam mais felizes (ELLIS e DRYDEN, 1997). Já as crenças irracionais são as que impedem o alcance de objetivos e são geralmente acompanhadas de sentimentos desagradáveis.

A teoria da TREC afirma que os humanos têm uma forte tendência biológica para pensar de forma disfuncional, mesmo que tenham sido bem-educados racionalmente. Sustenta que embora isto possa ser observado em grupos sociais históricos, as pessoas podem transcender seus efeitos, no sentido de modificarem seus pensamentos e comportamentos por meio de métodos cognitivos, emocionais e comportamentais (ELLIS e DRYDEN, 1997).

Os autores (ELLIS e DRYDEN, 1997) organizaram a TREC no modelo ABC, sendo que “A” significa a ativação do evento; “B”, *beliefs* (crenças); e “C”, consequências – que se referem às emoções e comportamentos relacionados às crenças. Este modelo serve para facilitar as conceitualizações de casos.

Ellis e Dryden (1997) afirmaram que a TREC parte do princípio de que as pessoas tentam atingir suas metas e, assim, encontram ativadores (“A”) que tendem a contribuir positiva ou negativamente para o alcance dessas metas. Os As podem ser eventos atuais, pensamentos, sentimentos ou comportamentos sobre esses eventos, bem como memórias ou pensamentos sobre experiências passadas. A tendência é a de responder a esses As devido às predisposições biológicas ou genéticas, história pessoal, aprendizado interpessoal passado e hábitos adquiridos e inatamente predispostos. Os As quase sempre interagem com os Bs e os Cs.

Os Bs podem ser cognições, pensamentos e ideias sobre os eventos ativadores (As); exercem forte influência sobre as consequências (Cs) cognitivas, emocionais e comportamentais. Bs normalmente são mediadores entre As e Cs, uma vez que as pessoas geralmente aplicam suas crenças no A e, assim, veem ou experienciam os As a partir de suas crenças enviesadas e de suas consequências emocionais. Portanto, os humanos nunca experienciam o A sem o B e o C, e dificilmente vivenciam o B e o C sem o A. As crenças racionais, segundo hipóteses da TREC, levam a comportamentos que ajudam, e as crenças

irracionais levam a comportamentos autodestrutivos (ELLIS e DRYDEN, 1997).

Os Cs, segundo Ellis e Dryden (1997), as consequências cognitivas, emocionais e comportamentais, vêm da interação de As e Bs. C é quase sempre afetado ou influenciado, mas não causado por A, uma vez que a reação aos estímulos do ambiente geralmente ocorre nos seres humanos. Quando um A é intenso, tende a afetar o C profundamente. Quando C consiste em um transtorno emocional, foi significativa ou mais diretamente causado por B. E um transtorno emocional pode ser derivado de um A poderoso, por exemplo, um desastre natural ou fatores do organismo, como hormônios e doenças. Assim, A, B e C estão intimamente relacionados e nenhum deles tende a existir sem o outro.

Em relação à religião, Ellis, em seu livro *The Case Against Religion*, de 1976, avaliou o Cristianismo negativamente. Segundo Malony (1985), tal avaliação se deu a partir das próprias experiências pessoais de Ellis. Malony (1994) afirma que Ellis incentivou acabar com a religião dos pacientes baseando-se em fundamentos mal formulados.

Em um discurso no Instituto de Terapia Racional Emotiva, Ellis afirmou que a religião é “em quase todos os aspectos concebíveis, diretamente oposta aos objetivos da saúde mental” (1961, np). Entretanto, nos anos seguintes de sua carreira, Ellis mudou suas opiniões sobre religião e sua relação com a saúde mental. Por exemplo, foi coautor do livro “Counseling and Psychotherapy with Religious Persons: A Rational Emotive Behavior Therapy Approach”, de 2001, em que mostrou como a TREC tem princípios e valores conciliáveis com sistemas religiosos (THE ALBERT ELLIS INSTITUTE, 2023).

Outro campo pertencente à TCC, é o das filosofias mais contextualistas – que se voltam mais para o entendimento das cognições relacionadas ao seu contexto e na forma de o indivíduo se relacionar com essas cognições, e menos para a reestruturação cognitiva (HAYES, 2004). Essas terapias são denominadas terapias de terceira onda ou de terceira geração (LUCENA-SANTOS, PINTO-GOUVEIA e OLIVEIRA, 2015).

Essas terapias buscam reformular e sintetizar as abordagens da primeira e segunda gerações, para melhorarem seus resultados (HAYES, 2004). Enfatizam aspectos como *mindfulness*, desfusão cognitiva, aceitação e valores de vida. Segundo Hayes (2004), as irregularidades da segunda geração e as mudanças filosóficas justificam a existência da terceira geração de terapias comportamentais.

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é a abordagem mais enfatizada da terceira geração e concebe as cognições como uma forma de comportamento. Diferente da TCC, não busca modificar o conteúdo desses pensamentos, mas identificá-los e alterar sua função, aceitando-os. Busca-se que isso ocorra também em nível emocional, para que haja um bem-

estar psicológico (LUCENA-SANTOS, PINTO-GOUVEIA e OLIVEIRA, 2015).

Também considerada terapia de terceira geração (apesar de anteceder o modelo Beck e ser por ele utilizada), a ativação comportamental (LUCENA-SANTOS, PINTO-GOUVEIA e OLIVEIRA, 2015), geralmente aplicada em casos de depressão, tem como objetivos aumentar o envolvimento em atividades em que o paciente geralmente experiêcia prazer ou domínio; diminuir o envolvimento em atividades que mantêm a depressão ou aumentam seu risco; e resolver problemas que dificultam atingir experiências prazerosas, ou objetivos, ou que mantêm comportamentos de esquiva (DIMIDJIAN *et al.*, 2011). Com sua aplicação, objetiva-se que o paciente esteja mais envolvido em sua vida, uma vez que, obtendo o que deseja, vivencie mais alegria, prazer e um senso de autoeficácia – o que, se espera, tenha um efeito antidepressivo (WENZEL, 2018).

Nessas terapias, também se nota a atenção às questões religiosas. Lundgren e Larsson (2020), no capítulo sobre “Escolha e explicitação de valores” dos pacientes, colocam que um dos aspectos a serem investigados no processo de terapia são os valores R/E; ou seja, investigação sobre a vida espiritual, seja na frequência a um serviço religioso ou a comportamentos religiosos pessoais.

A TCC se expandiu nos últimos anos, estando entre os tratamentos baseados em evidências, e busca fortalecer a construção de repertórios que estejam além da eliminação de problemas, por meio de métodos mais experienciais do que didáticos, e inova tanto nas metodologias clínicas quanto na pesquisa (HAYES e HOFMANN, 2020).

1.1 Religião, religiosidade e espiritualidade

Há dificuldade para se definir religião, religiosidade e espiritualidade (LOTUFO NETO, MARTINS E LOTUFO JUNIOR, 2014; e LOTUFO NETO, 1997; VAILLANT, 2010). Porém, para um melhor entendimento destes conceitos – pois as demandas apresentadas pelos pacientes em tratamento com a TCC podem se situar nestes três campos –, apresentaremos a seguir breves definições sobre cada um deles.

1.1.1 Religião

A definição de Koenig (2012) é que a religião tem sua origem em uma tradição estabelecida, cujas crenças e práticas são comuns. Envolve crenças, práticas e rituais relacionados ao sagrado e pode ser praticada tanto em particular quanto em uma comunidade. O autor inclui em sua definição elementos semelhantes entre si que, quando praticados por diversas pessoas, são entendidos como pertencentes a uma mesma tradição e que, por incluir

uma dimensão transcendente, é entendida como religião. E ainda acrescenta que esse sistema pode facilitar a proximidade com o transcendente e estimular maneiras de se relacionar com o outro em uma comunidade.

Pargament (1997) refere-se ao termo religião como associado ao que é abstrato, como um sistema de crenças, rituais, símbolos, sentimentos e relações que tem pouco a ver com as particularidades de uma situação na vida de um indivíduo. Apresenta outros autores que também definiram religião: “os sentimentos, atos e experiências do homem individual em sua solidão, na medida em que eles apreendem a si mesmos em relação a tudo o que podem considerar o divino” (JAMES, 1902 apud Pargament, 1997); “um sistema de crenças em um poder divino ou sobre-humano, e práticas de adoração ou outros rituais direcionados a tal poder” (ARGYLE e BEIT-HALLAHMI, 1975 apud Pargament, 1997); e “uma instituição consistindo de interação padronizada culturalmente com seres sobre-humanos culturalmente postulados” (SPIRO, 1966 apud Pargament, 1997).

O Laboratório de Estudos Psicossociais – crença, subjetividade, cultura e saúde (InterPsi), da Universidade de São Paulo, entende as religiões como instituições com discursos e práticas que afirmam uma realidade transcendente (ZANGARI e MACHADO, 2018, p. 15).

Assim, depreende-se que religião é um conjunto de crenças pertencente a uma instituição, geralmente que segue uma tradição, e que inclui uma realidade transcendente. Isto costuma estimular os seguidores da religião a executarem diferentes práticas, seja na forma de rituais, seja em atitudes consideradas benéficas a si mesmo e aos outros.

A religião pode receber classificações dicotômicas como:

- Religião neutralizada (quando é utilizada para se alcançar algo, por exemplo, manipular pessoas) e séria (quando está relacionada a uma experiência pessoal), segundo Adorno (1950, apud LOTUFO NETO, MARTINS E LOTUFO JUNIOR, 2014);

- Pode ser humanista (quando enfatiza a força do ser humano e autorrealização) ou autoritária (quando há um sentimento de ser controlado por um deus que é concebido como merecedor de reverência e obediência), segundo Fromm (1950, apud LOTUFO NETO, MARTINS E LOTUFO JUNIOR, 2014);

- Pode ser funcional (quando leva a sentimentos de liberdade e autoconfiança) ou disfuncional (quando limita a liberdade e oportunidades), segundo Spilka (1985, apud LOTUFO NETO, MARTINS E LOTUFO JUNIOR, 2014);

- Saudável (quando contribui para uma visão positiva da vida) e doentia (quando leva a sentimentos de medo e ansiedade), segundo James (1902, apud LOTUFO NETO, MARTINS E LOTUFO JUNIOR, 2014).

1.1.2 Religiosidade

A religiosidade, segundo Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006), pode ser concebida como a influência que as crenças religiosas têm sobre as decisões e estilo de vida de uma pessoa, o que envolve, por exemplo, a frequência a encontros religiosos, oração, meditação, leitura de textos religiosos e religiosidade subjetiva (que se pode entender como a importância que a religião exerce na vida de alguém).

Assim, depreende-se que a religiosidade trata da experiência vivenciada e que pode conter elementos de alguma religião. Os comportamentos caracterizados como religiosos podem contribuir para um sentimento de bem-estar e de conexão com o sagrado e com outras pessoas.

Um aspecto importante da religiosidade é a experiência religiosa que foi classificada por Allport e Ross (1967) em extrínseca e intrínseca. Pessoas que apresentam religiosidade extrínseca buscam a religião para satisfazer às próprias necessidades – obter segurança, consolo e sociabilidade, por exemplo; as crenças são vividas superficialmente, uma vez que a pessoa se volta para Deus, mas não se afasta de si mesma. Já aquelas que possuem a orientação intrínseca esforçam-se para internalizar aquele credo e apresentam tendência de considerar as próprias necessidades como de menor importância; de maneira geral, procuram estar de acordo com as suas crenças e orientações religiosas.

Batson e Ventis (1982 apud Lotufo Neto, Martins e Lotufo Junior, 2014) modificaram a classificação de Allport e Ross definindo a experiência religiosa como religião do tipo meio, fim e busca. Sendo que o tipo meio estaria relacionado às situações em que a religião é utilizada para se conseguir algo (por exemplo, maior *status* social); o tipo fim envolve a crença genuína, a que oferece a resposta final a quem a segue; e o tipo busca se trata de uma religião que está aberta às complexidades da vida, está aberta a novas experiências.

Essa classificação pode contribuir para avaliações sobre os efeitos que a religiosidade pode causar na vida das pessoas, conferindo mais ou menos qualidade na maneira de se relacionar com o que entendem por transcendente, consigo mesmas, com os outros e com o futuro.

1.1.3 Espiritualidade

Uma das definições de espiritualidade é a de Puchalski *et al.* (2009), a qual a concebe como a forma com que as pessoas buscam e expressam significado e propósito. Também se refere à maneira como experimentam sua conexão com o momento, consigo mesmo, com os outros, com a natureza e ou sagrado.

Vaillant (2010) entende a espiritualidade como a conexão com o universo e todas as formas de vida, de maneira que se pode aprender a ser mais receptivo às necessidades e desejos das outras pessoas – uma vez que se pode entender a interdependência entre si e os outros. Isso pode levar a um crescimento pessoal, no sentido de humildade, reverência e franqueza, acompanhado do sentimento de gratidão.

O autor acrescenta que há dificuldade para se definir o termo, mas a considera como o “amálgama de emoções positivas” como amor (principalmente este), esperança, alegria, contentamento e satisfação. E são estas emoções que levam à conexão com os outros, uma vez que evidenciam a criatividade, a moral e a flexibilidade, por exemplo.

Para Pargament *et al.* (2013), espiritualidade se refere à busca pelo sagrado, entendendo sagrado como sinônimo de santificado, santo ou consagrado (ROSMARIN, 2018). Pode-se buscá-lo tanto pelo seguimento de caminhos orientados por instituições, quanto por seus próprios caminhos, tendo esses pouco ou nada a ver com religiões estabelecidas, pois se trata da busca individualizada por uma força transcendente (PARGAMENT *et al.*, 2013). A afirmação “não se refere apenas a conceitos de Deus, mas também a diversos aspectos da vida que são percebidos como místicos” (tradução nossa), além de incluir comportamentos que buscam conexão com uma realidade superior, se diferencia da religião por ser mais individualizada, se basear em experiências pessoais, e a religião ser mais comunitária (ROSMARIN, 2018).

1.2 A psicoterapia com influência religiosa

Outros referenciais teóricos da Psicologia também trataram da R/E, como a psicanálise e o humanismo. Nesta seção, apresentaremos as contribuições de Sigmund Freud e Carl Gustav Jung sobre o tema, porém sem a pretensão de esgotá-lo, uma vez que nesta pesquisa procura-se enfatizar a relação entre a R/E e a TCC.

Na psicanálise, segundo Fizzotti e Salustri (2001), Sigmund Freud apresenta a tese, no texto “Os atos obsessivos e as práticas religiosas”, de 1907, de que a neurose obsessiva é um tipo de religião privada, sendo que a religião teria um caráter de neurose obsessiva universal, da humanidade. Para Freud, a causa da neurose é um trauma – de ordem sexual, vivido na infância –, que a pessoa busca superar, eliminando-o da consciência, o que desencadeia sintomas neuróticos como somatizações, ideias obsessivas, ações impulsivas ou sublimações.

Com a evolução de suas obras, especificamente em “O futuro de uma ilusão” (1927, apud FIZZOTTI e SALUSTRI, 2001), Freud considera como grandes frustrações da humanidade: a impotência frente à natureza, frente ao destino e à morte; e frente aos desejos da vida social.

Desta maneira, a pessoa se refugiaria nas representações religiosas, na imagem de um pai bom, o contrário do pai autoritário, associado aos tabus e ao Complexo de Édipo – o qual ofereceria a possibilidade de uma felicidade eterna (FIZZOTTI e SALUSTRI, 2001).

Em “O mal-estar na cultura” (1929), Freud se pergunta o que a humanidade deseja, e conclui que deseja a felicidade, com o fim de evitar a dor e o desprazer e de experimentar intensas sensações prazerosas. Porém, as possibilidades de felicidade são limitadas por três fontes de sofrimento: a força opressora da natureza, a fragilidade do corpo humano e a inadequação das instituições que regulam as relações das pessoas na família, no Estado e na sociedade. Para lidar com essas dificuldades, buscariam refúgio na ideia de uma vida eterna e no conforto que as religiões oferecem (FIZZOTTI e SALUSTRI, 2001).

De acordo com Fizzotti e Salustri (2001), já para Jung, a religião resulta de processos conscientes e inconscientes, de maneira que o sujeito se torna praticamente um espectador sem possibilidade de ação sobre isto. Segundo ele, a religião não está relacionada a uma fé ou estrutura organizada, mas a uma forma particular de devoção, uma experiência pessoal em que as pessoas podem se relacionar com uma experiência eterna.

Jung concorda com Freud nas obras “A importância do pai no destino do indivíduo” (1909) e “Psicologia do inconsciente” (1917) em que também entende Deus como uma figura projetada para oferecer apoio às pessoas e concebe a religião como uma alternativa ao desejo relacionado à sexualidade (entendido como tabu), oferecendo uma imagem de Deus que requeira submissão e um estado psicológico que torne a consciência mais suportável (FIZZOTTI e SALUSTRI, 2001).

Entretanto, Jung discorda de Freud no que se refere à ideia da religião como produto das experiências psíquicas relacionadas à sexualidade, e apresenta a concepção de que a relação das pessoas com seus pais terrenos pode refletir a relação universal da humanidade com um pai divino. Desta maneira, Deus seria um registro deixado no psiquismo (FIZZOTTI e SALUSTRI, 2001).

Assim, segundo Fizzotti e Salustri (2001), as afirmações de Jung não demonstram a existência de Deus, mas assumem a capacidade humana de intuir o absoluto – admitindo que há um instinto religioso integrante da estrutura psíquica. E esta não seria completamente compreendida se se excluísse o aspecto religioso, pois cada atividade religiosa pode contribuir para um processo de maturação psíquica e cada processo deste tem efeito sobre o aspecto religioso. Portanto, o cultivo da religiosidade pode contribuir positivamente para a melhora dos transtornos mentais e a vida religiosa pode se tornar melhor a partir do cuidado da saúde mental.

1.2.1 A Terapia Cognitivo-Comportamental com influência religiosa

A inclusão de elementos R/E na TCC é chamada de TCC Religiosa (TCCR) ou Terapia Cognitiva Religiosa (TCR). Tal abordagem recebe este nome em vários estudos presentes nesta pesquisa (PROPST *et al.*, 1992; AKUCHEKIAN *et al.*, 2011a; KOENIG *et al.*, 2015; PEARCE e KOENIG, 2016; AOUCHEKIAN *et al.*, 2017; HOSSEINI *et al.*, 2017; HOSSEINI *et al.*, 2018; TULBURE *et al.*, 2018; ALAGHEBAND *et al.*, 2019).

O estudo de Propst *et al.* (1992) foi realizado com pacientes religiosos deprimidos, cujo objetivo foi comparar a eficácia da TCR, TC e aconselhamento pastoral na depressão, psicopatologia geral e ajustamento geral e social. Terapeutas religiosos e não religiosos atenderam os pacientes em TCR e TC. Os pacientes e os terapeutas preencheram o questionário com tipos de religiosidade (comprometida/consensual [de Alen e Spilka, 1967], intrínseca/extrínseca [Allport, 1966]), experiência religiosa, ortodoxia cristã (experiências pessoais de Deus, oração e aderência a crenças religiosas; [King e Hunt, 1972]).

O tratamento com TCR fez uso de elementos religiosos para aplicar os procedimentos, modificar pensamentos irracionais e realizar estratégias de imagem. Porém, o estudo não especifica quais foram estes elementos religiosos. Como resultados, os autores apresentam que o grupo que recebeu a intervenção TCR apresentou menores escores em depressão e ajustamento social do que o grupo de lista de espera; e esta intervenção aplicada por terapeutas não religiosos mostrou diminuição significativa no pós-tratamento no *Beck Depression Inventory* (BDI) do que o grupo de lista de espera e TC padrão com terapeutas não religiosos. Porém, os pesquisadores observaram que os processos de mudança cognitiva podem ocorrer tanto no tratamento da TC religiosa quanto da TC padrão.

Também o estudo de Hosseini *et al.* (2017), realizado com pacientes com depressão após cirurgia de revascularização miocárdica, teve como grupo experimental a intervenção TCCR e os grupos comparadores foram a TCC padrão, sertralina e cuidados usuais (cuidados físicos, medicamentos, cuidados com as incisões de tórax e perna, dieta e visitas periódicas após a cirurgia). Os autores afirmam que nas sessões da TCC foram utilizadas crenças e motivações religiosas visando modificações de pensamentos e comportamentos dos participantes.

De maneira semelhante ao estudo de Propst *et al.* (1992), os pesquisadores puderam tomar conhecimento sobre as experiências do grupo com elementos religiosos, mas neste estudo por meio das intervenções. Estas permitiram que pacientes compartilhassem suas experiências ao encontrar problemas; falassem sobre a fé em Deus e seus efeitos na mudança dos pensamentos negativos automáticos desagradáveis, sobre conceitos religiosos de bem e mal, sobre confiar em Deus, sobre o relacionamento com Ele e ter esperança Nele e vida após a

morte; e discutissem sobre o conceito de paciência e sobre milagres. Os resultados mostraram que os grupos TCCR, TCC convencional e sertralina não apresentaram diferença significativa entre si na diminuição da depressão antes da intervenção em comparação com a pós-intervenção, porém os três grupos de intervenção tiveram diferenças significativas na redução da depressão em comparação com o grupo controle após a intervenção.

No estudo de Hosseini *et al.* (2018), realizado com mulheres com câncer de mama, o grupo experimental foi a TCCR e os grupos comparadores foram TCC padrão, citalopram e cuidados usuais (cuidados físicos, medicamentos, nutrição, acompanhamento psicológico de rotina e visitas periódicas). No grupo da TCCR foram incluídos versículos do Alcorão, visando mostrar a relação entre o pensamento e a crença com o comportamento e as emoções (por exemplo, em Suras e versos 6:48¹, 46:13², 13:28³, respectivamente para medo, tristeza e dor); também foram estimulados o perdão e a generosidade, tanto para este grupo quanto para a TCC. Nesse estudo, os pacientes também puderam expor se as crenças religiosas eram importantes para eles e terem avaliada sua atitude religiosa por meio da versão persa do questionário de Golriz e Baraheni's. Os grupos de TCCR, TCC convencional e citalopram tiveram efeito igual na diminuição da depressão, sendo que a superioridade da TCCR não foi demonstrada nesse estudo. Após a intervenção e acompanhamento, a redução da depressão nos grupos TCCR e TCC não foi significativa, segundo avaliação dos pesquisadores.

Tulbure *et al.* (2018) realizaram um ensaio clínico não randomizado, com pessoas fluentes em língua romena e com ansiedade e depressão, para investigar a acessibilidade e eficácia da TCC e da TCCR oferecidas pela internet. Essas intervenções foram comparadas com o grupo de lista de espera. O tratamento seguiu dois manuais – convencional e religioso –, baseados nas intervenções de Andersson *et al.*, 2005; Ciarrocchi, Schechter e Pearce. 2013; e Pearce *et al.* 2014 apud Tulbure et al., 2018), sendo que o manual com os componentes religiosos visou a melhora relacionada ao estresse e desenvolvimento do perdão, altruísmo e gratidão, que procuraram contemplar as crenças religiosas dos pacientes. Os resultados mostraram que imediatamente após a intervenção, os escores de depressão caíram significativamente e que a qualidade de vida e os níveis de gratidão aumentaram. Os autores avaliaram, assim, que ambos os tratamentos foram eficazes na redução da depressão. Ganhos

¹ “Não enviamos os mensageiros, senão como alvissareiros e admoestadores; e aqueles que creem e se emendam não serão presas do temor, nem se atribularão.”

² “Aqueles que dizem: ‘Nosso Senhor é Deus’, e permanecem firmes, não pensa por quanto houverem feito.”

³ “Que são os fiéis e cujos corações sossegam com a recordação de Deus? Não é, acaso, certo, que à recordação de Deus sossegam os corações?”

do tratamento foram mantidos seis meses após as intervenções. Assim, os autores concluíram que adicionar conteúdos religiosos à TCC para tratar a depressão pode contribuir para atrair participantes e dar confiabilidade ao tratamento perante a eles. Porém, afirmam os pesquisadores, isso não significa que a presença de elementos religiosos foi o que conferiu mais vantagens para a maior redução de sintomas ou adesão ao tratamento.

O estudo de Akuchekian *et al.* (2011a) foi realizado com iranianos com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). A intervenção foi a TCCR e o comparador foi um grupo controle, sem especificação se houve ou não intervenção. Esse estudo não explicitou como os elementos religiosos foram aplicados no tratamento. Os resultados mostraram que a TCCR tem efeito positivo na redução dos sintomas de TOC e os autores demonstraram redução dos sintomas de TOC, de obsessão e de compulsão após o tratamento, entre os grupos controle e estudo.

Koenig *et al.* (2015) realizaram seu estudo com pacientes com doença médica crônica e depressão, aplicando a TCCR como intervenção e a TCC como comparador. Os pesquisadores consideraram a importância da religião, frequência religiosa, atividade religiosa privada, experiências espirituais e religiosidade intrínseca dos participantes e entendem que perdão, significado e propósito, generosidade e envolvimento em atividades altruístas, bem como meditação, contêm questões altamente espirituais. Os autores concluíram que ambos os tratamentos são igualmente eficazes para depressão, sendo maior em clientes com doença médica crônica e que são, pelo menos, um pouco religiosos.

Pearce e Koenig (2016) realizaram um estudo sobre as lutas espirituais, também com participantes com depressão e doenças crônicas. A intervenção foi a TCCR e o comparador foi a TCC. Segundo os autores, houve uso explícito das crenças, práticas e ensinamentos religiosos dos pacientes na TCCR. A pesquisa mostrou que as lutas espirituais predizem tanto o declínio espiritual quanto o crescimento secular; estimularam-se o perdão, a gratidão, o altruísmo e a geração de esperança; o tratamento com a TCCR integrou as crenças e motivações religiosas dos participantes, foi específica para as crenças religiosas dos participantes e foi guiada por manuais para as cinco religiões presentes no estudo – de maneira semelhante aos estudos de Koenig *et al.* (2015). Os escores das lutas espirituais diminuíram ao longo do tempo para aqueles que receberam ambas as intervenções e a TCCR não foi superior à TCC nesse aspecto, inclusive para aqueles que eram altamente religiosos, segundo avaliação dos autores.

Aouchekian *et al.* (2017) conduziram um ensaio clínico de grupo único realizado com mulheres iranianas com TOC, em que foi aplicada a TCCR com terapia medicamentosa. A TCCR contou com psicoeducação e orientações para comportamentos típicos do transtorno, a

partir da perspectiva religiosa. Os pesquisadores assinalaram uma lacuna entre o tratamento religioso, intervenções não médicas e uso de fontes do Islã, por isso usaram o Alcorão, *hadiths*⁴, provérbios e agenda jurisprudencial da lei islâmica nesse estudo. Os pesquisadores reportaram redução dos sintomas de TOC e esses persistiram no *follow-up* de três e seis meses. Afirmaram também que a combinação de conteúdo religioso com TCC e medicação pode melhorar ainda mais os pacientes com TOC de conteúdo religioso, uma vez que tal tratamento é consistente com suas crenças religiosas.

Alagheband *et al.* (2019) trabalharam a saúde geral de iranianos. Aplicaram a TCCR como intervenção e o grupo controle foi lista de espera. As sessões do grupo de tratamento envolveram: capacitação da paciência e confiança em Deus; oração e reforço da conexão contínua com Deus; técnica de distração e relação com Deus e com as criaturas divinas; reforço da esperança de vida; e referência a versículos e tradições do Alcorão, juntamente com técnicas cognitivas comportamentais para modificar os pensamentos negativos e distorções cognitivas. Os autores avaliaram que a prática de crenças religiosas pode afetar o sentimento de otimismo, intimidade com os outros, equilíbrio emocional, oportunidades de avanço e resolução de problemas; que a crença em um Deus Todo-Poderoso, que apoia os humanos, reduz a preocupação e a ansiedade; que a imagem positiva de Deus é positivamente influente no desenvolvimento de um relacionamento adequado com os outros; que as práticas religiosas organizadas e a participação em cerimônias rituais conferem apoio social aos indivíduos; que a pessoa religiosa pode desenvolver bons relacionamentos a partir da bondade e do respeito recíproco; e que as crenças religiosas podem motivar comportamentos de combate à depressão. Como resultados, os autores apresentam diminuição da ansiedade/insônia dos participantes, dos sintomas somáticos, disfunção social e sintomas de depressão. Assim, os pesquisadores recomendam o uso da TCCR.

A partir da análise desses trabalhos, pode-se entender que a TCCR é uma abordagem psicoterapêutica que contém elementos da TCC convencional e acrescenta valores, ensinamentos e visões de mundo advindas de religiões.

Nesse sentido, os estudos de Koenig *et al.* (2015) e de Pearce e Koenig (2016) trabalharam com a TCCR e procuraram atender as diversas religiões dos participantes, por meio da elaboração de manuais para cada uma delas: cristã, judaica, islâmica, hindu e budista. No entanto, o estudo de Pearce e Koenig (2016) não cita a fonte dos manuais, apenas afirma que a TCCR diferiu da TCC em relação à integração de crenças e motivações religiosas dos pacientes

⁴ *Hadiths* são normas recomendadas e obrigatórias do Islamismo (IQARA ISLAM, 2023).

no tratamento – o que foi baseado no estudo de Pearce *et al.* (2015). Esse estudo descreve como a TCC religiosamente integrada foi desenvolvida e pode ser implementada, e é muito semelhante à estrutura e conteúdo dos manuais utilizados no estudo de Koenig *et al.* (2015), dos quais trataremos adiante.

O estudo (PEARCE *et al.*, 2015) forneceu uma visão geral da TCC; descreveu como crenças e comportamentos religiosos podem ser integrados na estrutura dessa terapia, como crenças religiosas, uso de escrituras sagradas, memorização das escrituras e oração contemplativa; e, por fim, apresentou a abordagem, com a quantidade de sessões e, para cada uma delas, o conteúdo a ser trabalhado, além de expor em tabelas as informações sobre os procedimentos a serem aplicados. Os autores afirmam que a TCC integrada com R/E busca contemplar cinco religiões: cristianismo, judaísmo, islamismo, budismo e hinduísmo – o que pode aumentar sua capacidade de contribuir positivamente para a melhora da depressão em pacientes das variadas religiões.

Os manuais utilizados no estudo de Koenig *et al.* (2015) estão disponíveis no site do Centro de Espiritualidade, Teologia e Saúde da Universidade de Duke. Esses materiais foram organizados para serem aplicados em dez sessões (DUKE UNIVERSITY CENTER FOR SPIRITUALITY, THEOLOGY AND HEALTH, 2014). Contam com um manual, que inclui o objetivo e estrutura de cada sessão; tarefas a serem desenvolvidas nas sessões, com definição de agenda, revisão e elaboração de tarefas de casa e explicações sobre como aplicar as intervenções e o tempo estimado para cada uma delas; um *Workbook* para o terapeuta, que segue uma estrutura semelhante ao manual e faz uso de uma linguagem mais direta para aplicação dos procedimentos; e um *Workbook* para o paciente, com uma linguagem que auxilia na execução dos procedimentos. Cada uma das religiões citadas anteriormente possui um desses materiais.

São elementos comuns aos materiais, independente da religião a que são destinados, a estrutura em dez sessões, o método ABCDE; a orientação de contato com membro da comunidade religiosa; a prática de oração contemplativa; psicoeducação e identificação de lutas espirituais e emoções negativas, estimulando o perdão e o arrependimento; a estimulação de atividades altruístas destinadas a alguém; exercício para expressar gratidão a alguém importante para o paciente; identificação de situações que ocorreram na vida do paciente que contribuíram para seu crescimento espiritual; orientação de orar por outra pessoa e se comunicar com Deus; exposição de paradoxos da religião para confrontar pensamentos negativos; e fortalecimento da esperança, lembrando esses recursos aprendidos na psicoterapia.

Particularmente, para os pacientes cristãos, o manual e os *Workbooks* utilizaram:

versículos bíblicos para tarefas de casa e modificação de pensamentos disfuncionais; reflexões teológicas para distorções cognitivas; estímulo para que o participante pratique a entrega a Deus, relacionado ao trabalho com as perdas decorrentes do transtorno mental; e concluindo com uma oração atribuída a São Francisco de Assis.

Seguindo a mesma estrutura, o que foi elaborado para participantes judeus fez uso de citações da Torah, orações diárias da religião, ensinamentos de rabinos e de outras pessoas importantes da religião para tarefas de casa e modificação de pensamentos disfuncionais, incluindo as distorções cognitivas; e termina com a indicação de que terapeuta e paciente encerrem a décima sessão com uma frase do rabino Avraham Yeshayahu Karelitz.

Para o islamismo, os manuais e *workbooks* contaram com versões para xiitas e sunitas⁵ e outro com a tradução para o idioma urdu. Foram utilizadas citações do Alcorão e de profetas islâmicos no início de cada sessão e para o trabalho com as distorções cognitivas; no final da décima sessão, o manual propôs fazer a oração de Ali⁶, neto do Profeta Muhammad.

Para participantes hinduístas, a indicação foi utilizar o *Bhagavad Gita* (livro sagrado do hinduísmo) e outros livros, escrituras hindu (como Ramayana), frases de Gandhi, exemplos de Krishna e Arjuna no início de cada sessão e como reflexões teológicas para confrontar as distorções cognitivas; incluir Krishna e Arjuna em reflexões sobre depressão; utilizar o Gita para encorajamento; estimular a prática do *pratikraman* (pedir perdão) para trabalhar as lutas espirituais e emoções negativas; estimular a passar tempo com outras pessoas; e termina com um poema atribuído a uma pessoa reconhecida na religião.

E para o trabalho com pacientes budistas, citações do *Dhammapada* (livro da tradição budista), citações de livros, sutras (escrituras budistas) no início de cada sessão e para confrontar pensamentos negativos. Uma diferença em relação aos outros manuais é a presença de reflexões do budismo, em vez de reflexões teológicas, para confrontar as distorções cognitivas; e a prática contemplativa/meditação e prática da bondade amorosa, em vez de oração contemplativa; o deixar ir ou entregar coisas que queira (sem a figura de Deus), para relacionar com as perdas decorrentes do transtorno; ao invés de orar por alguém, prática da

⁵ Xiitas e sunitas são muçulmanos que creem no Alcorão. Porém, há diferenças e divergências entre esses grupos. Por exemplo, os sunitas acreditam que o profeta Muhammad não nomeou ninguém para continuar na liderança da religião, na ocasião de sua morte. Já os xiitas acreditam que o profeta designou seu parente, Ali. Mas foi Abu Bakr que se tornou o primeiro califa. Assim, há a insatisfação da parte dos xiitas por esta sucessão, mas aceitação da parte dos sunitas (WHY ISLAM, 2023).

⁶ Ali foi descendente do profeta Muhammad e os xiitas acreditam que ele deveria ter liderado o islamismo após a morte do profeta – o que não é compartilhado pelos sunitas (WHY ISLAM, 2023). No manual disponibilizado pela Universidade de Duke, propõe-se que se o paciente for sunita, o profissional pergunte a ele se podem fazer a oração de Ali, já que pode não haver aceitação da parte do paciente, devido às divergências religiosas com os xiitas.

bondade amorosa para alguém da comunidade de fé; e encerramento com a Oração Libertadora (oração Budista Tibetana da Nova Tradição Kadampa).

Pearce (2016), ao definir a TCC Cristã, especificamente, aplicada a pacientes cristãos com depressão, afirma que o modelo cognitivo tem vários elementos em comum com as Escrituras Sagradas e, além disso, que seus princípios fundadores têm suas raízes no cristianismo. Afirma que os textos bíblicos relacionam pensamentos, emoções e comportamentos – tal como o modelo cognitivo – objetivando que os seguidores reconheçam seus pensamentos negativos e possam modificá-los, de forma a alcançarem mais bem-estar emocional e espiritual. Por isso, de acordo com Pearce (2016), a TCC é um dos tratamentos mais prováveis de serem adaptáveis para integrar as crenças e práticas religiosas dos pacientes.

Para aplicação da TCC Cristã, Pearce (2016) propõe o uso de versículos bíblicos nas sessões, para que os pacientes possam memorizar pensamentos positivos em suas mentes, como por exemplo: “Você manterá em perfeita paz todos os que confiam em você, todos cujos pensamentos estão fixos em você!” (Isaías 23, 6); “O Senhor está perto dos que têm o coração quebrantado e salva os que têm o espírito abatido. O justo pode ter muitos problemas, mas o Senhor o livra de tudo” (Salmo 34, 18-19); e “Mas ele me disse: ‘minha graça te basta, pois o meu poder se aperfeiçoa na fraqueza’.” (2 Coríntios 12,9).

Outra intervenção proposta por Pearce (2016) é a oração contemplativa, que envolve a escolha de uma passagem da Bíblia a ser lida e então meditada pelo paciente. A meditação inclui questionamentos a serem feitos a si mesmo sobre o que tal passagem significa, pedir a Deus que mostre o que essa passagem quer dizer e como aplicá-la na própria vida. Os objetivos são de que o paciente possa fortalecer pensamentos positivos, pensando sobre e aplicando o que aprendeu com os ensinamentos, ao invés da ruminação da depressão. A autora acrescenta que o objetivo da TCC Cristã é levar os pacientes a vivenciarem otimismo e uma perspectiva de vida que esteja de acordo com sua visão de mundo religiosa e distante da depressão.

A inclusão de linguagem, expressões idiomáticas e conceitos religiosos/espirituais nos métodos compreendidos pela TCC é apresentada por Rosmarin (2018) como importante para que os pacientes possam atribuir maior significado e a abordagem seja mais acessível a eles durante o processo psicoterapêutico. Koenig *et al.* (2015) apresentaram a TCC que integra elementos religiosos/espirituais no tratamento de pessoas com depressão e doenças médicas crônicas, por meio da leitura de escrituras sagradas, reflexão de ensinamentos de cada religião dos participantes do estudo e pelo estímulo de orações. Assim, a TCCR será entendida como a abordagem da TCC que integrou elementos dessa natureza, neste trabalho.

Ora, pode-se considerar o argumento de que, uma vez que se identifica a cognição

automática, as diversas intervenções a serem feitas, particularmente no campo da TCC, poderiam contribuir para o fortalecimento de crenças mais funcionais e realistas, sem realizar intervenções mais diretamente à R/E, diminuindo o nível de sofrimento.

Entretanto, de acordo com Rosmarin (2018), o estudo de Dugas, Buhr, & Ladouceur (2004), sobre intolerância à incerteza, mostra que esta poderia mediar as relações entre crenças positivas e negativas sobre Deus e a preocupação. O autor também menciona outros dois estudos (mas não fornece as referências) em que foram levantadas hipóteses de que crenças positivas sobre Deus contribuem para menor preocupação e crenças negativas sobre Deus para maior preocupação.

1.3 Função psicológica da religião

Diante do exposto nas seções anteriores, a religião pode exercer um papel importante na vida das pessoas. É por meio dela que muitos dizem ter modificado comportamentos, adquirido mais esperança, melhorado sua relação com outros e se tornado pessoas melhores, por exemplo. Esses fenômenos podem ilustrar como a religião é poderosa para modificar ou manter situações de vida (Pargament, 1997), a depender do contexto, do temperamento da pessoa, de sua história de vida e de sua história com a religião.

As tradições religiosas exercem um impacto sobre as crenças, valores e metas daqueles que as seguem, de maneira que elas podem influenciar a saúde mental de várias formas como, por exemplo, a lidar com situações de estresse e dar explicações para problemas e sofrimentos. Na religião muçulmana, em particular, são suficientes a crença e o afeto relacionados aos ensinamentos do Alcorão para que o crente os aplique em sua vida – dada a importância conferida à religião (HAMDAN, 2010).

Assim, a religião não deveria ser negligenciada nos temas que se referem às crises humanas – uma das principais razões de busca do serviço da Psicologia. Pargament (1997) levanta a hipótese que isso pode acontecer, no campo da Psicologia, devido à tendência desses profissionais serem menos religiosos do que a população em geral – o que infelizmente leva a não considerar o “poderoso papel que a religião pode ter no processo de *coping*”.

Segundo o mesmo autor, as religiões em geral contribuem para significativas mudanças para as pessoas, em momentos de crise, pois desestabilizam padrões seguidos, provocando mudanças importantes na vida – com o objetivo de encontrar novas soluções (PARGAMENT, 1997).

Koenig (2001) sustenta que os pacientes têm necessidades espirituais e religiosas que podem estar relacionadas à saúde física – o que é mostrado pela Psiconeuroimunologia e pela

Medicina Psicossomática. Os mecanismos envolvidos podem explicar os impactos da religião na saúde física. Lotufo Neto, Martins e Lotufo Junior (2014) relataram diversos estudos que relacionaram a religião à melhor saúde física e mental e, assim, mostram a importância de se incluir a temática nos programas de saúde. Para Paiva (2015), quando a religião e a espiritualidade se sobrepõem a objetivos restritos, os quais podem desconsiderar o sofrimento – inerente à vida –, podem incluir a universalidade – tendo, assim, como centro a transcendência. Desta maneira, haveria uma contribuição da religião e da espiritualidade para a qualidade de vida do indivíduo.

Portanto, de acordo com Pearce (2016), se a religião é importante para o paciente, é importante para o trabalho do psicoterapeuta. Segundo a autora, a questão não é se a religião pertence ou não à psicoterapia, mas como os terapeutas podem contribuir com os pacientes de maneira a engajar e usar sua fé como um recurso de cura na psicoterapia.

Além disso, estudos apontam que pessoas que procuram tratamento em psicoterapia gostariam de ter este tema abordado em seus atendimentos (PARGAMENT, 2007; ROSE, WESTEFELD, ANSLEY, 2008). De acordo com a pesquisa da Gallup Poll (2018), a maioria dos americanos afirma ter uma preferência religiosa. Também no Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a maioria dos brasileiros declara que a religião é muito importante em suas vidas (SOUZA, 2019).

1.4 O Conceito de *Coping*

Situações de estresse podem ocorrer no campo desses três constructos – religião, religiosidade e espiritualidade. Assim, considera-se que o indivíduo buscará maneiras de administrar esse estresse.

Segundo Vasconcellos (1992), o termo estresse foi definido primeiramente por Hans Selye, médico endocrinologista, como uma alteração fisiológica no organismo e que exige um esforço maior do que o suportado normalmente. Já Lu, Wei e Li (2021) afirmam que o termo passou por evoluções, desde o trabalho de Selye, e pode ser definido como um sistema de homeostase sendo desafiado, seja o estresse do sistema, seja o estresse local.

Vasconcellos (1992; 2017) e Lu, Wei e Li (2021) concordam que o estresse pode receber diferenciações: *sustress*, entendido como o estresse inadequado, em que a capacidade da homeostase torna-se diminuída e isso pode ameaçar a saúde (LU, WEI e LI, 2021); *eustress*, entendido como o estresse bom, em que há uma leve resposta ao estresse, aumentando a homeostase e beneficiando a saúde, ocorre em situações em que o estímulo tende a gerar respostas prazerosas (VASCONCELLOS, 1992; LU, WEI e LI, 2021); e *distress*, entendido

como o estresse ruim, que ocorre quando a homeostase recebeu altos níveis de estressores e isso pode levar a uma resposta severa ao estresse, prejudicando a saúde, uma vez que gera sofrimento (VASCONCELLOS, 1992; LU, WEI e LI, 2021). Assim, é esperado que haja um nível de estresse adequado para fortalecer defesas biológicas e para que a pessoa possa vivenciar situações comuns da vida.

O termo *coping*, do inglês, pode ser entendido como lidar com, em situações difíceis, ou seja, estressoras. Embora em diversas traduções se encontre o termo enfrentamento para *coping*, nem sempre o que se nota em determinada situação é um enfrentamento no sentido de lutar contra algo, pois *coping* pode incluir uma postura de evitação ou negação (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

Este conceito é geralmente relacionado com o sucesso no desfecho da situação, enquanto os esforços que não levam a desfechos satisfatórios para lidar com o estresse são chamados de defesa. Entretanto, Lazarus e Folkman (1984) afirmam que isso resulta em uma confusão no que se entende por *coping* e resultado. Diferentemente, o *coping* deve ser visto como esforço para manejar demandas, independentemente do resultado.

Os autores acrescentam que nenhuma estratégia deveria ser considerada melhor ou pior do que a outra; ao contrário, devem ser entendidas no contexto em que são empregadas. Assim, também estratégias de negação podem ser compreendidas como *coping* e podem ser adaptativas a depender do contexto (LAZARUS e FOLKMAN, 1984). Por isso, lidar com tem sido aceito como a tradução que melhor explicita o que se quer dizer com *coping* (DIAS e PAIS-RIBEIRO, 2019).

De maneira semelhante, Savoia e Vianna (2011) afirmam que a maioria dos autores preferem associar *coping* a estratégias ou processos, em vez de respostas de enfrentamento – termo usado pelas autoras, diferente de Lazarus e Folkman (1984), como tradução livre do termo *coping*. Acrescentam que se pode entender enfrentamento como todas as estratégias de controle exercidas em uma situação e que as estratégias utilizadas irão depender do repertório e das experiências características de cada pessoa.

Uma outra definição do termo é a de Pargament (1997, p. 90), que afirma que *coping* é uma busca de significado em momentos de estresse. Considerando que uma pessoa pertence a um sistema de orientação, ou referências a partir das quais reúne suas visões de mundo, o *coping* irá aplicar esse sistema de orientação ou essas referências nas situações difíceis, de acordo com sua particularidade.

Pargament (1997) irá diferenciar o conceito de *coping* em métodos de conservação e transformação do significado. Conservação seria o meio pelo qual se busca proteger os próprios

valores, do que é familiar, em situações de estresse. No entanto, dependendo da complexidade e da dificuldade da situação que ocorra, a conservação pode não funcionar. Assim, a transformação incluiria deixar antigos valores e construir novos. Como exemplo, em seu trabalho de 1997, cita uma jovem de 23 anos que em decorrência de um acidente de carro perdera familiares e grande parte dos movimentos do corpo. Para essa mulher, utilizar o método de conservação (de antigos sonhos, projetos e rotina), tendo perdido grande parte das condições para alcançá-los, seria um método ineficaz de manter o sentido de sua vida. Assim, nesse caso, a transformação seria mais aceitável, no sentido de possibilitar a criação de novos sonhos e novas possibilidades de manter o sentido.

1.4.1 Breve histórico do termo *coping*

De acordo com Dias e Pais-Ribeiro (2019), este conceito acompanha a Psicologia desde o início da existência desta ciência, quando se passou a investigar as maneiras pelas quais as pessoas lidavam com as adversidades da vida e entendendo que esses fatores não se tratavam apenas de um processo de estímulo-resposta, mas estavam relacionados a fatores mediadores internos e externos.

Os autores dividem os estudos sobre *coping* em três gerações. Na primeira geração encontram-se os estudos de pesquisadores psicanalistas, dentre eles Sigmund Freud, que entenderam os mecanismos de defesa, principalmente a dissociação, a repressão e o isolamento, para lidar com conflitos sexuais e agressivos (Vaillant, 1994 apud Dias e Pais-Ribeiro, 2019) – os quais foram sendo entendidos como inadequados à realidade externa e relacionados ao inconsciente – e os comportamentos relacionados ao *coping* foram classificados como mais saudáveis em relação à realidade (DIAS e PAIS-RIBEIRO, 2019).

A segunda geração, cujo início foi por volta dos anos 1960 e se estendeu pelas duas décadas seguintes, teve como principal pesquisador Richard Lazarus e seus associados, que usam o termo esforços para destacar o processo em vez do resultado, o que confere ênfase a estratégias de enfrentamento utilizadas em situações de estresse. Esses pesquisadores também evitaram a associação entre *coping* e sucesso, uma vez que o esforço de *coping* pode não gerar bom resultado.

A terceira geração, segundo Dias e Pais-Ribeiro (2019), teve início na década de 1990, e os pesquisadores dessa fase enfatizaram os traços de personalidade como elementos importantes para os comportamentos de *coping*. Atualmente, há duas grandes correntes que estudam o conceito de *coping*: A corrente disposicional, que o caracteriza como traço ou estilo, considerando a personalidade; e a corrente situacional, que compreende os pensamentos e

comportamentos como resultantes de eventos estressores e que podem se modificar de acordo com o ambiente e com o tempo (LAZARUS & FOLKMAN, 1984; FOLKMAN *et al.*, 1986 apud DIAS e PAIS-RIBEIRO, 2019).

Embora as abordagens atuais pareçam excludentes, ambas apresentam importantes perspectivas para o estudo do *coping*, de maneira que os estilos de *coping* estão mais relacionados à personalidade de um indivíduo, e as estratégias mais relacionadas a uma situação em específico (DIAS e PAIS-RIBEIRO, 2019).

1.4.2 O Conceito de *Coping* Religioso/Espiritual

Especialmente no campo da espiritualidade, religiosidade e religião, entende-se que o uso de práticas religiosas/espirituais para superar problemas ou estressores é chamado de *coping* religioso/espiritual (CRE).

Há diversos estudos que mostram a associação entre o CRE e melhores resultados de saúde (PANZINI e BANDEIRA, 2007). Por exemplo, o trabalho de Diego-Cordero *et al.* (2022), em sua *scoping review* sobre a relação da R/E com o burnout em enfermeiros mostra que esses profissionais fazem uso de várias estratégias R/E para lidar com tal síndrome.

De maneira semelhante, Vitorino e Vianna (2016) mostraram que pacientes idosos, em longo prazo em uma instituição, usam o CRE para lidar com suas questões crônicas de saúde. Vitorino e Vianna (2012) realizaram um estudo epidemiológico com idosos de duas instituições, que avaliou o uso do CRE relacionando-o com características sociodemográficas e de saúde, e concluiu que a fé estava positivamente relacionada à cura, controle das doenças crônicas e melhora na capacidade de realização de atividades diárias.

Huang (2022), em sua tese realizada com médicos que atuam em contexto hospitalar, adota a definição de estresse de Vasconcellos (1992); de *coping*, de Lazarus (1984); e de *coping* religioso de Pargament (1997). A autora entrevistou 16 profissionais, dos quais 13 afirmaram utilizar o CRE em sua prática profissional e nenhum deles percebeu a ciência e a R/E como incompatíveis.

O CRE pode ser positivo ou negativo. As estratégias de *coping* religioso positivo incluem a busca pelo amor e cuidado de Deus, de maneira que se possa ressignificar as situações difíceis como sendo oportunidades para crescimento. Tem sido relacionado à melhor saúde mental e resultados de bem-estar, conforme mostraram O'Brien *et al.* (2018). O *coping* religioso negativo compreende conflitos em si mesmo, com Deus e com os outros. Por exemplo, o sujeito pode perceber eventos de vida negativos como sendo uma forma de punição vinda de Deus, e se sentir abandonado por Ele (O'BRIEN *et al.*, 2018).

No campo do CRE negativo, incluem-se as *spiritual struggles* (traduzido como lutas espirituais), que ocorrem quando no bojo de alguma crença, prática ou experiência espiritual/religiosa estão pensamentos ou emoções negativas, preocupação ou conflito (EXLINE *et al.*, 2014).

As lutas espirituais podem ser entendidas como tensões, conflitos, confrontos e crises relacionadas ao que a pessoa considera sagrado (EXLINE, 2013; e PARGAMENT *et al.*, 2015, apud ESPERANDIO *et al.*, 2022). É comum que os indivíduos que as vivenciam se sintam desconfortáveis em revelar as experiências relacionadas às lutas espirituais, uma vez que sentimentos como culpa e vergonha estão relacionados, e não é incomum que sejam estigmatizadas por outras pessoas.

Assim, as lutas espirituais/religiosas estão relacionadas com desenvolvimento de depressão, ansiedade, sintomas de estresse e bem-estar (FOX e PIEDMOND, 2020; WILT *et al.*, 2017, apud ESPERANDIO *et al.*, 2022).

Embora as lutas espirituais não estejam diretamente relacionadas aos sistemas R/E, mas sejam percepções desadaptativas dos pacientes, o acesso a elas no tratamento psicoterapêutico é necessário. Buscar intervenções para que o paciente possa conceber o sagrado pode ser benéfico. Entretanto, no caso de essas intervenções não enfraquecerem comportamentos e pensamentos disfuncionais, o contato com líderes religiosos pode ser realizado – com o objetivo de esclarecer ideias do paciente, de maneira que possam ser apresentadas pela religião sob outra perspectiva.

Quando há conflitos de valores do paciente e de sua religião, isso deve ser explorado, uma vez que o paciente pode se sentir confortável em ter uma atitude, por exemplo, que não esteja de acordo com o ensinamento religioso; ou, em vez disso, pode experimentar emoções desagradáveis, caso ocorra esse desacordo – e então o profissional poderá explorar isso (ROSMARIN, 2018).

1.4.3 Instrumentos que avaliam o *Coping* Religioso/Espiritual

O estudo de Vitorino e Vianna (2016), utilizou a *Spiritual/Religious Coping Scale* (SRCOPE), escala de enfrentamento espiritual/religioso, baseada na escala norte-americana RCOPE, desenvolvida por Pargament e cols. (2000) e validada para o Brasil por Panzini (2005), que avalia aspectos do CRE positivo e do CRE negativo (PANZINI e BANDEIRA, 2005; PARGAMENT *et al.*, 2000). Esta escala foi utilizada no trabalho de Vitorino e Vianna (2012).

De maneira semelhante, a escala *Jewish Religious Coping* (JCOPE), o *Coping* Religioso Judaico, contém 16 itens e foi desenvolvida por Rosmarin, Pargament, Krumrei, & Flannelly

(2009), avalia o uso de estratégias judaicas positivas e negativas de CRE em judeus. Esse instrumento foi utilizado no estudo de Rosmarin *et al.* (2010).

A escala desenvolvida por Hoge (1972), *Belief into Action* (BIAC), Crença em Ação, foi inicialmente aplicada em cuidadoras de pessoas com doenças crônicas e, segundo a conclusão do próprio autor, trata-se de um instrumento válido e confiável para avaliar o envolvimento religioso em religiões monoteístas, de forma particular o cristianismo. Essa escala foi utilizada no estudo de Tulbure *et al.* (2018).

De forma mais específica, a subescala de CRE negativo, *Negative Religious Coping* (NRC) de 7 itens do *Brief RCOPE* foi usada para medir lutas espirituais/religiosas (Pargament, Smith, Koenig e Perez, 1998) no estudo de Pearce e Koenig (2016). O *RCOPE* é uma medida que pode ser utilizada para avaliar o CRE de forma abrangente.

1.5 Saúde mental, religiosidade e espiritualidade

De acordo com Huguelet e Koenig (2009), a Medicina, a Psicologia e a Espiritualidade estão interligadas desde a antiguidade. Os autores traçaram um histórico entre essas áreas ao longo dos séculos, demonstrando as tentativas de aproximações e distanciamentos.

Estudos publicados em diversos periódicos, como o *Comitte of Psychiatry and Religion of the Group for the Advancement of Psychiatry* e a *World Psychiatric Association*, que estabeleceu a *Section on Religion, Spirituality and Psychiatry*, contribuíram para aumentar o interesse pela temática e, segundo Huguelet e Koenig (2009), a tendência é continuar crescendo, uma vez que a R/E pode contribuir positivamente para a saúde mental.

Ressalta-se que a Associação Mundial de Psiquiatria – *World Psychiatric Association* (WPA) – possui uma seção sobre Religião, Espiritualidade e Psiquiatria que incentiva a pesquisa e a divulgação de cursos e eventos na área, a partir do reconhecimento da relevância da R/E (WPA, 2023). Também nos Estados Unidos, a Associação Psicológica Americana – *American Pshychological Association* (APA) – possui a divisão 36 (*Society for the Psychology of Religion and Spirituality*), que compreende a aplicação de métodos que envolvem a R/E, incentiva a pesquisa e o estudo na área e dispõe de artigos e outros materiais. E a Associação Internacional para a Psicologia da Religião – *International Association for the Psychology of Religion* (IAPR) – é uma organização que promove pesquisa entre Psicologia e religião, considerando todo o espectro da área.

No Brasil, a Associação Brasileira de Psiquiatria promove aulas, debates e simpósios sobre o tema com o objetivo de que os profissionais possam se apropriar da R/E em sua prática profissional (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2023); e a Associação

Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP) possui o Grupo de Trabalho (GT) 49, que busca desenvolver este tema no Brasil, por meio de eventos promovidos no país e com conexões internacionais.

Especialmente no Brasil, associações como o Corpo de Psicólogos e Psiquiatras Cristãos (CPPC), o Instituto Católico de Psicologia e Pesquisa (IcaPP), o Instituto Acolher (ITA) e a Associação Brasileira de Psicólogos Espíritas (ABRAPE) são formadas por psicólogos interessados na integração entre a Psicologia e a R/E.

Nos Estados Unidos, a *Christian Association for Psychological Studies*, a *American Association of Christian Counselors*, o *Center for Christianity and Psychoanalysis* e o *Brookhaven Institute For Psychoanalysis And Christian Thought* são instituições que seguem a Psicologia e a Psicanálise, e oferecem várias atividades a seus membros como supervisão, retiros e grupos de leitura, de acordo com perspectivas do cristianismo.

1.5.1 Saúde mental

A *American Psychological Association* (Associação Americana de Psicologia, tradução nossa) define saúde mental como:

um estado de espírito caracterizado por bem-estar emocional, bom ajustamento comportamental, relativa liberdade de ansiedade e sintomas incapacitantes e capacidade de estabelecer relacionamentos construtivos e lidar com as demandas e tensões comuns da vida (np).

Os estudos aqui incluídos apresentam como desfechos a melhora na depressão, melhora na ansiedade, melhor nos sintomas de TOC, melhora na qualidade de vida e redução nos sintomas de estresse – enquanto demandas de saúde e transtornos mentais. Assim, segue-se breve definição de cada um destes transtornos e aspectos relacionados à saúde mental.

1.5.1.1 Depressão

O transtorno depressivo maior e a distímia têm como características comuns o “humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo” (DSM-5-TR, 2013). Os estudos incluídos nesta pesquisa realizados com transtornos do humor trabalharam com o transtorno depressivo maior ou a distímia.

O transtorno depressivo maior compreende alterações em nível emocional na cognição e em funções neurovegetativas, além de remissões entre episódios com no mínimo duas

semanas de duração. Dois sintomas necessariamente presentes são humor deprimido ou perda de interesse, ou prazer em todas ou quase todas as atividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias; além de outros como perda ou ganho importante de peso sem estar fazendo dieta, ou perda ou ganho no apetite; insônia ou hipersonia quase todos os dias; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias; e capacidade diminuída para pensar ou se concentrar ou raciocinar quase todos os dias (DSM-5, 2023).

A distímia, também chamada de transtorno depressivo persistente, compreende o humor caracterizado como deprimido, a maior parte do dia, quase todos os dias, por no mínimo dois anos em adultos e um ano em crianças; além de outros sintomas semelhantes ao transtorno depressivo maior, segundo o DSM-5-TR (2023). Também, segundo o manual, pessoas com imagens desse transtorno costumam descrever seu humor como triste, e a própria pessoa pode não relatar determinados sintomas, uma vez que estes já podem fazer parte de sua vida há muito tempo.

1.5.1.2 Ansiedade

De acordo com o DSM-5-TR (2023), os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade desadaptativos, além de perturbações no comportamento ou cognição associada. Estes transtornos se diferenciam acerca dos tipos de situações e das crenças ou pensamentos associados – elementos que, ao serem identificados em uma avaliação cuidadosa, podem levar ao diagnóstico. Os transtornos de ansiedade são excessivos ou persistem por períodos inapropriados em relação ao nível de desenvolvimento do indivíduo.

Há estudos incluídos nesta pesquisa que especificaram os transtornos de ansiedade, presentes em seus participantes, em Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) que apresenta como principais características ansiedade e preocupação persistentes e excessivas em várias áreas da vida, como desempenho no trabalho, com dificuldade de controlar. É acompanhado por sintomas físicos, como inquietação, cansar-se com facilidade e tensão muscular (DSM-5-TR, 2023).

1.5.1.3 Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT)

O TEPT pode se manifestar de maneira bastante variável, seja com ansiedade e medo, seja com sintomas anedônicos e disfóricos, seja com externalizações de raiva e agressividade ou sintomas dissociativos – sendo que pode apresentar uma combinação desses sintomas.

Entretanto, a característica necessária do TEPT é o desenvolvimento de sintomas

característicos após a exposição a um ou mais eventos traumáticos e, conseqüentemente, comportamentos como evitar os pensamentos, memórias ou sentimentos relacionados ao trauma; comportamentos agressivos; e crenças disfuncionais em relação a si ou aos outros como, por exemplo, culpar-se ou culpar outras pessoas pelo evento.

Segundo o estudo de Rocha *et al.* (2023), a prevalência de sintomas e transtornos pós-traumáticos em populações mistas foi de 15% durante a pandemia de COVID-19, incluindo os profissionais de saúde no Brasil.

1.5.1.4 Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)

O TOC é caracterizado pela presença de obsessões (pensamentos, impulsos ou entendidas como intrusivas ou indesejadas) e/ou compulsões (comportamentos repetitivos ou atos mentais que a pessoa se sente estimulada a realizar, seja devido a uma obsessão ou a uma regra que acredite que deva seguir).

Há uma variação no conteúdo das obsessões e compulsões, porém, certos aspectos dos sintomas podem ser semelhantes como limpeza, simetria e pensamentos proibidos ou tabus (DSM-5-TR, 2023).

1.5.1.5 Estresse

Pode ser entendido como um complexo evento composto por tensão, angústia e desconforto, sendo muito característico dos tempos atuais (Lipp, 2010; Vasconcellos, 2017). O estresse é compreendido tanto pelo desequilíbrio causado pela quebra da homeostase do organismo, quanto pelos efeitos que este desequilíbrio produz – as respostas comportamentais –, por isso, a dificuldade em se definir este conceito (LIPP, 2010).

Selye (apud VASCONCELLOS, 2017), defende que o organismo contém um quantum de energia, que vai sendo gasto a cada situação de. A doença se instalaria, então, dependendo da quantidade gasta a cada vez. A perda de energia, que ocorria do quantum original, contribuía para o processo de envelhecimento.

Há ainda o aspecto biológico, que pode ser atingido dependendo da gravidade do estresse vivenciado por um indivíduo como, por exemplo, no caso de graves doenças que podem surgir e que tenham sido desencadeadas por um processo de estresse (LIPP E MALLAGRIS, 2001 apud LIPP, 2010).

Para que isso não ocorra, segundo Vasconcellos (2017), o ideal é que os níveis de estresse não sejam maiores do que o uso do coping que a pessoa é capaz de exercer para lidar com a situação que o desencadeia. Deve haver equilíbrio entre desafio e enfrentamento, segundo

o autor.

O estresse é negativamente relacionado com a espiritualidade (UNDERWOOD & TERESI, 2002 apud KNABB e VAZQUEZ, 2018). Esses autores sugerem que o estresse recorrente pode influenciar uma ampla variedade de domínios do funcionamento, desde a saúde física até interações interpessoais e os aspectos mais transcendentais e geradores de significado da vida diária.

1.5.1.6 Qualidade de vida

O conceito de qualidade de vida pode receber vários significados como ter saúde, morar bem, felicidade, harmonia, conciliar trabalho e lazer, ter um salário digno, dentre outros indicadores, a depender da particularidade de cada pessoa ou do grupo social a que pertence (QUEIROZ; SÁ; ASSIS, 2004 apud GORDIA *et al.*, 2011).

Segundo Minayo (2000), a qualidade de vida está relacionada ao quanto se está satisfeito na vida familiar, amorosa, social e ambiental, de acordo com parâmetros presentes em uma sociedade e considerados como significado de conforto e bem-estar. Pode mudar ao longo da história, uma vez que o que se considera qualidade de vida em uma época pode não ser em outra. A autora acrescenta que a qualidade de vida está relacionada às condições e estilos de vida; abrange as ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana; e também se relaciona à democracia e direitos humanos.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida é “a percepção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. A OMS possui o WHOQOL-SRPB (Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais), que avalia a relação entre qualidade de vida e R/E, sendo que este aspecto inclui elementos como paz interior, fé, esperança e otimismo e conexão espiritual (WHOQOL SRPB Group, 2006).

De acordo com Paiva (2015), este conceito também pode incluir aspectos R/E da vida de uma pessoa, de maneira que a crença em algo que esteja além da própria realidade possa tornar as dificuldades, sejam pessoais ou grupais, menos descentradas (PAIVA, 2015).

Nesse sentido, Vitorino *et al.* (2018) realizaram um estudo com brasileiros, cujo resultado mostrou associação entre R/E e qualidade de vida; e Koenig (2009) apresenta uma série de estudos relacionando R/E com menores níveis de depressão, ansiedade e estresse em diversas populações com as mais variadas demandas de saúde.

Dos estudos aqui incluídos, considerou-se que estes apresentaram melhora na depressão,

ansiedade, sintomas de TOC, estresse e qualidade de vida, aumento no CRE positivo e diminuição no CRE negativo quando o próprio estudo afirmou isso e demonstrou em seus resultados.

1.6 Justificativa

Diante do crescimento dos estudos sobre psicoterapia com influência religiosa, faz-se necessário um olhar crítico sobre essas terapêuticas psicológicas. Além disso, grande parte da população que busca psicoterapia gostaria de abordar suas lutas espirituais e trabalhar o que é sagrado em suas vidas. Os profissionais precisam estar preparados para isso (COSTA e MOREIRA-ALMEIDA, 2021).

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo geral

Apresentar revisão sistemática da literatura sobre o impacto da Terapia Cognitivo-Comportamental Religiosa sobre a saúde mental.

1.7.2 Objetivos específicos

I. Apresentar como a Terapia Cognitivo-Comportamental faz esta integração com a religiosidade.

II. Verificar se os estudos sobre Terapia Cognitivo-Comportamental Religiosa têm qualidade científica.

2 DESENVOLVIMENTO DA REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Abordagem metodológica

2.1.1 Revisão sistemática da literatura seguindo a recomendação PRISMA

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura que, segundo a definição da *American Psychological Association* (APA, Associação Americana de Psicologia, tradução nossa), procurou seguir uma metodologia de pesquisa com padrões previamente estabelecidos, reunindo e sintetizando as evidências existentes de maneira sistemática. O objetivo das revisões sistemáticas é responder a uma pergunta de pesquisa a partir de pesquisas existentes (HEMPEL, 2020).

Esta pesquisa se caracteriza como: quantitativa, segundo a abordagem; aplicada, segundo a natureza; exploratória, segundo os objetivos; e bibliográfica, quanto aos procedimentos (SAKAMOTO e SILVEIRA, 2014).

A pesquisa realizada seguiu a recomendação *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA, Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises, tradução nossa que segue as definições usadas pela Colaboração Cochrane (GALVÃO, PANSANI e HARRAD, 2015).

2.1.2 Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation

Para realizar a avaliação dos estudos selecionados para a pesquisa, foram utilizados os critérios *Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation* (GRADE, Classificação de Recomendações, Avaliação, Desenvolvimento e Análise, tradução nossa). Trata-se de um processo que analisa os estudos a partir de aspectos como viés de publicação, inconsistência, evidência indireta e imprecisão. Estes irão classificar a qualidade da evidência de revisões sistemáticas e diretrizes (GUYATT *et al.*, 2011). De acordo com a qualidade da evidência encontrada, esta contribuirá para incluir intervenções na prática clínica.

2.2 Pergunta de pesquisa

A definição da pergunta de pesquisa foi formulada seguindo-se o acrônimo PICOT, o qual, segundo Schardt *et al.* (2007), auxilia no processo de formulação de pergunta de pesquisa, possibilitando que esta seja bem focada.

Na tabela adiante, pode-se observar que P: significa população; I: intervenção; C: comparador; O: outcomes (desfechos) e T: tipos de estudo.

Tabela 1 - Aplicação da estratégia PICOT

População	Pacientes com qualquer demanda de saúde.
Intervenção/ Exposição	Intervenções ou exposições em Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia Cognitiva que usaram elementos religiosos/espirituais.
Comparador	Tratamento psicoterapêutico que não inclui questões religiosas / espirituais ou tratamento cognitivo- comportamental padrão; pessoas que receberam tratamento com outro referencial teórico da Psicologia ou que não receberam tratamento psicoterápico.
Outcome (Desfechos)	Abordagem do aspecto religioso/espiritual, com resultado superior ou semelhante ao tratamento padrão ou que não aborde a R/E.
Tipo de estudo (delineamento)	Ensaio clínico randomizado ou não randomizado; estudos de coorte; estudos caso-controle; estudos transversais; e estudos descritivos.

Fonte: Própria autora.

Após a definição da pergunta de pesquisa, o site do *International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO) foi consultado para averiguar se havia outra revisão sistemática similar em andamento, para evitar duplicidade. Não tendo sido encontrado outro estudo, deu-se andamento a esta pesquisa.

2.3 Protocolo e registro

Antes de iniciar a revisão, foi registrado um protocolo de pesquisa no PROSPERO, em janeiro de 2021, sob o código CRD42021223765. Porém, a plataforma não verificou a elegibilidade desta pesquisa porque, na época em que foi registrada, o PROSPERO estava concentrado em avaliar pesquisas sobre a COVID-19.

Em abril de 2023, o protocolo da revisão foi atualizado e o site do PROSPERO forneceu a mesma informação.

2.4 Critérios de elegibilidade

2.4.1 Critérios de inclusão

De acordo com a pergunta de pesquisa, os critérios de inclusão foram:

- a) referente à população: pacientes que apresentem qualquer demanda de saúde;

- b) referente à intervenção: estudos que tenham aplicado a Terapia Cognitiva ou Terapia Cognitivo-Comportamental considerando aspectos religiosos/espirituais desses pacientes (nomeando a abordagem como Terapia Cognitiva/Cognitivo-Comportamental Religiosa ou não);
- c) referente aos comparadores: tratamentos que não incluam questões religiosas/espirituais ou cujo referencial teórico aplicado não tenha sido a Terapia Cognitiva ou Terapia Cognitivo-Comportamental; e
- d) referente aos tipos de estudos: ensaios clínicos randomizados ou não randomizados, ensaios clínicos semiexperimentais e ensaios clínicos de grupo único.

2.4.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão aplicados até este momento, quanto aos tipos de estudos, são: opinião de especialista, estudos de sujeito único, estudos de caso, outras revisões sistemáticas e meta-análises, pesquisas qualitativas, protocolos de estudo, capítulos de livros, entrevistas de especialistas, dissertações e teses.

2.5 Identificação dos estudos

Foram realizadas buscas em bases de dados eletrônicas com relevância reconhecida. Não foram impostas restrições quanto às datas de publicação ou idiomas em que os estudos foram publicados.

2.6 Buscas eletrônicas

Para a realização da pesquisa, foram investigadas as seguintes bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); PsycInfo; Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC); Scientific Electronic Library Online (SciELO); Scopus; Web of Science (WOS); World Health Organization Information System (WHOLIS); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PubMed /Medline); e Cochrane, sob supervisão do Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto, do departamento de Psicologia Clínica, com o auxílio dos bibliotecários do Instituto de Psicologia e de uma estatística do Instituto de Psiquiatria.

A pesquisa para o mestrado foi realizada simultaneamente à pesquisa de iniciação científica de uma aluna do curso de Psicologia desta universidade; portanto, as buscas nas bases de dados – e consequente seleção dos estudos – foram realizadas pelas duas pesquisadoras, com dupla conferência.

A estratégia utilizada para acessar as bases de dados foi realizada via *Virtual Private Network*, fornecida pela Universidade de São Paulo, VPN/USP, aos acadêmicos. As buscas foram realizadas no decorrer do ano de 2021 pelas duas pesquisadoras.

Em todas as bases de dados citadas, as buscas foram realizadas da seguinte forma:

- a) em inglês: "*religious cognitive behavioural therapy*" OR "*religious cognitive behavioral therapy*"; "*cognitive behavioral therapy*" OR "*cognitive behavioural therapy*" OR "*cognitive therapy*" AND "*religious behavioral cognitive therapy*"; "*cognitive behavioral therapy*" OR "*cognitive behavioural therapy*" OR "*cognitive therapy*" AND "*religious cognitive behavioural therapy*" OR "*religious cognitive behavioral therapy*"; "*cognitive behavioral therapy*" OR "*cognitive behavioural therapy*" OR "*cognitive therapy*" AND "*religiosity*" OR "*religiousness*" OR "*spirituality*" OR "*spiritual*" OR "*religious*" OR "*religion*"; "*cognitive behavioral therapy*" OR "*cognitive behavioural therapy*" OR "*cognitive therapy*" AND "*religiosity*" OR "*religiousness*" OR "*spirituality*" OR "*spiritual*" OR "*religious*" OR "*religion*"; "*cognitive behavioral therapy*" OR "*cognitive behavioural therapy*" OR "*cognitive therapy*" AND "*religious spiritual coping*" OR "*religious coping*" OR "*spiritual coping*";
- b) em português: "terapia cognitivo-comportamental religiosa" OR "terapia cognitivo comportamental religiosa"; "terapia comportamental cognitiva" OR "terapia cognitivo-comportamental" OR "terapia cognitivo comportamental" OR "terapia cognitiva" AND "terapia comportamental cognitiva religiosa"; "terapia comportamental cognitiva" OR "terapia cognitivo-comportamental" OR "terapia cognitivo comportamental" OR "terapia cognitiva" AND "terapia cognitivo-comportamental religiosa" OR "terapia cognitivo comportamental religiosa"; "terapia comportamental cognitiva" OR "terapia cognitivo-comportamental" OR "terapia cognitivo comportamental" OR "terapia cognitiva" AND "terapia cognitivo-comportamental religiosa" OR "terapia cognitivo comportamental religiosa" AND "religiosidade" OR "espiritualidade" OR "espiritual" OR "religioso" OR "religiosa" OR "religião"; "terapia comportamental cognitiva" OR "terapia cognitivo-comportamental" OR "terapia cognitivo comportamental" OR "terapia cognitiva" AND "religiosidade" OR "espiritualidade" OR "espiritual" OR "religioso" OR "religiosa" OR "religião"; "terapia comportamental cognitiva" OR "terapia cognitivo-comportamental" OR "terapia cognitivo comportamental" OR

"terapia cognitiva" AND "coping religioso" OR "coping espiritual".

c)

2.7 Uso do Sistema *Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation* (GRADE)

Para avaliar a qualidade dos trabalhos, foi seguido o sistema GRADE, que avalia a qualidade da evidência e classifica a força das recomendações em revisões sistemáticas.

O sistema GRADE propõe que se avalie diferentes aspectos dos estudos para que seja concluída uma recomendação. Tais aspectos são: risco de viés, inconsistência, evidência indireta e imprecisão (GUYATT *et al.*, 2011). Como não foi realizada meta-análise, o aspecto da imprecisão não foi avaliado em nenhum dos desfechos.

O risco de viés se trata de limitações de desenho e execução presentes em um estudo, que podem comprometer as estimativas de efeito do tratamento. Quanto maior for o risco de viés, será mais provável que a qualidade da evidência seja baixa.

A inconsistência se refere à alta heterogeneidade entre os resultados dos estudos e quando esta não pode ser explicada.

Entende-se por evidência indireta as diferenças entre as populações, intervenções, comparadores e desfechos entre os estudos. Quanto mais semelhantes forem esses elementos, maior a qualidade da evidência.

E a imprecisão pode ser identificada quando há poucos pacientes e poucos eventos nos estudos, o que resulta em uma incerteza, logo, a uma baixa qualidade da evidência.

2.8 Desfechos

Foram selecionados como desfechos principais desta pesquisa: melhora na depressão; melhora na ansiedade; melhora nos sintomas de TOC; redução no estresse; melhora na qualidade de vida; aumento do CRE positivo e diminuição no CRE negativo, dentre outros possíveis.

A melhora foi definida a partir do que foi afirmado pelos autores do estudo, ou seja, considerou-se que um estudo apresentou melhora para cada um desses desfechos quando tal foi afirmado e apresentado no estudo pelos seus autores.

2.9 Resultados

2.9.1 Seleção dos estudos

Foram obtidos os seguintes estudos em cada uma das bases de dados: 29 na Lilacs; 583 na PsycInfo; 4 na PePSIC; 6 na SciELO; 812 na Scopus; 398 na Web of Science; zero na

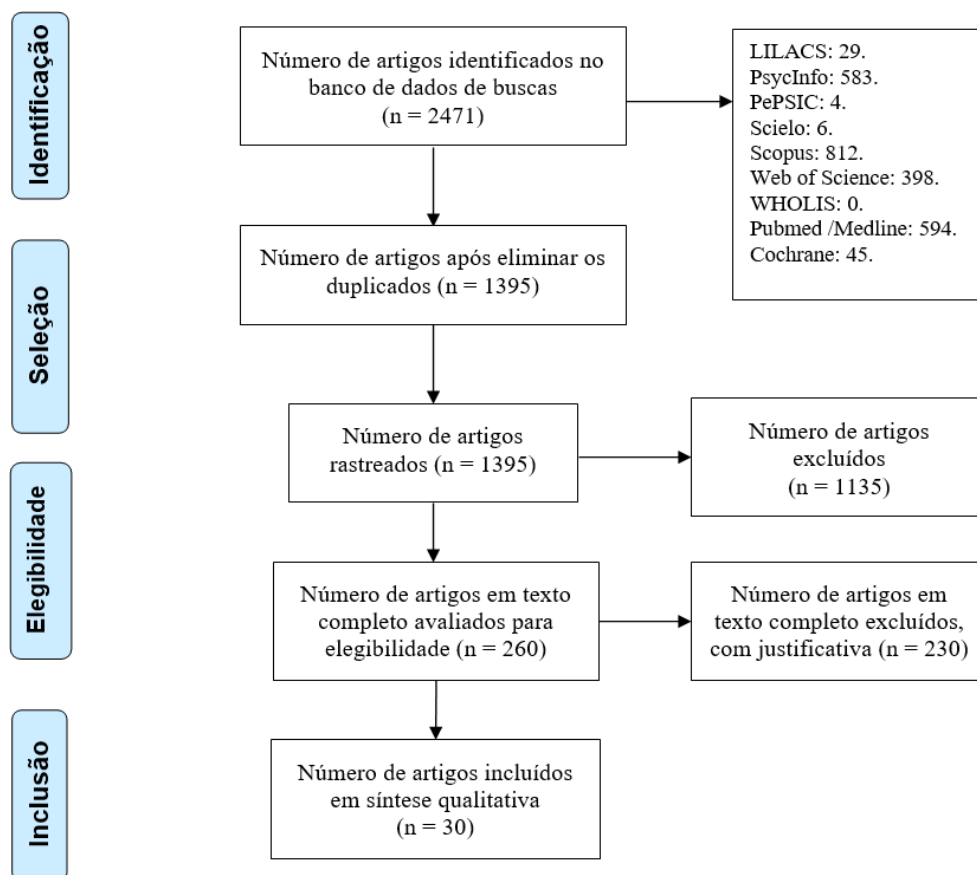
WHOLIS; 594 na PubMed; e 45 na Cochrane, totalizando 2471 artigos.

Destes, após a eliminação dos duplicados, obteve-se o total de 1395 estudos, os quais foram rastreados pelo título e pelo resumo. Os que não responderiam à pergunta de pesquisa foram excluídos pelos seguintes motivos: não haver menção da TCC enquanto intervenção; não haver menção de R/E enquanto intervenção; não haver menção nem de TCC e nem de R/E enquanto intervenção; revisão de literatura; meta-análise; protocolo/registo de estudo; estudo piloto; opinião de especialista; relato de caso; resumo de conferência; estudo qualitativo; resenha; editorial; capítulo de livro; dissertação; errata; monografia; livro; revisão de livro; e carta).

Após a exclusão de um total de 1135 estudos, foram lidos os textos completos de 260 artigos e, destes, 230 foram excluídos.

A seguir, fluxograma do processo realizado para inclusão dos estudos que compõem esta pesquisa.

Figura 1 - Fluxograma da identificação, seleção, avaliação da elegibilidade e inclusão dos estudos nesta pesquisa



Fonte: Própria autora.

A explanação sobre cada estudo incluído nesta revisão sistemática encontra-se nos anexos e B.

Os motivos de exclusão dos 230 estudos – com a quantidade correspondente a cada motivo indicada na mesma linha – estão expostos na tabela a seguir:

Tabela 2 - Motivos pelos quais os 260 estudos foram excluídos desta pesquisa, com a quantidade de artigos correspondente

Motivo	Quantidade de artigos correspondente
Artigo repetido	1
Artigo válido, mas desfecho não selecionado para análise	13
Dissertação	13
Estudo de coorte	6
Estudo experimental de caso único	1
Estudo prospectivo	1
Estudo qualitativo	10
Estudo transversal	15
Intervenção não envolve R/E	24
Intervenção não envolve nem TCC, nem R/E	3
Intervenção não envolve TCC	23
Intervenção não envolve TCC e R/E simultaneamente	3
Não há intervenção terapêutica	13
Opinião de especialista	38
PDF não adquirido	1
PDF não encontrado	4
Poster	1
Protocolo/registro de estudo, estudo piloto	24
Relato de caso	15
Revisão de literatura ou meta-análise	21
Total de artigos	260
Artigos incluídos na análise	30

Fonte: Própria autora.

A próxima tabela apresenta a quantidade de estudos para cada desfecho.

Tabela 3 - Quantidade de estudos para cada desfecho selecionado no estudo, com indicação da quantidade de estudos de acordo com o seu tipo e o total

Desfecho	Quantidade de ensaios clínicos randomizados	Quantidade de estudos de outro tipo	Total de estudos
Depressão	14	2 ensaios clínicos não randomizados e 1 estudo semiexperimental	14
Ansiedade	6	2 ensaios clínicos não randomizados e 1 estudo de grupo único	9
TOC	2	1 estudo de grupo único	3
Estresse	3	1 ensaio clínico não randomizado e 1 estudo de grupo único	5
Qualidade de vida	3	2 estudos semiexperimentais	5
Aumento do CRE positivo	3	2 ensaios clínicos não randomizados	5
Diminuição no CRE negativo	2	1 ensaio clínico não randomizado	5

Fonte: Própria autora.

O aspecto da evidência indireta será apresentado em tabelas para todos os desfechos. A terceira coluna, em negrito, avalia se a evidência é suficientemente direta.

A seguir, são expostos como foram avaliados cada um dos desfechos a partir dos aspectos citados acima. Inicia-se com os ensaios randomizados controlados e, depois, os estudos com outro desenho.

2.9.2 Ensaios clínicos randomizados

2.9.2.1 Estudos sobre depressão

Foram encontrados 15 estudos (Propst, 1980; Pecheur e Edwards, 1984; Propst *et al.*, 1992; Johnson e Ridley, 1992; Rosmarin *et al.*, 2010; Armento, McNulty e Hopko, 2012; Ebrahimi *et al.*, 2013; Koenig *et al.*, 2015; Pearce e Koenig, 2016; Cajanding, 2016; Aslami *et al.*, 2017; Ford e Garzon, 2017; Hosseini *et al.*, 2017; Hosseini *et al.*, 2018; Alagheband *et al.*, 2019), cujos resultados indicaram melhora nos sintomas depressivos a partir da aplicação da TCCR ou alguma intervenção similar. Isso foi afirmado pelos autores em todos os estudos e

demonstrado em seus resultados.

Além disso, os estudos de Pecheur e Edwards (1984); Propst *et al.* (1992); Johnson e Ridley (1992); Rosmarin *et al.* (2010); Ebrahimi *et al.* (2013); Koenig *et al.* (2015); Aslami *et al.* (2017); Ford e Garzon (2017); Hosseini *et al.* (2017); e Hosseini *et al.* (2018) também afirmaram que os comparadores foram eficazes na diminuição dos sintomas de depressão, de maneira que os estudos de Pecheur e Edwards (1984); Johnson e Ridley (1992); Rosmarin *e. al.* (2010); Ebrahimi *et al.* (2013); Koenig *et al.* (2015); Pearce e Koenig (2016); Hosseini *et al.* (2017); e Hosseini *et al.* (2018) afirmaram que não foram notadas diferenças significativas entre as intervenções e os controles para sintomas de depressão.

Já o estudo de Propst *et al.* (1980) afirmou que não foram notadas diferenças significativas entre imagens não religiosas, lista de espera e as condições placebo em nenhuma das medidas aplicadas. Porém, os autores mencionaram superioridade de imagens religiosas para depressão no *follow-up* (de oito semanas); no estudo de Propst *et al.* (1992), o grupo de TCCR apresentou menores escores em depressão do que lista de espera e o grupo TCCR com terapeutas não religiosos mostrou diminuição significativa no pós-tratamento no BDI do que o grupo de lista de espera; Armento, McNulty e Hopko (2012) afirmaram que o resultado da intervenção (ativação comportamental de comportamentos religiosos) foi superior ao grupo controle (terapia de suporte); Ford e Garzon (2017) mostraram que *Christian Mindfulness Training* (CMT - intervenção) foi superior ao *Conventional Mindfulness Training* (MT - comparador) para depressão, de acordo com a escala *Depression Anxiety and Stress Scale – Depression* (DASS-D); Cajanding (2016), cuja intervenção foi a TCC que trabalhou com desenvolvimento espiritual, de acordo com o autor, apresentou que a TCC foi superior ao grupo controle, que recebeu cuidado padrão (terapia de otimização médica/farmacológica e estratégias de modificação de fatores de risco evitáveis específicos para insuficiência cardíaca); Aslami *et al.* (2017) apresentaram que a intervenção *Mindfulness Based on the Islamic-Spiritual Schemas*, em comparação com a TCC, foi um método mais eficaz na redução da depressão; e o estudo de Alagheband *et al.* (2019) afirmaram que a TCCR foi superior à lista de espera.

Desta forma, os estudos sugerem melhora nos sintomas de depressão, uma vez que os 15 estudos indicaram, em seus resultados, a diminuição dos sintomas com a aplicação da TCCR ou outra terapia similar. Inclusive, no caso dos estudos de Pecheur e Edwards (1984); Propst *et al.* (1992); Johnson e Ridley (1992); Rosmarin *et al.* (2010); Ebrahimi *et al.* (2013); Koenig *et al.* (2015); Aslami *et al.* (2017); Ford e Garzon (2017); Hosseini *et al.* (2017); e Hosseini *et al.* (2018), os comparadores também foram entendidos como eficazes.

Há de se observar, porém, que nenhum desses estudos preencheu todos os critérios do

GRADE; somente os estudos de Rosmarin *et al.* (2010), Ebrahimi *et al.* (2013), Cajanding (2016), Koenig *et al.* (2015) e Pecheur e Edwards (1984) apresentaram qualidade satisfatória segundo esse sistema.

Segue-se tabela com os estudos sobre depressão, a definição que os autores utilizaram para religião, religiosidade e espiritualidade e como trabalharam a R/E.

Tabela 4 - Estudos sobre depressão, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como trabalharam R/E

Estudo	Conceito de religião, religiosidade ou espiritualidade	Procedimentos R/E utilizados
Propst, 1980	Não define.	Uso de imagens religiosas em um dos grupos de intervenção (p. ex. imaginar Jesus oferecendo ajuda em uma situação difícil no futuro); recebimento de uma lista de afirmações e imagens de enfrentamento dirigidas à tríade cognitiva de Beck, com conteúdo religioso.
Pecheur e Edwards, 1984	Não define.	Integração de crenças religiosas dos pacientes; ensinamentos bíblicos sobre o eu, o mundo e o futuro e para o aspecto racional, tarefas de casa, percepção de pensamentos automáticos e pressupostos subjacentes da TCCR; exemplo de versículo bíblico no tratamento de quem recebeu TCCR.
Propst <i>et al.</i> , 1992	Não define.	Integração de crenças religiosas pessoais.
Johnson e Ridley, 1992	Não define.	Contestação de crenças irracionais usando a Bíblia como "verdade absoluta"; ênfase específica na oração e no conteúdo cristão nas tarefas de leitura, escrita, imaginação e reflexão; breve oração oferecida no final de cada sessão, enfocando o conteúdo da sessão e pedindo o poder de Cristo para vencer as crenças irracionais.
Rosmarin <i>et al.</i> , 2010	Não define.	Destaque de crenças centrais sobre confiança em Deus; uso de declarações de sábios judeus para fortalecer crenças centrais religiosas; imaginar que Deus está ajudando; entender algo importante como presente de Deus; imaginar Deus agindo nas atividades diárias; orar pedindo ajuda de Deus; práticas religiosas públicas e privadas.

Armento, McNulty e Hopko, 2012	Não define.	Descrição pelos participantes de crenças religiosas, incluindo quão ativos eles foram em sua comunidade de fé e práticas espirituais particulares; estímulo para se tornarem mais ativos nas comunidades baseadas na fé e nas atividades devocionais privadas; realização de atividades como assistir a uma liturgia sagrada, ir a um lugar pacífico e orar e ler a Bíblia, como forma de aumentar o reforço ambiental e então reduzir a gravidade dos sintomas depressivos.
Propst, 1980	Não define.	Uso de imagens religiosas em um dos grupos de intervenção (p. ex. imaginar Jesus oferecendo ajuda em uma situação difícil no futuro); recebimento de uma lista de afirmações e imagens de enfrentamento dirigidas à tríade cognitiva de Beck, com conteúdo religioso.
Pecheur e Edwards, 1984	Não define.	Integração de crenças religiosas dos pacientes; ensinamentos bíblicos sobre o eu, o mundo e o futuro e para o aspecto racional, tarefas de casa, percepção de pensamentos automáticos e pressupostos subjacentes da TCCR; exemplo de versículo bíblico no tratamento de quem recebeu TCCR.
Propst <i>et al.</i> , 1992	Não define.	Integração de crenças religiosas pessoais.
Johnson e Ridley, 1992	Não define.	Contestação de crenças irracionais usando a Bíblia como "verdade absoluta"; ênfase específica na oração e no conteúdo cristão nas tarefas de leitura, escrita, imaginação e reflexão; breve oração oferecida no final de cada sessão, enfocando o conteúdo da sessão e pedindo o poder de Cristo para vencer as crenças irracionais.
Rosmarin <i>et al.</i> , 2010	Não define.	Destaque de crenças centrais sobre confiança em Deus; uso de declarações de sábios judeus para fortalecer crenças centrais religiosas; imaginar que Deus está ajudando; entender algo importante como presente de Deus; imaginar Deus agindo nas atividades diárias; orar pedindo ajuda de Deus; práticas religiosas públicas e privadas.

Armento, McNulty e Hopko, 2012	Não define.	Descrição pelos participantes de crenças religiosas, incluindo quão ativos eles foram em sua comunidade de fé e práticas espirituais particulares; estímulo para se tornarem mais ativos nas comunidades baseadas na fé e nas atividades devocionais privadas; realização de atividades como assistir a uma liturgia sagrada, ir a um lugar pacífico e orar e ler a Bíblia, como forma de aumentar o reforço ambiental e então reduzir a gravidade dos sintomas depressivos.
Ebrahimi <i>et al.</i> , 2013	Não define.	Pesquisa em fontes da religião islâmica para elaboração da <i>Spiritually Integrated Psychotherapy</i> .
Koenig <i>et al.</i> , 2015	Não define; porém, faz distinção entre pacientes não religiosos, mas espirituais.	Consideração sobre importância da religião, frequência religiosa, atividade religiosa privada, experiências espirituais e religiosidade intrínseca dos participantes.
Pearce e Koenig, 2016	Não define.	Uso explícito das crenças, práticas e ensinamentos religiosos dos clientes na TCCR; incentivo ao perdão, gratidão, altruísmo e geração de esperança; TCCR integrou as crenças e motivações religiosas dos participantes na terapia; foi específica para as crenças religiosas dos participantes e seguiu versões cristã, judaica, muçulmana, budista e hindu, com manuais para cada uma dessas religiões.
Cajanding, 2016	Não define.	Apenas há menção para "desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> ".
Aslami <i>et al.</i> , 2017	Não define.	Estímulo ao autoconhecimento; a fazer o trabalho de todo o coração; uso de termos ou mantras; oração para paz interior e para ter conexão com Deus; ênfase em princípios comuns entre a atenção plena ocidental e os ensinamentos espirituais islâmicos; e uso de ensinamentos do profeta Muhammad para reduzir a ansiedade social.
Ford e Garzon, 2017	Não define.	Adaptação do tratamento para integrar visão cristã e realização de oração de meditação no grupo CMT.
Hosseini <i>et al.</i> , 2017	Não define.	Uso de crenças e motivações religiosas para encorajar modificações de pensamento e comportamento;

Hosseini <i>et al.</i> , 2018	Não define.	verbalização de experiências ao encontrar problemas envolvendo suas crenças religiosas; falar sobre a fé em Deus e seus efeitos na mudança dos pensamentos negativos automáticos desagradáveis; falar sobre conceitos religiosos de bem e mal; discussão sobre paciência, milagres, confiar no poder de Deus e no relacionamento do homem com Deus; esperança e confiança em Deus; e vida após a morte. Pacientes afirmaram que crenças religiosas eram importantes para eles; avaliação da atitude religiosa dos pacientes; utilização de conceitos do Alcorão no tratamento.
Alagheband <i>et al.</i> , 2019	“A religião é um sistema organizado de crenças, incluindo valores éticos, rituais e contribuições para uma sociedade religiosa que afirma a crença em Deus ou em um poder superior” (tradução nossa). Associa religião e espiritualidade a significado da vida, esperança e felicidade. Não define espiritualidade.	Capacitação da paciência e confiança em Deus; oração e reforço da conexão contínua com Deus, o criador da existência; técnica de distração e atendimento a Deus e às criaturas divinas; reforço da esperança de vida; referência a versículos e tradições do Alcorão, juntamente com técnicas cognitivas comportamentais para desafiar os pensamentos negativos ilógicos e irracionais, desvios e erros e enganos cognitivos; e treinamento na imaginação mental de vários fenômenos da existência para adquirir energia positiva e duplo poder.

Fonte: Própria autora.

A seguir, são apresentadas as avaliações do risco de viés, inconsistência e a tabela 5 com a avaliação da evidência indireta dos estudos.

2.9.2.1.1 Risco de viés

Grave, pois foi identificado risco de viés quanto à geração de sequência aleatória em um estudo; e em relação à ocultação de alocação, em dois estudos; cegueira de participantes e pessoal, em todos os estudos; cegueira da avaliação dos resultados, em seis estudos; um dos estudos relata efeitos colaterais (relatórios seletivos); e quatro apresentam outras fontes de viés, como sintomas de ansiedade sendo avaliados em conjunto com sintomas de insônia, medidas de autorrelato para avaliação do tratamento, viés de recrutamento em ensaios randomizados por *cluster* e conhecimento dos participantes sobre a fé dos clínicos. Não foram encontrados dados de resultados incompletos nestes 15 estudos.

2.9.2.1.2 Inconsistência

Avaliada como grave, pois as populações entre os estudos são distintas; dez dos 15 estudos não realizaram cálculo para estimar o tamanho da amostra; oito dos 15 estudos têm mais de 60% de mulheres ou homens e dois não mencionam essa proporção; e, quanto aos comparadores, seis estudos utilizaram a lista de espera e os outros nove utilizaram comparadores diferentes entre si.

Dessa forma, considerou-se a inconsistência como grave, ainda que nosso estudo tenha se proposto a avaliar qualquer demanda de saúde com a aplicação da TCC que contemple a religiosidade/espiritualidade.

Tabela 5 – Avaliação da evidência indireta dos ensaios clínicos randomizados cujo desfecho foi melhora na depressão

Domínio (pergunta original)	Descrição (evidência encontrada e incluída, assim como evidência de outros estudos) – considerar os domínios de delineamento e condução do estudo, inconsistência, imprecisão e viés de publicação.	Julgamento – A evidência é suficientemente direta?
População:	Judeus; estudantes de graduação; estudantes de graduação em teologia; associados a uma faculdade cristã particular, incluindo alunos atuais, ex-alunos, professores, funcionários e/ou cônjuges de qualquer um desses grupos; filipinos com insuficiência cardíaca; pacientes religiosos; mulheres com câncer de mama; pacientes após cirurgia de revascularização miocárdica; iranianos; mulheres grávidas; estudantes cristãos; estudantes de psicologia; participantes da Carolina do Norte e da Califórnia; e população diversa. Consideramos a evidência com provavelmente direta, pois nosso estudo se interessa por qualquer demanda de saúde, logo, esperamos que a população seja diversa.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Intervenção: Terapia Cognitivo-comportamental Religiosa (ou similar)	Embora os referenciais sejam diferentes entre os 15 estudos, todos compreendem elementos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e aspectos da religiosidade/espiritualidade.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Comparador: Terapia Cognitivo-comportamental	Seis dos 15 estudos tiveram a lista de espera como comparador ou não especificaram se houve alguma intervenção no grupo controle.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não

Comparação direta	Embora nosso estudo tenha se proposto a avaliar artigos que aplicaram tratamento psicoterapêutico que não incluiu questões religiosas / espirituais ou tratamento cognitivo-comportamental padrão, tratamentos com outros referenciais teóricos da Psicologia ou que não receberam tratamento psicoterápico, as evidências provavelmente não são diretas, visto que o obtido como comparadores é muito diverso.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Desfecho: Melhora na depressão	Os 15 estudos indicaram melhora nos sintomas de depressão nos participantes, e oito deles apontaram para os comparadores (como a TCC convencional, Terapia Racional Emotiva e Citalopram), como também eficazes na melhora da depressão, exceto lista de espera.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Julgamento final sobre a evidência indireta nos diversos domínios:	Sem evidência indireta Evidência indireta grave Evidência indireta muito grave	

Fonte: Própria autora.

Essa tabela apresenta a evidência indireta dos ensaios clínicos randomizados que estudaram a melhora na depressão.

A primeira coluna refere-se aos elementos da pergunta de pesquisa, a segunda coluna os especifica e a terceira coluna indica, com a resposta em negrito, a avaliação final dos pesquisadores se os estudos em questão apresentam evidência direta para cada um dos elementos da pergunta de pesquisa.

Desses artigos, cinco (Rosmarin *et al.*, 2010; Cajanding, 2016; Ebrahimi *et al.*, 2013; Koenig *et al.*, 2015; e Pecheur e Edwards, 1984) foram de qualidade satisfatória segundo o GRADE; três trabalhos assinalaram aumento no CRE positivo (Rosmarin *et al.*, 2010; e Armento, McNulty e Hopko, 2012), e dois no CRE negativo (Rosmarin *et al.*, 2010; e Pearce e Koenig, 2016). Nenhum deles, porém, obedeceu a todos os critérios do GRADE.

2.9.2.2 Estudos sobre ansiedade

Foram encontrados cinco estudos (Rosmarin *et al.*, 2010; Armento, McNulty e Hopko, 2012; Aslami *et al.*, 2017; Ford e Garzon, 2017; e Alagheband *et al.*, 2019), cujos resultados indicam melhora nos sintomas depressivos a partir da aplicação da TCCR ou alguma intervenção similar. Isso foi afirmado pelos autores em todos os estudos e demonstrado em seus resultados.

Além disso, o estudo de Ford e Garzon (2017) afirmou que o comparador MT foi eficaz

na diminuição dos sintomas de ansiedade e que não se notaram diferenças significativas entre a intervenção CMT e o controle.

Já o estudo de Rosmarin *et al.* (2010), aplicado com judeus com ansiedade subclínica, mas com níveis próximos de ansiedade clínica, afirmou que a melhora da preocupação e da intolerância à incerteza foi significativamente maior no grupo *Spiritually Integrated Treatment* (SIT), intervenção, do que nos grupos de relaxamento muscular progressivo e lista de espera; Armento, McNulty e Hopko (2012) afirmaram que o resultado da intervenção (ativação comportamental de comportamentos religiosos) foi superior ao grupo controle (terapia de suporte); Aslami *et al.* (2017) mostraram que *Mindfulness Based on the Islamic-Spiritual Schemas*, em comparação com a TCC em grupo, foi mais eficaz na redução da ansiedade; e o estudo de Alagheband *et al.* (2019) afirmou que a TCCR teve um impacto significativo na redução dos sintomas de ansiedade, que foram avaliados juntamente com insônia.

Assim, os estudos sugerem melhora nos sintomas de ansiedade dos participantes, uma vez que os cinco estudos mostraram em seus resultados a diminuição dos sintomas com a aplicação da TCCR ou outra terapia similar; inclusive, no caso do estudo de Ford e Garzon (2017), em que também o comparador foi entendido como eficaz.

No entanto, nenhum desses estudos preencheu todos os critérios do GRADE; somente o estudo de Rosmarin *et al.* (2010) apresentou qualidade satisfatória segundo esse sistema.

A tabela seguinte trata dos estudos sobre ansiedade, a definição que os autores utilizaram para religião, religiosidade e espiritualidade e como trabalharam a R/E.

Tabela 6 – Estudos sobre ansiedade, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como trabalharam R/E

Estudo	Conceito de religião, religiosidade ou espiritualidade	Procedimentos R/E utilizados
Rosmarin <i>et al.</i> , 2010	Não define.	Destaque de crenças centrais sobre confiança em Deus, uso de declarações de sábios judeus para fortalecer crenças centrais religiosas, imaginar que Deus está ajudando, entender algo importante como presente de Deus, imaginar Deus agindo nas atividades diárias, orar pedindo ajuda de Deus; práticas religiosas públicas e privadas.

Armento, McNulty e Hopko, 2012	Não define.	Descrição pelos participantes de crenças religiosas, incluindo quão ativos eles foram em sua comunidade de fé e práticas espirituais particulares, estímulo para se tornarem mais ativos nas comunidades baseadas na fé e nas atividades devocionais privadas; realização de atividades como assistir a uma liturgia sagrada, ir a um lugar pacífico e orar e ler a Bíblia, como forma de aumentar o reforço ambiental e então reduzir a gravidade dos sintomas depressivos.
Aslami <i>et al.</i> , 2017	Não define.	Estímulo ao autoconhecimento; a fazer o trabalho de todo o coração; uso de termos ou mantras; oração para paz interior e para ter conexão com Deus; ênfase em princípios comuns entre a atenção plena ocidental e os ensinamentos espirituais islâmicos; e uso de ensinamentos do profeta Muhammad para reduzir a ansiedade social.
Ford e Garzon, 2017	Não define.	Adaptação do tratamento para integrar visão cristã e realização de oração de meditação no grupo CMT.
Alagheband <i>et al.</i> , 2019	<p>“A religião é um sistema organizado de crenças, incluindo valores éticos, rituais e contribuições para uma sociedade religiosa que afirma a crença em Deus ou em um poder superior” (tradução nossa).</p> <p>Associa religião e espiritualidade a significado da vida, esperança e felicidade. Não define espiritualidade.</p>	Capacitação da paciência e confiança em Deus; oração e reforço da conexão contínua com Deus, o criador da existência; técnica de distração e atendimento a Deus e às criaturas divinas; reforço da esperança de vida; referência a versículos e tradições do Alcorão, juntamente com técnicas cognitivas comportamentais para desafiar os pensamentos negativos ilógicos e irracionais, desvios e erros e enganos cognitivos; e treinamento na imaginação mental de vários fenômenos da existência para adquirir energia positiva e duplo poder.

Fonte: Própria Autora.

A seguir as avaliações do risco de viés, inconsistência e a tabela 7 com a avaliação da evidência indireta dos estudos.

2.9.2.2.1 Risco de viés

Foi identificado risco de viés na ocultação de alocação, em um estudo; cegueira de participantes e pessoal em todos os estudos, porque os pacientes e profissionais poderiam não

estar cegos quanto ao tratamento oferecido; também foram identificados problemas quanto à cegueira da avaliação dos resultados em dois estudos; ausência de relatos de efeitos colaterais (relatórios seletivos) em quatro estudos; e outras fontes de viés, como viés de recrutamento em ensaios randomizados por *cluster*, em outro estudo os participantes sabiam qual era a fé do clínico, foram utilizadas medidas de autorrelato e uma escala que avaliou sintomas de ansiedade em conjunto com insônia.

2.9.2.2 Inconsistência

A inconsistência foi avaliada como grave, considerando-se que: as populações entre os estudos são distintas; três dos cinco estudos realizaram cálculo para estimar o tamanho da amostra; dois dos cinco estudos têm mais de 60% de mulheres ou homens; e dois estudos têm a lista de espera como comparadores, um não especifica de que se trata o grupo controle, além de os demais grupos controle serem diferentes.

Considerou-se, assim, a inconsistência como grave, ainda que nosso estudo tenha se proposto a avaliar qualquer demanda de saúde com a aplicação da TCC que contemple a R/E.

Tabela 7 – Avaliação da evidência indireta dos ensaios clínicos randomizados cujo desfecho foi melhora na ansiedade

Domínio (pergunta original)	Descrição (evidência encontrada e incluída, assim como evidência de outros estudos) – considerar os domínios de delineamento e condução do estudo, inconsistência, imprecisão e viés de publicação.	Julgamento – A evidência é suficientemente direta?
População:	Judeus; estudantes de graduação; associados a uma faculdade cristã particular, incluindo alunos atuais, ex-alunos, professores, funcionários e/ou cônjuges de qualquer um desses grupos; iranianos; e mulheres grávidas. Consideramos a evidência com provavelmente direta, pois nosso estudo se interessa por qualquer demanda de saúde, logo, esperamos que a população seja diversa.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Intervenção: Terapia Cognitivo-comportamental Religiosa (ou similar)	Embora os referenciais sejam diferentes entre os seis estudos, todos compreendem elementos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e aspectos da religiosidade/espiritualidade.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Comparador: Terapia Cognitivo-comportamental	Dois dos cinco seis estudos tiveram a lista de espera como comparador e o outro estudo não especificou se houve alguma intervenção no grupo controle.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não

Comparação direta	Embora o nosso estudo se proponha a avaliar artigos que aplicaram tratamento psicoterapêutico que não inclui questões religiosas / espirituais ou tratamento cognitivo-comportamental padrão, tratamentos com outros referenciais teóricos da Psicologia ou que não receberam tratamento psicoterápico, as evidências provavelmente não são diretas, visto que o obtido como comparadores é muito diverso.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Desfecho: Melhora na ansiedade	Os cinco estudos indicaram melhora nos sintomas de ansiedade nos participantes com a aplicação da TCC contemplando aspectos da religiosidade/espiritualidade.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Julgamento final sobre a evidência indireta nos diversos domínios:	Sem evidência indireta Evidência indireta grave Evidência indireta muito grave	

Fonte: Própria Autora.

Essa tabela apresenta a evidência indireta dos ensaios clínicos randomizados que estudaram a melhora na ansiedade.

A primeira coluna refere-se aos elementos da pergunta de pesquisa, a segunda coluna os especifica e a terceira coluna indica, com a resposta em negrito, a avaliação final dos pesquisadores se os estudos em questão apresentam evidência direta para cada um dos elementos da pergunta de pesquisa.

Desses artigos, apenas um (Rosmarin *et al.*, 2010) foi de qualidade satisfatória, segundo o GRADE; dois trabalhos assinalaram aumento no CRE positivo (Rosmarin *et al.*, 2010; e Armento, McNulty e Hopko, 2012) e um no CRE negativo (Rosmarin *et al.*, 2010). Nenhum deles, porém, obedeceu a todos os critérios do GRADE.

2.9.2.3 Estudos sobre TOC

Foram avaliados dois estudos (Akuchekian *et al.*, 2011^a e Akuchekian *et al.*, 2011b), cujos resultados indicaram melhora nos sintomas de TOC, a partir da aplicação da TCCR ou alguma intervenção similar. Isso foi afirmado pelos autores nos estudos e demonstrado em seus resultados.

Os dois estudos aplicaram a TCCR e não especificaram os grupos controle. Os resultados do estudo de Akuchekian *et al.* (2011^a) mostraram redução dos sintomas de TOC, dos sintomas de obsessão e dos sintomas de compulsão após o tratamento no grupo de estudo, entre os grupos de controle e de estudo; já o estudo de Akuchekian *et al.* (2011b) mostrou que

os escores da escala Yale Brown antes da intervenção, após a quinta sessão e após a décima sessão em ambos os grupos diminuíram, principalmente no grupo intervenção, mas sem apresentar diferença significativa; porém, foram identificadas diferenças significativas entre os escores médios dos dois grupos.

Assim, considera-se que houve melhora nos sintomas de TOC dos participantes, uma vez que os dois estudos mostraram em seus resultados a diminuição dos sintomas com a aplicação da TCCR. Nenhum dos estudos, porém, preencheu todos os critérios do GRADE, não apresentando qualidade satisfatória segundo esse sistema.

A tabela abaixo apresenta os estudos sobre TOC, a definição que os autores utilizaram para religião, religiosidade e espiritualidade e como trabalharam a R/E.

Tabela 8 – Estudos sobre TOC, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como trabalharam-se R/E

Estudo	Conceito de religião, religiosidade ou espiritualidade	Procedimentos R/E utilizados
Akuchekian <i>et al.</i> , 2011 ^a	Não define.	Não especifica.
Akuchekian <i>et al.</i> , 2011 ^b	Falha no tradutor automático não permitiu identificar.	Não especifica.

Fonte: Própria autora.

A seguir, as avaliações do risco de viés, inconsistência e a tabela 9 com a avaliação da evidência indireta dos estudos.

2.9.2.3.1 Risco de viés

Grave, pois os dois estudos não relataram como foi feito o mascaramento dos participantes e dos aplicadores, tanto para realizar a intervenção quanto para avaliar os resultados; e não relatam efeitos colaterais. Quanto à geração de sequência aleatória, ocultação de alocação, dados de resultados incompletos, e outras fontes de viés, não foram identificados vieses.

2.9.2.3.2 Inconsistência

Grave, pois as populações entre os estudos são distintas; os dois estudos não realizaram

cálculo para estimar o tamanho da amostra; ambos têm mais de 60% de mulheres ou homens, e os dois não mencionam quais foram os comparadores.

Por isso, considerou-se a inconsistência como grave, ainda que nosso estudo tenha se proposto a avaliar qualquer demanda de saúde com a aplicação da TCC que contemple a R/E.

Tabela 9 - Avaliação da evidência indireta dos ensaios clínicos randomizados cujo desfecho foi melhora nos sintomas de TOC

Domínio (pergunta original)	Descrição (evidência encontrada e incluída, assim como evidência de outros estudos) - considerar os domínios de delineamento e condução do estudo, inconsistência, imprecisão e viés de publicação.	Julgamento - A evidência é suficientemente direta?
População:	Iranianos. Consideramos a evidência com provavelmente direta, pois nosso estudo se interessa por qualquer demanda de saúde, logo, esperamos que a população seja diversa.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Intervenção: Terapia Cognitivo-comportamental Religiosa (ou similar)	Terapia Cognitivo-Comportamental Religiosa.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Comparador: Terapia Cognitivo-comportamental	Os dois estudos não especificaram se houve alguma intervenção no grupo controle.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Comparação direta	Embora o nosso estudo se proponha a avaliar artigos que aplicaram tratamento psicoterapêutico que não inclui questões religiosas / espirituais ou tratamento cognitivo-comportamental padrão, tratamentos com outros referenciais teóricos da Psicologia ou que não receberam tratamento psicoterápico, as evidências provavelmente não são diretas, visto não termos clareza sobre se houve – ou qual foram – as intervenções nos grupos controle.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Desfecho: Melhora nos sintomas de TOC	Os dois estudos indicaram melhora nos sintomas de TOC nos participantes com a aplicação da TCC religiosa.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Julgamento final sobre a evidência indireta nos diversos domínios:	Sem evidência indireta Evidência indireta grave Evidência indireta muito grave	

Fonte: Própria autora.

Essa tabela apresenta a evidência indireta dos ensaios clínicos randomizados que estudaram melhora nos sintomas de TOC.

A primeira coluna refere-se aos elementos da pergunta de pesquisa, a segunda coluna os especifica e a terceira coluna indica, com a resposta em negrito, a avaliação final dos pesquisadores se os estudos em questão apresentam evidência direta para cada um dos elementos da pergunta de pesquisa.

Dos artigos, apenas um (Akuchekian *et al.*, 2011a) foi de qualidade satisfatória segundo o GRADE, mesmo não tendo obedecido a todos os critérios do GRADE, e não assinalou aumento no CRE positivo ou no CRE negativo.

2.9.2.4 Estudos sobre estresse

Foram encontrados quatro estudos (Rosmarin *et al.*, 2010; Ford e Garzon, 2017; Trammel, 2018; e Knabb e Vasquez, 2018), cujos resultados indicaram melhora nos sintomas de estresse, a partir da aplicação da TCCR ou alguma intervenção similar. Isso foi afirmado pelos autores nos estudos e demonstrado em seus resultados.

O estudo de Rosmarin *et al.* (2010) afirmou que logo após o tratamento, os três grupos de SIT, relaxamento muscular progressivo e lista de espera não apresentaram resultados significativamente diferentes. No entanto, o mesmo estudo diz que no *follow-up* (de seis a oito semanas) o grupo SIT apresentou níveis mais baixos de estresse em relação ao grupo de lista de espera.

O estudo de Ford e Gazon (2017) mostrou que os participantes do grupo CMT relataram níveis significativamente mais baixos de estresse percebido e na escala DASS-S, após o tratamento, do que os participantes do grupo MT, mas que essa diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa. Acrescentaram ainda que os resultados combinados do DASS-S e PSS indicaram parcialmente maiores reduções na percepção de estresse para o grupo CMT em comparação com o grupo MT.

Já Trammel (2018) afirmou que os participantes que usaram a intervenção (*mindfulness* cristã) relataram níveis mais baixos de estresse em comparação com o grupo controle (que receberam o e-mail com a informação da semana do estudo), de acordo com a Escala de Estresse Percebido.

O estudo de Knabb e Vasquez (2018) apresentou que o grupo que realizou a Oração de Jesus (intervenção) demonstrou redução significativa no estresse em relação ao grupo controle (lista de espera).

Assim, considera-se que todos os estudos apresentaram melhora nos participantes. Entretanto, nenhum deles preencheu todos os critérios do GRADE. Apenas os estudos de Rosmarin *et al.* (2010) e Trammel (2018) apresentaram qualidade satisfatória segundo esse sistema.

A tabela seguinte apresenta os estudos sobre estresse, a definição que os autores utilizaram para religião, religiosidade e espiritualidade e como trabalharam a R/E.

Tabela 10 – Estudos sobre estresse, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como trabalharam a R/E

Estudo	Conceito de religião, religiosidade ou espiritualidade	Procedimentos R/E utilizados
Rosmarin <i>et al.</i> , 2010	Não define.	Destaque de crenças centrais sobre confiança em Deus, uso de declarações de sábios judeus para fortalecer crenças centrais religiosas, imaginar que Deus está ajudando, entender algo importante como presente de Deus, imaginar Deus agindo nas atividades diárias, orar pedindo ajuda de Deus; práticas religiosas públicas e privadas.
Ford e Garzon, 2017	Não define.	Adaptação do tratamento para integrar visão cristã e realização de oração de meditação no grupo CMT.
Knabb e Vasquez, 2018	Não define.	Realização da oração de Jesus (“Senhor Jesus Cristo, Filho de Deus, tende piedade de mim”), estimulando a entrega a Deus, buscando quietude, união com Deus e cultivo da vigília (para uma consciência mais profunda sobre o funcionamento da mente).
Trammel, 2018	Não define.	Oração centralizadora, <i>Lectio Divina</i> , imaginação guiada de imagens sacras.

Fonte: Própria Autora.

A seguir, as avaliações do risco de viés, inconsistência e a tabela 11 com a avaliação da evidência indireta dos estudos.

2.9.2.4.1 Risco de viés

Foi identificado risco de viés quanto à cegueira de participantes e pessoal nos quatro estudos; relatórios seletivos (ausência de relatos sobre efeitos colaterais) em três estudos; e outras fontes de viés, como pacientes que sabiam qual era a crença religiosa do clínico e

remuneração dada aos participantes, em dois estudos. No entanto, não foi identificado risco de viés para geração de sequência aleatória; ocultação de alocação; cegueira da avaliação do resultado e dados de resultados incompletos nos quatro estudos. Assim, o risco de viés para este desfecho foi avaliado como não grave.

2.9.2.4.2 Inconsistência

Grave, uma vez que as populações entre os estudos são distintas; três, dos quatro estudos, não realizaram cálculo para estimar o tamanho da amostra; três estudos têm mais de 60% de mulheres ou homens, e outro não especifica a quantidade de mulheres e homens; dois estudos têm a lista de espera como comparadores e outro enviou um e-mail para os participantes do grupo controle informando a semana em que estavam no estudo, além de outros comparadores serem diferentes.

Assim, considerou-se a inconsistência como grave, mesmo que nosso estudo tenha se proposto a avaliar qualquer demanda de saúde com a aplicação da TCC que contemple a religiosidade/espiritualidade.

Tabela 11 – Avaliação da evidência indireta dos ensaios clínicos randomizados cujo desfecho foi redução no estresse

Domínio (pergunta original)	Descrição (evidência encontrada e incluída, assim como evidência de outros estudos) – considerar os domínios de delineamento e condução do estudo, inconsistência, imprecisão e viés de publicação.	Julgamento – A evidência é suficientemente direta?
População:	Judeus; associados a uma faculdade cristã particular, incluindo alunos atuais, ex-alunos, professores, funcionários e/ou cônjuges de qualquer um desses grupos; alunos de duas universidades protestantes; e estudantes cristãos de um grupo conservador de uma Universidade Cristã nos Estados Unidos.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Intervenção: Terapia Cognitivo-comportamental Religiosa (ou similar)	Embora os referenciais sejam diferentes entre os quatro estudos, todos compreendem elementos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e aspectos da religiosidade/espiritualidade.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não

Comparador: Terapia Cognitivo- comportamental	Dois estudos tiveram a lista de espera como comparador, outro estudo aplicou <i>mindfulness</i> regular e outro estudo enviou um e-mail aos participantes informando a semana em que estavam no estudo.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Comparação direta	Embora nosso estudo se proponha a avaliar artigos que aplicaram tratamento psicoterapêutico que não inclui questões religiosas/espirituais ou tratamento cognitivo-comportamental padrão, tratamentos com outros referenciais teóricos da Psicologia ou que não receberam tratamento psicoterápico, as evidências provavelmente não são diretas, visto haver lista de espera, relaxamento muscular progressivo, envio de e-mails aos participantes e <i>mindfulness</i> como comparadores.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Desfecho: Redução no estresse	Os quatro estudos indicaram melhora no estresse nos participantes.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Julgamento final sobre a evidência indireta nos diversos domínios:	Sem evidência indireta Evidência indireta grave Evidência indireta muito grave	

Fonte: Própria autora.

Essa tabela apresenta a evidência indireta dos ensaios clínicos randomizados que estudaram melhora na redução do estresse. A primeira coluna refere-se aos elementos da pergunta de pesquisa, a segunda coluna os especifica e a terceira coluna indica, com a resposta em negrito, a avaliação final dos pesquisadores se os estudos em questão apresentam evidência direta para cada um dos elementos da pergunta de pesquisa.

Dentre os artigos, o de Rosmarin *et al.* (2010) e o de Trammel (2018) foram de qualidade satisfatória segundo o GRADE; e o trabalho de Rosmarin *et al.* (2010) assinalou aumento no CRE positivo e diminuição no CRE negativo, porém não obedeceu a todos os critérios do GRADE.

2.9.2.5 Estudos sobre qualidade de vida

Foram encontrados dois estudos (Armento, McNulty e Hopko 2012 e Cajanding, 2016) cujos resultados indicaram melhora na qualidade de vida, a partir da aplicação da TCCR ou alguma intervenção similar. Isso foi afirmado pelos autores nos estudos e demonstrado em seus resultados.

O estudo de Armento, McNulty e Hopko (2012) afirmou que houve aumento da qualidade de vida nos participantes e que os resultados foram mantidos no *follow-up* de um mês.

O estudo de Cajanding (2016) mostrou que os pacientes do grupo de intervenção – TCC, que integrou a educação do paciente, automonitoramento, treinamento de habilidades, reestruturação cognitiva e desenvolvimento espiritual – tiveram melhorias significativas na qualidade de vida em comparação com o grupo controle, que recebeu cuidado padrão (terapia de otimização médica/farmacológica e estratégias de modificação de fatores de risco para insuficiência cardíaca).

Apesar da melhora apresentada pelos estudos, apenas o de Cajanding (2016) mostrou qualidade satisfatória, segundo o GRADE, e nenhum deles preencheu todos os critérios do sistema.

A tabela a seguir apresenta os estudos sobre qualidade de vida, a definição que os autores utilizaram para religião, religiosidade e espiritualidade e como trabalharam a R/E.

Tabela 12 – Estudos sobre qualidade de vida, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como trabalharam R/E

Estudo	Conceito de religião, religiosidade ou espiritualidade	Procedimentos R/E utilizados
Armento, McNulty e Hopko, 2012	Não define.	Descrição pelos participantes de crenças religiosas, incluindo quão ativos eles foram em sua comunidade de fé e práticas espirituais particulares, estímulo para se tornarem mais ativos nas comunidades baseadas na fé e nas atividades devocionais privadas; realização de atividades como assistir a uma liturgia sagrada, ir a um lugar pacífico e orar e ler a Bíblia, como forma de aumentar o reforço ambiental e então reduzir a gravidade dos sintomas depressivos.
Cajanding, 2016	Não define.	Apenas há menção para “desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> ”.

Fonte: Própria autora.

A seguir, avaliações do risco de viés, inconsistência e a tabela 13 com a avaliação da evidência indireta dos estudos.

2.9.2.5.1 Risco de viés

Há risco de viés quanto à ocultação de alocação em um estudo; cegueira de participantes e pessoal nos dois estudos; relatórios seletivos nos dois estudos (nenhum deles relata efeitos colaterais); e outras fontes de viés (viés de recrutamento em ensaios randomizados por *cluster*) em um estudo.

Assim, este aspecto foi avaliado como grave, embora não tenha sido identificado risco de viés em relação à geração de sequência aleatória, mascaramento na avaliação dos resultados e dados de resultados incompletos.

2.9.2.5.2 Inconsistência

Grave, porque as populações entre os estudos são distintas; um estudo realizou cálculo para estimar o tamanho da amostra; os dois estudos têm mais de 60% de mulheres ou homens; e os dois comparadores são diferentes.

Por isso, considerou-se a inconsistência como grave, mesmo que nosso estudo tenha se proposto a avaliar qualquer demanda de saúde com a aplicação da TCC que contemple a religiosidade/espiritualidade.

Tabela 13 – Avaliação da evidência indireta dos ensaios clínicos randomizados cujo desfecho foi melhora na qualidade de vida

Domínio (pergunta original)	Descrição (evidência encontrada e incluída, assim como evidência de outros estudos) – considerar os domínios de delineamento e condução do estudo, inconsistência, imprecisão e viés de publicação.	Julgamento – A evidência é suficientemente direta?
População:	Estudantes de graduação e filipinos com insuficiência cardíaca.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Intervenção: Terapia Cognitivo-comportamental Religiosa (ou similar)	Embora os referenciais sejam diferentes entre os estudos, todos compreendem elementos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e aspectos da religiosidade/espiritualidade.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Comparador: Terapia Cognitivo-comportamental	Um estudo utilizou a terapia de suporte e o outro estudo utilizou cuidados tradicionais (terapia de otimização médica/farmacológica e estratégias de modificação de fatores de risco evitáveis específicos para insuficiência cardíaca) como comparadores.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não

Comparação direta	Embora nosso estudo se proponha a avaliar artigos que aplicaram tratamento psicoterapêutico que não inclui questões religiosas/ espirituais ou tratamento cognitivo- comportamental padrão, tratamentos com outros referenciais teóricos da Psicologia ou que não receberam tratamento psicoterápico, as evidências provavelmente não são diretas, visto que o obtido como comparadores é muito diverso.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Desfecho: Melhora na qualidade de vida	Os dois estudos apontam para melhora na qualidade de vida nos participantes.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Julgamento final sobre a evidência indireta nos diversos domínios:	Sem evidência indireta Evidência indireta grave Evidência indireta muito grave	

Fonte: Própria autora.

Essa tabela apresenta a evidência indireta dos ensaios clínicos randomizados que estudaram melhora na qualidade de vida. A primeira coluna refere-se aos elementos da pergunta de pesquisa, a segunda coluna os especifica e a terceira coluna indica, com a resposta em negrito, a avaliação final dos pesquisadores se os estudos em questão apresentam evidência direta para cada um dos elementos da pergunta de pesquisa.

Dentre os artigos, um deles (Cajanding, 2016) foi de qualidade satisfatória segundo o GRADE, porém não obedeceu a todos os critérios; um outro assinalou aumento no CRE positivo (Armento, McNulty e Hopko, 2012); e nenhum no CRE negativo.

2.9.2.6 Estudos sobre *Coping* Religioso Espiritual Positivo

Foram encontrados três estudos (Luskin, Ginzburg e Thoresen, 2005; Rosmarin *et al.*, 2010 e Armento, McNulty e Hopko 2012), cujos resultados indicaram aumento no CRE positivo, a partir da aplicação da TCCR ou alguma intervenção similar. Isso foi afirmado pelos autores nos estudos e demonstrado em seus resultados.

O estudo de Rosmarin *et al.* (2010) mostrou que o nível de confiança em Deus aumentou igualmente para todos os grupos (SIT, relaxamento muscular progressivo e lista de espera).

O estudo de Luskin, Ginzburg e Thoresen (2005) afirmou que os participantes que receberam a intervenção (Terapia Racional Emotiva e técnicas de refocalização, cuja ênfase foi o uso do perdão), comparados com o grupo de com lista de espera, demonstraram aumento na tendência em utilizar o perdão, na tendência a perdoar o agressor, no foco em relação ao futuro, na percepção de autoeficácia para lidar com mágoas e reações emocionais e no campo

espiritual.

Já o estudo de Rosmarin *et al.* (2010) indicou que os participantes do grupo SIT demonstraram níveis mais altos de CRE positivo do que o grupo de lista de espera. E Armento, McNulty e Hopko (2012) afirmaram que houve aumento dos comportamentos religiosos dos participantes (como assistir a uma liturgia sagrada, orar, ler a Bíblia e conversar com um líder religioso) e do CRE em relação à terapia de suporte (grupo controle).

Assim, considera-se que houve aumento do CRE positivo, uma vez que os dois estudos mostraram isso com a aplicação da Terapia Racional Emotiva, SIT e BARB. Porém, apenas o estudo de Rosmarin *et al.* (2010) apresentou qualidade satisfatória segundo o GRADE, e nenhum dos estudos preencheu todos os critérios desse sistema.

A tabela a seguir traz os estudos sobre CRE positivo qualidade de vida, a definição que os autores utilizaram para religião, religiosidade e espiritualidade e como trabalharam a R/E.

Tabela 14 – Estudos sobre *Coping* Religioso Espiritual positivo, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como trabalharam R/E

Estudo	Conceito de religião, religiosidade ou espiritualidade	Procedimentos R/E utilizados
Luskin, Ginzburg e Thoresen, 2005	Não define.	Desenvolvimento do perdão através da técnica <i>Freeze-Frame</i> , que envolve redução da ofensa pessoal, redução da quantidade de culpa dada ao ofensor, compreensão sobre os efeitos de mágoa interpessoal não resolvida na sua saúde física, bem-estar emocional e na capacidade de controlar reações comportamentais e emocionais.
Rosmarin <i>et al.</i> , 2010	Não define.	Destaque de crenças centrais sobre confiança em Deus, uso de declarações de sábios judeus para fortalecer crenças centrais religiosas, imaginar que Deus está ajudando, entender algo importante como presente de Deus, imaginar Deus agindo nas atividades diárias, orar pedindo ajuda de Deus; práticas religiosas públicas e privadas.
Armento, McNulty e Hopko, 2012	Não define.	Descrição pelos participantes de crenças religiosas, incluindo quão ativos eles foram em sua comunidade de fé e práticas espirituais particulares, estímulo para se tornarem mais ativos nas comunidades baseadas na fé e nas atividades devocionais privadas; realização de atividades como assistir a uma liturgia sagrada, ir a um lugar pacífico e orar e ler a Bíblia, como forma de aumentar o reforço ambiental e então reduzir a

Fonte: Própria Autora.

A seguir, avaliações do risco de viés, inconsistência e a tabela 15 com a avaliação da evidência indireta dos estudos.

2.9.2.6.1 Risco de viés

Foi identificado risco de viés em um estudo no que se refere à alocação – se foi realizada de forma oculta ou não –; os três estudos não deixam claro se os participantes e pessoal estavam cegos; um dos estudos não revela como foi realizada a cegueira de avaliação do resultado; relatórios seletivos em dois estudos, pois não relatam efeitos colaterais; e outras fontes de viés em dois estudos (viés de recrutamento em ensaios randomizados por *cluster* e pagamento aos participantes). Portanto, este aspecto foi avaliado como grave.

2.9.2.6.2 Inconsistência

Avaliada como grave, pois dois dos estudos realizaram cálculo para estimar o tamanho da amostra; os três estudos têm mais do que 60% compostos por mulheres ou homens; as três intervenções têm componentes da TCC e da religiosidade/espiritualidade; dois estudos tiveram a lista de espera como comparadores; e dois aplicaram escalas sem especificá-las.

Tabela 15 – Avaliação da evidência indireta dos ensaios clínicos randomizados cujo desfecho foi aumento do *Coping* Religioso Espiritual Positivo

Domínio (pergunta original)	Descrição (evidência encontrada e incluída, assim como evidência de outros estudos) – considerar os domínios de delineamento e condução do estudo, inconsistência, imprecisão e viés de publicação.	Julgamento – A evidência é suficientemente direta?
População:	Judeus, estudantes de graduação de uma universidade e estudantes de graduação e pós-graduação de outra universidade. Considera-se a evidência como direta, pois nosso estudo se interessa por qualquer demanda de saúde, logo, esperamos que a população seja diversa.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Intervenção: Terapia Cognitivo-comportamental Religiosa (ou similar)	Embora os referenciais sejam diferentes entre os três estudos, todos compreendem elementos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e aspectos da religiosidade/espiritualidade.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Comparador: Terapia Cognitivo-comportamental	Dois estudos tiveram a lista de espera como comparador (sendo que um deles também aplicou o relaxamento muscular progressivo como	Sim Provavelmente sim Provavelmente não

	comparador) e um estudo teve a terapia de suporte como comparador, porém não especificou do que se trata.	Não
Comparação direta	Embora o nosso estudo tenha se proposto avaliar artigos que aplicaram tratamento psicoterapêutico que não inclui questões religiosas / espirituais ou tratamento cognitivo-comportamental padrão, tratamentos com outros referenciais teóricos da Psicologia ou que não receberam tratamento psicoterápico, as evidências provavelmente não são diretas, visto que o obtido como comparadores é diverso.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Desfecho: Aumento do <i>Coping</i> Religioso Espiritual Positivo	Os estudos apontam para aumento significativo na confiança em Deus e uso de <i>coping</i> religioso positivo, mudanças significativamente maiores nos comportamentos religiosos no pós-tratamento e tendência significativa para melhora no campo espiritual.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Julgamento final sobre a evidência indireta nos diversos domínios:	Sem evidência indireta Evidência indireta grave Evidência indireta muito grave	

Fonte: Própria autora.

Essa tabela apresenta a evidência indireta dos ensaios clínicos randomizados que estudaram melhora e aumento do *Coping* Religioso Espiritual Positivo. A primeira coluna refere-se aos elementos da pergunta de pesquisa, a segunda coluna os especifica e a terceira coluna indica, com a resposta em negrito, a avaliação final dos pesquisadores se os estudos em questão apresentam evidência direta para cada um dos elementos da pergunta de pesquisa.

Dentre os artigos, um deles (Rosmarin *et al.*, 2010) foi de qualidade satisfatória segundo o GRADE; os três estudos assinalaram aumento no CRE positivo (Armento, McNulty e Hopko 2012; Johnson e Ridley, 1992; Rosmarin *et al.*, 2010 e Luskin, Ginzburg e Thoresen, 2005); e um no CRE negativo (Rosmarin *et al.*, 2010). Nenhum dos estudos, porém, obedeceu a todos os critérios do GRADE.

2.9.2.7 Estudos sobre *Coping* Religioso Espiritual Negativo

Foram encontrados dois estudos (Rosmarin *et al.*, 2010 e Pearce e Koenig, 2016), cujos resultados indicaram diminuição no CRE negativo, a partir da aplicação da TCCR ou alguma intervenção similar. Isso foi afirmado pelos autores nos estudos e demonstrado em seus resultados.

O estudo de Rosmarin *et al.* (2010) mostrou que a diminuição no CRE negativo ocorreu nos grupos de intervenção (SIT) e de comparação (relaxamento muscular progressivo e lista de espera).

O estudo de Pearce e Koenig. (2016) mostrou que as lutas espirituais diminuíram ao longo do tempo, tanto para aqueles que receberam TCCR (intervenção) e TCC (comparador), sendo que a TCCR não foi superior à TCC.

Também no estudo de Rosmarin *et al.* (2010), SIT demonstrou melhora em relação à desconfiança em Deus, comparando com relaxamento muscular progressivo e lista de espera.

Assim, considera-se que houve diminuição do CRE negativo, uma vez que os dois estudos mostraram em seus resultados a diminuição dos sintomas com a aplicação da TCCR. Nenhum dos estudos preencheu todos os critérios do GRADE, mas ambos apresentaram qualidade satisfatória segundo esse sistema.

A seguir, tabela com os estudos sobre CRE negativo, a definição que os autores utilizaram para religião, religiosidade e espiritualidade e como trabalharam a R/E.

Tabela 16 – Estudos sobre *Coping* Religioso Espiritual negativo, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como trabalharam R/E

Estudo	Conceito de religião, religiosidade ou espiritualidade	Procedimentos R/E utilizados
Rosmarin <i>et al.</i> , 2010	Não define.	Destaque de crenças centrais sobre confiança em Deus, uso de declarações de sábios judeus para fortalecer crenças centrais religiosas, imaginar que Deus está ajudando, entender algo importante como presente de Deus, imaginar Deus agindo nas atividades diárias, orar pedindo ajuda de Deus; práticas religiosas públicas e privadas.
Pearce e Koenig, 2016	Não define.	Uso explícito das crenças, práticas e ensinamentos religiosos dos clientes na TCCR; incentivo ao perdão, gratidão, altruísmo e geração de esperança; TCCR integrou as crenças e motivações religiosas dos participantes na terapia, foi específica para as crenças religiosas dos participantes e seguiu versões cristã, judaica, muçulmana, budista e hindu, com manuais para cada uma dessas religiões.

Fonte: Própria Autora.

A seguir, avaliações do risco de viés, inconsistência e a tabela 17 com a avaliação da

evidência indireta dos estudos.

2.9.2.7.1 Risco de viés

Avaliado como não grave, pois os dois estudos não deixam explícito como foi feito o mascaramento dos participantes e dos aplicadores; e um estudo não relata efeitos colaterais. No entanto, quanto à geração de sequência aleatória; ocultação de alocação; cegueira da avaliação dos resultados; dados de resultados incompletos; e outras fontes de viés, não foram identificados vieses.

2.9.2.7.2 Inconsistência

As populações entre os estudos são distintas; um deles não realizou cálculo para estimar o tamanho da amostra e o outro mostrou como isso foi realizado; os dois têm mais de 60% de mulheres ou homens; um dos estudos tem a lista de espera como comparador e os outros comparadores são relaxamento muscular progressivo e TCC convencional.

Assim, considerou-se a inconsistência como grave, pois embora nosso estudo tenha se proposto avaliar qualquer demanda de saúde com a aplicação da TCC, que contemple a religiosidade/espiritualidade, o obtido como comparadores foi diferente: um dos estudos tratou de uma técnica comportamental da TCC; e o outro, de um tratamento mais completo com a TCC convencional.

Assim, avaliou-se o aspecto da inconsistência como grave.

Tabela 17 – Avaliação da evidência indireta dos ensaios clínicos randomizados cujo desfecho foi diminuição do *Coping* Religioso Espiritual Negativo

Domínio (pergunta original)	Descrição (evidência encontrada e incluída, assim como evidência de outros estudos) – considerar os domínios de delineamento e condução do estudo, inconsistência, imprecisão e viés de publicação.	Julgamento – A evidência é suficientemente direta?
População:	Judeus e participantes da Carolina do Norte e da Califórnia.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Intervenção: Terapia Cognitivo-comportamental Religiosa (ou similar)	Embora os referenciais sejam diferentes entre os dois estudos, todos compreendem elementos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e aspectos da religiosidade/espiritualidade.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Comparador: Terapia Cognitivo-	Um dos estudos teve a lista de espera e o relaxamento muscular progressivo como	Sim Provavelmente sim Provavelmente não

comportamental	comparadores e o outro estudo aplicou a TCC convencional.	Não
Comparação direta	Embora o nosso estudo se proponha a avaliar artigos que aplicaram tratamento psicoterapêutico que não inclui questões religiosas / espirituais ou tratamento cognitivo-comportamental padrão, tratamentos com outros referenciais teóricos da Psicologia ou que não receberam tratamento psicoterápico, as evidências provavelmente não são diretas, visto que o obtido como comparadores é diverso.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Desfecho: Aumento do <i>Coping</i> Religioso Espiritual Negativo	Os dois estudos indicaram melhora nos sintomas de depressão nos participantes com a aplicação da TCC contemplando aspectos da religiosidade/ espiritualidade; porém, um dos estudos afirmou que a TCC convencional também é eficaz na redução das lutas espirituais.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Julgamento final sobre a evidência indireta nos diversos domínios:	Sem evidência indireta Evidência indireta grave Evidência indireta muito grave	

Fonte: Própria autora.

Essa tabela apresenta a evidência indireta dos ensaios clínicos randomizados que estudaram diminuição do *Coping* Religioso Espiritual Negativo. A primeira coluna se refere aos elementos da pergunta de pesquisa, a segunda coluna os especifica e a terceira coluna indica, com a resposta em negrito, a avaliação final dos pesquisadores se os estudos em questão apresentam evidência direta para cada um dos elementos da pergunta de pesquisa.

Dentre os artigos, dois (Rosmarin *et al.*, 2010; e Pearce e Koenig, 2016) foram de qualidade satisfatória segundo o GRADE; um estudo assinalou aumento no CRE positivo (Rosmarin *et al.*, 2010); e dois, no CRE negativo (Rosmarin *et al.*, 2010; e Pearce e Koenig, 2016). Nenhum dos estudos, porém, obedeceu a todos os critérios do GRADE.

2.9.3 Ensaios clínicos não randomizados, de grupo único e semiexperimentais

A seguir, as avaliações dos ensaios clínicos não randomizados, de grupo único e semiexperimentais, organizados pelos mesmos desfechos apresentados anteriormente. Foram utilizadas as mesmas orientações fornecidas pelo GRADE para avaliar estes estudos, que foram avaliados de maneira separada por tratarem-se de estudos com desenhos declarados por seus autores como diferentes de ensaios clínicos randomizados.

O aspecto da imprecisão também não foi avaliado nestes casos, por não ter sido realizada meta-análise.

2.9.3.1 Estudos sobre depressão

Foram encontrados quatro estudos (Hawkins, Tan e Turk, 1999; Mathieson *et al.*, 2012; Tulbure *et al.*, 2018 e Rosmarin *et al.*, 2019), cujos resultados indicaram melhora nos sintomas de depressão, a partir da aplicação da TCCR ou alguma intervenção similar. Isso foi afirmado pelos autores nos estudos e demonstrado em seus resultados.

O estudo de Rosmarin *et al.* (2019), que aplicou a TCC culturalmente adaptada para judeus ortodoxos e, no grupo controle, para pessoas de outras religiões ou de nenhuma religião, mostrou diminuição dos sintomas de depressão para ambos os grupos.

Já Hawkins, Tan e Turk (1999) afirmaram que os participantes de seu estudo, e que receberam a TCC convencional (comparador), apresentaram melhora nos sintomas de depressão.

E o estudo de Tulbure *et al.* (2018) mostrou que os participantes que receberam tanto a TCCR quanto a TCC convencional demonstraram diminuição nos níveis dos sintomas de depressão, o que se manteve no *follow-up* de seis meses. Ainda assim, esses autores afirmaram que a melhora não foi significativa.

O estudo de Hawkins, Tan e Turk (1999) afirmou que os participantes que receberam a intervenção TCC cristã apresentaram maior diminuição dos sintomas de depressão do que os participantes que receberam a TCC convencional; e o estudo de Mathieson *et al.* (2012) afirmou que houve diminuição das angústias psicológicas – o que se assinala como melhora nos sintomas de depressão, uma vez que esses foram medidos pela escala Kessler-10 (K10), que avalia ansiedade e depressão em um período de quatro semanas.

Embora se assinale melhora nos sintomas de depressão, nenhum dos estudos preencheu todos os critérios do GRADE.

A seguir, tabela com os estudos sobre depressão, a definição que os autores utilizaram para religião, religiosidade e espiritualidade e como trabalharam a R/E.

Tabela 18 – Estudos sobre depressão, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como trabalharam R/E

Estudo	Conceito de religião, religiosidade ou espiritualidade	Procedimentos R/E utilizados
--------	--	------------------------------

Hawkins, Tan e Turk, 1999	“(…) religião é uma busca por ‘significado’ (o que as pessoas valorizam em suas vidas); espiritualidade é a busca pelo ‘sagrado’ (Deus, ou ‘nomes relacionados a Deus’, ou outros objetos, atributos ou qualidades que se tornam santificados em virtude de sua associação com ou representação do sagrado” (Pargament, 1997, p. 6). Religião e espiritualidade estão intimamente ligadas, uma vez que a espiritualidade está no cerne da religião.	Uso de apostilas explicando o programa cristão e admitindo que a base do programa é que Jesus é Senhor e Salvador e tomando a Bíblia como principal autoridade e sendo inspirada divinamente; uso de crenças cristãs básicas nas técnicas de terapia; realização de orações; ensinamentos bíblicos sobre o papel da raiva e sua expressão; e presença de pastores ao longo do tratamento, além dos terapeutas.
Mathieson <i>et al.</i> , 2012	Não define.	Oração Maori ⁷ (<i>karakia</i>), espiritualidade (<i>wairua</i>)
Tulbure <i>et al.</i> , 2018	Não define.	Estímulo à religiosidade organizacional (participação em igreja, sinagoga ou atividades no templo; comparecer ao serviço religioso; participação em reuniões sociais; contribuir financeiramente com o serviço religioso) e não-organizacional (orações, leitura de escrituras sagradas/religiosas, assistir a programas religiosos, ouvir rádios religiosas – não requerem interação com outras pessoas); componentes espirituais (foco no perdão, generosidade e envolvimento em atividades altruístas).
Rosmarin <i>et al.</i> , 2019	Não define.	Uso de crenças e práticas religiosas no tratamento, identificação e validação de angústias espirituais.

Fonte: Própria autora.

A seguir, avaliações do risco de viés, inconsistência e a tabela 19 com a avaliação da evidência indireta dos estudos.

2.9.3.1.1 Risco de viés

Considerado grave porque foi encontrado risco de viés na geração de sequência aleatória e ocultação de alocação em três estudos; cegueira de participantes e pessoal, cegueira da avaliação do resultado e relatórios seletivos (não relatam efeitos colaterais) nos quatro estudos;

⁷ Maori: Indígenas da Nova Zelândia (TUPOU *et al.*, 2021).

e outras fontes de viés (como não especificação de escalas utilizadas, aplicação de medidas de autorrelato e viés de recrutamento em ensaios randomizados por *cluster*) em três estudos. Não foi identificado risco de viés quanto a dados de resultados incompletos.

2.9.3.1.2 Inconsistência

As populações entre os estudos são distintas; nenhum dos estudos realizou cálculo para estimar o tamanho da amostra; os quatro têm mais de 60% de mulheres ou homens; como comparação, um dos estudos utilizou a mesma intervenção com uma população diferente, outro não especificou se aplicou intervenção, outro utilizou a TCC convencional e outro teve a lista de espera como comparador.

Assim, considerou-se a inconsistência como grave, pois embora nosso estudo tenha se proposto a avaliar qualquer demanda de saúde com a aplicação da TCC que contemple a religiosidade/espiritualidade, o obtido como comparadores foi diferente.

Tabela 19 – Avaliação da evidência indireta dos ensaios clínicos não randomizados e semiexperimental cujo desfecho foi melhora na depressão

Domínio (pergunta original)	Descrição (evidência encontrada e incluída, assim como evidência de outros estudos) – considerar os domínios de delineamento e condução do estudo, inconsistência, imprecisão e viés de publicação.	Julgamento – A evidência é suficientemente direta?
População:	Judeus ortodoxos, maori, adultos cristãos e pessoas fluentes na língua romena.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Intervenção: Terapia Cognitivo-comportamental	Embora os referenciais sejam diferentes entre os quatro estudos, todos compreendem elementos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e aspectos da religiosidade/espiritualidade – TCC culturalmente adaptada para judeus ortodoxos, TCC adaptada aos Maori, TCC cristã e TCCR).	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Comparador: Terapia Cognitivo-comportamental	Dos quatro estudos, um aplicou a mesma terapia que no grupo de intervenção; o outro estudo não teve comparador; outro aplicou a TCC convencional e outro teve a lista de espera como comparador.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Comparação direta	Embora nosso estudo compreenda artigos que aplicaram tratamento psicoterapêutico que não inclui questões religiosas / espirituais ou	Sim Provavelmente sim Provavelmente não

	tratamento cognitivo-comportamental padrão, tratamentos com outros referenciais teóricos da Psicologia ou que não receberam tratamento psicoterápico como comparadores, deve-se considerar que os tipos de estudos aqui avaliados (ensaios clínicos não randomizados e semiexperimental) somado ao que se tem como comparadores, apontam para importante diversidade. Assim, considera-se que a evidência provavelmente não é direta.	Não
Desfecho: Melhora na depressão	Os quatro estudos declararam que houve melhora na depressão, embora Tulbure <i>et al.</i> (2018) afirmem que esta não foi significativa.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Julgamento final sobre a evidência indireta nos diversos domínios:	Sem evidência indireta Evidência indireta grave Evidência indireta muito grave	

Fonte: Própria autora.

Essa tabela apresenta a evidência indireta dos ensaios clínicos não randomizados, de grupo único e semiexperimentais que estudaram melhora na ansiedade. A primeira coluna refere-se aos elementos da pergunta de pesquisa, a segunda coluna os especifica e a terceira coluna indica, com a resposta em negrito, a avaliação final dos pesquisadores se os estudos em questão apresentam evidência direta para cada um dos elementos da pergunta de pesquisa.

Dentre os artigos, nenhum foi de qualidade satisfatória segundo o GRADE; um estudo assinalou aumento no CRE positivo (HAWKINS, TAN e TURK, 1999); e nenhum no CRE negativo.

2.9.3.2 Estudos sobre ansiedade

Para este desfecho, foram selecionados seis estudos (PITYARATSTIAN *et al.*, 2007; MATHIELSON *et al.*, 2012; WANG *et al.*, 2016; TULBURE *et al.*, 2018; ROSMARIN *et al.*, 2019; HAMID, 2020), cujos resultados indicaram melhora nos sintomas de ansiedade, a partir da aplicação da TCCR ou alguma intervenção similar. Isso foi afirmado pelos autores nos estudos e demonstrado em seus resultados.

O estudo de Rosmarin *et al.* (2019), que aplicou a TCC culturalmente adaptada para judeus ortodoxos e, no grupo controle, para pessoas de outras religiões ou de nenhuma religião, mostrou diminuição dos sintomas de ansiedade para ambos os grupos.

Já Tulbure *et al.* (2018) mostraram que tanto os participantes que receberam a TCCR quanto a TCC convencional demonstraram diminuição nos sintomas de ansiedade.

O estudo de Wang *et al.* (2016), cuja intervenção foi a *Spiritually Oriented Trauma-*

Focused Cognitive–Behavioral Therapy (SO-TF-CBT) e grupo controle não especificado, afirmaram que os dois grupos demonstraram redução nos sintomas de trauma, com o grupo de intervenção reduzindo significativamente os sintomas de estresse pós-traumático entre as crianças.

O estudo de Mathieson *et al.* (2012) afirmou que houve diminuição das angústias psicológicas – o que se assinala como melhora nos sintomas de depressão, uma vez que foram medidos pela escala Kessler-10 (K10), que avalia ansiedade e depressão em um período de quatro semanas.

O trabalho de Hamid (2020) afirmou que o grupo de intervenção (imagens mentais positivas de recuperação e TCC baseada em crenças religiosas) teve os níveis de ansiedade diminuídos significativamente em comparação com o início do tratamento e o grupo controle, que não recebeu intervenção. O autor acrescenta que esses resultados se mantiveram no *follow-up* (não especificado).

Por fim, Pityaratstian *et al.* (2007) realizaram um estudo clínico de grupo único de crianças que presenciaram *tsunami*, cuja intervenção foi a TCC em grupo para TEPT em crianças (com adaptações inclusive para religião) que, segundo os autores, foi eficaz em crianças propensas a desenvolver TEPT, com diminuição significativa nos sintomas gerais no período de duas semanas depois da intervenção.

Embora seja assinalada a melhora nos sintomas de ansiedade, nenhum dos estudos preencheu todos os critérios do GRADE.

A seguir, tabela com os estudos sobre ansiedade, a definição que os autores utilizaram para religião, religiosidade e espiritualidade e como trabalharam a R/E.

Tabela 20 – Estudos sobre ansiedade, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como trabalharam R/E

Estudo	Conceito de religião, religiosidade ou espiritualidade	Procedimentos R/E utilizados
Pityaratstian <i>et al.</i> , 2007	Não define.	Intervenção foi a TCC em grupo para TEPT em crianças (com adaptações inclusive para religião), sem comparador. Os autores afirmam que a intervenção cognitivo-comportamental foi eficaz em crianças propensas a desenvolver TEPT, com diminuição significativa nos sintomas gerais (reações de estresse pós-traumático) no período de duas semanas depois da intervenção.

Mathieson <i>et al.</i> , 2012	Não define.	Oração Maori (<i>karakia</i>), espiritualidade (<i>wairua</i>)
Wang <i>et al.</i> , 2016	Não define.	Questionamento sobre CRE, entendimento do trauma como provocador de lutas espirituais e religiosas; avaliação da espiritualidade e religião do cliente, uso de histórias, canções ou passagens de textos sagrados extraídos da memória pessoal do paciente; reestruturação das distorções cognitivas com temas religiosos relacionadas ao trauma.
Tulbure <i>et al.</i> , 2018	Não define.	Estímulo à religiosidade organizacional (participação em igreja, sinagoga ou atividades no templo; comparecer ao serviço religioso; participação em reuniões sociais; contribuir financeiramente com o serviço religioso) e não-organizacional (orações, leitura de escrituras sagradas/religiosas, assistir a programas religiosos, ouvir rádios religiosas – não requerem interação com outras pessoas); componentes espirituais (foco no perdão, generosidade e envolvimento em atividades altruístas).
Rosmarin <i>et al.</i> , 2019	Não define.	Uso de crenças e práticas religiosas no tratamento, identificação e validação de angústias espirituais.
Hamid, 2020	Não define.	Perdão, comunicação com a fonte da existência, crença de que nada acontece em vão e nada foge ao controle de Deus.

Fonte: Própria autora.

A seguir, avaliações do risco de viés, inconsistência e a tabela 21 com a avaliação da evidência indireta dos estudos.

2.9.3.1.1 Risco de viés

Foram identificados riscos de viés quanto à geração de sequência aleatória e ocultação de alocação em quatro estudos; e cegueira de participantes e pessoal e cegueira da avaliação dos resultados em todos os estudos. Nenhum dos estudos relata efeitos colaterais (relatórios seletivos); e outras fontes de viés foram identificadas em quatro estudos (não especificação de escalas aplicadas, utilização de medidas de autorrelato e viés de recrutamento em ensaios randomizados por *cluster*). Nenhum dos estudos apresenta dados de resultados incompletos.

Assim, considerou-se o risco de viés como grave.

2.9.3.2.2 Inconsistência

Cinco estudos não indicaram realização de cálculo para estimar o tamanho da amostra, e um estudo afirmou ter utilizado o método de amostragem voluntária; cinco estudos têm mais de 60% de mulheres ou homens e um foi realizado apenas com mulheres; todos os estudos aplicaram a TCC religiosa (ou tratamento similar ou com outra nomenclatura, mas entende-se como a TCC que trabalhou com a R/E); um estudo não especifica o que foi o comparador, um estudo aplicou a mesma intervenção que no grupo experimental em uma população diferente, um estudo não declara se houve grupo controle; outro foi de grupo único; e um estudo utilizou a lista de espera.

Assim, considerou-se a inconsistência como grave.

Tabela 21 – Avaliação da evidência indireta dos ensaios clínicos não randomizados, de grupo único e semiexperimentais cujo desfecho foi melhora na ansiedade

Domínio (pergunta original)	Descrição (evidência encontrada e incluída, assim como evidência de outros estudos) – considerar os domínios de delineamento e condução do estudo, inconsistência, imprecisão e viés de publicação.	Julgamento – A evidência é suficientemente direta?
População:	Estudantes e crianças participantes de uma fundação para a comunidade “restavek ⁸ ”, judeus ortodoxos, maori, mulheres com câncer de mama, crianças que presenciaram <i>tsunami</i> e pessoas fluentes na língua romena.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Intervenção: Terapia Cognitivo-comportamental Religiosa (ou similar)	Embora os referenciais sejam diferentes entre os cinco estudos, todos compreendem elementos da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e aspectos da religiosidade/espiritualidade – TCC Focada no Trauma Orientada Espiritualmente, TCC culturalmente adaptada para judeus ortodoxos, TCC adaptada aos Maori, TCC Religiosa e TCC em grupo para TEPT em crianças (com adaptações inclusive para religião).	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não

⁸ Restavek: sistema moderno de escravidão no Haiti, que atinge cerca de 300.000 crianças entre cinco e 17 anos. Estas crianças, de condições financeiras menos favorecidas, são enviadas a famílias com melhores condições financeiras e geralmente sofrem abuso físico, sexual e psicológico da parte dos anfitriões (Wang *et al.*, 2016).

Comparador: Terapia Cognitivo-comportamental	Dos seis estudos, um teve como comparador grupo controle não especificado, um aplicou a mesma terapia que no grupo de intervenção, outro estudo não teve comparador; dois estudos não tiveram grupo controle e outro estudo utilizou a lista de espera.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Comparação direta	Embora nosso estudo compreenda artigos que aplicaram tratamento psicoterapêutico que não inclui questões religiosas / espirituais ou tratamento cognitivo-comportamental padrão, tratamentos com outros referenciais teóricos da Psicologia ou que não receberam tratamento psicoterápico como comparadores, devemos considerar que os tipos de estudos aqui avaliados (ensaios clínicos não randomizados, semiexperimentais e um ensaio clínico com grupo único) somado ao que se tem como comparadores, apontam para importante diversidade. Assim, considera-se que a evidência provavelmente não é direta.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Desfecho: Melhora na ansiedade	Todos os estudos afirmam ter ocorrido diminuição dos sintomas de ansiedade.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Julgamento final sobre a evidência indireta nos diversos domínios:	Sem evidência indireta Evidência indireta grave Evidência indireta muito grave	

Fonte: Própria autora.

Essa tabela apresenta a evidência indireta dos ensaios clínicos não randomizados, de grupo único e semiexperimentais que estudaram melhora na ansiedade. A primeira coluna se refere aos elementos da pergunta de pesquisa, a segunda coluna os especifica e a terceira coluna indica, com a resposta em negrito, a avaliação final dos pesquisadores se os estudos em questão apresentam evidência direta para cada um dos elementos da pergunta de pesquisa.

Dentre os artigos, um foi de qualidade menos grave segundo o GRADE (HAMID, 2020); nenhum estudo assinalou aumento no CRE positivo; e um, assinalou diminuição no CRE negativo (WANG *et al.*, 2016). Nenhum dos estudos, porém, obedeceu a todos os critérios do GRADE.

2.9.3.3 Estudo sobre TOC

Para este desfecho, foi selecionado um estudo (AOUCHÉKIAN *et al.*, 2017): um ensaio clínico de grupo único.

Os autores afirmaram que, a partir da aplicação da TCCR com terapia medicamentosa em mulheres iranianas, houve melhora nos sintomas de TOC, sendo que esta persistiu no *follow-up* de 3 e 6 meses.

Embora tenha sido assinalada a melhora nos sintomas de TOC, o estudo não preencheu todos os critérios do GRADE.

A seguir, tabela com o estudo sobre TOC, a definição que os autores utilizaram para religião, religiosidade e espiritualidade e como trabalharam a R/E.

Tabela 22 – Estudo sobre TOC, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como trabalharam R/E

Estudo	Conceito de religião, religiosidade ou espiritualidade	Procedimentos R/E utilizados
Aouchekian <i>et al.</i> , 2017	Não define.	Psicoeducação e orientações para comportamentos típicos do TOC a partir da perspectiva religiosa; uso do Alcorão, <i>hadiths</i> , provérbios e agenda jurisprudencial da lei islâmica (que se entende que foram aplicados neste estudo).

Fonte: Própria autora.

A seguir, avaliações do risco de viés, inconsistência e a tabela 23 com a avaliação da evidência indireta dos estudos.

2.9.3.3.1 Risco de viés

O risco de viés foi considerado grave, pois foram identificados problemas na geração de sequência aleatória; ocultação de alocação; cegueira de participantes e pessoal; cegueira da avaliação do resultado; e relatórios seletivos (não relata efeitos colaterais).

Assim, considerou-se este aspecto como grave, embora não tenham sido identificados vieses quanto a dados de resultados incompletos ou outras limitações.

2.9.3.3.2 Inconsistência

O estudo afirma ter utilizado amostra de conveniência e ter seguido a fórmula de tamanho de amostra de Cochran; é composto apenas por mulheres; aplicou a TCC religiosa com medicamentos; e não teve grupo controle.

Assim, considerou-se a inconsistência como grave.

Tabela 23 – Avaliação da evidência indireta do ensaio clínico de grupo único, cujo desfecho foi melhora nos sintomas de TOC

Domínio (pergunta original)	Descrição (evidência encontrada e incluída, assim como evidência de outros estudos) – considerar os domínios de delineamento e condução do estudo, inconsistência, imprecisão e viés de publicação.	Julgamento – A evidência é suficientemente direta?
População:	Iranianas.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Intervenção: Terapia Cognitivo-comportamental Religiosa (ou similar)	TCC religiosa com medicamentos.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Comparador: Terapia Cognitivo-comportamental	Sem comparador.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Comparação direta	Embora nosso estudo compreenda artigos que aplicaram tratamento psicoterapêutico que não inclui questões religiosas / espirituais ou tratamento cognitivo-comportamental padrão, tratamentos com outros referenciais teóricos da Psicologia ou que não receberam tratamento psicoterápico como comparadores, deve-se considerar que a ausência de um comparador leva a considerar a evidência como não direta.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Desfecho: Melhora nos sintomas de TOC	O estudo afirma ter ocorrido diminuição nos sintomas de TOC no seguimento de três a seis meses, e que a combinação de conteúdo religioso com TCC e medicação pode melhorar ainda mais os pacientes com TOC de conteúdo religioso.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Julgamento final sobre a evidência indireta nos diversos domínios:	Sem evidência indireta Evidência indireta grave Evidência indireta muito grave	

Fonte: Própria autora.

Essa tabela apresenta a evidência indireta do ensaio clínico de grupo único, que estudou melhora nos sintomas de TOC. A primeira coluna se refere aos elementos da pergunta de pesquisa, a segunda coluna os especifica e a terceira coluna indica, com a resposta em negrito,

a avaliação final dos pesquisadores se os estudos em questão apresentam evidência direta para cada um dos elementos da pergunta de pesquisa.

O artigo não apresentou qualidade satisfatória, segundo o GRADE; não assinalou aumento no CRE positivo ou diminuição no CRE negativo.

2.9.3.4 Estudos sobre estresse

Foi encontrado um estudo (WANG *et al.*, 2016), cuja intervenção foi a TCC Focada no Trauma Orientada Espiritualmente e o grupo controle não foi especificado; os autores afirmaram que o grupo de intervenção teve os sintomas de estresse pós-traumático entre as crianças reduzido significativamente.

Embora tenha sido assinalada a melhora nos sintomas de estresse, o estudo não preencheu todos os critérios do GRADE.

A seguir, tabela com o estudo sobre estresse e como os autores trabalharam a R/E.

Tabela 24 – Estudo sobre estresse e como foram trabalhadas a R/E

Estudo	Conceito de religião, religiosidade ou espiritualidade	Procedimentos R/E utilizados
Wang <i>et. Al.</i> , 2016	Não define.	Questionamento sobre CRE, entendimento do trauma como provocador de lutas espirituais e religiosas; avaliação da espiritualidade e religião do cliente, uso de histórias, canções ou passagens de textos sagrados extraídos da memória pessoal do paciente; reestruturação das distorções cognitivas com temas religiosos relacionadas ao trauma.

Fonte: Própria autora.

A seguir, avaliações do risco de viés, inconsistência e a tabela 25 com a avaliação da evidência indireta dos estudos.

2.9.3.4.1 Risco de viés

Neste estudo, foram identificados riscos de viés quanto à geração de sequência aleatória; ocultação de alocação; cegueira de participantes e pessoal; cegueira da avaliação dos resultados; não relata efeitos colaterais (relatórios seletivos); e outras fontes de viés (utilização de medidas de autorrelato). Não apresenta dados de resultados incompletos.

Assim, considerou-se o risco de viés como grave.

2.9.3.4.2 Inconsistência

O estudo não indica realização de cálculo para estimar o tamanho da amostra; possui mais de 60% de mulheres ou homens; aplicou a Terapia Cognitivo-Comportamental Focada no Trauma Orientada Espiritualmente; e não especifica do que se trata o grupo controle.

Assim, considerou-se a inconsistência como grave.

Tabela 25 – Avaliação da evidência indireta do ensaio clínico não randomizado, cujo desfecho foi redução no estresse

Domínio (pergunta original)	Descrição (evidência encontrada e incluída, assim como evidência de outros estudos) – considerar os domínios de delineamento e condução do estudo, inconsistência, imprecisão e viés de publicação.	Julgamento – A evidência é suficientemente direta?
População:	Estudantes e crianças participantes de uma fundação para a comunidade “restavek”.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Intervenção: Terapia Cognitivo-comportamental Religiosa (ou similar)	Terapia Cognitivo-Comportamental Focada no Trauma Orientada Espiritualmente.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Comparador: Terapia Cognitivo-comportamental	Grupo controle sem especificação.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Comparação direta	Embora nosso estudo compreenda artigos que aplicaram tratamento psicoterapêutico que não inclui questões religiosas / espirituais ou tratamento cognitivo-comportamental padrão, tratamentos com outros referenciais teóricos da Psicologia ou que não receberam tratamento psicoterápico como comparadores, deve-se considerar que ausência da especificação do comparador leva a considerar a evidência como não direta.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Desfecho: Redução no estresse	O estudo afirmou ter ocorrido diminuição nos sintomas de TEPT nos participantes.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não

Julgamento final sobre a evidência indireta nos diversos domínios:	Sem evidência indireta Evidência indireta grave Evidência indireta muito grave
--	---

Fonte: Própria autora.

Essa tabela apresenta a evidência indireta do ensaio clínico não randomizado, que estudou redução no estresse. A primeira coluna se refere aos elementos da pergunta de pesquisa, a segunda coluna os especifica e a terceira coluna indica, com a resposta em negrito, a avaliação final dos pesquisadores se o estudo em questão apresenta evidência direta para cada um dos elementos da pergunta de pesquisa.

O estudo de Wang et al. (2016) assinalou diminuição no estresse. Porém, não atendeu todos os critérios do GRADE.

2.9.3.5 Estudos sobre qualidade de vida

Para este desfecho, foram selecionados três estudos (RAVAEI, HOSSEINIAN e TABATABAEI, 2013; TULBURE *et al.*, 2018; e HAMID, 2020), cujos resultados indicaram melhora na qualidade de vida, a partir da aplicação da TCCR ou alguma intervenção similar. Isso foi afirmado pelos autores nos estudos e demonstrado em seus resultados.

O estudo de Tulbure *et al.* (2018) afirmou que os níveis de qualidade de vida aumentaram substancialmente nos grupos de TCCR e TCC convencional e se mantiveram no *follow-up* (de seis meses); no estudo de Hamid (2020), o grupo de intervenção (imagens mentais positivas de recuperação e TCC baseada em crenças religiosas) teve os níveis de qualidade de vida aumentados em comparação com o início do tratamento e com o grupo controle, que não recebeu intervenção; além disso, o autor afirmou que esses resultados se mantiveram no *follow-up* (não especificado).

Já o estudo de Ravaei, Hosseinian e Tabatabaei (2013), que aplicou o treinamento espiritual cognitivo-comportamental, afirmou que treinamentos espirituais são eficazes para aumentar a qualidade de vida dos participantes, especificando a melhora: saúde mental e física, performance física, performance no trabalho, dor física, performance social, energia, estresse e performance cognitiva em pessoas com HIV e adictas.

Embora tenha sido assinalada melhora nos sintomas de qualidade de vida, nenhum dos estudos preencheu todos os critérios do GRADE.

A seguir, tabela com os estudos sobre qualidade de vida, a definição que os autores

utilizaram para religião, religiosidade e espiritualidade e como trabalharam a R/E.

Tabela 26 – Estudos sobre qualidade de vida, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como trabalharam R/E

Estudo	Conceito de religião, religiosidade ou espiritualidade	Procedimentos R/E utilizados
Ravaei, Hosseinian e Tabatabaei, 2013	Não define.	Reforço de crenças espirituais e fé em Deus por meio de leitura de histórias, do Alcorão e de tradições espirituais e versos. Ensino dos efeitos das crenças espirituais e oração na saúde mental e física do indivíduo. Ensino de orações.
Tulbure <i>et al.</i> , 2018	Não define.	Estímulo à religiosidade organizacional (participação em igreja, sinagoga ou atividades no templo; comparecer ao serviço religioso; participação em reuniões sociais; contribuir financeiramente com o serviço religioso) e não-organizacional (orações, leitura de escrituras sagradas/religiosas, assistir a programas religiosos, ouvir rádios religiosas – não requerem interação com outras pessoas); componentes espirituais (foco no perdão, generosidade e envolvimento em atividades altruístas).
Hamid, 2020	Não define.	Perdão, comunicação com a fonte da existência, crença de que nada acontece em vão e nada foge ao controle de Deus.

Fonte: Própria autora.

A seguir, avaliações do risco de viés, inconsistência e a tabela 27 com a avaliação da evidência indireta dos estudos.

2.9.3.5.1 Risco de viés

Foram identificados riscos de viés quanto à cegueira de participantes e pessoal; cegueira da avaliação dos resultados; e relatórios seletivos (ausência de relatos de efeitos colaterais) nos três estudos; e um estudo não especificou uma escala utilizada e apresentou viés de recrutamento em ensaios randomizados por *cluster*.

Assim, considerou-se o risco de viés como grave.

2.9.3.5.2 Inconsistência

Dois estudos não indicaram realização de cálculo para estimar o tamanho da amostra e um utilizou o método de amostragem voluntária; dois estudos são compostos apenas por homens ou apenas por mulheres e o outro tem mais de 60% de mulheres; os três aplicaram a TCCR; um dos estudos afirma não ter havido intervenção no grupo controle, outro não especificou se houve intervenção e o outro utilizou a lista de espera como comparador.

Assim, considerou-se a inconsistência como grave.

Tabela 27 - Avaliação da evidência indireta do ensaio clínico não randomizados semiexperimentais, cujo desfecho foi melhora na qualidade de vida

Domínio (pergunta original)	Descrição (evidência encontrada e incluída, assim como evidência de outros estudos) - considerar os domínios de delineamento e condução do estudo, inconsistência, imprecisão e viés de publicação.	Julgamento - A evidência é suficientemente direta?
População:	Homens HIV positivos que fazem uso de substância, mulheres com câncer de mama e pessoas fluentes na língua romena.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Intervenção: Terapia Cognitivo-comportamental Religiosa (ou similar)	Os três estudos aplicaram a TCCR.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Comparador: Terapia Cognitivo-comportamental	Grupo controle sem especificação em dois estudos e lista de espera.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Comparação direta	Embora nosso estudo compreenda artigos que aplicaram tratamento psicoterapêutico que não inclui questões religiosas / espirituais ou tratamento cognitivo-comportamental padrão, tratamentos com outros referenciais teóricos da Psicologia ou que não receberam tratamento psicoterápico como comparadores, deve-se considerar que os tipos de estudos aqui avaliados somado ao que se tem como comparadores, apontam para importante diversidade. Assim, considera-se que a evidência provavelmente não é direta.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Desfecho: Melhora na qualidade de vida	Os três estudos afirmaram que a TCCR foi efetiva em melhorar a qualidade de vida dos participantes.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não

Julgamento final sobre a evidência indireta nos diversos domínios:	Sem evidência indireta Evidência indireta grave Evidência indireta muito grave
--	---

Fonte: Própria autora

Essa tabela apresenta a evidência indireta dos ensaios clínicos não randomizados, de grupo único e semiexperimentais que estudaram melhora na qualidade de vida. A primeira coluna se refere aos elementos da pergunta de pesquisa, a segunda coluna os especifica e a terceira coluna indica, com a resposta em negrito, a avaliação final dos pesquisadores se os estudos em questão apresentam evidência direta para cada um dos elementos da pergunta de pesquisa.

Dentre os artigos, dois (RAVAEI, HOSSEINIAN e TABATABAEI, 2013; e HAMID, 2020) apresentaram qualidade menos grave segundo o GRADE; nenhum deles assinalou aumento no CRE positivo ou diminuição no CRE negativo; e nenhum atendeu todos os critérios do GRADE.

p.9.3.6 Estudos sobre *Coping* Religioso Espiritual Positivo

Foram encontrados dois estudos (HAWKINS, TAN e TURK, 1999; e SUBICA e YAMADA, 2018), cujos resultados indicaram aumento no CRE positivo, a partir da aplicação da TCCR ou alguma intervenção similar. Isso foi afirmado pelos autores nos estudos e demonstrado em seus resultados.

O estudo de Hawkins, Tan e Turk (1999), que aplicou a TCC cristã comparada com a TCC convencional, afirmou que em ambos os grupos houve aumento de bem-estar espiritual (apresentado pelos autores como relacionado com Deus, o eu, a comunidade e o ambiente, com o bem-estar psicológico e, assim, com a saúde mental), sendo maior no grupo com TCCR do que no grupo com TCC convencional.

Por sua vez, o estudo de Subica e Yamada (2018), que aplicou as Estratégias Espirituais para Recuperação Psicossocial, sem especificação de grupo controle, mostrou que os participantes afirmaram estar dispostos a aplicar a espiritualidade em sua recuperação pessoal.

Assim, embora se possa assinalar aumento do CRE positivo, nenhum dos estudos preencheu todos os critérios do GRADE.

A seguir, tabela com os estudos sobre CRE positivo, a definição que os autores utilizaram para religião, religiosidade e espiritualidade e como trabalharam a R/E.

Tabela 28 – Estudos sobre *Coping* Religioso Espiritual positivo, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como trabalharam R/E

Estudo	Conceito de religião, religiosidade ou espiritualidade	Procedimentos R/E utilizados
Hawkins, Tan e Turk, 1999	“(…) religião é uma busca por “significado” (o que as pessoas valorizam em suas vidas); espiritualidade é a busca pelo “sagrado” (Deus, ou “nomes relacionados a Deus, ou outros objetos, atributos ou qualidades que se tornam santificados em virtude de sua associação com ou representação do sagrado” (Pargament, 1997, p. 6). Religião e espiritualidade estão intimamente ligados, uma vez que a espiritualidade está no cerne da religião.	Uso de apostilas explicando o programa cristão e admitindo que a base do programa é que Jesus é Senhor e Salvador e tomando a Bíblia como principal autoridade e sendo inspirada divinamente; uso de crenças cristãs básicas nas técnicas de terapia; realização de orações; ensinamentos bíblicos sobre o papel da raiva e sua expressão; e presença de pastores ao longo do tratamento, além dos terapeutas.
Subica e Yamada, 2018	Entendem a religião como um conjunto organizado de crenças. Consideram que a espiritualidade inclui os princípios da religião” [tradução nossa].	Exercícios de orientação espiritual, aplicação da espiritualidade em recuperação pessoal, definição de espiritualidade, psicoeducação sobre <i>coping</i> espiritual para doenças mentais, explorar crenças espirituais individuais, planejamento de metas de recuperação espiritual, lista de pensamentos espirituais positivos, identificação de preferências pessoais para exercícios de enfrentamento na <i>Spiritual Strategies for Psychosocial Recovery</i> , falar com outras pessoas sobre a expansão da espiritualidade, buscar apoio espiritual de outros, habilidades sociais espirituais, revisão do objetivo espiritual e as futuras estratégias de enfrentamento da espiritualidade.

Fonte: Própria autora.

A seguir, avaliações do risco de viés, inconsistência e a tabela 29 com a avaliação da evidência indireta dos estudos.

2.9.3.6.1 Risco de viés

Foram identificados riscos de viés nos dois estudos quanto à geração de sequência aleatória; ocultação de alocação; cegueira de participantes e pessoal; e cegueira da avaliação do resultado. Relatórios seletivos (ausência de relatos de efeitos colaterais) em um estudo; e um dos estudos não utilizou escalas para avaliar o desfecho (como outras fontes de viés).

Assim, considerou-se o risco de viés como grave.

2.9.3.6.2 Inconsistência

Os estudos não indicam realização de cálculo para estimar o tamanho da amostra; um dos estudos contém mais de 60% de mulheres; ambos aplicaram a TCC considerando a R/E; um dos estudos não especifica se houve grupo controle e o outro estudo aplicou a TCC convencional.

Assim, considerou-se a inconsistência como grave.

Tabela 29 - Avaliação da evidência indireta do ensaio clínico não randomizado e de grupo único, cujo desfecho foi aumento do *Coping* Religioso Espiritual positivo

Domínio (pergunta original)	Descrição (evidência encontrada e incluída, assim como evidência de outros estudos) - considerar os domínios de delineamento e condução do estudo, inconsistência, imprecisão e viés de publicação.	Julgamento - A evidência é suficientemente direta?
População:	Pessoas de diferentes etnias com transtornos mentais graves e adultos cristãos com depressão.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Intervenção: Terapia Cognitivo-comportamental Religiosa (ou similar)	Ambos os estudos aplicaram a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) considerando a religiosidade/espiritualidade – Intervenção cognitivo-comportamental <i>Spiritual Strategies for Psychosocial Recovery</i> (SSPR – Estratégias espirituais para Recuperação Psicossocial – tradução nossa) e TCC cristã.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Comparador: Terapia Cognitivo-comportamental	Grupo controle sem especificação e TCC convencional.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não

Comparação direta	Embora nosso estudo compreenda artigos que aplicaram tratamento psicoterapêutico que não inclui questões religiosas / espirituais ou tratamento cognitivo-comportamental padrão, tratamentos com outros referenciais teóricos da Psicologia ou que não receberam tratamento psicoterápico como comparadores, deve-se considerar que os tipos de estudos aqui avaliados somado ao que se tem como comparadores, apontam para importante diversidade. Assim, considera-se que a evidência provavelmente não é direta.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Desfecho: Aumento do <i>Coping</i> Religioso Espiritual Positivo	Participantes afirmaram estar entusiasmados em aprender a aplicar a espiritualidade em sua recuperação pessoal; descreveram seu humor como bom, elevado, energizado, grato, completo ou fortalecido; expressaram apreço pela orientação não denominacional da SSPR e pelas restrições ao proselitismo, aprender a usar habilidades breves de enfrentamento da espiritualidade para lidar com a angústia em um estudo e no outro, afirma ter havido aumento no bem estar espiritual, que foi maior no grupo de TCCR do que no grupo de TCC convencional.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Julgamento final sobre a evidência indireta nos diversos domínios:	Sem evidência indireta Evidência indireta grave Evidência indireta muito grave	

Fonte: Própria autora.

Essa tabela apresenta a evidência indireta dos ensaios clínicos não randomizado e de grupo único estudaram aumento do CRE positivo. A primeira coluna se refere aos elementos da pergunta de pesquisa, a segunda coluna os especifica e a terceira coluna indica, com a resposta em negrito, a avaliação final dos pesquisadores se os estudos em questão apresentam evidência direta para cada um dos elementos da pergunta de pesquisa.

Dentre os artigos, nenhum deles foi de qualidade satisfatória segundo o GRADE; os dois assinalaram aumento no CRE positivo, e nenhum assinalou diminuição no CRE negativo.

2.9.3.7. Estudos sobre *Coping* Religioso Espiritual Negativo

Foi encontrado um estudo (WANG *et al.*, 2016), que indicou diminuição nas lutas espirituais para a TCC Focada no Trauma Orientada Espiritualmente, enquanto o grupo controle (sem especificação) observou aumentos na luta espiritual ao longo do tempo.

Embora tenha sido assinalada a melhora nos sintomas de TOC, este estudo não preencheu a

todos os critérios do GRADE.

A seguir, tabela com o estudo sobre CRE negativo e como se trabalhou a R/E.

Tabela 30 – Estudos sobre *Coping* Religioso Espiritual negativo, conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade utilizados e como trabalharam R/E

Estudo	Conceito de religião, religiosidade ou espiritualidade	Procedimentos R/E utilizados
Wang <i>et al.</i> , 2016	Não define.	Questionamento sobre CRE, entendimento do trauma como provocador de lutas espirituais e religiosas; avaliação da espiritualidade e religião do cliente, uso de histórias, canções ou passagens de textos sagrados extraídos da memória pessoal do paciente; reestruturação das distorções cognitivas com temas religiosos relacionadas ao trauma.

Fonte: Própria autora.

A seguir, avaliações do risco de viés, inconsistência e a tabela 31 com a avaliação da evidência indireta dos estudos.

2.9.3.7.1 Risco de viés

Foram identificados riscos de viés quanto a geração de sequência aleatória; ocultação de alocação; cegueira de participantes e pessoal; cegueira da avaliação do resultado; relatórios seletivos (não relata efeitos colaterais); e utilização de medidas de autorrelato (outras fontes de viés). Não foi identificado risco de viés quanto a dados de resultados incompletos.

Assim, considerou-se o risco de viés como grave.

2.9.3.7.2 Inconsistência

O estudo não indica realização de cálculo para estimar o tamanho da amostra; tem mais de 60% da população com mulheres; o estudo aplicou a TCC Focada no Trauma Orientada Espiritualmente (uma forma de TCC que trabalhou com a R/E); e não especifica se houve intervenção no grupo controle.

Assim, considerou-se a inconsistência como não grave.

Tabela 31 – Avaliação da evidência indireta do ensaio clínico não randomizados, cujo desfecho foi diminuição do *Coping* Religioso Espiritual negativo

Domínio (pergunta original)	Descrição (evidência encontrada e incluída, assim como evidência de outros estudos) – considerar os domínios de delineamento e condução do estudo, inconsistência, imprecisão e viés de publicação.	Julgamento – A evidência é suficientemente direta?
População:	Crianças participantes de uma fundação para a comunidade <i>restavek</i> .	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Intervenção: Terapia Cognitivo-comportamental Religiosa (ou similar)	TCC Focada no Trauma Orientada Espiritualmente.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Comparador: Terapia Cognitivo-comportamental	Grupo controle sem especificação.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Comparação direta	Embora nosso estudo compreenda artigos que aplicaram tratamento psicoterapêutico que não inclui questões religiosas / espirituais ou tratamento cognitivo-comportamental padrão, tratamentos com outros referenciais teóricos da Psicologia ou que não receberam tratamento psicoterápico como comparadores, deve-se considerar que o obtido como comparador dificulta a avaliação da evidência, pois não se sabe se houve intervenção. Assim, considera-se que a evidência provavelmente não é direta.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Desfecho: Diminuição do <i>Coping</i> Religioso Espiritual Negativo	Diminuição de lutas espirituais e do <i>coping</i> religioso espiritual negativo.	Sim Provavelmente sim Provavelmente não Não
Julgamento final sobre a evidência indireta nos diversos domínios:	Sem evidência indireta Evidência indireta grave Evidência indireta muito grave	

Fonte: Própria autora.

Essa tabela apresenta a evidência indireta dos ensaios clínicos não randomizados, de grupo único e semiexperimentais que estudaram diminuição do CRE negativo. A primeira coluna se refere aos elementos da pergunta de pesquisa, a segunda coluna os especifica e a

terceira coluna indica, com a resposta em negrito, a avaliação final dos pesquisadores se os estudos em questão apresentam evidência direta para cada um dos elementos da pergunta de pesquisa.

O artigo não apresentou qualidade satisfatória segundo o GRADE; não assinalou aumento no CRE positivo; e assinalou diminuição no CRE negativo.

2.9.4 Síntese dos resultados

Grande parte dos estudos buscou integrar elementos religiosos em técnicas da TCC e outras intervenções – incentivando os pacientes a os praticar durante as sessões, em sua vida cotidiana ou após o tratamento. Alguns desses estudos procuraram favorecer a fala dos pacientes e buscaram compreender como é a atuação destes em serviços religiosos. Destacase a ausência de definição de espiritualidade, religiosidade e religião em um número considerável de estudos – o que dificultou entender com mais clareza os princípios adotados pelos pesquisadores para aplicarem as intervenções da TCC.

Em relação à qualidade científica, apenas seis estudos mostraram desenhos metodológicos e resultados considerados de boa qualidade. No entanto, as falhas metodológicas foram encontradas tanto em relação ao risco de viés, quanto à inconsistência e evidência indireta nos 30 estudos.

2.10 Discussão

2.10.1 O impacto da Terapia Cognitivo-Comportamental Religiosa sobre a saúde mental

A grande maioria das pesquisas foram feitas com pacientes portadores de síndromes depressivas e ansiosas. Os poucos trabalhos sobre outras patologias impedem uma conclusão melhor sobre a eficácia da TCCR nelas.

Pode-se considerar que a TCCR teve impacto sobre a saúde mental dos participantes, pois a grande maioria dos artigos apresenta este tipo de terapia como tendo contribuído positivamente na diminuição dos sintomas de depressão e ansiedade. Um problema foi a identificação de falhas metodológicas na grande maioria destes estudos, o que diminui a qualidade das evidências obtidas sobre a TCCR e, conseqüentemente, a força de sua recomendação.

Os estudos também mostraram que a TCC convencional foi eficaz, ou seja, não foi demonstrada superioridade da TCCR sobre a TCC convencional. A Terapia Racional Emotiva Cristã, por exemplo, comparada com a padrão foi eficaz na redução da depressão, pensamentos

negativos automáticos e crenças irracionais nos estudantes de teologia deprimidos (JOHNSON e RIDLEY, 1992). O mesmo aconteceu no tratamento de ansiedade, pois tanto o CMT quanto o MT não apresentaram diferenças significativas (FORD e GARZON, 2017). Estes resultados se repetem (PROPST *et al.*, 1992; HOSSEINI *et al.*, 2018; EBRAHIMI *et al.*, 2013; TULBURE *et al.*, 2018; KOENIG *et al.*, 2015; PEARCE e KOENIG, 2016; ASLAMI *et al.*, 2017; HOSSEINI *et al.*, 2017; HAWKINS, TAN e TURK, 1999).

Estes resultados também foram encontrados na revisão sistemática de Costa e Moreira-Almeida (2021) e por Captari *et al.* (2018), cuja metanálise mostrou que as psicoterapias convencionais foram tão eficazes quanto as que integraram a R/E no que se refere à redução do sofrimento psicológico.

Ora, pode-se argumentar então que integrar a R/E no tratamento não é necessário. Porém, a TCCR pode ser atrativa para populações que demonstrem maior resistência a procurar psicoterapia, conforme afirma o estudo de Rosmarin (2019); abordar o paciente por meio de sua R/E pode levar a conteúdos que não seriam apresentados em psicoterapia, por exemplo, se a R/E não fosse acessada, conforme o caso clínico apresentado por Pargament (2007); e, uma vez que o paciente deseje que esta demanda seja trabalhada, é pertinente que o profissional esteja disponível para desenvolver o trabalho, especialmente quando se trata das lutas espirituais – de forma que abordar este tema pode favorecer o vínculo com o terapeuta e o sentimento de acolhimento da parte do paciente, já que este pode-se perceber integralmente atendido em suas demandas e familiarizado com a psicoterapia.

Salienta-se que estimular e estabelecer limites entendidos como necessários ao paciente para praticar sua R/E, por meio da leitura de textos sagrados, orações, assistir a programas religiosos, bem como a frequência a serviços religiosos e buscar orientações de membros da mesma religião ou líderes religiosos, por exemplo, pode contribuir positivamente para a melhora do paciente, ativar seu comportamento e para identificar distorções cognitivas.

Novos estudos são necessários para estabelecer a indicação precisa de quando integrar religiosidade e espiritualidade e por quais mecanismos ela atua e, também, se há uma ação mediadora ou moderadora de sua presença.

Outras revisões sistemáticas e metanálises trabalharam com a TCC e aplicaram o sistema GRADE para avaliar a qualidade das evidências para depressão, ansiedade, estresse e qualidade de vida. Estes estudos também apresentaram problemas metodológicos. Há muito espaço para aprimorar este campo de pesquisa. O estudo de Khan e Amatya (2017) mostrou apenas evidência moderada para o tratamento da depressão em pessoas com esclerose múltipla. Jonsson *et al.* (2016) avaliaram estudos com pacientes deprimidos idosos, e observaram

qualidade de evidência muito baixa, devido ao risco de viés, inconsistência e imprecisão.

A revisão sistemática de Christ *et al.* (2016), que avaliou a TCC computadorizada (TCCc) para adolescentes e adultos jovens, mostrou que a maioria dos estudos incluídos apresentava risco elevado de viés.

A metanálise de Fang, Tan, Cui e Yu (2023), sobre depressão e ansiedade com pacientes com câncer avançado, atribuiu uma classificação ruim, devido às inconsistências encontradas. As mesmas observações sobre a pouca qualidade dos estudos de TCC são encontradas em outras metanálises (PARAHOO *et al.*, 2014; LAU, CHENG, WONG, YEN, CHENG, 2021; MÖLLER, LEXELL, RAMSAY, 2021; SILVA; BOLOGNANI; AMORIM; IMOTO, 2023), embora dois desses estudos (LAU, CHENG, WONG, YEN, CHENG, 2021; SILVA; BOLOGNANI; AMORIM; IMOTO, 2023) tenham identificado melhora nos níveis de estresse dos participantes.

Outro estudo que também trabalhou com Programas baseados em mindfulness (GALANTE *et al.*, 2021), avaliou a saúde mental em adultos em ambientes não clínicos. Os autores afirmam que em comparação com grupos de controle passivo e entre um e seis meses após a intervenção, de maneira geral, os programas baseados em mindfulness melhoraram a ansiedade e a depressão. Em relação às intervenções de controle ativo, os autores não identificaram evidências claras de que os programas baseados em mindfulness melhoraram ansiedade ou depressão. Assim, os autores concluem que devido à heterogeneidade entre os estudos incluídos, não há suporte para generalização dos efeitos desta intervenção para grupos de controle ativo.

Quanto à qualidade de vida, o estudo de Tulbure (2018) afirmou melhora deste aspecto tanto com o uso da TCCR, quanto da TCC convencional. De maneira semelhante, os resultados do estudo de Rosmarin *et al.* (2010) – que aplicou a SIT, comparando-a com relaxamento muscular progressivo e lista de espera – mostram que houve melhora nos sintomas de estresse nos três grupos sem diferenças significativas entre eles. Também outro estudo (FORD e GARZON, 2017) afirma que após o tratamento, tanto os participantes do grupo CMT, quanto do grupo MT apresentaram melhora nos níveis de estresse, mas que essa diferença não foi estatisticamente significativa.

O CRE positivo – entendido como aumento da confiança em Deus no estudo de Rosmarin (2010) e como aumento bem-estar espiritual no estudo de Hawkins, Tan e Turk (1999) – teve seus níveis elevados tanto nos grupos de intervenção, quanto nos grupos de controle em ambos os estudos. Porém, no estudo de Rosmarin *et al.* (2010), o aumento foi maior no grupo SIT em relação à lista de espera. Hawkins, Tan e Turk (1999) afirmam que o

grupo TCC cristã apresentou melhores níveis do que TCC convencional.

O CRE negativo apresentou diminuição em seus níveis nos estudo de Rosmarin *et al.* (2010) e de Pearce e Koenig (2016). Os autores afirmam que tanto para os grupos de intervenção (SIT e TCCR, respectivamente), quanto para os controles (relaxamento muscular progressivo e lista de espera; e TCC convencional, respectivamente).

Nota-se que os estudos com TCCR repetem os problemas e inconsistências dos estudos sobre TCC. Evidências são baixas e há dificuldade para generalizar os resultados.

2.10.2 Integração da religiosidade/espiritualidade na Terapia Cognitivo-Comportamental

Olhando estas pesquisas como um todo, é difícil entender o que exatamente é a integração com religiosidade/espiritualidade, tal a variedade de recursos e técnicas utilizados.

Alguns usaram psicoeducação e integraram nela práticas religiosas (ALAGHEBAND *et al.*, 2019; PROPST *et al.*, 1992; e TULBURE *et al.*, 2018; PEARCE e KOENIG (2016), TULBURE *et al.* (2018), WANG *et al.* (2016) e ROSMARIN *et al.* (2019)).

Grande parte dos estudos (ALAGHEBAND *et al.*, 2019; PROPST *et al.*, 1992; KOENIG *et al.*, 2015; TULBURE *et al.*, 2018; WANG *et al.*, 2016; SUBICA e YAMADA, 2018; ROSMARIN *et al.*, 2019; HAWKINS, TAN e TURK, 1999; HAMID, 2020; e AOUCHEKIAN *et al.*, 2017) buscou integrar princípios religiosos para explicar as técnicas da TCC (por exemplo, para ativação comportamental, disseram aos participantes que Deus pede que as pessoas façam coisas boas, mesmo que elas não tenham vontade de fazer). Isso também foi percebido por Costa e Moreira-Almeida (2021) em sua revisão sistemática. Notaram que os participantes eram estimulados a satisfazer de Deus e descreveram essas intervenções como forma de aumentar a confiança em Deus (ALAGHEBAND *et al.*, 2019; TULBURE *et al.*, 2018; e HAMID, 2020).

Foram utilizados leitura de textos e livros sagrados ou religiosos, mantras, contar e ler histórias, músicas, realizar orações, refletir sobre ensinamentos, frases de pessoas reconhecidas na religião e meditação (ARMENTO, McNULTY e HOPKO, 2012; JOHNSON e RIDLEY, 1992; ROSMARIN *et al.*, 2010; PEARCE e KOENIG, 2016; ALAGHEBAND *et al.*, 2019; ASLAMI *et al.*, 2017; PECHEUR e EDWARDS, 1984; PROPST, 1980; FORD e GARZON, 2017; KNABB e VAZQUEZ, 2018; HOSSEINI *et al.*, 2018; KOENIG *et al.*, 2015; PROPST *et al.*, 1992; TULBURE *et al.*, 2018; WANG *et al.*, 2016; TRAMMEL, 2018; RAVAEI, HOSSENIAN e TABATABAEI, 2013; MATHIELSON *et al.*, 2012; HAWKINS, TAN e TURK, 1999; HAMID, 2020; AOUCHEKIAN *et al.*, 2017). Não fica claro se o impacto na saúde mental foi decorrente da ativação do comportamento ou do conteúdo religioso/espiritual.

Ou seja se o conteúdo pode ser uma variável confundidora e fica-se sem saber o seu papel real na moderação do efeito.

Outro exemplo disto é a prática de Atenção Plena (*mindfulness*). Há estudos que promoveram o Treinamento Cristão de *Mindfulness* (FORD e GARZON, 2017) uma adaptação para abranger a visão de mundo cristã e exercícios de respiração, escaneamento corporal e oração; em outro estudo, *Mindfulness* foi acompanhada de crenças e práticas religiosas e usadas para motivar mudanças na cognição e no comportamento (KOENIG *et al.*, 2015); e finalmente *Mindfulness* foi usada no grupo controle (TULBURE *et al.*, 2018).

A linguagem religiosa foi empregada para fortalecer esperança, perdão, gratidão, envolvimento em atividades altruístas sociais e em outros para diminuir a força das lutas espirituais (KOENIG *et al.*, 2015; PEARCE e KOENIG, 2016; AOUCHEKIAN *et al.*, 2017; TULBURE *et al.*, 2018; e ALAGHEBAND *et al.*, 2019).

Dois estudos (KOENIG *et al.*, 2015 e PEARCE e KOENIG, 2016) elaboraram manuais de aplicação da TCCR para as religiões presentes em cada estudo (cristã, judaica, muçulmana, budista e hindu), buscando manter os princípios da TCCR independente da religião, mas respeitando cada uma de acordo com seu sistema de crenças. Um outro estudo (TULBURE *et al.*, 2018) elaborou manuais para aplicação da TCC convencional e da TCCR.

Em algumas formas de psicoterapia as pessoas podiam expressar suas experiências religiosas nas sessões – por exemplo, como lidaram com problemas, verbalizar sua própria fé em Deus, a fazer diferenciação entre bem e mal, a ter esperança e confiança em Deus e compartilharm suas percepções sobre vida após a morte (HOSSEINI *et al.*, 2017; HOSSEINI *et al.*, 2018; PROPST *et al.*, 1992; TULBURE *et al.*, 2018; e MATHIELSON *et al.*, 2012).

Parte dos estudos procurou integrar as crenças religiosas pessoais dos pacientes na pesquisa (ARMENTO, McNULTY e HOPKO, 2012; ROSMARIN *et al.*, 2010; HOSSEINI *et al.*, 2017; PEARCE e KOENIG, 2016; PECHEUR e EDWARDS, 1984; KOENIG *et al.*, 2015; ALAGHEBAND *et al.*, 2019; PROPST *et al.*, 1992; TULBURE *et al.*, 2018; SUBICA e YAMADA, 2018; ROSMARIN *et al.*, 2019; MATHIELSON *et al.*, 2012), seja para contestá-las a partir da TCC; seja para validá-las, buscando fortalecer a qualidade da relação com outras pessoas ou a relação com Deus;

Os estudos de Armento, McNulty e Hopko (2012); Aslami *et al.* (2017); Hosseini *et al.* (2018); Koenig *et al.* (2015); Pearce e Koenig (2016); Tulbure (2018); Subica e Yamada (2018) ocuparam-se de promover a aplicação prática da R/E durante ou após o tratamento, ou seja, quando os participantes realizam ou são estimulados pelos pesquisadores a realizar tarefas entendidas como religiosas/espirituais – como orar, conversar com pessoas da mesma

comunidade religiosa ou participar de retiros espirituais – com o objetivo de fortalecer aspectos da R/E.

Da parte dos pacientes, sentir-se acolhido nas demandas que apresenta, incluindo as R/E; questionado sobre aquilo que se relaciona com suas crenças religiosas e que contribui para seu sofrimento; e respeitado naquilo em que crê é parte fundamental do trabalho da Psicologia. Estas demandas não devem ser negligenciadas, uma vez que podem conter inúmeras questões relacionadas à situação atual de vida dos pacientes. Entretanto, os estudos precisam ser melhor focados para definir quais variáveis religiosas são realmente terapêuticas.

2.10.3 Qualidade dos estudos sobre Terapia Cognitivo-Comportamental que trabalham com religiosidade/espiritualidade

Em relação à qualidade dos trabalhos incluídos nesta pesquisa, há estudos que não especificaram como a R/E foi abordada ou apenas a citaram, com expressões como “desenvolvimento de estratégias de *coping*” ou afirmaram que as intervenções respeitaram os aspectos religiosos (CAJANDING, 2016; PITYARASTIAN *et al.*, 2007, AKUCHEKIAN *et al.*, 2011a; AKUCHEKIAN *et al.*, 2011b; e EBRAHIMI *et al.*, 2013) – o que dificultou a discriminação de recursos R/E que podem ter sido utilizados pelos participantes ou pesquisadores,

De maneira semelhante, a ausência de descrição da TCC que trabalhou com a R/E contribuiu para que fossem incluídos estudos que foram entendidos como TCCR, no entanto, sem clareza sobre o que os autores entenderam sobre este tipo de terapia (PITYARASTIAN *et al.*, 2007, AKUCHEKIAN *et al.*, 2011a; AOUCHEKIAN *et al.*, 2017).

Também, a ausência de protocolo de aplicação da TCCR ou especificação de técnicas e outros procedimentos utilizados – o que teria facilitado a compreensão e replicar do tratamento (Propst, 1980; Propst *et al.*, 1992; Johnson e Ridley, 1992; Luskin, Ginzburg e Thoresen, 2005; Akuchekian *et al.*, 2011a; Armento, McNulty e Hopko, 2012; Ebrahimi *et al.*, 2013; Koenig *et al.*, 2015; Pearce e Koenig, 2016; Hawkins, Tan e Turk, 1999; Mathieson *et al.*, 2012; Wang *et al.*, 2016; Rosmarin *et al.*, 2019; e Hamid, 2020).

A maioria dos estudos não apresentou definições sobre religião, religiosidade e espiritualidade (exceto pelos estudos de Alagheband *et al.*, 2019; Hawkins, Tan e Turk, 1999; e Subica e Yamada, 2018). Isso dificultou entender exatamente o que é religiosidade e espiritualidade.

Alguns estudos não especificaram de que se trata o grupo controle (AKUCHEKIAN *et al.*, 2011a; AKUCHEKIAN *et al.*, 2011b; WANG *et al.*, 2016; ASLAMI *et al.*, 2017; e

RAVAEI, HOSSEINIAN e TABATABAEI, 2013), o que diminuiu a nota de inconsistência e aumentou a de evidência indireta no sistema GRADE.

Outro aspecto que se julga importante de ser mencionado é que o estudo de Tulbure *et al.* (2018) apresenta o trabalho como ensaio clínico randomizado em vários momentos no texto, mas nas limitações do estudo declara-o como não randomizado. A partir da interpretação do estudo, entendeu-se que se trata de um ensaio clínico não randomizado, devido à afirmação de que os participantes foram distribuídos entre os grupos de acordo com sua religiosidade declarada.

Especificamente, seguindo os critérios do sistema GRADE, apenas os estudos de Pecheur e Edwards (1984); Rosmarin *et al.* (2010); Ebrahimi *et al.* (2013); Cajanding, 2016; Koenig *et al.* (2015); Pearce e Koenig (2016) mostraram desenhos metodológicos e resultados considerados de boa qualidade, embora estes tenham apresentado problemas no cegamento de participantes e pesquisadores e não tenham relatado efeitos colaterais (o que se denomina relatórios seletivos segundo o GRADE) e avaliação do risco de viés. Ebrahimi *et al.* (2013); Koenig *et al.* (2015); e Pearce e Koenig (2016) não realizaram cálculo para estimar o tamanho da amostra em seus estudos; e Ebrahimi *et al.* (2013), Pecheur e Edwards (1984) e Rosmarin *et al.* (2010) utilizaram a lista de espera como comparadores em seus estudos, outra inconsistência.

Em relação à evidência indireta, houve grande variação de desfechos, sendo difícil comparar as pesquisas.

As falhas metodológicas mais encontradas nos 30 estudos foram no cegamento de participantes e pessoal (pessoas que participaram da aplicação do estudo), falhas presentes nos 30 estudos; cegueira de avaliação dos resultados, presente nos 30 estudos; e relatórios seletivos, presente em 20 estudos.

Apesar de integrarem a R/E em seus tratamentos, nota-se que a qualidade dos estudos foi avaliada como grave na maioria dos aspectos apontados pelo GRADE. Isto levou a questionarmos a força de recomendação da TCCR.

2.10.4 Limitações e pontos fortes deste estudo

Durante a seleção dos artigos, um estudo em chinês foi considerado para compor o grupo de trabalhos a serem avaliados, entretanto, não se obteve acesso a ele. Outra limitação foi a avaliação de um artigo em persa, cuja tradução do idioma, não tão clara e em outros momentos não fornecida pelo tradutor automático utilizado, dificultou a compreensão em português.

À parte tais limitações, espera-se que as indicações, fornecidas pelas análises realizadas, possam contribuir para que profissionais e pesquisadores possam incorporar elementos da R/E nos tratamentos de seus pacientes – quando identificarem esta demanda e for do desejo dos que procuram as áreas da saúde –, respeitando-se a maneira como vivenciam sua R/E, e não somente partindo-se dos conhecimentos sobre a religião a que pertencem, por exemplo.

De acordo com o que foi pesquisado no site PROSPERO e com as pesquisas realizadas nas bases de dados indicadas, este estudo é pioneiro em realizar uma revisão sistemática da literatura aplicando o sistema GRADE e avaliando a TCCR (e similares) em comparação com a TCC convencional.

Inclusive a não superioridade da TCCR, identificada a partir da avaliação dos estudos incluídos, pode ser considerada como importante, para que os profissionais possam chegar à melhor tomada de decisão quando em sua prática clínica.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos objetivos pretendidos nesta pesquisa, apresentou-se revisão sistemática da literatura acerca do impacto da TCCR sobre a saúde mental, o que foi avaliado a partir de estudos que trabalharam com depressão, ansiedade, TOC, estresse, qualidade de vida, CRE positivo e CRE negativo.

Assim, considera-se que a TCC trabalha com a R/E em diversos transtornos mentais e outras doenças. Os estudos incluídos na análise desta pesquisa, em sua grande parte, indicam melhora dos sintomas dos participantes, mas não superioridade sobre a TCC convencional, embora apresentem falhas metodológicas.

Isso comprometeu a qualidade científica dos estudos, no entanto, assinala-se que a inclusão da R/E nos tratamentos de saúde pode contribuir para a melhora dos pacientes, ou aproximar populações relutantes em iniciar um processo psicoterapêutico a se sentirem familiarizadas com a terapia, devido a estes elementos estarem presentes.

Verificou-se que a TCC aplicou elementos R/E em todos os estudos incluídos e eles foram indicados pelos pesquisadores como tendo contribuído positivamente para os desfechos, de maneira que pacientes religiosos puderam ter suas necessidades R/E atendidas em seus tratamentos, buscando reduzir sintomas e atingir níveis melhores de qualidade de vida, gratidão e esperança, por exemplo.

Desta forma, a TCCR pode ser entendida como uma abordagem valiosa para o tratamento de pacientes que apresentem estas demandas e desejem que estas sejam atendidas em seus tratamentos.

Portanto, incentivam-se que novas pesquisas sejam realizadas nesta área, especialmente no Brasil – onde grande parte da população se considera religiosa/espiritualizada – respeitando-se as questões éticas e, principalmente, as crenças religiosas do paciente, utilizando-as como recurso de cura em seu sofrimento.

Recomenda-se que os próximos trabalhos escolham melhor os aspectos religiosos e espirituais a serem integrados; que os autores declarem seus conflitos de interesse; que os procedimentos sejam melhores descritos; que a randomização e o cegamento sejam melhores cuidados e que, quando possível, sejam melhor explicitados os conteúdos das sessões ou intervenções, especialmente quando se comparar a TCCR com a TCC convencional – de forma a facilitar a identificação das diferenças entre as duas abordagens.

REFERÊNCIAS

ADORNO, T. W.; FRENKEL-BRUSWIK, E.; LEVINSON, D.J. & SANFORD, R.N. **The Authoritarian Personality**. New York: Norton, 1950.

AKUCHEKIAN, S.; ALMASI, A.; MERACY, M.R; JAMSHIDIAN, Z. Effect of religious cognitive- behavior therap on religious content obsessive compulsive disorder. **Procedia - Social And Behavioral Sciences**, [S.L.], v. 30, p. 1647-1651, 2011. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.319>.

AKUCHEKIAN, S.; JAMSHIDIAN, Z.; MERACY, M.R.; ALMASI, A.; JAZI, A.H.D.. Effectiveness of religious-cognitive-behavioral therapy on religious oriented obsessive compulsive disorder and its co-morbidity. **Journal Of Isfahan Medical School**, [S.L.], v. 28, n. 114, jul. 2011.

ALAGHEBAND, M.; MAHMOODABAD, S. S. M.; ARDEKANI, S. M. Y.; FALLAHZADEH, H.; REZAEI, M. R.; YAVARI, M. R.; MOGHADAM, J. A.. The impact of religious cognitive behavioural therapy (RCBT) on general health among Iranians. **Mental Health, Religion & Culture**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 73-81, 2 jan. 2019. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/13674676.2018.1517254>.

ALLEN, R; SPILKA, B. Committed an consensual religion: a specification of religion-prejudice relationships. *Journal For The Scientific Study Of Religion*, [s. l], v. 0, n. 6, p. 191- 206, 1967.

ALLPORT, G. The religion contexto of prejudice. *Journal For The Scientific Study Of Religion*, [S.L.], p. 447-457, 1966.

ALLPORT, G. W.; ROSS, J. M. Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, Cambridge, v. 5, n. 4, p.432-443, 1967.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. 5.ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. APA Dictionary of Psychology: mental health. Mental Health. 2023. Disponível em: <https://dictionary.apa.org/mental-health>. Acesso em: 02 jun. 2023.

AOUCHEKIAN, S.; KARIMI, R.; NAJAFI, M.; SHAFIEE, K.; MARACY, M.; ALMASI, A. Effect of Religious Cognitive Behavioral Therapy on Religious Obsessive-compulsive Disorder (3 and 6 months Follow-up). **Advanced Biomedical Research**, [S.L.], v. 6, n. 1, p. 158, 2017. Medknow. http://dx.doi.org/10.4103/abr.abr_115_16.

ARGYLE, M. & BEIT-HALLAHMI, B. **The Social Psychology of Religion**. London: Routledge & Kegan Paul, 1975.

ARMENTO, M. E. A.; MCNULTY, J. K.; HOPKO, D. R. Behavioral activation of religious behaviors (BARB): randomized trial with depressed college students. **Psychology Of Religion And Spirituality**, [S.L.], v. 4, n. 3, p. 206-222, ago. 2012. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/a0026405>.

ASLAMI, E.; ALIPOUR, A.; NAJIB, F. S.; AGHAYOSEFI, A. A Comparative Study of Mindfulness Efficiency Based on Islamic-Spiritual Schemes and Group Cognitive Behavioral Therapy on Reduction of Anxiety and Depression in Pregnant Women. **International Journal Of Community Based Nursing And Midwifery**, Shiraz, v. 5, n. 2, p. 144-152, abr. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Espiritualidade. 2023. Disponível em: <https://www.abp.org.br/search-results-page/espiritualidade>. Acesso em: 02 maio 2023.

BATSON, C. D. & VENTIS, W. L. **The religious experience**. New York: Oxford University Press. 1982.

BECK, A. T; RUSH, A J; SHAW, B F; EMERY, G. Terapia cognitiva da depressão. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BECK, A. T.; ALFORD, B. A. **O poder integrador da terapia cognitiva**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

BECK, J. S. Introdução à Terapia Cognitivo-comportamental. In: BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CAJANDING, Ruff Joseph Macale. The Effectiveness of a Nurse-Led Cognitive–Behavioral Therapy on the Quality of Life, Self-Esteem and Mood Among Filipino Patients Living With Heart Failure: a randomized controlled trial. **Applied Nursing Research**, [S.L.], v. 31, p. 86-93, ago. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2016.01.002>.

CAPTARI, L. E., HOOK, J. N., Hoyt W., DAVIS, D. E., McELROY-HELTZEL, S. E., WORTHINGTON, E. L. Jr. Integrating clients' religion and spirituality within psychotherapy: a comprehensive meta-analysis. **Journal of Clinical Psychology**, [S.L.], v. 74, n. 11, p. 1938-1951, 16 set. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22681>.

CHRIST, C., SCHOUTEN, M. J., BLANKERS, M., VAN SCHAIK, D. J., BEEKMAN, A. T., WISMAN, M. A., STIKKELBROEK, Y. A., DEKKER, J. J. Internet and Computer-Based Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Adolescents and Young Adults: systematic review and meta-analysis. **Journal of Medical Internet Research**, [S.L.], v. 22, n. 9, 25 set. 2020. JMIR Publications Inc. <http://dx.doi.org/10.2196/17831>.

COSTA, M. A., MOREIRA-ALMEIDA, A. Religion-Adapted Cognitive Behavioral Therapy: a review and description of techniques. **Journal Of Religion And Health**, [S.L.], v. 61, n. 1, p. 443-466, 13 set. 2021. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10943-021-01345-z>.

DIAS, E. N., PAIS-RIBEIRO, J. L. O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 2, p. 55-66, ago. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 jul. 2023.

<http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>.

DIEGO-CORDERO, Rocío de; IGLESIAS-ROMO, Marta; BADANTA, Bárbara; LUCCHETTI, Giancarlo; VEGA-ESCAÑO, Juan. Burnout and spirituality among nurses: a scoping review. *Explore*, [S.L.], v. 18, n. 5, p. 612-620, set. 2022. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2021.08.001>.

DIMIDJIAN, M. B. Jr., MARTELL C., MUNOZ R. F., LEWINSOHN P. M. The Origins and Current Status of Behavioral Activation Treatments for Depression. **Annual Review of Clinical Psychology**, v.7, p. 1–38, 2011.

DUGAS, M. J.; BUHR, K.; LADOUCEUR, R. The Role of Intolerance of Uncertainty in Etiology and Maintenance. In: HEIMBERG, R. G.; TURK, C. L.; MENNIN, D. S. **Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice**. New York: Guilford Press, 2004. p. 143-163.

DUKE UNIVERSITY CENTER FOR SPIRITUALITY, THEOLOGY AND HEALTH. Manuals and Workbooks. 2023. Disponível em: <https://spiritualityandhealth.duke.edu/index.php/religious-cbt-study/therapy-manuals/>. Acesso em: 21 abr. 2023.

EBRAHIMI, A.; NESHATDOOST, H.; MOUSAVI, S.; ASADOLLAHI, G.; NASIRI, H. Controlled randomized clinical trial of spirituality integrated psychotherapy, cognitive-behavioral therapy and medication intervention on depressive symptoms and dysfunctional attitudes in patients with dysthymic disorder. **Advanced Biomedical Research**, [S.L.], v. 2, n. 1, p. 53, 2013. Medknow. <http://dx.doi.org/10.4103/2277-9175.114201>.

ELLIS, A., DRYDEN, W. The Practice of REBT. In: ELLIS, Albert; DRYDEN, Windy. **The Practice of Rational, Emotive, Behavior Therapy**. New York: Springer Publishing Company, 1997. p. 1-26.

ESPERANDIO, M. R. G.; VIACAVAL, J. J. C.; FRANCO, R. S.; PARGAMENT, K. I.; EXLINE, J. J. Brazilian Adaptation and Validation of the Religious and Spiritual Struggles (RSS) Scale—Extended and Short Version. **Religions**, [S.L.], v. 13, n. 4, p. 282, 25 mar. 2022. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/rel13040282>.

EXLINE, J. J. Religious and Spiritual Struggles. In: PARGAMENT, Kenneth I. **APA Handbook of Psychology, Religion, and Spirituality**. Washington: American Psychological Association, 2013. p. 459-476.

EXLINE, J. J., PARGAMENT, K. I., GRUBBS, J. B., YALI, A. M. The Religious and Spiritual Struggles Scale: development and initial validation. **Psychology of Religion and Spirituality**, [S.L.], v. 6, n. 3, p. 208-222, ago. 2014. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/a0036465>.

FANG, P., TAN, L., CUI, J., YU, L. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for people with advanced cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Journal of Advanced Nursing**, [S.L.], v. 79, n. 2, p. 519-538, 19 dez. 2022. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.15543>.

FIZZOTTI, E.; SALUSTRI, M. Sigmund Freud. In: FIZZOTTI, Eugenio; SALUSTRI, Massimo. **Psicología de la religión: con antología de los textos fundamentales**. Barcelona: Claret, 2001. p. 37-49.

FORD, K.; GARZON, F. Research note: a randomized investigation of evangelical christian accommodative mindfulness. **Spirituality In Clinical Practice**, [S.L.], v. 4, n. 2, p. 92-99, jun. 2017. American Psychological Association (APA).
<http://dx.doi.org/10.1037/scp0000137>.

FOX, J., PIEDMONT, R. L. Religious Crisis as an Independent Causal Predictor of Psychological Distress: Understanding the Unique Role of the Numinous for Intrapyschic Functioning. **Religions**, [S.L.], v. 7, n. 11, p. 1-18, 2020.

FROMM, E. **Psychoanalysis and Religion**. New Haven: Yale University Press, 1950.

GALANTE, J., FRIEDRICH, C., DAWSON, A. F., MODREGO-ALARCÓN, M., GEBBING, P., DELGADO-SUÁREZ, I., GUPTA, R., DEAN, L., DALGLEISH, T., WHITE, I. R. Mindfulness-based programmes for mental health promotion in adults in nonclinical settings: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **Plos Medicine**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 1-40, 11 jan. 2021. Public Library of Science (PLoS).
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1003481>.

GALLUP POLL, 2018. Religion. Disponível em:
<https://news.gallup.com/poll/1690/religion.aspx>. Acesso em 06 ago. 2019.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T de S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: a recomendação PRISMA [Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the prisma statement]. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l], v. 2, n. 24, p. 335-342, 2015.

GORDIA, A. P.; QUADROS, T. M. B.; OLIVEIRA, M. T. C.; CAMPOS, W. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, [S.L.], v. 3, n. 1, p. 40-52, 25 mar. 2011. Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR). <http://dx.doi.org/10.3895/s2175-08582011000100005>.

GRADE WORKING GROUP. GRADEpro. 2023. Disponível em:
<https://www.grade-pro.org/>. Acesso em: 02 fev. 2023.

GUYATT, G.; OXMAN, A. D.; AKL, E. A.; KUNZ, R.; VIST, G.; BROZEK, J.; NORRIS, S.; FALCK-YTTER, Y.; GLASZIOU, P.; DEBEER, H. GRADE guidelines: 1. introduction.: grade evidence profiles and summary of findings tables. *Journal Of Clinical Epidemiology*, [S.L.], v. 64, n. 4, p. 383-394, abr. 2011. Elsevier BV.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026>..

HAMDAN, A. A Comprehensive Contemplative Approach from the Islamic Tradition. In: PLANTE, Thomas G. **Contemplative Practices in Action: spirituality, meditation, and health**. Santa Barbara, California: Praeger, 2010. p. 122-142.

HAMID, N. The effectiveness of positive mental imagery of recovery and cognitive behavioral therapy based on religious beliefs on anxiety and life quality in women with breast cancer. **Oncology And Radiotherapy**, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 0-0, 16 mar. 2020.

HARRISON, M. O.; KOENIG, H. G.; HAYS, J. C.; EME-AKWARI, A. G.; PARGAMENT, K. I. The epidemiology of religious coping: a review of recent literature. *International Review Of Psychiatry*, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 86-93, jan. 2001. Informa UK Limited.
<http://dx.doi.org/10.1080/09540260124356>.

HAWKINS, R. S.; TAN, S.; TURK, A. A. Secular versus christian inpatient Cognitive-Behavioral Therapy programs: impact on depression and spiritual well-being. **Journal of Psychology and Theology**, [s. l], v. 27, n. 4, p. 309-318, 1999.

HAYES, S. C. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. **Behavior Therapy**, [s.l.], v. 35, n. 4, p.639-665, 2004. Elsevier BV.

HAYES, S. C.; HOFMANN, S. G. História e situação atual da TCC como uma terapia baseada em evidências. In: HAYES, S. C.; HOFMANN, S. G. **Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos: ciência e competências clínicas**. Porto Alegre: Artmed, 2020

HEMPEL, S. Introduction. In: HEMPEL, S. **Conducting your literature review**. [s. L]: American Psychological Association, 2020. P. 3-9. DOI <https://doi.org/10.1037/0000155-001>. Disponível em: <https://www.apa.org/pubs/books/Conducting-Your-Literature-Review-Intro-Sample.pdf>

HOGUE, R. A Validated Intrinsic Religious Motivation Scale. **Journal For The Scientific Study of Religion**, [S.L.], v. 11, n. 4, p. 369, dez. 1972. JSTOR.
<http://dx.doi.org/10.2307/1384677>.

HOSSEINI, S. H.; RAFIEI, A.; GAEMIAN, Ali; ABDOLHALIM T.; ALIASGHAR Z.; JAMSHID Y.; JAFAR B.; MAHMOOD G.; ZAHRA E. D. NAZANIN V. Comparison of the Effects of Religious Cognitive Behavioral Therapy (RCBT), Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Sertraline on Depression in Patients after Coronary Artery Bypass Graft Surgery: a randomized controlled trial. **World Family Medicine Journal/Middle East Journal Of Family Medicine**, [S.L.], v. 15, n. 10, p. 32-41, dez. 2017. Medi + World International.
<http://dx.doi.org/10.5742/mewfm.2017.93135>.

HOSSEINI, S. H.; RAFIEI, A.; JANBABAI, G.; TIRGARI, A.; ZAKAVI, A.; YAZDANI, J.; BOLHARI, J.; GOLZARI, M.; VAEZZADEH, N.; DOUKI, Z. E. Comparison of Religious Cognitive Behavioral Therapy (RCBT), Cognitive Behavioral Therapy (CBT) And Citalopram On Depression and Anxiety Among Women with Breast Cancer: a randomized controlled trial. **Pharmacophore**, [s. l], v. 9, n. 3, p. 37-47, 2018.

HUANG, M. F. C. **Crenças, atitudes e religiosidade: estratégias de coping no enfrentamento de tristeza, medo e raiva na prática hospitalar de profissionais de medicina**. 2022. 202 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Psicologia Social e do Trabalho, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

HUGUELET, P.; KOENIG, H. G. Spirituality and the Care of Madness: Historical Considerations. In: HUGUELET, P.; KOENIG, H. G. **Religion and Spirituality in Psychiatry**. Cambridge: Cambridge University Press, 2009. p. 6-18.

ISLAM, Why. What is the difference between Sunni and Shia Islam? 2023. Disponível em: <https://www.whyyislam.org/sunnishia/>. Acesso em: 25 maio 2023.

JAMES, W. **The varieties of religious experiences**. New York: Longmans Green, 1902.

JOHNSON, W. B.; RIDLEY, C. R. Brief Christian and Non-Christian Rational-Emotive Therapy With Depressed Christian Clients: an exploratory study. **Counseling And Values**, [s. l], v. 36, p. 220-229, abr. 1992.

JONSSON, U., BERTILSSON, G., ALLARD, P., GYLLENSVÄRD, H., SÖDERLUND, A., THAM, A., ANDERSSON, G. Psychological Treatment of Depression in People Aged 65 Years and Over: a systematic review of efficacy, safety, and cost-effectiveness. **Plos One**, [S.L.], v. 11, n. 8, p. 1-20, 18 ago. 2016. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0160859>.

KELLER, Sheykh Nuh. Qual a Diferença entre Hadith e Sunnah? 2023. Disponível em: <https://iqaraislam.com/qual-a-diferenca-entre-hadith-e-sunnah-sheykh-nuh-keller>. Acesso em: 25 maio 2023.

KHAN, F., AMATYA, B. Rehabilitation in Multiple Sclerosis: a systematic review of systematic reviews. *Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation*, [S.L.], v. 98, n. 2, p. 353-367, fev. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2016.04.016>.
King e Hunt, 1972 ver estudo da propst 1992

KNABB, J. J.; VAZQUEZ, V. E. A randomized controlled trial of a 2-week internet-based contemplative prayer program for Christians with daily stress. **Spirituality In Clinical Practice**, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 37-53, mar. 2018. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/scp0000154>.

KOENIG, H. G., MCCULLOUGH, M. E., LARSON, D. B. Religion's Positive Effects. In: KOENIG, Harold G.; MCCULLOUGH, Michael E.; LARSON, David B. **Handbook of Religion and Health**. New York: Oxford University Press, 2001.

KOENIG, H. G. Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: a review. **The Canadian Journal of Psychiatry**, [S.L.], v. 54, n. 5, p. 283-291, maio 2009. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/070674370905400502>.

KOENIG, H. G. Definitions. In: KOENIG, H.; KING, D.; CARSON, V. **Handbook of religion and health**. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2012. p. 35-50.

KOENIG, H. G.; PEARCE, M. J.; NELSON, B.; SHAW, S. F.; ROBINS, C. J.; DAHER, N. S.; COHEN, H. J.; BERK, L. S.; BELLINGER, D. L.; PARGAMENT, K. I. Religious vs. Conventional Cognitive Behavioral Therapy for Major Depression in Persons With Chronic Medical Illness. *Journal Of Nervous & Mental Disease*, [S.L.], v. 203, n. 4, p. 243-251, abr.

2015. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).
<http://dx.doi.org/10.1097/nmd.0000000000000273>.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. The Concept of Coping. In: LAZARUS, Richard S.; FOLKMAN, Susan. **Stress, Appraisal and Coping**. New York: Springer Publishing Company, 1984. p. 117-140.

LAU, Y., CHENG, J. Y.; WONG, S. H., YEN, K. Y., CHENG, L. J. Effectiveness of digital psychotherapeutic intervention among perinatal women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **World Journal of Psychiatry**, [S.L.], v. 11, n. 4, p. 133-152, 19 abr. 2021. Baishideng Publishing Group Inc..
<http://dx.doi.org/10.5498/wjp.v11.i4.133>.

LEWINSOHN, P. M. A behavioural approach to depression. In: FREEDMAN, R J; KATZ, M (ed.). **The psychology of depression**. Oxford: Wiley, 1974. p. 157-174.

LEWINSOHN, P. M. Engagement in pleasant activities and depression level. **Journal of Abnormal Psychology**, [s. l], v. 6, n. 84, p. 729-731, 1975.

LIPP, M. E. N., MALAGRIS, L. E. N. O stress emocional e seu tratamento. In: RANGÉ, B. (ed.). **Terapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 475-489.

LIPP, M. E. N. O modelo quadrifásico do stress. In: LIPP, M e N. **Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress: Teoria e Aplicações Clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 17-21.

LOTUFO NETO, F. Psiquiatria e religião: a prevalência de transtornos mentais em ministros religiosos. 1997. Tese (Livre-docência em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

LOTUFO NETO, F.; MARTINS, J. C.; LOTUFO JUNIOR, Z. O Impacto da Religião sobre a Saúde Física e o Bem-Estar. In: LOTUFO NETO, Francisco; MARTINS, José Cássio; LOTUFO JUNIOR, Zenon. **Influências da Religião sobre a Saúde Mental**. [S.L.]: Esetec, 2009. p. 123-134.

LU, S.; WEI, F.; LI, G. The evolution of the concept of stress and the framework of the stress system. **Cell Stress**, [S.L.], v. 5, n. 6, p. 76-85, 14 jun. 2021. Shared Science Publishers OG.
<http://dx.doi.org/10.15698/cst2021.06.250>.

LUCENA-SANTOS, P.; PINTO-GOUVEIA, J.; OLIVEIRA, M. S. Primeira, Segunda e Terceira Geração de Terapias Comportamentais. In: LUCENA-SANTOS, P.; PINTO-GOUVEIA, J.; OLIVEIRA, M. S. **Terapias Comportamentais de Terceira Geração: guia para profissionais**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015. p. 29-58.

LUNDGREN, T., LARSSON, A. Escolha e explicitação de valores. In: HAYES, Steven C; HOFMANN, Stefan G. **Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos: ciência e competências clínicas**. Porto Alegre: Artmed, 2020. p. 0-0.

LUSKIN, F. M.; GINZBURG, K.; THORESEN, C. E. The efficacy of forgiveness

intervention in college age adults: randomized controlled study. **Humboldt Journal Of Social Relations**, [s. l], v. 29, n. 2, p. 163-184, 2005.

MALONY, H. N. The case for religion: a counter to Albert Ellis. Unpublished document, Graduate School Of Psychology, **Fuller Theological Seminary**, Pasadena, CA, 1985.

MALONY, H. N. The Uses of Religious Assessment in Counseling. In: BROWN, L. B. (ed.). **Religion, Personality, and Mental Health**. Nova York: Springer-Verlag, 1994, p. 16-28.

MATHIESON, F.; MIHAERE, K.; COLLINGS, S.; DOWELL, A.; STANLEY, J.. Maori cultural adaptation of a brief mental health intervention in primary care. **Journal of Primary Health Care**, [s. l], v. 4, n. 3, p. 231-238, set. 2012.

McCRAE, R. R. Situational Determinants of Coping Responses: Loss, Threat, and Challenge. **Journal of Personality and Social Psychology**, 46, p. 919-928, 1984.

MINAYO, M. C. S., HARTZ, Z. M. A., BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232000000100002>.

MÖLLER, M; LEXELL, J; RAMSAY, K. Effectiveness of specialized rehabilitation after mild traumatic brain injury: a systematic review and meta-analysis. **Journal Of Rehabilitation Medicine**, [S.L.], v. 53, n. 2, p. 1-12, 2021. Medical Journals Sweden AB. <http://dx.doi.org/10.2340/16501977-2791>.

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

NIHR – NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE RESEARCH. PROSPERO: Prospero International Prospective Register of Systematic Reviews, 2023. Disponível em: <https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>. Acesso em: 06 abr. 2023.

O'BRIEN, B.; SHRESTHA, S.; STANLEY, M. A.; PARGAMENT, K. I.; CUMMINGS, J.; KUNIK, M. E.; FLETCHER, T. L.; CORTES, J.; RAMSEY, D.; AMSPOKER, A. B. Positive and negative religious coping as predictors of distress among minority older adults. **International Journal Of Geriatric Psychiatry**, [S.L.], v. 34, n. 1, p. 54-59, 30 out. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.4983>.

PAIVA, G. J. Religiosidade clássica, espiritualidade contemporânea e qualidade de vida: discussões psicológicas. **Relegens Thréskeia: estudos e pesquisa em religião**, [s.l.], v. 04, n. 01, p. 1-13, 2015

PANZINI, R. G., BANDEIRA, D. R. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. **Psicologia em Estudo**, [S.L.], v. 10, n. 3, p. 507-516, dez. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-73722005000300019>.

PANZINI, R. G., BANDEIRA, D. R. *Coping* (enfrentamento) religioso/espiritual. **Archives**

of **Clinical Psychiatry (São Paulo)**, [S.L.], v. 34, p. 126-135, 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832007000700016>.

PARAHOO, K., MCDONOUGH, S., MCCAUGHAN, E., NOYES, J., SEMPLE, C., HALSTEAD, E. J., NEUBERGER, M. M.; DAHM, P. Psychosocial interventions for men with prostate cancer: a cochrane systematic review. **Bju International**, [S.L.], v. 116, n. 2, p. 174-183, 17 mar. 2015. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/bju.12989>.

PARGAMENT, K. I. **The Psychology of Religion and Coping: theory, research, practice**. New York: The Guilford Press, 1997.

PARGAMENT, K. I., SMITH, B. W., KOENIG, H. G., PEREZ, L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. **Journal for the Scientific Study of Religion**, [s. l], v. 4, n. 37, p. 710-724, 1998.

PARGAMENT, K. I.; KOENIG, Harold G.; PEREZ, Lisa M. The many methods of religious coping: development and initial validation of the rcope. **Journal Of Clinical Psychology**, [S.L.], v. 56, n. 4, p. 519-543, abr. 2000. Wiley. [http://dx.doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(200004\)56:43.0.co;2-1](http://dx.doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(200004)56:43.0.co;2-1)

PARGAMENT, K. I; A MURRAY-SWANK, N; MAGYAR, G M; ANO, G. G. Spiritual Struggle: a phenomenon of interest to psychology and religion. In: MILLER, W R; DELANEY, H D. **Judeo-Christian perspectives on psychology: human nature, motivation, and change**. [S.L.]: American Psychological Association, 2005. p. 245-168.

PARGAMENT, K. I. Introduction. In: PARGAMENT, K. I. **Spiritually integrated psychotherapy: understanding and Addressing the Sacred**. New York: The Guilford Press, 2007. p. 16.

PARGAMENT, K. I. et al. Envisioning na Integrative Paradigm for the Psychology of Religion and Spirituality. In: PARGAMENT, K. I. **APA Handbook of Psychology, Religion, and Spirituality: Context, Theory, and Research**. Washington: American Psychological Association, 2013. p. 15.

PEARCE, M. J.; KOENIG, H. G.; ROBINS, C. J.; NELSON, B.; SHAW, S. F.; COHEN, H. J.; KING, M. B. Religiously integrated cognitive behavioral therapy: a new method of treatment for major depression in patients with chronic medical illness. *Psychotherapy*, [S.L.], v. 52, n. 1, p. 56-66, 2015. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/a0036448>.

PEARCE, M. Why Integrate Religion into Therapy? In: PEARCE, M. **Cognitive Behavioral Therapy for Christians with Depression: A Pratical Tool-Based Primer**. West Conshohocken: Templeton Press, 2016. p. 3-18.

PEARCE, M. J.; KOENIG, H. G. Spiritual Struggles and Religious Cognitive Behavioral Therapy: a randomized clinical trial in those with depression and chronic medical illness. **Journal Of Psychology & Theology**, [s. l], v. 44, n. 1, p. 3-15, 2016.

PECHEUR, D. R.; EDWARDS, K. J. A comparison of secular and religious versions of Cognitive Therapy with depressed christian college students. **Journal Of Psychology**

And Theology, [s. l], v. 12, n. 1, p. 45-54, 1984.

PITYARATSTIAN, N.; LIAMWANICH, K.; NGAMSAMUT, N.; NARKPONGPHUN, A.; CHINAJITPHANT, N.; BURAPAKAJORNPOONG, N.; THONGPHITAKWONG, W.; KHUNCHIT, W.; WEERAPAKORN, W.; ROJANAPORNTHIP, B.; JAYASVASTI, K. Cognitive-Behavioral Intervention for Young Tsunami Victims. **Journal Of The Medical Association Of Thailand**, [s. l], v. 90, n. 3, p. 518-523, 2007.

PROPST, L. R. The Comparative Efficacy of Religious and Nonreligious Imagery for the Treatment of Mild Depression in Religious Individuals. *Cognitive Therapy And Research*, [s. l], v. 4, n. 2, p. 21-32, 1980.

PROPST, L. Rebecca et al. Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. **Journal Of Consulting And Clinical Psychology**, Portland, v. 60, n. 1, p. 94-103, 1992.

PUCHALSKI, C., FERRELL, B., VIRANI, R., OTIS-GREEN, S., BAIRD, P. Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: the report of the consensus conference. **Journal of Palliative Medicine**, [s. l], v. 12, n. 10, p. 885-904, 2009.

QUEIROZ, C. M. B.; SÁ, E. N. C.; ASSIS, M. M. A. Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 411-421, 2004.

RAVAEI, F.; HOSSEINIAN, S.; TABATABAEI, S. Effectiveness of Cognitive Behavioral and Spiritual Trainings on Improving Mental Health of HIV Positive Drug Addicts. **Archives Of Clinical Infectious Diseases**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 23-6, 24 dez. 2012. Briefland. <http://dx.doi.org/10.5812/archcid.14378>.

ROCHA, M. C. M., MALLOY-DINIZ, L. F., ROMANO-SILVA, M. A., JOAQUIM, R. M., SERPA, A. L. O.; DIAZ, A. P.; PAULA, J. J., COSTA, D. S., SILVA, A. G., PINTO, A. L. C.

B. Decision-making styles during stressful scenarios: the role of anxiety in covid-19 pandemic. **Frontiers In Psychiatry**, [S.L.], v. 14, p. 1-8, 5 abr. 2023. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2023.1105662>.

ROSE, E. M.; WESTEFELD, J. S.; & ANSLEY, T. N. Spiritual issues in counseling: Clients' beliefs and preferences. **Psychology of Religion and Spirituality**, [s.l.] v. 5, n. 1, p. 18-33, 2008. 17

ROSMARIN, D. H; PARGAMENT, K I; KRUMREI, E J; FLANNELLY, K J. Religious coping among Jews: development and initial validation of the jcope. **Journal of Clinical Psychology**, [s. l], v. 7, n. 65, p. 1-14, 2009.

ROSMARIN, D. H.; PARGAMENT, K. I.; PIRUTINSKY, S.; MAHONEY, A. A randomized controlled evaluation of a spiritually integrated treatment for subclinical anxiety in the Jewish community, delivered via the Internet. **Journal Of Anxiety Disorders**, [S.L.], v. 24, n. 7, p. 799-808, out. 2010. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.05.014>.

ROSMARIN, D. H. Theoretical and empirical foundations. In: ROSMARIN, David H. **Spirituality, Religion, and Cognitive-Behavioral Therapy**. New York: The Guilford Press, 2018.

ROSMARIN, David H; BOCANEGRA, Elizabeth s; HOFFNUNG, Gabriel; APPEL, Moses. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression Among Orthodox Jews. **Cognitive And Behavioral Practice**, [s. l], v. 26, p. 676-687, 2019.

SAKAMOTO, C. K.; SILVEIRA, I. O. Metodologia. In: SAKAMOTO, C. K. SILVEIRA, I. O. **Como fazer projetos de Iniciação Científica**. São Paulo: Paulus, 2014.

SAVOIA, M. G.; VIANNA, A. M. Especificidades do Atendimento a Pacientes com Transtorno de Ansiedade. In: SAVOIA, Mariângela Gentil (org.). **A Interface entre a Psicologia e Psiquiatria**. São Paulo: Roca, 2011. p. 87-109.

SCHARDT, C.; ADAMS, M. B.; OWENS, T.; KEITZ, S.; FONTELO, P. Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. **Bmc Medical Informatics and Decision Making**, [S.L.], v. 7, n. 1, p. 1-6, 15 jun. 2007. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6947-7-16>.

SILVA, C. C. G., BOLOGNANI, C. V., AMORIM, F. F., IMOTO, A. M. Effectiveness of training programs based on mindfulness in reducing psychological distress and promoting well-being in medical students: a systematic review and meta-analysis. **Systematic Reviews**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 1-28, 5 maio 2023. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s13643-023-02244-y>.

SOUZA, A. R. Pluralidade cristã e algumas questões do cenário religioso brasileiro. **Revista USP**, São Paulo, n. 120, p. 13-22, jan.-mar. 2019.

SPIILKA, B.; HOOD, R.W., Jr. & GORSUCH, R.L. **The Psychology of Religion: an empirical approach**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1985.

SPIRO, M. E. Culturally constituted defense mechanisms. In: SPIRO, M. E. (ed.) **Context and meaning in cultural anthropology**. New York: Free Press, 1965.

SUBICA, A. M.; YAMADA, A-M. Development of a Spirituality-Infused Cognitive Behavioral Intervention for Individuals With Serious Mental Illnesses. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, [s. l], v. 41, n. 1, p. 8-15, 2018.

THE ALBERT ELLIS INSTITUTE. Rational Emotive Behavior Therapy (REBT). REBT and Religion. Nova York: THE ALBERT ELLIS INSTITUTE, 2023. Disponível em: <https://albertellis.org/2015/09/rebt-and-religion/>. Acesso em:

THOMA, N.; PILECKI, B.; MCKAY, D. Contemporary Cognitive Behavior Therapy: a review of theory, history, and evidence. **Psychodynamic Psychiatry**, [S.L.], v. 43, n. 3, p. 423-461, set. 2015. Guilford Publications. <http://dx.doi.org/10.1521/pdps.2015.43.3.423>.

TRAMMEL, R. Effectiveness of an MP3 Christian mindfulness intervention on mindfulness and perceived stress. **Mental Health, Religion & Culture**, [S.L.], v. 21, n. 5, p. 500-514, 28 maio 2018. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/13674676.2018.1505837>.

TULBURE, B. T.; ANDERSSON, G.; SĂLĂGEAN, N.; PEARCE, M.; KOENIG, H. G. Religious versus Conventional Internet-based Cognitive Behavioral Therapy for Depression. **Journal Of Religion And Health**, [S.L.], v. 57, n. 5, p. 1634-1648, 24 out. 2017. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10943-017-0503-0>.

TUPOU, J., CURTIS, S., TAARE-SMITH, D., GLASGOW, A., WADDINGTON, H. (2021). Māori and autism: A scoping review. *Autism*, 25(7), 1844–1858. <https://doi.org/10.1177/13623613211018649>

UNDERWOOD, L G, TERESI, J. A. The daily spiritual experience scale: development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Annals of Behavioral Medicine*, [s. l.], v. 24, p. 22-33, 2002.

VASCONCELLOS, E. G. Modelo Psiconeuroendocrinológico do stress. In: L, Seger. *Psicologia e odontologia*. São Paulo: Livraria Santos, 1992.

VASCONCELLOS, E. G. Stress, coping, burnout, resiliência: troncos da mesma raiz. In: SILVA JÚNIOR, Nelson da; ZANGARI, Wellington (org.). *A psicologia social e a questão do hífen*. São Paulo: Bluscher Open Access, 2017. p. 285-295.

VAILLANT, G. E. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, [S.L.], v. 103, n. 1, p. 44-50, fev. 1994. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843x.103.1.44>.

VAILLANT, G. E. Reverência e iluminação mística. In: VAILLANT, G. E. *Fé: evidências científicas*. São Paulo: Manole Editora, 2010. p. 169-173.

VITORINO, L. M.; VIANNA, L. A. C. Religious/spiritual coping in institutionalized elderly. *Acta Paulista de Enfermagem*, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 136-142, 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002012000800021>.

VITORINO, L. M.; LOW, G.; VIANNA, L. A. C. Linking Spiritual and Religious Coping With the Quality of Life of Community-Dwelling Older Adults and Nursing Home Residents. *Gerontology and Geriatric Medicine*, [S.L.], v. 2, p. 1-9, 1 jan. 2016. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/2333721416658140>.

VITORINO, L. M., LUCCHETTI, G., LEÃO, F. C., VALLADA, H., PERES, M. F. P. The association between spirituality and religiousness and mental health. *Scientific Reports*, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 1-9, 22 nov. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-018-35380-w>.

WANG, D. C.; ATEN, J. D.; BOAN, D.; JEAN-CHARLES, W.; GRIFF, K. P.; VALCIN, V. C.; DAVIS, E. B.; HOOK, J. N.; DAVIS, D. E.; VANTONGEREN, D. R. Culturally adapted spiritually oriented trauma-focused cognitive-behavioral therapy for child survivors of restavek. *Spirituality in Clinical Practice*, [S.L.], v. 3, n. 4, p. 224-236, dez. 2016. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/scp0000101>.

WENZEL, A. Ativação comportamental. In: WENZEL, A. Inovações em terapia cognitivo-comportamental: intervenções estratégicas para uma prática criativa. Porto Alegre: Artmed, 2018. Cap. 6. p. 95-110.

WHOQOL SRPB GROUP. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, [S.L.], v. 62, n. 6, p. 1486-1497, mar. 2006. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.001>

WILT, J. A.; GRUBBS, J. B., PARGAMENT, K. I., EXLINE, J. J. Religious and Spiritual Struggles, Past and Present: relations to the big five and well-being. *The International Journal for the Psychology of Religion*, [S.L.], v. 27, n. 1, p. 51-64, 2 maio 2016. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/10508619.2016.1183251>.

WORLD PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Religion, Spirituality and Psychiatry**. 2023. Disponível em: <https://www.wpanet.org/religion-spirituality-and-psychiatry>. Acesso em: 08 maio 2023.

WRIGHT, J. H., BASCO, M. R., THASE, M. E. Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental. In: WRIGHT, J. H., BASCO, M. R., THASE, M. E. **Aprendendo a Terapia cognitivo-Comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ZANGARI, W. & MACHADO, F. R. (Org.) (2018). Cartilha virtual - Psicologia & Religião: Histórico, Subjetividade, Saúde Mental, Manejo, Ética Profissional e Direitos Humanos.

ANEXOS

Anexo A - Ensaios Clínicos Randomizados

Título	Autor(es)	Conclusão do estudo
<i>The Comparative Efficacy of Religious and Nonreligious Imagery for the Treatment of Mild Depression in Religious Individuals</i>	Propst, 1980	Não se notaram diferenças significativas entre imagens não religiosas, lista de espera e as condições placebo em nenhuma das medidas. Porém, os autores mencionam superioridade de imagens religiosas para patologia geral e depressão no <i>follow-up</i> (oito semanas).
<i>A comparison of secular and religious versions of cognitive therapy with depressed Christian college students</i>	Pecheur e Edwards, 1984	TCC e TCCR não foram significativamente diferentes em relação à melhora na depressão. TCCR foi superior para tratamento da desesperança.
<i>Comparative Efficacy of Religious and Nonreligious Cognitive-behavior Therapy for the Treatment of Clinical Depression in Religious Individuals</i>	Propst <i>et al.</i> , 1992	Estudo realizado com pacientes religiosos deprimidos, cujo objetivo foi comparar a eficácia da TCR, TC e aconselhamento pastoral na depressão, psicopatologia geral e ajustamento geral e social. Terapeutas religiosos e não religiosos atenderam os pacientes em TCR e TC. Segundo os autores, o grupo da TCR apresentou menores escores em depressão e ajustamento social do que lista de espera; e a TCR aplicada por terapeutas não religiosos mostrou diminuição significativa no pós-tratamento no BDI do que o grupo de lista de espera e TC padrão com terapeutas não religiosos. Porém, os pesquisadores observaram que os processos de mudança cognitiva podem ocorrer tanto no tratamento da TC religiosa quanto da TC padrão.
<i>Brief Christian and Non-Christian Rational-Emotive Therapy With Depressed Christian Clients: An Exploratory Study</i>	Johnson e Ridley, 1992	Intervenção foi Terapia Racional Emotiva Cristã (TREC) e comparador foi Terapia Racional Emotiva (TRE). Ambas foram eficazes na redução da depressão e dos pensamentos negativos automáticos e redução de crenças irracionais dos participantes cristãos deprimidos. Os autores afirmam que TRE breve também pode ser positiva no tratamento de clientes cristãos deprimidos.
<i>The efficacy of forgiveness intervention in college age adults: randomized controlled study</i>	Luskin, Ginzburg e Thoresen, 2005	Participantes demonstraram aumento na tendência a utilizar o perdão; na tendência a perdoar o agressor; no foco em relação ao futuro; na percepção de autoeficácia para lidar com mágoas e reações emocionais; e no campo espiritual.

		Reportaram também diminuição na mágoa e na raiva.
<i>A randomized controlled evaluation of a spiritually integrated treatment for subclinical anxiety in the Jewish community, delivered via the Internet</i>	Rosmarin <i>et al.</i> , 2010	Participantes do grupo de intervenção Spiritually Integrated Psychotherapy (SIT) demonstraram reduções nos níveis de estresse, preocupação, depressão, intolerância à incerteza, aumento significativo na confiança em Deus e no uso de atitudes positivas (o que se pode entender como aumento do CRE positivo) e diminuição da desconfiança em Deus e uso de enfrentamento religioso (o que se pode entender como diminuição do CRE negativo), em comparação ao grupo de lista de espera. Os grupos de relaxamento muscular progressivo e lista de espera (comparadores) não demonstraram diferenças significativas na maioria dos resultados, inclusive em relação à diminuição da desconfiança em Deus e intolerância à incerteza, que mostrou resultados inferiores em relação ao grupo SIT.
<i>Effect of religious cognitive-behavior therapy on religious content obsessive compulsive disorder</i>	Akuchekian <i>et al.</i> , 2011a	TCCR tem efeito positivo na redução dos sintomas de TOC. Os autores afirmaram redução dos sintomas de TOC, de obsessão e de compulsão após o tratamento entre os grupos controle e estudo.
<i>Effectiveness of religious-cognitive-behavioral therapy on religious oriented obsessive compulsive disorder and its co-morbidity</i>	Akuchekian <i>et al.</i> , 2011b	. Intervenção: TCCR; comparador: grupo controle não especificado. Os escores de Yale Brown nos três estágios (antes da intervenção, após a quinta sessão e após a décima sessão) em ambos os grupos diminuíram, principalmente no grupo intervenção, mas sem apresentar diferença significativa. No entanto, diferenças significativas foram observadas entre os escores médios dos dois grupos. A comparação da subescala obsessão com a subescala compulsão, da escala Yale Brown, mostrou diminuição em três etapas do estudo. Em pacientes com transtorno obsessivo religioso não responsivo com conteúdo religioso, intervenções religiosas como a TCCR podem aumentar significativamente a resposta clínica.
<i>Behavioral Activation of Religious Behaviors (BARB): Randomized Trial With Depressed College Students</i>	Armento, McNulty e Hopko, 2012	Behavioral Activation of Religious Behaviors (BARB) foi melhor do que terapia de suporte em comportamentos religiosos, atitudes e estratégias de enfrentamento. Também atenuou sintomas de depressão e ansiedade e aumentou a qualidade de vida, com os ganhos do tratamento mantidos em um mês de acompanhamento.

<p><i>Controlled randomized clinical trial of spirituality integrated psychotherapy, cognitive-behavioral therapy and medication intervention on depressive symptoms and dysfunctional attitudes in patients with dysthymic disorder</i></p>	<p>Ebrahimi <i>et al.</i>, 2013</p>	<p>Spiritual Integrated Psychotherapy (SIPT) foi comparada com TCC convencional, medicamentos e lista de espera. SIPT foi significativamente diferente do grupo de medicação, mas não foi significativamente diferente da TCC, que não foi significativamente diferente de medicação; SIPT e TCC, exceto medicação, foram significativamente diferentes do grupo de lista de espera; SIPT foi mais eficaz que medicação no <i>follow-up</i>, mas não em relação à TCC padrão.</p>
<p><i>Religious vs. Conventional Cognitive Behavioral Therapy for Major Depression in Persons With Chronic Medical Illness</i></p>	<p>Koenig <i>et al.</i>, 2015</p>	<p>TCCR (intervenção) e TCC (comparador) são igualmente eficazes para depressão maior em clientes com doença médica crônica e que são pelo menos um pouco religiosos.</p>
<p><i>Spiritual Struggles and Religious Cognitive Behavioral Therapy: A Randomized Clinical Trial in Those with Depression and Chronic Medical Illness</i></p>	<p>Pearce e Koenig, 2016</p>	<p>Intervenção: TCCR; comparador: TCC. Os escores das lutas espirituais diminuíram ao longo do tempo para aqueles que receberam TCCR e TCC e a TCCR não tenha sido superior à TCC nesse aspecto. Sem indicação de que a religiosidade de base moderou os efeitos da intervenção TCCR, TCC foi tão eficaz quanto TCCR naqueles que eram altamente religiosos. TCCR não foi mais eficaz naqueles com um alto nível de lutas espirituais no início do tratamento.</p> <p>Na linha de base, a identificação das lutas espirituais previu um declínio significativamente mais lento nos sintomas depressivos ao longo do tempo, independente do grupo de tratamento, e isso foi especialmente verdadeiro para aqueles que eram menos religiosos.</p>
<p><i>The Effectiveness of a Nurse-Led Cognitive Behavioral Therapy on the Quality of Life, Self-Esteem and Mood among Filipino Patients Living with Heart Failure: a Randomized Controlled Trial</i></p>	<p>Cajanding, 2016</p>	<p>Intervenção: TCC que integrou a educação do paciente, automonitoramento, treinamento de habilidades, reestruturação cognitiva e desenvolvimento espiritual. Participantes que receberam essa intervenção tiveram melhorias significativas na qualidade de vida, autoestima e escores de humor em comparação ao grupo controle, que recebeu cuidado padrão (terapia de otimização médica/farmacológica e estratégias de modificação de fatores de risco evitáveis, específicos para insuficiência cardíaca).</p>
<p><i>Research Note: A Randomized Investigation of Evangelical Christian Accommodative</i></p>	<p>Ford e Garzon, 2017</p>	<p>Tanto o grupo experimental, <i>Christian Mindfulness Training (CMT)</i>, quanto o grupo de comparação, o <i>Conventional Mindfulness Training (MT)</i>, demonstraram melhora na</p>

<i>Mindfulness</i>		redução do estresse com as medidas de estresse reduzidas significativamente no grupo CMT.
<i>A Comparative Study of Mindfulness Efficiency Based on Islamic-Spiritual Schemas and Group Cognitive Behavioral Therapy on Reduction of Anxiety and Depression in Pregnant Women</i>	Aslami <i>et al.</i> , 2017	Grupos de intervenção: <i>Mindfulness Based on the Islamic-Spiritual Schemas</i> e TCC; comparado com grupo controle não especificado. A intervenção de <i>Mindfulness</i> , em comparação com a TCC, neste estudo, foi um método mais eficaz na redução da ansiedade e depressão na amostra.
<i>Comparison of the Effects of Religious Cognitive Behavioral Therapy (RCBT), Cognitive Behavioral Therapy (CBT), and Sertraline on Depression in Patients after Coronary Artery Bypass Graft Surgery: a Randomized Controlled Trial</i>	Hosseini <i>et al.</i> , 2017	Grupo experimental: TCCR; Grupos comparadores: TCC padrão, sertralina e cuidados usuais (cuidados físicos, medicamentos, cuidados com as incisões de tórax e perna, recomendações dietéticas, atividades e visitas periódicas após a cirurgia). Os resultados mostraram que os grupos TCCR, TCC convencional e sertralina não tiveram diferença significativa na diminuição da depressão antes da intervenção, em comparação com a pós-intervenção: TCCR e TCC; TCCR e sertralina; e TCC e sertralina. Porém, os três grupos de intervenção tiveram diferenças significativas na redução da depressão em comparação com o grupo controle após a intervenção.
<i>Comparison of Religious Cognitive Behavioral Therapy (RCBT), Cognitive Behavioral Therapy (CBT) And Citalopram On Depression and Anxiety Among Women with Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial</i>	Hosseini <i>et al.</i> , 2018	Grupo experimental: TCCR; Grupos comparadores: TCC padrão, citalopram e cuidados usuais (cuidados físicos, medicamentos, nutrição, atividades, acompanhamento psicológico de rotina e visitas periódicas para acompanhamento). Os grupos de TCCR, TCC convencional e citalopram tiveram efeito igual na diminuição da depressão, sendo que a superioridade do TCCR não foi demonstrada neste estudo. Após a intervenção e acompanhamento, a redução da depressão nos grupos TCCR e TCC não foi significativa.
<i>A Randomized Controlled Trial of a 2-Week Internet-Based Contemplative Prayer Program for Christians With Daily Stress</i>	Knabb e Vasquez, 2018	Oração de Jesus com <i>Mindfulness</i> como intervenção e a lista de espera como comparador. O grupo que realizou a Oração de Jesus demonstrou redução significativa no estresse percebido e melhora significativa na entrega/rendição, mas não se notou redução significativa no estresse percebido e não se notou melhora na entrega/rendição no grupo de lista de espera. Foi observada pequena

		melhora nas experiências espirituais diárias para ambos os grupos.
<i>The impact of religious cognitive behavioural therapy (RCBT) on general health among Iranians</i>	Alagheband <i>et al.</i> , 2019	Estudo que trabalhou a saúde de maneira geral com iranianos. Aplicou a TCCR como intervenção, que foi superior ao grupo controle (lista de espera).

Anexo B - Estudos clínicos de grupo único, não randomizados e semiexperimentais

Título	Autor(es)	Conclusão do estudo
<i>Secular versus christian inpatient Cognitive-Behavioral Therapy Programs: Impact on depression and spiritual well-being</i>	Hawkins, Tan e Turk, 1999	TCC cristã comparada com a TCC convencional. Em ambos os grupos houve redução da depressão e aumento bem-estar espiritual, sendo que este foi maior no grupo com TCCR do que no grupo com TCC.
<i>Cognitive-Behavioral Intervention for Young Tsunami Victims</i>	Pityaratstian et al., 2007	Intervenção foi a TCC em grupo para TEPT em crianças (com adaptações inclusive para religião), sem comparador. Os autores afirmam que a intervenção cognitivo-comportamental foi eficaz em crianças propensas a desenvolver TEPT, com diminuição significativa nos sintomas gerais (reações de estresse pós-traumático) no período de duas semanas após a intervenção.
<i>Maori cultural adaptation of a brief mental health intervention in primary care</i>	Mathieson et al., 2012	Intervenção foi a TCC adaptada à realidade deles, considerando aspectos R/E. Observou-se melhora no sofrimento psíquico global dos pacientes, embora não tenha sido estatisticamente significativa a satisfação com terapia.
<i>Effectiveness of Cognitive Behavioral and Spiritual Trainings on Improving Mental Health of HIV Positive Drug Addicts</i>	Ravaei, Hosseinian e Tabatabaei, 2013	A TCCR (intervenção) melhorou a saúde mental e física, aspectos da vida social, energia, estresse e aspectos da cognição em pessoas com HIV e adictas. O grupo controle não foi especificado.
<i>Culturally Adapted Spiritually Oriented Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Child Survivors of Restavek</i>	Wang et al., 2016	Intervenção foi a <i>Spiritually Oriented Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy</i> (SO-TF-CBT) e o grupo controle não foi especificado. Tanto o grupo controle, quanto o grupo de intervenção (em que foi aplicada a SO-TF-CBT) demonstraram redução nos sintomas de trauma, mas o grupo de intervenção reduziu significativamente os sintomas de estresse pós-traumático entre as crianças e notou-se redução dos sintomas associados ao processo de recuperação natural. Também se observou redução nas lutas espirituais para SO-TF-CBT, enquanto o grupo controle observou aumentos na luta espiritual ao longo do tempo.
<i>Effect of Religious Cognitive Behavioral Therapy on Religious Obsessive-compulsive Disorder (3 and 6 months Follow-up)</i>	Aouchekian et al., 2017	TCC com terapia medicamentosa. Os pesquisadores reportaram redução dos sintomas de TOC, sendo que estes persistiram no <i>follow-up</i> de 3 e 6 meses. Assim, a TCCR pode ter um efeito positivo no TOC de conteúdo religioso e o efeito do tratamento é notavelmente durável. Os autores afirmam também que a combinação de conteúdo religioso com TCC e medicação pode

		melhorar ainda mais os pacientes com TOC de conteúdo religioso.
<i>Religious versus Conventional Internet-based Cognitive Behavioral Therapy for Depression</i>	Tulbure <i>et al.</i> , 2018	Intervenções TCCR e TCC convencional comparadas com lista de espera. Diferenças significativas foram notadas entre os grupos de tratamento para medidas de depressão (resultados primários) e, como resultados secundários, o Questionário de Pensamentos Automáticos (ATQ), o Inventário Rápido de Sintomatologia Depressiva - Auto-Relato (QIDS-SR), <i>Beck Anxiety Inventory</i> (BAI), <i>Quality of Life Inventory</i> (QOLI) e nível de gratidão (<i>Gratitude Questionnaire - GQ-6</i>). Após a intervenção, os escores de depressão caíram significativamente e a qualidade de vida e os níveis de gratidão dos participantes aumentaram. Os autores demonstram que os dois tratamentos foram eficazes na redução da depressão, que os ganhos do tratamento foram mantidos seis meses após as intervenções, e que o uso de recursos religiosos não conferiu mais vantagens em termos de maior redução de sintomas ou adesão ao tratamento.
<i>Effectiveness of an MP3 Christian mindfulness intervention on mindfulness and perceived stress</i>	Trammel, 2018	<i>Moving Picture Experts Group-3 (MP3)-based Christian mindfulness intervention</i> demonstrou aumento de <i>mindfulness</i> e diminuição do estresse percebido nos participantes. Não houve intervenção no grupo controle.
<i>Development of a Spirituality-Infused Cognitive Behavioral Intervention for Individuals With Serious Mental Illnesses</i>	Subica e Yamada, 2018	<i>Spiritual Strategies for Psychosocial Recovery (SSPR)</i> e sem especificação sobre grupo controle. Após o término do estudo, os participantes afirmaram estar dispostos a aprender a aplicar a espiritualidade em sua recuperação pessoal; descreveram seu humor como bom, elevado, energizado, grato, completo ou fortalecido; expressaram apreço pela orientação não denominacional da SSPR; e muitos participantes comentaram sobre habilidades da espiritualidade para lidar com a angústia. Os autores também afirmaram que a SSPR foi adaptável às várias necessidades espirituais de participantes de etnias e culturas diversas.

<p><i>Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression Among Orthodox Jews</i></p>	<p>Rosmarin et al., 2019</p>	<p>TCC culturalmente adaptada. O grupo de intervenção foi constituído por judeus ortodoxos e o grupo de comparação por afiliados a outro grupo religioso ou não afiliados religiosamente. Ambos os grupos receberam a mesma intervenção e foi observada diminuição de ansiedade e depressão tanto para os judeus, quanto para os outros participantes. Os escores médios de ansiedade generalizada e depressão no pré-tratamento, após cinco sessões, e no pós-tratamento, para judeus ortodoxos e participantes do grupo controle, não apresentaram diferenças significativas. Porém, o efeito do tratamento para ansiedade generalizada e depressão ao longo do tratamento foi significativo.</p>
<p><i>The effectiveness of positive mental imagery of recovery and cognitive behavioral therapy based on religious beliefs on anxiety and life quality in women with breast cancer</i></p>	<p>Hamid, 2020</p>	<p>O grupo de intervenção (imagens mentais positivas de recuperação e TCC baseada em crenças religiosas) teve os níveis de ansiedade diminuídos significativamente e os de qualidade de vida aumentados em comparação com o início do tratamento e com o grupo controle, que não recebeu intervenção. Esses resultados se mantiveram no <i>follow-up</i> (não especificados pelos autores).</p>

Anexo C - Avaliação do risco de viés dos ensaios clínicos randomizados, não randomizados, semiexperimentais e de grupo único, segundo o *Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation*

Estudo	Geração de sequência aleatória	Ocultação de alocação	Cegueira de participantes e pessoal	Cegueira da avaliação do resultado	Dados de resultados incompletos	Relatórios seletivos	Outras fontes de viés
Armento, McNulty e Hopko, 2012	Não grave	Grave	Grave	Não grave	Não grave	Grave	Grave
Johnson e Ridley, 1992	Não grave	Não grave	Grave	Grave	Não grave	Grave	Não grave
Wang <i>et. al.</i> , 2016	Grave	Grave	Grave	Grave	Não grave	Grave	Grave
Subica e Yamada, 2018	Grave	Grave	Grave	Grave	Não grave	Não grave	Grave
Trammel, 2018	Não grave	Não grave	Grave	Não grave	Não grave	Grave	Não grave
Ravaei, Hosseinian e Tabatabaei, 2013	Não grave	Não grave	Grave	Grave	Não grave	Grave	Não grave
Rosmarin <i>et. al.</i> , 2019	Grave	Grave	Grave	Grave	Não grave	Grave	Grave
Mathieson <i>et. al.</i> , 2012	Grave	Grave	Grave	Grave	Não grave	Grave	Grave
Ford e Garzon, 2017	Não grave	Não grave	Grave	Não grave	Não grave	Grave	Grave
Hawkins, Tan e Turk, 1999	Grave	Grave	Grave	Grave	Não grave	Grave	Não grave
Cajanding, 2016	Não grave	Não grave	Grave	Não grave	Não grave	Grave	Não grave
Hamid, 2020	Não grave	Não grave	Grave	Grave	Não grave	Grave	Não grave
Luskin, Ginzburg e Thoresen, 2005	Não grave	Não grave	Grave	Grave	Não grave	Grave	Grave

Rosmarin <i>et. al.</i> , 2010	Não grave	Não grave	Grave	Não grave	Não grave	Não grave	Não grave
Knabb e Vasquez, 2018	Não grave	Não grave	Grave	Não grave	Não grave	Grave	Grave
Pityaratstian, 2007	Grave	Grave	Grave	Grave	Não grave	Grave	Não grave
Propst <i>et. al.</i> , 1992	Não grave	Não grave	Grave	Não grave	Não grave	Grave	Grave
Hosseini <i>et. al.</i> , 2018	Não grave	Não grave	Grave	Grave	Não grave	Grave	Não grave
Hosseini <i>et. al.</i> , 2017	Não grave	Não grave	Grave	Grave	Não grave	Grave	Não grave
Ebrahimi <i>et. al.</i> , 2013	Não grave	Não grave	Grave	Não grave	Não grave	Grave	Não grave
Akuchekian <i>et. al.</i> , 2011a	Não grave	Não grave	Grave	Grave	Não grave	Grave	Não grave
Aouchekian <i>et. al.</i> , 2017	Grave	Grave	Grave	Grave	Não grave	Grave	Não grave
Akuchekian <i>et. al.</i> , 2011b	Não grave	Não grave	Grave	Grave	Não grave	Grave	Não grave
Tulbure <i>et. al.</i> , 2018	Não grave	Não grave	Grave	Grave	Não grave	Grave	Grave
Koenig <i>et. al.</i> , 2015	Não grave	Não grave	Grave	Não grave	Não grave	Grave	Não grave
Pearce e Koenig, 2016	Não grave	Não grave	Grave	Não grave	Não grave	Grave	Não grave
Alagheband <i>et. al.</i> , 2019	Não grave	Não grave	Grave	Grave	Não grave	Grave	Grave
Aslami <i>et. al.</i> , 2017	Não grave	Não grave	Grave	Grave	Não grave	Grave	Não grave
Pecheur e Edwards, 1984	Não grave	Não grave	Grave	Não grave	Não grave	Grave	Não grave
Propst, 1980	Grave	Grave	Grave	Grave	Não grave	Grave	Não grave

Anexo D - Avaliação das inconsistências dos Ensaio Clínicos Randomizados, segundo o *Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation*

Tabela 33 - Avaliação da inconsistência dos estudos sobre depressão

Estudo	N	Distribuição de homens e mulheres	Intervenção	Comparador(es)
Rosmarin <i>et. al.</i> , 2010	125	76,6% M	Tratamento Espiritualmente Integrado (<i>Spiritually Integrated Treatment - SIT</i>)	Relaxamento muscular progressivo e lista de espera
Armento, McNulty e Hopko, 2012	50	31 M e 19 H	<i>Behavioral Activation of Religious Behaviors</i> (BARB)	Terapia de Suporte
Johnson e Ridley, 1992	10	4 M e 6 H	Terapia Racional Emotiva Cristã (TREC)	Terapia Racional Emotiva (TRE)
Ford e Garzon, 2017	78	58% M e 42% H	<i>Christian Mindfulness Training</i> (CMT)	Mindfulness regular (MT)
Cajanding, 2016	100	33 M e 67 H	Intervenção cognitivo-comportamental com foco na educação do paciente, automonitoramento, treinamento de habilidades, reestruturação cognitiva e desenvolvimento espiritual	Grupo controle - cuidados tradicionais (terapia de otimização médica/farmacológica e estratégias de modificação de fatores de risco evitáveis específicos para IC)
Propst <i>et. al.</i> , 1992	59	49 M e 10 H	TCC convencional	TCCR, aconselhamento pastoral e lista de espera
Hosseini <i>et. al.</i> , 2018	160	Apenas mulheres	TCCR	TCC padrão, citalopram e cuidados usuais (cuidados físicos, medicamentos, nutrição, atividades, acompanhamento psicológico de rotina e visitas periódicas para acompanhamento)
Hosseini <i>et. al.</i> , 2017	160	-	TCCR, TCC e sertralina	Grupo controle (cuidados físicos, medicamentos, cuidados com as incisões (tórax e perna), recomendações

				dietéticas, atividades e visitas periódicas após a cirurgia)	
Ebrahimi <i>et. al.</i> , 2013	62	55% M e 45% H	SIPT	TCC, tratamento antidepressivo e grupo controle (lista de espera)	
Koenig <i>et. al.</i> , 2015	132	44 M e 23H em TCC e 47 M e 18 H em TCCR	TCCR	TCC	
Pearce e Koenig, 2016	130	68.5% M	TCCR	TCC	
Alagheband <i>et. al.</i> , 2019	144	72 M e 72 H	TCCR	Lista de espera	
Aslami <i>et. al.</i> , 2017	75	Apenas mulheres	19	<i>Mindfulness</i> baseado nos esquemas islâmico-espirituais e TCC	Grupo controle (não específica)
Pecheur e Edwards, 1984	21	M e 2 H		TCC e TCCR	Lista de espera
Propst, 1980	44	-		Imagens religiosas (combinação de técnicas de reestruturação cognitiva e dessensibilização sistemática com conteúdo religioso) e Imagens não religiosas (combinação de técnicas de reestruturação cognitiva e dessensibilização sistemática).	Contato com terapeuta de mais automonitoramento e apenas automonitoramento

Tabela 34 - Avaliação da inconsistência dos estudos sobre ansiedade

Estudo	N	Distribuição de homens e mulheres	Intervenção	Comparador(es)
---------------	----------	--	--------------------	-----------------------

Rosmarin <i>et. al.</i> , 2010	125	76,6% M	Tratamento Espiritualmente Integrado (<i>Spiritually Integrated Treatment</i> - SIT)	Relaxamento muscular progressivo e lista de espera
Armento, McNulty e Hopko, 2012	50	31 M e 19 H	<i>Behavioral Activation of Religious Behaviors</i> (BARB)	Terapia de Suporte
Aslami <i>et. al.</i> , 2017	75	Apenas mulheres	Mindfulness baseado nos esquemas islâmico-espirituais e TCC	Grupo controle (não específica)
Ford e Garzon, 2017	78	58% M e 42% H	<i>Christian Mindfulness Training</i> (CMT)	Mindfulness regular (MT)
Alagheband <i>et. al.</i> , 2019	144	72 M e 72 H	TCCR	Lista de espera

Tabela 35 - Avaliação da inconsistência dos estudos sobre TOC

Estudo	N	Distribuição de homens e mulheres	Intervenção	Comparador(es)
Akuchekian <i>et. al.</i> , 2011a	90	Apenas mulheres	TCCR	Grupo controle (não específica)
Akuchekian <i>et. al.</i> , 2011b	50	47 M e 3 H	TCCR	Grupo controle (não específica)

Tabela 36 - Avaliação da inconsistência dos estudos sobre estresse

Estudo	N	Distribuição de homens e mulheres	Intervenção	Comparador(es)
Rosmarin <i>et. al.</i> , 2010	125	76,6% M	Tratamento Espiritualmente Integrado (<i>Spiritually Integrated Treatment</i> - SIT)	Relaxamento muscular progressivo e lista de espera
Trammel, 2018	80	-	<i>Moving Picture Experts Group-3</i> (MP3) - Mindfulness cristã	Grupo controle sem intervenção
Ford e Garzon, 2017	78	58% M e 42% H	Christian mindfulness training (CMT)	Mindfulness regular (MT)
Knabb e Vasquez, 2018	86	80 M e 6H	Oração de Jesus com mindfulness	Lista de espera

Tabela 37 - Avaliação da inconsistência dos estudos sobre qualidade de vida

Estudo	N	Distribuição de homens e mulheres	Intervenção	Comparador(es)
Armento, McNulty e Hopko, 2012	50	31 M e 19 H	<i>Behavioral Activation of Religious Behaviors</i> (BARB)	Terapia de Suporte

Cajanding, 2016	100	33 M e 67 H	Intervenção cognitivo-comportamental com foco na educação do paciente, automonitoramento, treinamento de habilidades, reestruturação cognitiva e desenvolvimento espiritual	Grupo controle - cuidados tradicionais (terapia de otimização médica/farmacológica, e estratégias de modificação de fatores de risco evitáveis específicos para insuficiência cardíaca)
-----------------	-----	-------------	---	---

Tabela 38 - Avaliação da inconsistência dos estudos sobre *Coping* Religioso Espiritual Positivo

Estudo	N	Distribuição de homens e mulheres	Intervenção	Comparador(es)
Luskin, Ginzburg e Thoresen, 2005	55	41 M e 14 H	Intervenção em grupo que consistiu de Rational Emotive Therapy e técnicas de refocalização com base afetiva positiva. O foco da terapêutica foi o uso do perdão.	Lista de espera
Rosmarin <i>et. al.</i> , 2010	125	76,6% M	Tratamento Espiritualmente Integrado (<i>Spiritually Integrated Treatment</i> - SIT)	Relaxamento muscular progressivo e lista de espera
Armento, McNulty e Hopko, 2012	50	31 M e 19 H	Behavioral Activation of Religious Behaviors (BARB)	Terapia de Suporte

Tabela 39 - Avaliação da inconsistência dos estudos sobre *Coping* Religioso Espiritual Negativo

Estudo	N	Distribuição de homens e mulheres	Intervenção	Comparador(es)
Rosmarin <i>et. al.</i> , 2010	125	76,6% M	Tratamento Espiritualmente Integrado (<i>Spiritually Integrated Treatment</i> - SIT)	Relaxamento muscular progressivo e lista de espera
Pearce e Koenig, 2016	130	68.5% M	TCCR	TCC

ANEXO D - Avaliação das inconsistências dos Ensaio Clínicos não Randomizados, de grupo único e semiexperimentais, segundo o *Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation*

Tabela 40 - Avaliação da inconsistência dos estudos sobre depressão

Estudo	N	Distribuição de homens e mulheres	Intervenção	Comparador(es)
Rosmarin <i>et. al.</i> , 2019	107	63,6% M	TCC culturalmente adaptada	Grupo constituído por não-judeus (que receberam a mesma intervenção)
Mathieson <i>et. al.</i> , 2012	16	13 M e 3 H	TCC adaptada aos Maori	-
Hawkins, Tan e Turk, 1999	29	21 M e 8 H	TCC cristã	TCC
Tulbure <i>et. al.</i> , 2018	79	65 M e 14 H	TCCR e TCC	Lista de espera

Tabela 41 - Avaliação da inconsistência dos estudos sobre ansiedade

Estudo	N	Distribuição de homens e mulheres	Intervenção	Comparador(es)
Wang <i>et. al.</i> , 2016	58	37 M e 21 H	TCC Focada no Trauma Orientada Espiritualmente	Grupo controle (não específica)
Rosmarin <i>et. al.</i> , 2019	107	63,6% M	TCC culturalmente adaptada	Grupo constituído por não-judeus (que receberam a mesma intervenção)
Mathieson <i>et. al.</i> , 2012	16	13 M e 3 H	TCC adaptada aos Maori	-
Hamid, 2020	30	Apenas mulheres	TCCR	Grupo controle sem intervenção
Pityaratstian, 2007	160	95 M e 65 H	TCC em grupo para TEPT em crianças (com adaptações inclusive para religião)	-
Tulbure <i>et. al.</i> , 2018	79	65 M e 14 H	TCCR e TCC	Lista de espera

Tabela 42 - Avaliação da inconsistência do estudo sobre TOC

Estudo	N	Distribuição de homens e mulheres	Intervenção	Comparador(es)
Aouchekian <i>et. al.</i> , 2017	40	Apenas mulheres	TCCR e terapia medicamentosa	-

Tabela 43 - Avaliação da inconsistência do estudo sobre estresse

Estudo	N	Distribuição de homens e mulheres	Intervenção	Comparador(es)
Wang <i>et. al.</i> , 2016	58	37 M e 21 H	TCC Focada no Trauma Orientada Espiritualmente	Grupo controle (não específica)

Tabela 44 - Avaliação da inconsistência dos estudos sobre qualidade de vida

Estudo	N	Distribuição de homens e mulheres	Intervenção	Comparador(es)
Ravaei, Hosseinian e Tabatabaei, 2013	30	Apenas homens	TCCR	Grupo controle (não específica)
Tulbure <i>et. al.</i> , 2018	79	65 M e 14 H	TCCR e TCC	Lista de espera
Hamid, 2020	30	Apenas mulheres	TCCR	Grupo controle sem intervenção

Tabela 45 - Avaliação da inconsistência dos estudos sobre *Coping* Religioso Espiritual Positivo

Estudo	N	Distribuição de homens e mulheres	Intervenção	Comparador(es)
Subica e Yamada, 2018	37	18M e 19 H	Intervenção cognitivo-comportamental <i>Spiritual Strategies for Psychosocial Recovery (SSPR)</i>	-
Hawkins, Tan e Turk, 1999	29	21 M e 8 H	TCC cristã	TCC

Tabela 46 - Avaliação da inconsistência dos estudos sobre *Coping* Religioso Espiritual Negativo

Estudo	N	Distribuição de homens e mulheres	Intervenção	Comparador(es)
Wang <i>et. al.</i> , 2016	58	37 M e 21 H	TCC Focada no Trauma Orientada Espiritualmente	Grupo controle (não específica)