

Magaly Sola Santos

**Acesso à saúde e perfil diagnóstico em pacientes atendidos em grupo de
tratamento espiritual para depressão**

Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Mario Fernando Prieto
Peres

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A
versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2022

Magaly Sola Santos

**Acesso à saúde e perfil diagnóstico em pacientes atendidos em grupo de
tratamento espiritual para Depressão**

Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Mario Fernando Prieto
Peres

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A
versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

**Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
com reprodução autorizada pelo autor responsável:**

Santos, Magaly Sola

Acesso à saúde e perfil diagnóstico em pacientes atendidos em grupo de tratamento espiritual para depressão / Magaly Sola Santos. -- São Paulo, 2022.

Dissertação (mestrado) -- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Psiquiatria.

Orientador: Mário Fernando Prieto Peres.

Descritores: 1. Depressão 2. Saúde Mental
3. Espiritualidade 4. Religião 5. Religião e Psicologia
6. Tratamento espiritual 7. Questionário de saúde do paciente 8. Escala de religiosidade da Duke

USP/FM/DBD-195/22

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Dedicatória

**“Jamais despreze uma pessoa deprimida.
A depressão é o último estágio da dor humana.
É a fase exata onde a alma dói de verdade.”**

(Augusto Cury)

**Dedico este trabalho a todas as pessoas
que sofrem de depressão, em especial
aqueles que se disponibilizaram a
participar desta pesquisa.**

Agradecimentos

Agradeço à Deus pela dádiva da vida e aos meus pais por esta encarnação e por mais esta oportunidade de aprimorar meus conhecimentos e evoluir.

Ao querido orientador, Prof. Dr. Mario Fernando Prieto Peres, por acreditar em mim e apoiar este projeto, pela paciente condução, serenidade e humildade ao compartilhar seus conhecimentos e me ensinar tanto nesta jornada de grandes desafios e de muitos aprendizados.

A Dra. Vera Saldanha, exemplo de dedicação e amor na arte de cuidar do outro, por sempre compartilhar seus conhecimentos e incentivar o autoaprimoramento através do estudo constante.

Ao Prof. Manoel Simão, que me apresentou o ProSER e me incentivou a fazer este mestrado, me apoiando e muitas vezes me orientando nesta caminhada.

Ao Prof. Dr. Frederico Camelo Leão, pelo acolhimento ao grupo do ProSER, por estar à frente desse grupo de pesquisa tão importante e necessário nos dias de hoje. A Camilla Casaletti Braghetta, por me receber carinhosamente e me estimular durante as diferentes etapas da pós-graduação. Aos colegas deste grupo que, de diferentes maneiras, despertaram meu interesse por pesquisas e com os quais pude compartilhar momentos de aprendizagem. E, em especial, a Marina Sena, amiga que ganhei nesta jornada, que me apoiou sempre, técnica e emocionalmente, principalmente nos momentos mais desafiadores.

Aos Profs. Homero Vallada, Francisco Lotuffo e Vera Saldanha, membros da banca de qualificação, pelas contribuições no aprimoramento da pesquisa e incentivo na continuidade desse estudo.

Uma especial menção ao Prof. Giancarlo Lucchetti pela generosidade em compartilhar seus amplos e inspiradores conhecimentos na elaboração do nosso artigo.

Aos funcionários da secretaria do Programa de Pós-Graduação, especialmente Eliza Fukushima e Isabel Ataíde, pela amorosidade nos cuidados e orientações durante este percurso.

À diretoria da FEESP, especialmente ao Roberto Watanabe, Vera Milano e Sueli Kasai, por abrirem às portas desta instituição que tenho a honra de

trabalhar como voluntária há mais de 15 anos e onde tive a oportunidade de desenvolver esta pesquisa com total apoio e liberdade.

Às minhas amigas Angeles Candame Dalcamim, Carmen Lúcia de Andrade, Cristina Paula e Souza, Eunice Grotti e Maria Glória de Barros Santos, por todo apoio, paciência, generosidade e incentivo nesta caminhada.

Às minhas irmãs Rosely e Suely, pelo apoio e compreensão nestes anos e por estarem sempre comigo incentivando meu auto burilamento.

A minha nora Mariana, por toda ajuda no artigo e submissões e ao meu genro Fernando por me ensinar a ser mais leve.

Em especial aos meus filhos Guilherme e Amanda, por me apoiarem e incentivarem sempre, me ajudando em todas as dificuldades tecnológicas e, principalmente por me ensinarem o verdadeiro sentido do amor incondicional. E, ao meu marido Walter, companheiro de jornada, ponto de equilíbrio, presente em todos os momentos difíceis, transmitindo força, serenidade e amor. Gratidão!

Normatização adotada

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Sumário

Lista de Abreviaturas, Símbolos e Siglas

Lista de Figuras

Lista de Tabelas

Lista de Gráficos

Resumo

Abstract

1. INTRODUÇÃO	01
1.1 Depressão	05
1.1.1 Contexto Histórico	05
1.1.2 Contexto Atual	06
1.1.3 Pesquisas e Publicações	07
1.1.4 Tratamentos para Depressão	09
1.2 Acesso à Saúde	11
1.2.1 Contexto Histórico	11
1.2.2 Acesso à Saúde no Mundo	11
1.2.3 Acesso à Saúde no Brasil	12
1.3 Espiritualidade/Religiosidade e Saúde Mental	14
1.3.1 Definições	14
1.3.2 Contexto Histórico	15
1.3.3 Pesquisas e Publicações	18
1.3.4 Panorama no Brasil	20
1.4 Tratamentos Complementares e Integrativos	23
1.4.1 Tratamentos Espirituais	24
1.5 Espiritismo	28
1.5.1 Introdução	28
1.5.2 Contexto Histórico	29
1.5.3 A Depressão na Visão Espírita	30

1.5.4	Terapêutica Espírita	32
1.5.5	Federação Espírita do Estado de São Paulo – FEESP	34
2.	JUSTIFICATIVA	38
3.	OBJETIVOS	39
3.1	Objetivo Geral	39
3.2	Objetivos Específicos	39
4.	MÉTODOS	40
4.1	Desenho de Estudo	40
4.2	Amostra	41
4.2.1	Critérios de Inclusão	41
4.2.2	Critérios de Exclusão	41
4.3	Instrumentos	41
4.4	Procedimentos	43
4.5	Análise Estatística	44
4.5.1.	Análise Quantitativa	44
4.6	Considerações Éticas	44
5.	RESULTADOS	45
5.1	Dados do Primeiro Questionário	45
5.2	Dados do Segundo Questionário	53
6.	DISCUSSÃO	56
7.	SUGESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS	63
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
10.	ANEXOS	75
10.1	Termo de Consentimento	75
10.2	Dados sobre a Pesquisa	77
10.3	Roteiro de Coleta de Dados	82
10.4	Escala GAD 7	88
10.5	Escala PHQ 9	89
10.6	Índice de Religiosidade da Universidade DUKE	91

Lista de Abreviaturas, Símbolos e Siglas

AMB – Associação Médica Brasileira

APA – *American Psychological Association*

CAM – *Complementary and Alternative Medicine*

DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

FEESP – Federação Espírita do Estado de São Paulo

DALY – *Disability Adjusted Life Years* (Anos de Vida Perdidos por Morte ou Incapacidade)

DEPOE – Departamento de Orientação e Encaminhamento

DUREL – *Duke University Religion Index: A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies*

GAD 7 – *Generalized Anxiety Disorder Screener 7*

GBD - *Global Burden of Disease Study*

HCFMUSP – Hospital das Clínicas – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

N - Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

P3HE - Harmonização Emocional (Assistência Espiritual ao Portador da Depressão, Esquizofrenia e Bipolaridade)

PHQ 9 – *Patient Health Questionnaire-9*

PNPIC - *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares*

R/E – Religiosidade/Espiritualidade

SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados Estatísticos - Órgão da Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado de São Paulo

SENAI - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SUS – Sistema Único de Saúde

UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora

UFMS – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

USP – Universidade de São Paulo

WHO – *World Health Organization*

WHOQOL - *The Whoqol Group: The World Health Organization Quality of Life Assessment: Position paper from the Health Organization*

WPA - *World Psychiatric Association*

YLD – *Years Lost to Disability*

Lista de Figuras

Figura 1 – Infográfico com dados epidemiológicos sobre depressão	07
Figura 2 – Índice/taxa e ranking de <i>DALY</i> e <i>YLD</i> , mundial, Brasil e outros países, GBD 2017	09
Figura 3 – Sala da Palestra da Assistência P3H da FEESP	36

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Dados Demográficos	45
Tabela 2 - Histórico Médico	47
Tabela 3 – Pontuações de Depressão (PHQ-9) e Ansiedade (GAD-7)	48
Tabela 4 - Importância da Religião	49
Tabela 5 – Afiliação Religiosa	50
Tabela 6 - Resultado da Escala DUREL	51
Tabela 7 - Qualidade de Vida	52
Tabela 8 – Contribuição para Melhoria da Depressão	53

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Percentual de Gênero	46
Gráfico 2 – Percentual de Melhoria/Frequência	53
Gráfico 3 – Percentual de Melhoria/Indicações	54

RESUMO

Santos, MS. *Acesso à saúde e perfil diagnóstico em pacientes atendidos em grupo de tratamento espiritual para depressão* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2022.

Introdução: A depressão tem grande impacto na saúde da população em geral causando muito sofrimento, muitas perdas financeiras e funcionais, com limitado acesso à saúde da população. **Objetivo:** Investigar a população em busca de tratamento para depressão em um centro espírita de referência no Brasil, avaliando o diagnóstico dos participantes, a gravidade da doença, o acesso aos serviços de saúde e a satisfação com o tratamento. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional longitudinal, realizado na cidade de São Paulo. Foram incluídos pacientes submetidos a tratamento para depressão na Federação Espírita do Estado de São Paulo, avaliados pelos questionários de Depressão (PHQ-9), Ansiedade (GAD-7) e Religiosidade (Índice de Religião de DUKE). **Resultados:** Dos 100 pacientes entrevistados, 99% foram diagnosticados com Depressão, 88% deles por psiquiatras. Embora 94% deles visitem o médico regularmente e tomem a medicação de rotina, apenas 41% fazem psicoterapia. Todos os pacientes relataram utilizar a assistência espiritual como terapia complementar associada aos cuidados médicos habituais. Não ocorreram casos de assistência espiritual em substituição ao tratamento médico. De acordo com as escalas utilizadas, 66% têm depressão moderada a grave (PHQ-9), 39% têm ideação suicida e 76% sofrem de ansiedade moderada e grave (GAD-7). Do total de participantes, 67% declararam ter muita fé, sugerindo que a busca por tal assistência é resultado da própria fé e da importância que conferem à espiritualidade. Quanto à adesão ao tratamento, 99% fariam novamente a assistência espiritual, 96% relataram melhora, demonstrando alto grau de satisfação com os resultados obtidos. **Conclusão:** Pacientes tratados para depressão com assistência espiritual ficaram muito satisfeitos com o atendimento recebido e com o resultado obtido, apesar da gravidade de sua

depressão. O padrão de encaminhamento não se relacionou ao provedor de saúde, mas sim com a religiosidade /espiritualidade do paciente.

Descritores: Depressão; Saúde mental; Espiritualidade; Religião; Religião e psicologia; Tratamento espiritual; Questionário de saúde do paciente; Escala de religiosidade da DUKE.

ABSTRACT

Santos, MS. *Health care access and diagnostic profile in patients undergoing spiritual treatment for depression* [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2022.

Introduction: Depression has a great impact on the general population health, causing a lot of suffering, substantial economic and individual burden, with limited access to health care. **Objective:** To investigate the population undergoing spiritual treatment for depression in a large spiritist center in Brazil, assessing participants' diagnosis, disease severity, access to health care and treatment satisfaction. **Methods:** This is an observational longitudinal study carried out in the city of São Paulo, Brazil. Patients submitted to spiritual treatment for depression at the Spiritist Federation of the State of São Paulo were included. Depression (PHQ-9), anxiety (GAD-7) and religiousness (Duke Religion Index) were ascertained. **Results:** Of the 100 patients interviewed, 99% were diagnosed with depression, 88% by a psychiatrist. Although 94% of them visited a doctor regularly and took continuous medications, only 41% were on psychotherapy. All participants reported using spiritual treatment as a complementary therapy associated with the usual medical care, individuals did not look for spiritual treatment alternative or in substitution to medical care. Two thirds had moderate to severe depression (PHQ9), 39% had suicidal ideation, and 76% suffered from moderate and severe anxiety (GAD7). 67% of all participants declared high levels of faith, suggesting that the search for spiritual treatment is a result of their own faith and the importance given to spirituality. As for adherence to treatment, 99% would undergo a spiritual treatment again, 96% reported improvement, showing a high degree of satisfaction with the results obtained. **Conclusion:** Patients treated for depression with a spiritual treatment were highly satisfied with the care they received, and the results obtained, despite the severity of their depression. Their referral pattern, unrelated to the health care provider, was shown to correlate with their Religiosity/Spirituality.

Descriptors: Depression; Mental health; Spirituality; Religion, Religion and psychology; Spiritual treatment, Patient health questionnaire; DUKE religious index.

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas ampliou-se a concepção de saúde e doença, percebendo-se a importância da união de diversas esferas da vida, tais como: contexto cultural, social, político e econômico, levando-se em conta a evolução histórica e de ideias na área da experiência humana.⁽¹⁾

Desde 1947, o conceito de saúde definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) foi ampliado e não se restringe apenas a ausência de enfermidades, sendo: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”.⁽²⁾

Já a saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade.⁽³⁾

Portanto, a Saúde Mental de uma pessoa está relacionada à forma como ela reage às exigências da vida e ao modo como harmoniza seus desejos, capacidades, ambições, ideias e emoções. Ter saúde mental é estar bem consigo mesmo e com os outros, aceitar as exigências da vida.⁽⁴⁾

Mas existe ainda uma falta de consenso sobre a definição de saúde mental, em virtude disso pesquisadores elaboraram um estudo visando iniciar um diálogo internacional, interdisciplinar e inclusivo, no intuito de responder à pergunta “quais são os conceitos centrais da saúde mental”, identificando que os mesmos foram principalmente individuais e funcionais, na medida em que se relacionavam com a habilidade ou capacidade de uma pessoa para lidar efetivamente com ou mudar seu ambiente, assim, concluiriam que as estruturas empíricas são a chave para desenvolver uma definição de consenso útil para diversas populações.⁽⁵⁾

Outros pesquisadores também levantam a questão da variação de valores religiosos como fator que interfere na saúde mental e, nas últimas três décadas, a literatura vem apresentando estudos que destacam a

religiosidade como um papel protetor na prevenção de estresse, depressão e suicídio.⁽⁶⁾⁽⁷⁾

Um dos grandes desafios da psiquiatria é compreender a relação entre religiosidade e saúde mental.⁽⁸⁾

De acordo com o DSM-5, “Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo...”⁽⁹⁾

O DSM-5, foi publicado oficialmente em 18 de maio de 2013 e é a mais nova edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana, trazendo o resultado de um processo de doze anos de estudos, revisões e pesquisas de campo realizados por centenas de profissionais divididos em diferentes grupos de trabalho. O objetivo final foi o de garantir que a nova classificação, com a inclusão, reformulação e exclusão de diagnósticos, fornecendo uma fonte segura e cientificamente embasada para aplicação em pesquisa e na prática clínica.⁽¹⁰⁾

Os Critérios Diagnósticos e Códigos foram classificados em: Transtornos do Neurodesenvolvimento, Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos, Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados, Transtornos Depressivos, Transtornos de Ansiedade, Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados, Transtornos

Relacionados a Trauma e a Estressores, Transtornos Dissociativos, Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados, Transtornos Alimentares, Transtornos da Eliminação, Transtornos do Sono-Vigília, Disfunções Sexuais, Disforia de Gênero, Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta, Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos e Transtornos Neurocognitivos.

Embora o DSM-5 continue sendo uma classificação categórica de transtornos individuais, reconhece que transtornos mentais nem sempre se encaixam totalmente dentro dos limites de um único transtorno. Alguns domínios de sintomas, como depressão e ansiedade, envolvem múltiplas categorias diagnósticas e podem refletir vulnerabilidades subjacentes comuns a um grupo maior de transtornos. O reconhecimento dessa realidade fez os transtornos inclusos no DSM-5 serem reordenados em uma estrutura organizacional revisada, com o intuito de estimular novas perspectivas clínicas.

Nossa pesquisa se refere aos pacientes com diagnóstico de Depressão, correspondente aos Transtornos Depressivos (155) do DSM-5:

296.99 (F34.8) Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor (156)

____.____ (____.____) Transtorno Depressivo Maior (160)

____.____ (____.____) Episódio único

296.21 (F32.0) Leve

296.22 (F32.1) Moderado

296.23 (F32.2) Grave

296.24 (F32.3) Com características psicóticas

296.25 (F32.4) Em remissão parcial

296.26 (F32.5) Em remissão completa

296.20 (F32.9) Não especificado

____.____ (____.____) Episódio recorrente

296.31(F33.0) Leve

296.32 (F33.1) Moderado

296.33 (F33.2) Grave

296.34 (F33.3) Com característica psicótica

296.35(F33.41) Em remissão parcial

296.36(F33.42) Em remissão completa

296.30 (F33.9) Não especificado

300.4 (F34.1) Transtorno Depressivo Persistente (Distímia) (168)

Especificar se: Em remissão parcial, Em remissão completa Especificar se:

Início precoce, Início tardio Especificar se: Com síndrome distímica pura;

Com episódio depressivo maior persistente; Com episódios depressivos

maiores intermitentes, com episódio atual; Com episódios depressivos

maiores intermitentes, sem episódio atual. Especificar gravidade atual:

Leve, Moderada, Grave

625.4 (N94.3) Transtorno Disfórico Pré-menstrual (171)

____ (____) Transtorno Depressivo Induzido por

Substância/Medicamento (175) Nota: Ver o conjunto de critérios e os

procedimentos de registro correspondentes para códigos específicos para

cada substância e codificação da CID-9-MC e da CID-10-MC. Especificar

se: Com início durante a intoxicação, Com início durante a abstinência

293.83 (____) Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica

(180) Especificar se:

293.83 (F06.31) Com características depressivas

293.83 (F06.32) Com episódio do tipo depressivo maior

293.83 (F06.34) Com características mistas

311 (F32.8) Outro Transtorno Depressivo Especificado (183)

311 (F32.9) Transtorno Depressivo Não Especificado (184)

Assim, vamos compreender a etimologia da palavra depressão nos diversos contextos que iremos desenvolver.

1.1 Depressão

1.1.1 - Histórico

Encontramos numa revisão de literatura sobre depressão ao longo da história que esse termo foi usado pela primeira vez em 1680, para designar um estado de desânimo ou perda de interesse e, incorporado ao dicionário por Samuel Johnson, em 1750. O desenvolvimento do conceito de depressão emergiu com o declínio das crenças mágicas e supersticiosas que fundamentavam o entendimento dos transtornos mentais até então. Assim sendo, a história do conceito de depressão tal como o concebemos na atualidade teve seu início no século XVII, embora sua origem pode ser inferida a partir das menções de alterações de humor ao longo da história, sobretudo nas referências ao estado conhecido como melancolia, que no século XIX perdeu sua valência no panorama científico, emergindo definitivamente o termo depressão, consolidando-se nas décadas seguintes como entidade nosológica independente. Desde então, a edificação da teoria da depressão, fundamentada na investigação científica e na observação clínica, que sustenta as práticas médicas, tem evoluído. Importante ainda destacar que, a transição da psiquiatria vitoriana do século XIX para a psiquiatria moderna no início do século XX, teve a influência marcante de Emil Kraepelin e Sigmund Freud que consolidaram a divisão nas práticas em saúde mental: de um lado, a psicanálise, alicerçada em fundamentos psicológicos; e, de outro, a psiquiatria científica, fundamentada em bases neurobiológicas. A segunda teve um impacto muito mais significativo no desenvolvimento da prática em psiquiatria e uma influência maior nas definições da síndrome depressiva, utilizadas tanto no Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais, quanto na Classificação Internacional das Doenças. O conceito de depressão desenvolvido pela psicanálise, contribuiu não só para o desenvolvimento das

psicoterapias, mas, também, para as representações da depressão encontradas na arte e na literatura.⁽¹¹⁾

1.1.2 Contexto Atual

Nos dias de hoje, encontramos: de-pres-são como um substantivo feminino; ação de deprimir-se e, segundo o Dicionário Aurélio, depressão “é um distúrbio caracterizado por enfraquecimento, abatimento, físico ou moral, perturbação mental caracterizada pela ansiedade e pela melancolia, estado patológico de sofrimento psíquico assinalado por um abaixamento do sentimento de valor pessoal, por pessimismo e por uma inapetência face à vida”.⁽¹²⁾

De acordo com o Dicionário de Psicologia *Dorsch*, depressão “é um conceito complexo para muitos sintomas: 1. Emocional: mau humor, triste e deprimido; 2. Cognitivo: conceito negativo de si mesmo, acusações e repreensões de si mesmo, cisma consigo mesmo, perda de concentração; 3. Motor: alteração no nível de atividade (retardado ou agitação); 4. Motivacional: perda de interesse e elã, incapacidade de decisão; 5. Vegetativo: insônia, perda de apetite e libido. Não há uma definição uniforme, mas diversas subclassificações segundo diferentes variáveis: a) Etiologia: depressão somática, endógena, psicógena; b) gravidade: neurótica ou psicótica; c) idade: depressão involutiva; d) curso: unipolar ou bipolar; e) importância de fatos do ambiente, por exemplo, depressão de esgotamento; f) depressão de gravidez. É muito discutida, mas não resolvida, a continuidade ou descontinuidade entre fenômeno “normal” e patológico. A depressão se junta a diversas doenças psiquiátricas...”⁽¹³⁾

Portanto, podemos concluir que a depressão é um quadro sintomático que vai de um mero sentimento de abatimento até uma perda real da motivação para viver, depressão endógena, que é acompanhada de apatia absoluta, ou seja, é um transtorno do humor, caracterizado por falta de interesse, motivação, redução da energia mental e física.

Sendo uma doença, os fatores psicológicos e sociais são consequências e não, como muitos pensam, a causa. As evidências científicas demonstram que ocorrem inúmeras alterações químicas no cérebro, onde as substâncias

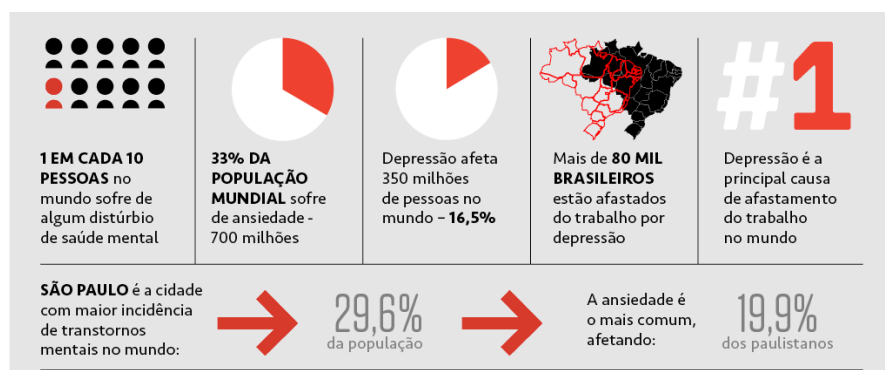
responsáveis por transmitirem impulsos nervosos entre as células como a serotonina, noradrenalina e dopamina encontram-se em desequilíbrio, provocando características biológicas como perda de peso, de libido, perturbação do sono e incapacidade de sentir prazer, alegria, felicidade, por isso a necessidade de tratamento psicofármaco.⁽¹⁴⁾ Já no âmbito psicológico, evidencia culpa, as vezes raiva contida, autoestima rebaixada, desesperança, incapacidade de ver um futuro positivo, as perspectivas em relação a visão de mundo são negativas.⁽¹⁵⁾

1.1.3 Pesquisas e Publicações

Segundo a Organização Pan Americana de Saúde - OPAS, embora a depressão seja um transtorno comum, é muito sério, pois interfere na vida diária, capacidade de trabalhar, dormir, estudar, comer e aproveitar a vida. É causada por uma combinação de fatores genéticos, biológicos, ambientais e psicológicos.⁽¹⁶⁾

De acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS, mais de 300 milhões de pessoas sofrem de depressão no mundo. Em 10 anos, de 2005 a 2015, esse número cresceu 18,4%. A prevalência do transtorno na população mundial é de 4,4%. Já no Brasil, 5,8% da população sofre com esse problema, que afeta um total de 11,5 milhões de brasileiros.⁽¹⁷⁾

Figura 1 – Infográfico com dados epidemiológicos sobre depressão



Fonte: INSS, OMS, SP Megacity Mental Health Survey- <https://super.abril.com.br/comportamento/um-dia-na-vida-de-uma-pessoa-com-ansiedade-ou-depressao/> acessado em 21.04.22

Uma pesquisa sobre transtornos depressivos no Brasil: resultados do *Global Burden of Disease Study (GBD) 2017*⁽¹⁸⁾, concluiu que os transtornos depressivos têm sido responsáveis por uma alta carga de incapacidades desde 1990, tais como sofrimento pessoal e familiar significativo, comprometimento funcional, especialmente em mulheres adultas que vivem na região sul do país. O número de pessoas acometidas por esses transtornos no país tende a aumentar, gerando altos custos para a saúde e os sistemas de seguridade social, exigindo mais investimentos em saúde mental visando melhorias e qualidade dos serviços, já que estão associados à mortalidade prematura por suicídio e outras doenças. Os estudos epidemiológicos desses agravos em todo o território nacional podem contribuir para um melhor planejamento, visando tornar o sistema de saúde brasileiro mais equitativo. Destacamos ainda que, além de ser um dos transtornos mentais mais prevalentes no mundo, a depressão tem sido relatada como um dos principais contribuintes para a carga de doença em todo o mundo, desde a primeira publicação do GBD, na década de 1990, confirmando a necessidade de priorizar essa doença nas agendas globais de saúde pública. A classificação de anos de vida ajustados por incapacidade (*Disability Adjusted Life Years - DALY*) e anos perdidos pela incapacidade (*Years Lost to Disability - YLD*) por transtornos depressivos no Brasil foi comparada à classificação global e de sete países: países com situação socioeconômica semelhante e/ou proximidade geográfica na América Latina (México, Argentina e Colômbia).

Ainda neste estudo, foi apresentada uma tabela com a classificação dos transtornos mentais, estando os mesmos no 4º e 13º lugar como principais causas de YLD e DALY, respectivamente, no Brasil, em 2017.

Figura 2 – Índice, taxa e ranking de *DALY* e *YLD*, mundial, Brasil e outros países, *GBD*-2017

Location	SDI	YLD Rate	Rank DALY	Rank YLD
Global	0.65	540.45 (382.35; 737.83)	15	3
Brazil	0.66	543.96 (386.79; 740.75)	13	4
Countries with similar SDI and/or proximity in Latin America				
Mexico	0.63	441.33 (312.52; 603.65)	14	5
Colombia	0.63	354.88 (248.32; 483.97)	16	7
Argentina	0.71	553.02 (386.26; 751.87)	11	3
High SDI countries with public health system				
Australia	0.87	719.48 (502.5; 979.54)	4	2
Canada	0.88	573.15 (402.66; 774.03)	7	3
England	0.85	622.72 (443.12; 857.84)	6	3
High SDI country with private health system				
United States	0.87	736.86 (521.73; 993.27)	9	4



Disability Adjusted Life Years (DALYs): medida que permite calcular o impacto ou carga (*burden*) associada a uma doença ou transtorno em uma população. A medida *DALYs* (anos de vida perdidos ajustados por incapacidade), é resultante da soma dos anos perdidos por morte prematura (*YLL - years of life lost*) e anos perdidos por incapacidade (*YLD ou years lived with disability*)⁽¹⁹⁾

1.1.4 Tratamentos para Depressão

Várias barreiras para o tratamento da depressão já foram identificadas, incluindo falta de acesso a cuidados de saúde, alto custo da medicação, tolerabilidade do tratamento farmacológico, estigma de transtornos mentais, falta de confiança nos profissionais de saúde mental e aspectos étnicos e culturais.⁽²⁰⁾

As diretrizes para o tratamento da depressão fornecem princípios básicos de tratamento semelhantes, que incluem individualizar o plano de tratamento, preparar o paciente para um potencial tratamento de longo prazo, fornecer cuidados baseados em medições e tratar episódios de remissão. As recomendações de tratamento de primeira linha incluem antidepressivos, psicoterapia e a combinação de ambos.⁽²¹⁾

O tratamento deve ser entendido de uma forma globalizada levando em consideração o ser humano como um todo incluindo dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Portanto, a terapia deve abranger todos esses pontos e utilizar a psicoterapia, mudanças no estilo de vida e a terapia farmacológica. As intervenções psicoterápicas podem ser de diferentes formatos e mudanças no estilo de vida deverão ser debatidas com cada paciente, objetivando uma melhor qualidade de vida. Antidepressivos produzem, em média, uma melhora dos sintomas depressivos de 60% a 70%, no prazo de um mês, enquanto a taxa de placebo é em torno de 30%.⁽²²⁾

Em 2009, pesquisadores elaboraram uma revisão integral das diretrizes da Associação Médica Brasileira (AMB) para o tratamento da depressão, por ser a mesma uma condição frequente, em geral recorrente e de curso crônico, associada com níveis altos de incapacitação funcional e comprometimento da saúde física, embora, muitas vezes, esteja sendo subdiagnosticada e subtratada. Entre 50 e 60% dos casos de depressão não são detectados pelo médico clínico em cuidados primários. Muitas vezes, os pacientes deprimidos também não recebem tratamentos suficientemente adequados e específicos. A morbimortalidade associada à depressão pode ser, em boa parte, prevenida (em torno de 70%) com o tratamento correto.⁽²³⁾

Mas, com novas perspectivas do desenvolvimento de abordagens preventivas e terapêuticas integrativas, ampliou-se a visão dos tratamentos complementares para depressão.

1.2 Acesso à Saúde

1.2.1 Contexto Histórico

A Organização das Nações Unidas (ONU) foi criada após a segunda guerra mundial e a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 7/4/1948, trazendo consigo o reconhecimento do direito à saúde e a uma vida plena, sendo obrigação do Estado promovê-las. Em 1978 foi realizada a Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde, promovida pela OMS, enfatizando-se as desigualdades na situação de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos, sendo a provisão da saúde responsabilidade governamental. Em 1986 foi apresentada a Carta de Ottawa, com o intuito de contribuir com as políticas de saúde em todos os países, incluindo educação em saúde, nutrição adequada, saneamento básico, cuidado materno-infantil, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas e outros agravos à saúde, e provisão de medicamentos essenciais. Em 2002, foi incorporada aos conceitos de saúde e doença mais uma abordagem, a do ecossistema, visando um processo coletivo, estreitando as relações entre saúde, ambiente, uso desmedido de recursos naturais e de seus impactos ambientais e sociais.⁽²⁴⁾

1.2.2 – Acesso à Saúde no Mundo

Nem sempre a saúde foi pensada como algo público. Somente com a consolidação dos Estados nacionais modernos é que as populações passam a ser consideradas como algo a ser preservada. O crescimento das cidades e o aumento das populações vivendo nos mesmos espaços fez com que surgissem preocupações com epidemias, taxas de natalidade, mortalidade e a organização das cidades para que as pessoas vivessem melhor.⁽²⁵⁾

De acordo com uma revisão bibliográfica, as desigualdades em saúde são um tema central das discussões que envolvem políticas públicas em diversas nações, no mundo todo. As desigualdades no acesso à saúde estão profundamente ligadas aos cenários políticos nacionais e internacionais, às políticas sociais e econômicas e a fenômenos como globalização e

crescimento econômico. O acesso à saúde é definido pelas políticas públicas de cada país. Em alguns países os serviços de saúde são públicos, em outros privados, através de convênios.⁽²⁶⁾

1.2.3 – Acesso à Saúde no Brasil

No Brasil, as intervenções sobre a saúde da coletividade ganharam força durante a República Velha, porém o modelo de seguridade social apresentado pelo SUS existe há pouco mais de 30 anos. Até a década de 1920 a população geral e, principalmente de baixa renda, dependia da caridade das Santas Casas de Misericórdia para ter acesso a serviços de saúde, ainda muito precários. A partir da década de 1920, passamos a seguir um modelo de Seguro Social, que assegurava serviços de saúde aos contribuintes da Previdência Social. Foi a Constituição de 1988 que instituiu a saúde como um direito de todo cidadão.⁽²⁷⁾

No Brasil, a saúde pública está estruturada dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), e a saúde suplementar é a saúde privada, que compreende os planos de saúde. O objetivo básico da saúde pública é garantir que toda a população tenha acesso ao atendimento médico de qualidade. Segundo pesquisa elaborado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em setembro/2019, 71,5% dos Brasileiros dependiam exclusivamente do SUS e o restante da população utilizava a saúde privada.⁽²⁸⁾

Segundo o Ministério da Saúde⁽²⁹⁾, o SUS, maior sistema público de saúde do mundo, há 32 anos atende mais de 190 milhões de pessoas/ano, sempre de forma integral e gratuita. Mas, um sistema dessa complexidade que é referência global em ações diversas – como vacinação, transplantes, doações de órgãos, de sangue e de leite materno –, está organizado em diferentes níveis de atenção e assistência à saúde, visando acolher as demandas da população.

Esses níveis de atenção (primária, secundária e terciária) foram estabelecidos pela Portaria 4279 de 30 de dezembro de 2010 e são usados para organizar os tratamentos e serviços oferecidos pelo SUS a partir de

parâmetros determinados pela OMS, com o objetivo de proteger, restaurar e manter a saúde dos cidadãos, com equidade, qualidade e resolutividade. É na atenção primária à saúde, porta preferencial de entrada do usuário no SUS, onde a maioria dos problemas de saúde podem ser resolvidos ou encaminhados para tratamento na rede de atenção especializada (níveis secundário e terciário), se for o caso, conforme segue:

- **Atenção Primária à Saúde:** as Unidades Básicas de Saúde (UBS), estabelecimentos da APS (postos de saúde), realizam ações e atendimentos voltados à prevenção e promoção à saúde: “Nas UBS é possível fazer exames e consultas de rotina com equipes multiprofissionais e profissionais especializados em saúde da família, que trabalham para garantir atenção integral à saúde no território. É neste nível que os profissionais se articulam para atuar não apenas nas unidades de saúde, como também em espaços públicos da comunidade, na oferta de práticas integrativas e complementares – como fitoterapia, yoga e Reiki – e em visitas domiciliares às famílias.” Seu objetivo, além de prover assistência clínica, é estar próximo às pessoas e promover a saúde e a qualidade de vida da comunidade, atuando na prevenção e conscientização para otimizar a alocação de recursos usados em internações e tratamentos de agravos e doenças que podem ser evitadas. “Na APS, as equipes profissionais estão divididas da seguinte maneira: Saúde da Família (47.627), Saúde da Família Ribeirinhas (202), Prisionais (316), Consultório na Rua (156), Atenção Primária (3.869), Saúde Bucal (27.041), dentre outras estratégias. Atualmente, são 48.161 UBS espalhadas por todo o Brasil.” Na atenção primária são atendidas em uma média de 564.232 pessoas por dia.

- **Atenção Especializada:** Está dividida em dois elementos (atenção secundária e terciária), que são, respectivamente, média e alta complexidade (ambulatorial e especializada hospitalar). A média complexidade é composta por serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatórios e envolve atendimento direcionado para áreas como pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia, oftalmologia entre outras especialidades médicas. Já as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) se concentram nos atendimentos de saúde de complexidade intermediária, com capacidade de atendimento de 150 a 450 pacientes por dia. Além do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), que tem como objetivo chegar precocemente à vítima, com 190 centrais de regulação,

18 aeromédicos, 13 ambulâncias, 253 motolâncias, 3.630 ambulâncias de suporte avançado e 2.971 ambulâncias de suporte básico.

- **Alta Complexidade:** Composta por hospitais gerais de grande porte, hospitais universitários, santas casas e unidades de ensino e pesquisa fazem parte do nível de alta complexidade da atenção especializada. São locais com leitos de UTI, centros cirúrgicos grandes e complexos. Também envolve procedimentos que demandam tecnologia de ponta e custos maiores, como os oncológicos, cardiovasculares, transplantes e partos de alto risco. Os especialistas da categoria estão aptos para tratar casos que não puderam ser atendidos na atenção primária ou na média complexidade da atenção especializada, por serem mais singulares ou complexos. Há ainda assistência a cirurgias reparadoras, processos de reprodução assistida, distúrbios genéticos e hereditários, etc.⁽²⁹⁾

Mesmo a saúde pública do Brasil tendo alcançado resultados bastante positivos desde a implantação do SUS, ainda enfrenta inúmeras dificuldades que comprometem a qualidade do atendimento à população.

1.3 Religiosidade/Espiritualidade e Saúde Mental

1.3.1 Definições

No decorrer da história, a compreensão sobre a religião e sua importância passaram por grandes transformações, desde sua definição etimológica (do latim *religio, religionis*, substantivo feminino) até às diferentes definições funcionais. Em linhas gerais, a religião é o conjunto de práticas e princípios que regem as relações entre os homens e a divindade e a religiosidade trata da relação que o indivíduo possui com esta crença, ou seja, sua tendência religiosa. Já a espiritualidade tem sua origem no latim “*spiritus*”, traduzido como “sopro de vida”. Substantivo feminino, qualidade do que é espiritual, característica ou qualidade do que tem ou revela intensa atividade religiosa ou mística; religiosidade, misticismo.⁽¹²⁾

Nas últimas décadas está ocorrendo uma distinção entre os termos espiritualidade e religiosidade, muito em virtude do aumento de número de pessoas que se declaram ateus e espirituais, mas não religiosos.⁽³⁰⁾

O sentido de espiritualidade adotado pela OMS, segundo Neri, é: “Espiritualidade é o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material que pressupõem que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo o indivíduo a questões como o significado e o sentido da vida, não necessariamente a partir de uma crença ou prática religiosa.”⁽³¹⁾

Harold Koenig, uma referência nas pesquisas de religiosidade e espiritualidade (R/E) na atualidade, conceitua Religião como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar a aproximação com experiências do sagrado ou transcendente (Deus, Força Superior, Verdade/Realidade última) e Espiritualidade como a busca pessoal de respostas para questões ligadas a vida, significado existencial e relação com o sagrado ou transcendente, que pode ou não levar a rituais religiosos ou experiências em comunidade.⁽³²⁾

1.3.2 Contexto Histórico

Em pleno século XX, autores como Sigmund Freud, Carl Gustav Jung, Willian James, Viktor Frankl, já desenvolviam teorias que ligavam a religiosidade a saúde mental.

De acordo com os estudiosos da Psicanálise, Freud se dedicou ao conhecimento dos mitos, história das religiões e psicologia da religião para o exercício da prática analítica. Segundo ele, a religião possuía sobre os que a ela se dedicavam, uma força extrema, ainda não compreendida totalmente, por isso a necessidade, àqueles que exercem a clínica, de estarem bem-informados quanto a esta temática.⁽³³⁾

Segundo Carl Gustav Jung toda filosofia, como expressão do desejo metafísico era considerada como uma religião. A religião poderia ser

comparada a uma mãe acolhedora que recebe seus filhos nos braços. Seus filhos desesperados com suas dores e angústias se refugiam na religião em busca de alívio e até mesmo a própria cura. Via a religiosidade como uma função natural e inerente à psique, chegando a considerá-la um instinto, um fenômeno genuíno. Em seu livro *Psicologia e Religião Ocidental e Oriental* § 11: escreveu: "Como sou médico e especialista em doenças nervosas e mentais, não tomo como ponto de partida qualquer credo religioso, mas sim a psicologia do *homo religiosus*; do homem que conterà e observa cuidadosamente certos fatores que agem sobre ele e sobre seu estado geral. É fácil a tarefa de denominar e definir tais fatores segundo a tradição histórica ou o saber etnológico, mas é extremamente difícil fazê-lo do ponto de vista da Psicologia. Minha contribuição relativa ao problema religioso provém exclusivamente da experiência prática com meus pacientes, e com as pessoas ditas normais."⁽³⁴⁾

Segundo Saldanha, Jung desenvolveu em sua obra um amplo estudo sobre os fenômenos das religiões comparadas do Ocidente e do Oriente, focalizando a dimensão espiritual da psique, explorando os aspectos dos níveis transpessoais.⁽³⁵⁾

Já William James, através de sua filosofia do pragmatismo, justificava as crenças religiosas usando os resultados de sua hipotética aventura, alegando que esta doutrina permitia assumir a crença em um deus, provando sua existência pelo que a crença trazia para sua vida. Definia a psicologia como a descrição e explanação sobre estados de consciência, acreditava que a consciência de vigília seria apenas um dos estados do mundo da consciência, onde a mente possuía várias possibilidades de evoluir através de suas próprias possibilidades. Dizia: "[...] há um continuum de consciência cósmica, contra o qual nossa consciência apenas constrói cercas acidentais de dentro do qual nossas várias mentes mergulham como se dentro de um mar-mãe ou de um reservatório [...]"⁽³⁶⁾

Viktor Frankl, psiquiatra e psicanalista Vienense, relata sua experiência de sobrevivência a campos de concentração nazistas, destacando a relevância do sentido existencial como condição norteadora para vida e superação das adversidades e as relações da religiosidade como uma forma de "supra-

sentido” existencial, constituindo força de segurança, resiliência e autotranscendência.⁽³⁷⁾ Lembrando que, a resiliência é a capacidade do indivíduo lidar com problemas, adaptar-se a mudanças, superar obstáculos ou resistir à pressão de situações adversas - choque, estresse, algum tipo de evento traumático, ou seja, diante de uma adversidade, a pessoa utiliza sua força interior para se recuperar, sendo essa força ligada a religiosidade/espiritualidade.

Mas foi Abraham Harold Maslow, preocupado com uma psicologia mais ampla e humanisticamente orientada que em 1968, juntamente com Antony Sutich, Victor Frankl, James Fadiman e Stanislav Grof oficializou a Psicologia Transpessoal, considerada a quarta força da Psicologia. Cria a expressão “experiências culminantes”, uma generalização para os melhores momentos do ser humano, para os momentos mais felizes da vida, para experiências de êxtase, enlevo, beatitude, de maior felicidade. “[...] Nestes momentos, estamos mais integrados, inteiros, conscientes de nós mesmos e do mundo. Em tais momentos pensamos, agimos e sentimos mais claro e acuradamente. Amamos e aceitamos mais os outros, estamos mais livres de conflitos interiores e ansiedade e mais capazes de usar nossas energias de modo construtivo.[...]”⁽³⁸⁾

Maslow evidenciava dois conjuntos de forças que impulsionam o indivíduo: um, de pressões regressivas, geradas pelo medo e pela ansiedade trazendo obstáculos, empurrado para a doença e para fraqueza; outro, ignorado pela maioria dos teóricos, é composto por forças saudáveis, necessárias à manutenção e conquista da saúde mental, sendo as emoções positivas auto-realizadoras e as negativas, tensões que consomem nossas energias, inibindo o funcionamento efetivo. Afirmava ainda que, a vida espiritual é o aspecto mais elevado de nossa existência, inerente à essência humana, uma característica definidora da nossa natureza, além de parte do verdadeiro eu, da espécie, da plena humanidade, destacando que, à medida que se permite sua expressão, a dimensão espiritual se manifesta como metanecessidade.⁽³⁹⁾

Frances Vaughan destaca que na psicologia transpessoal, os impulsos direcionados ao crescimento espiritual são considerados básicos para a humanização completa do ser, pois além das necessidades básicas, as de

ordem superior também devem ser atendidas, visando à autorrealização do paciente para um pleno funcionamento em níveis ótimos de saúde, uma vez que do ponto de vista transpessoal considera-se que o paciente seja capaz de curar-se a si mesmo, cabendo ao terapeuta capacitá-lo a descobrir seus recursos interiores.⁽⁴⁰⁾

Desta maneira, a Psicologia Transpessoal visa o desenvolvimento do ser humano nos seus aspectos físico, mental, emocional e espiritual, favorecendo a emergência de seus valores humanos.

David Lukoff, psiquiatra e um dos grandes responsáveis pela inserção, em 1994, no Diagnóstico Estatístico de Saúde Mental (DSM IV-R), a categoria “problemas religiosos ou espirituais”, o que valida esse tema dentro do atendimento psiquiátrico, evidencia a espiritualidade como parte da saúde.⁽⁴¹⁾

1.3.3 Pesquisas e Publicações

Embora ao longo da história tem sido estudada a correlação entre saúde mental e espiritualidade/religiosidade, somente nas últimas décadas a academia científica vem apresentando pesquisas que demonstram a importância do papel da espiritualidade/religiosidade na saúde mental de pacientes.⁽³²⁾⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾

Atualmente, muitas pesquisas vêm sendo direcionadas para a relação entre espiritualidade e saúde mental, visando compreender e avaliar sua integração. Em contextos de saúde, da forma similar, muitos pacientes demonstram que a espiritualidade e a religiosidade têm papel importante em suas vidas, influenciando em sua saúde física e mental.⁽⁴⁴⁾

Pesquisadores, percebendo várias controvérsias entre essa correlação, através de um estudo de revisão sistemática, concluíram que existem evidências científicas suficientes de que o envolvimento religioso habitualmente está associado a melhor saúde mental, já que a maioria dos artigos estudados apresentaram níveis de envolvimento religioso associado positivamente a indicadores de bem-estar psicológico e menos depressão, pensamentos e comportamentos suicidas e uso/abuso de álcool/drogas. Sugerindo, desta

maneira, que há uma correlação positiva entre a espiritualidade do paciente ou compromisso religioso e os resultados de saúde, indicando ainda uma associação positiva entre religiosidade e melhor saúde e qualidade de vida.⁽⁴²⁾

As crenças religiosas e espirituais são comuns no mundo e recentes pesquisas mostram que pelo menos 90% dos indivíduos estão envolvidos em algum tipo de prática religiosa ou espiritual. As evidências agora demonstram que, tanto a religiosidade quanto a espiritualidade são aspectos importantes da vida diária e estão associadas a melhores condições de saúde, principalmente resultados de saúde mental.⁽⁴⁵⁾⁽⁴⁶⁾

Outro estudo demonstrou que várias dimensões da religiosidade amortecem o impacto dos eventos estressantes da vida sobre os sintomas depressivos em pacientes com episódios depressivos ou transtorno de adaptação. Já em relação aos resultados gerais, eles mostram que a frequência à igreja é importante para moderar a gravidade da depressão quando o indivíduo é exposto a eventos estressantes da vida. Por outro lado, o sistema de crenças pessoais RI (religiosidade intrínseca) e NORA (afiliação religiosa não organizacional) parece ser mais relevante para a diminuição dos sintomas depressivos ao longo do tempo do que a frequência à igreja.⁽⁴⁷⁾

Pesquisas recentes também mostraram que as crenças religiosas e espirituais dos médicos podem influenciar as estratégias, decisões e manejo clínico dos pacientes e que muitos psiquiatras consideram essa integração importante.⁽⁴⁸⁾ Esta evidência fez com que a Associação Mundial de Psiquiatria (WPA) apoiasse a inclusão da R/E no tratamento da saúde mental.⁽⁴⁹⁾

Em dissertação de mestrado apresentada no Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP, uma pesquisa com os mais diversos conceitos de espiritualidade, destacou que, embora possa ser entendida com uma característica comum a todos os seres humanos, cada qual vai compreendê-la como uma expressão particular e inerente a si mesmo, de acordo com sua vivência subjetiva, uma vez que possui aspectos cognitivos, experienciais e comportamentais que visam a busca de um propósito de vida, embasado nas suas crenças e valores. A

forma de conhecer aquilo que é sagrado também se dá de acordo com a experiência de cada um.⁽⁵⁰⁾

Para a Psicologia Transpessoal, a espiritualidade, não está necessariamente vinculada a uma religião, mas é de suma importância no tratamento da depressão, por ser uma experiência de pertencimento a algo, uma percepção maior que a de si mesmo, uma energia essencial no processo de transformação, que acontece na descoberta na verdadeira natureza do ser como expressão de um Eu maior, espiritual. Favorece a sensação de bem estar, propósito e sentido para a vida e o viver, o que por sua vez resgata a conexão com o sagrado e, também, a ocorrência de experiências transpessoais, ou seja, “aquelas em que o senso de identidade do eu ultrapassa o individual a fim de abarcar aspectos de humanidade, da vida e da psique do cosmo.”⁽⁵¹⁾ Portanto, a transpessoal é a linha da psicologia que mais se conecta com o tema da espiritualidade e saúde.

A vivência da espiritualidade é, por consequência, a experiência transpessoal nesse contexto. É o contato com o sagrado e não implica crenças, dogmas, deuses ou espíritos fora do indivíduo; é a experiência de uma realidade consciencial, é o elemento essencial da consciência, é sentir-se parte e, ao mesmo tempo, integrado ao todo; não é um simples estágio na história evolutiva da consciência, é o processo evolutivo em si.⁽⁵²⁾

1.3.4 Panorama no Brasil

No Brasil, já existe uma comissão de Estudos e Pesquisas em Espiritualidade e Saúde Mental dentro da Associação Brasileira de Psiquiatria⁽⁵³⁾ que, em termos de publicações referentes ao tema Espiritualidade e Saúde, possui mais de 250.000 acessos na base de dados do Scielo, realizado pela Revista de Psiquiatria Clínica (*Archives of Clinical Psychiatry*), editada pelo Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP.⁽⁵⁴⁾

Em 2000 foi criado, no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (IPq-HC) um Núcleo de Estudos e Problemas Espirituais e Religiosos (NEPER), devido ao interesse neste tema. Após 8 anos, passou a se chamar Programa

de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade (ProSER),⁽⁵⁵⁾ o qual visa dar assistência, pesquisar e gerar conhecimento a respeito da relação entre saúde, espiritualidade e religiosidade, respeitando as diferentes formas nas quais os indivíduos entendem e vivenciam sua espiritualidade, adotando uma postura desvinculada de religiões. Seus principais objetivos são: investigar o impacto da espiritualidade e religiosidade na saúde mental de pacientes usuários do IPq; promover atividades terapêuticas que investiguem e promovam o contato com a espiritualidade; promover assistência às necessidades e conflitos espirituais/religiosos e sua relação com a saúde mental; promover ensino a alunos, residentes e profissionais da área de saúde sobre a relação saúde e espiritualidade; e, desenvolver pesquisas na interface saúde mental, espiritualidade e religiosidade.⁽⁵⁶⁾

Desde 2016 tenho a honra de participar do ProSER, onde juntamente com Eunice Lamounier Lasmar Grotti e Maria Cristina M. de Barros apresentamos um projeto de Atendimento em Psicoterapia Breve a Pacientes Ambulatoriais com Depressão na Abordagem Integrativa Transpessoal (AIT), técnica desenvolvida pela Dra. Vera Saldanha, sendo orientadas pelo Prof. Dr. Frederico Camelo Leão. Concluímos o projeto piloto atendendo pacientes depressivos no ambulatório do Instituto de Psiquiatria (IPq-HC), com bons resultados, e o mesmo está aguardando aprovação final na Plataforma Brasil. E hoje, incentivada por esse grupo estou apresentando essa pesquisa.

No livro *Influências da Religião sobre a Saúde Mental*, encontramos que o Brasil é um país predominantemente religioso, sendo que seus fiéis frequentam diversos tipos de cultos, entre eles Catolicismo, Igrejas Evangélicas, Centros Espíritas e Religiões Afrobrasileiras, principalmente Umbanda e Candomblé. De acordo com estudos a experiência mística apresenta potencial para promover a saúde mental positiva, podendo ser um agente de transformação.⁽⁵⁷⁾

Uma pesquisa, coordenada por Moreira-Almeida, corrobora estes dados, informando que 5% dos brasileiros declararam não ter religião e 83% consideraram religião muito importante para sua vida, sendo que 37% frequentavam um serviço religioso pelo menos uma vez por semana,

demonstrando altos níveis de religiosidade entre os brasileiros e sugerindo que religiosidade, em diferentes culturas, pode relacionar-se de modo diferente com outras variáveis.⁽⁴⁴⁾

Segundo Peres, estudo revela que a nossa população utiliza amplamente em seu cotidiano práticas religiosas e espirituais, e acreditam que a cura espiritual é possível. 43% fazem orações diariamente, 19% meditações diárias, 38% leituras 32% de leituras bíblicas com frequência semanal ou maior, 74% acreditam que cura espiritual muito provável ou certamente existe, e 63% na efetividade de um tratamento espiritual.⁽⁵⁸⁾

O antropólogo Toniol, num artigo onde analisa a produção da espiritualidade como uma dimensão da saúde humana no âmbito das ciências médicas, das políticas públicas em saúde e prática clínica, observou que nas últimas décadas o estabelecimento de divisões de pesquisas sobre espiritualidade e a criação de grupos de discussão para o assunto em hospitais, o surgimento de congressos dedicados exclusivamente ao tema, a oferta de disciplinas de “medicina e espiritualidade” em cursos de graduação de universidades públicas e a constituição de linhas de pesquisas como “Epidemiologia da religiosidade e saúde” em programas de pós-graduação, embora, fora do país, essas formas de crescimento se apresentaram de forma ainda mais abrangentes.⁽⁵⁹⁾

Na virada do século XIX, tanto a psiquiatria quanto a psicologia têm demonstrado interesse, dentro do campo da saúde e espiritualidade, em compreender as experiências anômalas (como a clarividência ou clariaudiência - ver e ouvir vozes), que não estejam associadas a desorganização mental ou comportamental⁽⁵⁰⁾, campo estudado pelo Dr. Bezerra de Menezes em seu livro “A Loucura sob Novo Prisma”, desde 1920⁽⁶⁰⁾, tema que será aprofundado no item 1.5.3 – Depressão na Visão Espírita.

Hoje em dia, a psiquiatria diferencia essas experiências dos transtornos psicóticos e dissociativos através de diagnósticos como: ausência de déficits cognitivos, sintomas de desorganização mental ou comportamental ou outros

transtornos mentais; principalmente quando a experiência agrega algum crescimento pessoal.⁽⁵⁰⁾

1.4 Tratamentos Complementares e Integrativos

Diversas diretrizes, ainda, valorizam a influência dos aspectos culturais e recomendam o uso de práticas de medicina complementar e alternativa (*Complementary and Alternative Medicine-CAM*), oferecendo um conjunto abrangente de opções de terapia para a depressão.⁽⁶¹⁾ Do mesmo modo, estima-se que aproximadamente 40% dos pacientes nos Estados Unidos se utilizam de algum tipo de terapia complementar e, pelo menos, 13%, por sua vez, se voltam para alguma técnica de cura ou oração espiritual.⁽⁴⁴⁾

De acordo com uma pesquisa realizada na USP sobre novas diretrizes no tratamento para depressão, o mesmo deve ser entendido de forma globalizada, levando em consideração o ser humano como um todo, abrangendo aspectos psicológicos, biológicos e sociais, tendo a psicoterapia como primeira opção, mudança no estilo de vida, terapias alternativas e, quando necessário, nos casos de depressão moderada e grave, a farmacoterapia, objetivando assim uma melhor qualidade de vida. Terapias complementares são utilizadas amplamente por pacientes com depressão, isoladamente ou em conjunto com medicamentos antidepressivos, mostrando resultados positivos no atendimento ao paciente e em desfechos clínicos.⁽⁶²⁾

No Brasil, a incorporação de terapias complementares tem sido incentivada pelo Sistema Único de Saúde, através da Portaria 971, que, em 2006, instituiu a política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).⁽⁶³⁾ Essas terapias incluíam terapias religiosas e espirituais, que são frequentes no Brasil, até mesmo para o tratamento da depressão (por exemplo, psicoterapias religiosas).⁽⁶⁴⁾

Três pesquisas recentes, realizadas em 2021 em diferentes regiões do Brasil, demonstraram resultados positivos na utilização das práticas integrativas (PICs) no tratamento de depressão.

A primeira se refere a uma revisão de literatura científica latino-americana que demonstrou a eficácia das PICs, quando aplicadas de forma contínua em pacientes com transtorno de depressão, promovendo remissão significativa dos sintomas. Puderam constatar ainda que, essas técnicas tiveram potencial para contribuir no enfrentamento de situações de caráter biopsicossocial provocado pela pandemia Covid19, concluindo que essas práticas desempenham um papel importante não só na diminuição de diversos sintomas da depressão, como também na manutenção da saúde desses pacientes frente aos seus tratamentos.⁽⁶⁵⁾

A segunda, uma pesquisa bibliográfica, demonstrou que a meditação pode ser utilizada em quadros de depressão leve e associada à farmacologia em casos moderados e graves e que, tanto a homeopatia quanto a acupuntura apresentaram evidências claras de efeitos semelhantes ao fármaco amitriptilina, colaborando para a melhora de quadros de depressão e ansiedade.⁽⁶⁶⁾

Uma terceira pesquisa de revisão bibliográfica apontou a utilização das PICS como um importante recurso terapêutico no tratamento da depressão, dado o aumento da sua procura e utilização após regulamentação pelo SUS, proporcionando tratamentos menos invasivos, porém com benefícios louváveis e cientificamente fundamentados, destacando práticas como oficinas de relaxamento e meditação, intervenções terapêuticas coletivas como a terapia comunitária, acupuntura, medicina ortomolecular, grupos de oração, homeopatia, quiropraxia, auriculoterapia, Reik e fitoterapia.⁽⁶⁷⁾

1.4.1 Tratamentos Espirituais

Os trabalhos de curas espirituais no Brasil remontam aos primórdios da civilização indígena, que já praticava a pajelança como método de cura para os males de suas tribos. Este curandeirismo em terras brasileiras foi acentuado com a cultura africanista trazido de florestas africanas, que se espalhou pelas senzalas em todo território nacional. Historicamente vemos que os egípcios dominavam técnicas avançadas de manipulação das energias

magnéticas curadoras e de contato com o mundo espiritual. Mas foi Franz Anton Mesmer, médico alemão que, no século XVIII, inicia uma série de pesquisas e experimentos utilizando as propriedades curativas do próprio homem, descobrindo o magnetismo animal, força irradiada do próprio organismo humano, como fonte terapêutica para diversas enfermidades, fortalecimento dos potenciais orgânicos e fisiológicos. Seu método ganhou o mundo e outros pesquisadores passaram a utilizá-los em diversas áreas, médicas, odontológicas e psicológicas, através do hipnotismo.⁽⁶⁸⁾ O relato do primeiro estudo controlado por placebo foi realizado em 1784 por estudiosos da época, liderados por Benjamin Franklin e Antoine Lavoisier, a pedido de Luís XVI, em contestação as práticas de cura do mesmerismo, concluindo que o fluido era fruto da própria mente e vontade do paciente.⁽⁶⁹⁾

O Brasil é um país que possui uma rica diversidade religiosa, em consequência da miscigenação cultural, fruto dos diversos processos imigratórios. Além do catolicismo, protestantismos e evangélicos, temos as afro-brasileiras, como Umbanda, Candomblé, algumas orientais, como o Budismo, Seicho No Ie, Johrei e o próprio Espiritismo, dentre outras mais.

Destacamos que, segundo a história, Jesus ao curar sempre estendia as mãos e que as Religiões Populares Brasileiras também estendem as mãos a mais de quatro séculos, descendentes do africanismo. Os egípcios, já usavam esse método bem antes de Cristo. Outras Filosofias como diversas técnicas orientais também aceitam a imposição de mãos sobre o outro e, atualmente religiões protestantes também praticam.⁽⁷⁰⁾

Nesse contexto, vale ressaltar que o Brasil possui um sistema de crenças religiosas único, sendo o país mais religioso da América Latina com pelo menos 90% da população declarando alguma filiação religiosa. Da mesma forma, quase 30% dos brasileiros pertencem a mais de uma religião.⁽⁷¹⁾

Cerca de 83% dos brasileiros consideraram religião muito importante para suas vidas e 37% frequentavam um serviço religioso pelo menos uma vez por semana.⁽⁴⁴⁾

Uma pesquisa realizada com pacientes internados em UTI com transtorno de depressão demonstrou a relevância da espiritualidade no acompanhamento deles, sugerindo que a ciência possa olhar estes indivíduos como seres espirituais, incentivando-os para que, através de suas religiões, possam encontrar uma nova forma de enfrentar essa situação, uma vez que os autores perceberam que estimular a espiritualidade traz benefícios.⁽⁷²⁾

Um estudo desenvolvido pela Universidade de São Paulo (USP), em conjunto com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), sugere que a energia liberada pelas mãos tem efeito positivo em algumas condições de saúde. O trabalho foi elaborado devido às técnicas manuais já conhecidas na sociedade, caso do Johrei, técnica de imposição de mãos utilizada pelos praticantes da Igreja Messiânica Mundial do Brasil que, segundo eles, é capaz de levar a Luz Purificadora de Deus às pessoas que o recebem e o ministram e, ao mesmo tempo, semelhante à de religiões como o Espiritismo, que pratica o chamado passe Espiritual, imposição de mãos que, segundo os adeptos desta doutrina, visa promover a doação de bioenergias de um indivíduo ao outro. Todo o processo de desenvolvimento dessa pesquisa nasceu em 2000, como tema de mestrado do pesquisador Ricardo Monezi, na Faculdade de Medicina da USP. Ele teve a iniciativa de investigar quais seriam os possíveis efeitos da prática de imposição das mãos. Segundo o cientista, durante seu mestrado foi investigado os efeitos da imposição em camundongos, nos quais foi possível observar um notável ganho de potencial das células de defesa contra células que ficam os tumores.⁽⁷³⁾

Em 2013, Monezi apresentou sua tese de doutorado, estudando, além dos efeitos fisiológicos, também os efeitos psicológicos da imposição de mãos (Reiki), constatando que a imposição de mãos libera energias sutis que proporcionam redução da percepção de tensão, de stress e de sintomas relacionados a ansiedade e depressão. Segundo ele, este tipo de imposição oferece a sensação de relaxamento e plenitude, além de garantir mais energia e disposição. No seu estudo do mestrado foram utilizados 60 camundongos e no seu doutorado foram avaliados 44 idosos com queixas de stress.⁽⁷⁴⁾

Uma pesquisa, coordenada por Lucchetti G, investigou o efeito do passe espírita (cura espiritual) no crescimento de culturas bacterianas, concluiu que o "passe" espírita inibiu efetivamente o crescimento em culturas bacterianas em comparação com LOH com intenção ou sem LOH (passe espírita e imposição de mãos).⁽⁷⁵⁾

Outra pesquisa que observou o efeito da terapia energética "passe" espírita na redução da ansiedade em voluntários: um ensaio clínico randomizado, pode constatar que a ansiedade foi mais acentuadamente reduzida nos participantes que receberam o "passe" espírita do que nos grupos controles.⁽⁷⁶⁾

Outro estudo foi realizado para verificar a eficácia do passe espírita (cura espiritual) sobre os parâmetros psicofisiológicos em pacientes hospitalizados, concluindo-se que o mesmo foi eficaz em promover um estado de relaxamento muscular, reduzir a ansiedade e depressão, diminuir a tensão muscular e, conseqüentemente, elevar a percepção de bem-estar em pacientes hospitalizados.⁽⁷⁷⁾

Ainda nesta área, um estudo randomizado controlado que verificou a eficácia do passe espírita (cura) para níveis de ansiedade, depressão, dor, tensão muscular, bem-estar parâmetros fisiológicos em pacientes cardiovasculares internados, mostrou que o passe espírita ajudou na redução do nível de ansiedade e na percepção da tensão muscular melhorando, conseqüentemente, a saturação periférica de oxiemoglobina e a sensação de bem-estar em relação ao *sham* (grupo controle) e à não intervenção em pacientes cardiovasculares internados.⁽⁷⁸⁾

Essas pesquisas corroboram com a utilização do passe na doutrina espírita que, segundo Jacob Melo, escritor e conferencista espírita, todos "os que curam pelo magnetismo sempre se utilizam de mecanismos de transmissão, ejeção e/ou manipulação fluídica, ou seja, emanações sutis do organismo humano (também chamados de fluidos anímicos, magnetismo animal, magnetismo humano: isso se realiza pelas estruturas do e no perispírito), do mundo espiritual ou da união dos dois mundos (físico e espiritual)".⁽⁷⁹⁾

Portanto, o passe nada mais é do que a transmissão ou a manipulação de um fluido hipotético, de uma energética curadora, de quem a possui para quem a necessita, através da imposição de mãos.

1.5. Espiritismo

1.5.1 Introdução

Hyppolyte Léon Denizard Rivail, educador e discípulo de Pestalozzi, sob o pseudônimo de Allan Kardec codificou a Doutrina Espírita e, em 1864, escreveu um artigo intitulado “A Ciência e a Religião”, conforme segue:

“A ciência e a religião são as duas alavancas da inteligência humana: uma revela as leis do mundo material e a outra as do mundo moral. Tendo, no entanto, essas leis o mesmo princípio, que é Deus, não podem contradizer-se. Se fossem a negação uma da outra, uma necessariamente estaria em erro e a outra com a verdade, porquanto Deus não pode pretender a destruição de sua própria obra. A incompatibilidade que se julgou existir entre essas duas ordens de ideias provém apenas de uma observação defeituosa e de excesso de exclusivismo, de um lado e de outro. Daí um conflito que deu origem à incredulidade e à intolerância.

São chegados os tempos em que os ensinamentos do Cristo têm de ser completados; em que o véu intencionalmente lançado sobre algumas partes desse ensino tem de ser levantado; em que a Ciência, deixando de ser exclusivamente materialista, tem de levar em conta o elemento espiritual e em que a Religião, deixando de ignorar as leis orgânicas e imutáveis da matéria, como duas forças que são, apoiando-se uma na outra e marchando combinadas, se prestarão mútuo concurso. Então, não mais desmentida pela Ciência, a Religião adquirirá inabalável poder, porque estará de acordo com a razão, já se lhe não podendo mais opor a irresistível lógica dos fatos.

A Ciência e a Religião não puderam, até hoje, entender-se, porque, encarando cada uma as coisas do seu ponto de vista exclusivo, reciprocamente se repeliam. Faltava com que encher o vazio que as separava, um traço de união que as aproximasse. Esse traço de união está no conhecimento das leis que regem o Universo espiritual e suas relações com o mundo corpóreo, leis tão imutáveis quanto as que regem o movimento dos astros e a existência dos seres. Uma vez comprovadas pela experiência essas relações, nova luz se fez: a fé dirigiu-se à razão; esta nada encontrou de ilógico na fé: vencido foi o materialismo. Mas, nisso, como em tudo, há pessoas que ficam atrás, até serem arrastadas pelo movimento geral, que as esmaga, se tentam resistir-lhe, em vez de

o acompanharem. E toda uma revolução que neste momento se opera e trabalha os espíritos. Após uma elaboração que durou mais de dezoito séculos, chega ela à sua plena realização e vai marcar uma nova era na vida da Humanidade. Fáceis são de prever as consequências: acarretará para as relações sociais inevitáveis modificações, às quais ninguém terá força para se opor, porque elas estão nos desígnios de Deus e derivam da lei do progresso, que é lei de Deus.”⁽⁸⁰⁾

1.5.2 Contexto Histórico

A Doutrina Espírita surgiu em 1857, com o primeiro livro ditado pelos Espíritos, codificado por Allan Kardec. Segundo Herculano Pires, filósofo, escritor, crítico literário e tradutor das obras da codificação, com a obra “O Livro dos Espíritos” raiou para o mundo a Era do Espírito. Ele é o código de uma nova fase da evolução humana, é a pedra fundamental do Espiritismo, seu marco inicial. Cada fase da evolução humana se encerra com uma síntese conceptual de todas as suas realizações. A Bíblia é a síntese da antiguidade, o Evangelho a síntese do mundo greco-romano-judaico e o Livro dos Espíritos a do mundo moderno. Até a publicação desta obra, os problemas espirituais eram tratados de maneira empírica ou apenas imaginosa. Com ela, o espírito e seus problemas saíram do terreno da abstração, para se tornarem acessíveis à investigação racional e, até mesmo, à pesquisa experimental. O sobrenatural tornou-se natural. Tudo se reduziu a uma questão de conhecimento das leis que regem o Universo.⁽⁸¹⁾

A Doutrina Espírita esta embasada no tripé, Filosofia, Ciência e Religião, as obras da codificação são:

- O Livro dos Espíritos (1857) – Esta obra traz os fundamentos do Espiritismo e expõe, através de respostas dadas por espíritos superiores, a síntese de uma nova filosofia espiritualista. Em sua primeira edição, estava dividida em 3 partes, contendo 501 perguntas e em sua segunda edição, de 1860, já aparecia dividida em 4 partes, contendo as atuais 1018 questões.⁽⁸²⁾

- O Livro dos Médiuns (1861) – Trata da mediunidade, em seu aspecto teórico e experimental. Considerado o livro científico da doutrina espírita.⁽⁸³⁾

- O Evangelho Segundo o Espiritismo (1864) – Trata da parte ético-moral da doutrina espírita, trazendo uma nova interpretação do Evangelho Bíblico de Jesus de Nazaré, analisado à luz do espiritismo. Em sua primeira edição, chamava-se Imitação do Evangelho Segundo o Espiritismo, adquirindo o nome definitivo a partir da segunda edição em 1865.⁽⁸⁰⁾

- O Céu e o Inferno, ou a Justiça Divina Segundo o Espiritismo (1865) – As penas e gozos segundo o espiritismo. Traz o aprofundamento de alguns conceitos cristãos, segundo a ótica espírita: A vida após a morte, o Céu, o Inferno, o Purgatório e a Justiça Divina.⁽⁸⁴⁾

- A Gênese, Os Milagres e as Predições Segundo o Espiritismo (1868) - Obra de caráter científico e filosófico, é dividida em duas partes: a primeira detalha a criação, tanto material quanto orgânica e espiritual e a segunda trata de Jesus e dos milagres e predições.⁽⁸⁵⁾

- Obras Póstumas (1890) – Publicada após o desencarne do mestre lionês Allan Kardec. Esta obra traz uma coletânea de textos inéditos que tratam de diversos assuntos como música, prece, história do Espiritismo e outros.⁽⁸⁶⁾

Kardec afirmava que: “O Espiritismo e a Ciência se complementam reciprocamente; a Ciência, sem o Espiritismo, se acha na impossibilidade de explicar certos fenômenos só pelas leis da matéria; ao Espiritismo, sem a Ciência, faltariam apoio e comprovação”.⁽⁸⁵⁾

1.5.3 – A Depressão na Visão Espírita

As enfermidades têm explicações biológicas, sociológicas e socioculturais, mas, ao lado dessas disfunções, tem também a questão espiritual. Para os espíritas existem também as causas exógenas, ou seja, espirituais, no sentido de seres que já desencarnaram, continuarem vivos entre nós. Assim, o espiritismo abre um vasto campo de estudos das patologias mentais quando mostra as inúmeras possibilidades de o mundo espiritual influenciar os encarnados, não só no desenvolvimento de doenças mentais, mas também na piora das já existentes.⁽⁸⁷⁾

Dr. Adolfo Bezerra de Menezes, médico, um dos mais notáveis vultos do Espiritismo no Brasil, desencarnado logo no início do século XX, procurou demonstrar em sua obra “A Loucura sob Novo Prisma”⁽⁶⁰⁾ que, além de casos de loucura por lesão do cérebro há os que ocorrem sem que se registre tal lesão e cuja causa, por conseguinte, é puramente espiritual. Na introdução do seu livro, ele afirma que: “Levados pelo princípio, que julgamos ser uma lei natural, de que toda a perturbação do estado fisiológico do ser humano procede invariavelmente de uma lesão orgânica, os homens da ciência têm, até hoje, como verdade incontroversa, que a alienação mental, conhecida pelo nome de loucura, é efeito de um estado patológico do cérebro, órgão do pensamento, para uns — glândula secretora do pensamento, para outros. Nem os primeiros nem os segundos explicam sua maneira de compreender a ação do cérebro, quer em relação à função, em geral, quer em relação à sua perturbação, no caso da loucura.” No seu trabalho propõe preencher essa lacuna, observando que o pensamento é pura função da alma ou espírito, logo suas perturbações não dependem de lesão cerebral; que a loucura pode-se dar sem a mínima lesão cerebral, o que comprova que o mesmo não é órgão do pensamento. Desta maneira, concluiu que toda a questão se resume em provar que há loucos cujo cérebro não apresenta lesão orgânica de qualidade alguma e que a loucura não é um caso patológico invariável em sua natureza, mas um fenômeno mórbido de duplo caráter: material e imaterial.

Dr. Inácio Ferreira (1904-1988), médico psiquiatra, cofundador do Sanatório Espírita de Uberaba, estudioso da interface do espiritismo com a psiquiatria relata que: “a depressão, seja como for considerada, é sempre um distúrbio muito angustiante pelos danos que proporciona ao paciente[...] O enfermo tem a sensação de que todas as suas energias se encontram em desfalecimento e as forças morais se diluem ante a sua injeção dolorosa.”⁽⁸⁸⁾

Joanna de Ângelis, espírito tratada pelo médium espírita brasileiro Divaldo Pereira Franco como sua guia espiritual e a ela é atribuída a autoria de grande parte das obras psicografadas pelo médium, inclusive destacam-se as da série psicológica, composta por doze livros, nos quais ela estabelece uma ponte entre a doutrina espírita e as modernas correntes da psicologia, em especial

a transpessoal e junguiana, diz que a depressão é uma doença da alma, que provoca consequências no corpo físico, pois produzimos através de nossos pensamentos, energias que se qualificam no teor dos nossos sentimentos. Quando negativos, dependendo da intensidade e frequência, esses pensamentos poderão causar danos ao nosso corpo biológico. De acordo com a autora, a depressão “é ocorrência que se manifesta como um distúrbio do todo orgânico e resulta de problemas do quimismo neuronal, com a falta dos neuropeptídios ou neuro-comunicadores responsáveis pela alegria e bem-estar, tais como a dopamina, a serotonina e a noradrenalina [...]”⁽⁸⁹⁾

Destaca ainda que, o doente é um espírito reencarnado em processo de reequilíbrio dos delitos anteriormente praticados, portanto, “a depressão é sempre uma forma patológica do estado nostálgico. Esse deperecimento emocional, faz-se também corporal, já que se entrelaçam os fenômenos físicos e psicológicos. É acompanhada, quase sempre, da perda da fé em si mesmo, nas demais pessoas e em Deus...”⁽⁹⁰⁾ No seu início, pode apresentar-se como desinteresse pelas coisas e pessoas que antes tinham sentido existencial, atividades que estimulavam à luta, realizações que eram motivadoras para o sentido da vida, mas, à medida que se agrava, a alienação faz que o paciente se encontre em um lugar onde não está a sua realidade. Normalmente, porém, a grande maioria de depressivos pode conservar a rotina de vida, embora sob expressivo esforço, acreditando-se incapaz de resistir à situação vexatória, desagradável, por muito tempo.”⁽⁹¹⁾

1.5.4 Terapêutica Espírita

O Espiritismo vem crescendo no Brasil. Trata -se da natureza, origem e destino do Espírito, a natureza imaterial dos seres humanos, com uma forte crença na vida após a morte, reencarnação e a influência dos espíritos desencarnados sobre os seres encarnados. De acordo com a Federação Espírita do Estado de São Paulo, mais de 14.000 instituições espíritas estão em operação, incluindo hospitais, escolas e centros religiosos. De acordo com uma recente pesquisa de âmbito nacional, mais de 82% dos

participantes consideraram sua filiação religiosa importante para a sua vida diária, mais de 47% participaram de um templo religioso pelo menos uma vez por mês e 8,6% declararam-se filiado à Doutrina Espírita de Kardec.⁽⁹²⁾

Embora a Medicina afirme, baseada em consistentes estudos, que a depressão é um distúrbio fisiológico do cérebro – daí a necessidade de tratamento clínico, o conhecimento espírita amplia esse entendimento para as carências e dificuldades do espírito imortal, de forma que a ciência busca justificativas na presente existência, enquanto o Espiritismo busca e analisa causas mais profundas, com base nas experiências reencarnatórias e evolutivas de cada um, e ainda considera a possibilidade de uma negativa influência espiritual sobre a pessoa, denominada obsessão.⁽⁹³⁾

Goleman, ao abordar sobre a procura de alternativas contra a depressão, sugere, em perfeito acordo com o que postula a Doutrina Espírita que: “É prestar ajuda a quem necessita. Como a depressão se nutre de rumações e preocupações com o ego, ajudar aos outros nos tira dessas preocupações, na medida em que entramos em empatia com outras pessoas e seus próprios sofrimentos. Lançar-se no trabalho voluntário – treinar um timinho de várzea, realizar trabalhos filantrópicos, dar ajuda a populações carentes...”⁽⁹⁴⁾

Kunz, em seu livro Aspectos Espirituais das Artes de Curar, apresenta uma síntese de vários autores, compilando seus textos sobre o tema, explicando que a condição interior da depressão é caracterizada por uma falta essencial de vitalidade no âmago da existência do indivíduo, ou seja, a depressão é o mais energético e contagioso processo das emoções, onde o fluxo de entrada e saída de energia é reduzido. Nos tratamentos espirituais existe a transfusão dessa energia vital através da imposição de mãos.⁽⁹⁵⁾

Entre os vários tratamentos, as terapias espirituais ainda são uma das mais utilizadas no Brasil, como observado em um estudo que mostrou muitas consultas em Centros Espíritas, com o objetivo de aliviar uma variedade de doenças, sendo a depressão a condição mais frequente. Uma porcentagem considerável da população faz uso dessas assistências espirituais, a fim de curar ou aliviar seus sintomas através de "terapias espirituais", como "passe"

(imposição de mãos), desobsessão (terapia de liberação espiritual) e fluidoterapia (água magnetizada).⁽⁶²⁾⁽⁹⁶⁾

O modelo teórico, segundo Allan Kardec apresenta o homem como um ser triplo, composto de corpo-mente-espírito, indivisível. Esta visão de homem traz a unidade do ser. Os tratamentos espirituais realizados nos centros espíritas não fazem distinção de pessoas por cor, gênero, profissão ou situação socioeconômico-política e, cada centro tem sua própria metodologia, uma vez que além da autonomia dessas instituições, as mesmas seguem orientações dos mentores espirituais e dos espíritos benfeitores da instituição religiosa.⁽⁹⁷⁾

Nossa pesquisa foi realizada dentro da FEESP, um dos maiores Centros Espíritas do Brasil, localizado na cidade de São Paulo.

1.5.5 Federação Espírita do Estado de São Paulo – FEESP

A Federação Espírita do Estado de São Paulo (FEESP), um dos maiores centros espíritas do país, foi fundada em 17/05/1936 e tem como missão preparar o homem para a construção de um mundo melhor através do acolhimento fraterno a milhões de pessoas anualmente, promovendo o bem estar social, estudo e difusão da Doutrina Espírita em seu tríplice aspecto: filosofia, ciência e religião, estimulando a vivência da moral preconizada por Jesus, a fé raciocinada, a caridade, fraternidade, ética e transparência.⁽⁹⁸⁾

Possui cinco sedes: Sede Maria Paula e Subsedes Santo Amaro, Casa Transitória Fabiano de Cristo, Casa do Caminho e São José dos Campos, além de orientar as Casas Espíritas filiadas, conforme descrito abaixo:⁽⁹⁹⁾

Em todas as suas unidades realiza-se Assistência Espiritual, cursos regulares de estudo da Doutrina, que objetivam, além do acolhimento inicial, a ampliação do conhecimento sobre os verdadeiros valores da vida, a reflexão e o aprimoramento do ser, promove assistência social às crianças, jovens e adultos, tendo na Casa Transitória Fabiano de Cristo seu principal braço de atendimento social e que tem como lema “Amparar a criança, reajustando-lhe a família”.

O Atendimento Social da FEESP propicia atendimento às famílias carentes cadastradas, através de várias atividades: palestras socioeducativas baseadas no Evangelho de Jesus, fornecimento de cestas básicas, atendimento às Gestantes oferecendo enxovais e orientação acerca dos primeiros cuidados com o bebê, além de berçário e creches em período integral, sopa fraterna, curso de artesanato e corte e costura, cursos profissionalizantes em parceria com o SENAI, alfabetização de adultos e incentivo ao esporte com aulas de judô.

Na Casa Transitória Fabiano de Cristo mantém o Lar Batuíra, que acolhe, com carinho, idosos em situação de extrema vulnerabilidade.

Para ajudar a manter todos esses projetos a FEESP tem em sua estrutura: Central de Associados, bazar beneficente, livraria, marcenaria, horta para consumo interno, Campanha Auta de Souza (para arrecadação de alimentos) e promove ações e campanhas para captação de recursos financeiros, alimentos, vestuários e utensílios, além de contar com cerca de seis mil voluntários.

Desenvolveu ao longo dos 83 anos de fundação, uma série de Assistências Espirituais especialmente direcionadas para problemáticas específicas, procurando assim, melhor atender os que chegam à procura de auxílio.⁽⁶⁸⁾

Inicialmente os assistidos são atendidos no Departamento de Orientação e Encaminhamento (DEPOE), onde são feitos os primeiros atendimentos e entrevistas para a verificação das necessidades dos assistidos, para que recebam uma palavra de consolo e esperança e sejam encaminhados às Assistências Espirituais.

Atualmente oferece aos assistidos as Assistências Espirituais: **A2** - Renovação Mental; **A3** - Desobsessão Coletiva; **A4**- Assistência de Orientação à Família; **P1/P2** - Restabelecimento físico e espiritual; **P3C** - Consolo - desencarne de entes queridos; **P3PS** - Prevenção ao Suicídio; **P3HE** - Harmonização Emocional; **P3E** - Desobsessão e restabelecimento do desgaste mental; **P3M** - Desobsessão e restabelecimento do desgaste físico; **P3F** - Restabelecimento Físico; **P3AT** - Dependência Química (fumo, álcool e demais

drogas); **P4** - Crianças e Adolescentes com sintomas leves e moderados; **P4E** - Crianças e Adolescentes com sintomas severos; **P4F** - Crianças e Adolescentes - Reestabelecimento Físico; **P4AD** - Adolescentes de 09 a 13 anos com necessidades específicas; **P4J** - Jovens de 14 a 18 anos; **P4S1** e **P4S2** – Assistência Espiritual às crianças e adolescentes matriculados na Área de Infância Juventude e Mocidade, **Assistência Espiritual do Evangelho no Lar; Grupo Samaritanos II; Assistência das Vibrações a Distância**, além do **Departamento de Treinamentos** (Passes, Mediúnico, Orientação Doutrinária, Orientação Fraternal, Colegiado, Atendente do DEPOE, Entrevistador do DEPOE, TELEFEESP, expositores, Samaritanos, Evangelho no Lar) responsável pela formação de novos colaboradores e atualização e reforço dos atuais colaboradores da Seara de Jesus.

Nossa pesquisa foi realizada na subsede Santo Amaro, na assistência **P3HE** - Harmonização Emocional (Assistência Espiritual ao Portador da Depressão, Esquizofrenia e Bipolaridade), direcionada a pacientes depressivos.

Figura 3 – Sala de Palestra da Assistência P3HE na FEESP



Fonte: <https://www.google.com/search?q=federaçã+espirita+sp+palestras&tbm,>
acessado em 17/07/20

Estas assistências são espirituais e a FEESP não conta com profissionais da saúde para tratar dos assistidos, mas sim, incentivam a busca pelo atendimento e a continuidade do tratamento médico, uma vez que nessas doenças o corpo físico, bombardeado por pensamentos em desequilíbrio, está afetado e precisa se restabelecer com a ajuda e orientação de profissional adequado. Trabalham com os recursos do Evangelho de Jesus, na transformação do ser, agindo diretamente na causa da enfermidade, que é de fundo íntimo.

2. JUSTIFICATIVA

Embora vários estudos já tenham investigado a importância da R/E nos tratamentos em saúde mental⁽¹⁰⁰⁾, ainda existe uma lacuna na literatura sobre quais são as características da população que procuram este tipo de atendimento no Brasil. Portanto, investigar um dos maiores centros espirituais do Brasil pode ampliar nossa compreensão sobre esse fenômeno. Visto que o tratamento espiritual é dado gratuitamente aos pacientes, é importante entender se os pacientes realizaram a terapia espiritual por escolha pessoal, por recomendação médica específica ou por falta de acesso médico. Da mesma forma, reconhecer a gravidade e o perfil diagnóstico dessa população pode permitir aos gestores de saúde desenvolver estratégias para atingir essa população. Em uma perspectiva internacional, mostrar o cenário brasileiro pode ajudar na comparação com outras culturas, fornecendo subsídios para políticas que visem a limitar a lacuna substancial enfrentada na atenção à saúde mental. Apesar da procura e do grande número de atendimentos de pacientes com depressão em centros espíritas, o perfil diagnóstico, o grau de gravidade e o acesso à saúde desses assistidos ainda é desconhecido.

Levando-se em conta que a depressão constitui transtorno mental de grande prevalência e impacto para saúde pública mundial⁽¹⁷⁾, acreditamos que um melhor entendimento desses aspectos poderá contribuir para um melhor planejamento das estratégias de tratamento e planejamento de políticas públicas de saúde, melhorando a integração dos serviços de saúde mental com tratamentos complementares de base religiosa.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Este estudo tem como objetivo investigar as características diagnósticas da população que busca tratamento para depressão em um dos centros de referência no espiritismo do Brasil.

3.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a gravidade dos pacientes atendidos no grupo de tratamento de depressão na Federação Espírita do Estado de São Paulo, através da escala PHQ9;
- Avaliar o perfil de acesso a saúde e aderência a: tratamento médico especializado, uso de remédios, acesso a psicoterapia, através de inquérito direto;
- Avaliar o perfil de crenças, práticas e experiências espirituais, através do questionário Filiação Religiosa;
- Avaliar a aderência ao tratamento espiritual, através da quantidade de sessões comparecidas pelo assistido, dividido pelo nº total de sessões programadas;
- Avaliar a satisfação desses pacientes com este tratamento, através de um novo questionário.

4. MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo observacional longitudinal. Primeiro questionário aplicado pessoalmente pela própria pesquisadora, no período de setembro/19 a março/20 na cidade de São Paulo, Brasil, (a maior cidade da América do Sul, com aproximadamente 12 milhões de habitantes). O centro espírita selecionado para este estudo foi a Federação Espírita do Estado de São Paulo. A FEESP é uma instituição de grande porte, com aproximadamente 5 milhões de atendimentos espirituais por ano. ⁽⁹⁸⁾ Entre os diversos tratamentos oferecidos gratuitamente, existe um tratamento específico para a depressão, amplamente descrito em outra publicação. ⁽¹⁰¹⁾ Resumidamente, os indivíduos que procuram voluntariamente por ajuda passam primeiro por uma triagem geral, onde voluntários treinados detectam o problema principal e encaminham para um dos 19 grupos específicos da FEESP. No caso da depressão, o grupo denominado P3HE (Harmonização Emocional) é o responsável pelo tratamento. Nesse atendimento, os pacientes são triados para verificar se a depressão é a principal causa de sofrimento. Os grupos são abertos e qualquer pessoa pode entrar em qualquer momento da sessão. O grupo de tratamento ocorre 04 vezes por mês, para um total de 12 sessões de cuidados. Existem atualmente 5 grupos em operação, com uma média de 50 pacientes por grupo. Este modelo de intervenção é replicado em outros centros espíritas em todo o estado de São Paulo. ⁽⁶⁸⁾

Nosso trabalho foi realizado na Área de Assistência Espiritual, que em 2019 atendeu 22.109.438 pessoas, sendo 18.208 na assistência P3HE, foco da nossa pesquisa. Responsável por acolher e amparar os que chegam desesperançados e sofridos, oferecendo a terapêutica espírita, com os passes, mas principalmente levando os recursos do Evangelho, à luz da Doutrina Espírita, para soerguer, orientar esclarecer e iluminar as mentes e os corações. Tem uma responsabilidade imensa, pois divulga e propaga a Boa Nova de Jesus, buscando não a desvirtuar do seu preceito básico que é a caridade, respaldada pela fé raciocinada. ⁽⁹⁹⁾

Um segundo questionário foi aplicado por email, google forms e telefone, durante o mês de maio/20.

4.2 Amostra

Foram entrevistados 100 pacientes atendidos nos diversos grupos de assistência para depressão. Os grupos são abertos, podendo entrar em qualquer sessão. Atualmente cada grupo de tratamento ocorre com a periodicidade de 04 vezes por mês, no total de 12 sessões de atendimento. Existem hoje em funcionamento 5 grupos, com uma média de 50 pacientes por assistência.

4.2.1 Critérios de inclusão

Ter sido encaminhado para o tratamento de depressão da FEESP;

Ter condições de preenchimento e resposta do questionário;

Idade de 18 a 85 anos;

Ambos os sexos.

4.2.2 Critérios de exclusão

Não estar cognitivamente apto para responder às questões;

Fornecimento de informações inconsistentes julgadas pelo avaliador.

4.3 Instrumentos

Dados Demográficos – foi utilizado um questionário para levantamento de dados: idade, sexo, estado civil, profissão, nível de educação, renda familiar;

GAD-7 - Triagem Transtorno de Ansiedade Generalizada (*Generalized Anxiety Disorder Screener-GAD 7*): Escala especificamente desenvolvida para rastrear sintomas de ansiedade, baseados no DSM-IV. É composto por

sete itens, dispostos em uma escala de quatro pontos, com pontuação que varia de 0 a 21. É considerado indicador positivo de sinais e sintomas de transtornos de ansiedade, valor igual ou superior a 10;⁽¹⁰²⁾

PHQ-9 - Sensibilidade e especificidade do *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) entre adultos da população geral: Constitui-se de nove perguntas que avaliam a presença de cada um dos sintomas para o episódio de depressão maior, descritos no DSM-IV. As pontuações variaram de 0-27, e a gravidade da doença é estimada da seguinte forma: 0-4 pontos - sem depressão; 5-9 pontos - transtorno depressivo leve; 10-14 pontos - transtorno depressivo moderado; 15-19 pontos - transtorno depressivo moderadamente grave e de 20 a 27 pontos – transtorno depressivo grave;⁽¹⁰³⁾

DUREL - ORA / NORA e IR - *The Duke University Religion Index: A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies*: Índice de Religiosidade, esse instrumento possui cinco itens que captam três das dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde dos indivíduos: RO (Religiosidade Organizacional), RNO (Religiosidade não Organizacional) e RI (Religiosidade Intrínseca);⁽¹⁰⁴⁾

WHOQOL - *The Whoqol Group: The word Health Organization Quality of Life Assessment: Position paper from the Health Organization. Soc. Sci. Med, 1995*: é constituído de 26 perguntas (sendo a pergunta número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral) e 24 facetas restantes, compõem 4 domínios que são: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente;⁽¹⁰⁵⁾

Acesso aos cuidados de saúde: foram utilizadas perguntas específicas para investigar o acesso aos cuidados de saúde da seguinte forma: “A sua depressão foi diagnosticada por um profissional de saúde?

“Quem?”

“Com que idade você foi diagnosticado com depressão?”

“Você tem acesso a cuidados médicos regulares? Se não, por quê?”

“Quando foi a última vez que você fez uma consulta médica para depressão? Em que ambiente?”

“Você está em psicoterapia?”

“Você toma regularmente medicação para depressão?”

“Você interrompeu algum tratamento médico por causa do tratamento espiritual?”

“Você já foi hospitalizado por depressão?”

“Você tem alguma outra condição médica?”

“Você faria novamente o tratamento espiritual?”

Questões relativas ao tratamento oferecido no centro espírita: Para alcançar os objetivos da presente pesquisa, foram desenvolvidas as seguintes questões relacionadas ao tratamento oferecido na FEESP, cujas respostas eram abertas, exceto pelo último item que se utilizou da métrica Likert:

“Você já conhecia FEESP antes do tratamento?”

“Você completou o tratamento?”

“Quantas semanas você participou? “

“Quem te indicou?”

“Faria novamente o tratamento espiritual?”

“Quanta contribuição você acha que o tratamento espiritual trouxe para a sua melhora? (nenhum, piorou, efeito mínimo, moderado, significativo, muito significativo)”

4.4 Procedimento

Os pacientes que aceitaram participar da pesquisa e atenderam aos critérios de inclusão / exclusão, foram entrevistados no ambiente de tratamento por meio

de tablet, por meio de um software determinado pela pesquisadora principal (MSS), que é psicóloga treinada.

A entrevista foi realizada antes do início do atendimento, com o objetivo de não afastar o paciente de sua atividade assistencial e foi realizada em um curto espaço de tempo garantindo que sua participação no tratamento não fosse comprometida. Um projeto piloto foi realizado com 10 pacientes, para avaliar a viabilidade da pesquisa. A duração estimada da entrevista foi, em média, de 30 minutos e os pacientes preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os pacientes foram avaliados em dois momentos: o primeiro durante o atendimento ao paciente (realizado presencialmente de setembro de 2019 a março de 2020) e o segundo ao final do tratamento (realizado por e-mail, google forms e/ou telefone em maio 2020).

4.5 Análise Estatística

4.5.1 Quantitativa

Os dados foram inseridos em planilhas SPSS 21 (SPSS Inc) e, devido ao caráter exploratório do estudo, foi realizada estatística descritiva por meio de números absolutos, percentuais, médias e desvios-padrão. A correlação entre ansiedade e sintomas depressivos foi avaliada por meio do coeficiente de correlação de Pearson.

4.6 Considerações Éticas

Os pacientes receberam, por escrito, informações detalhadas sobre a natureza, métodos e objetivos do estudo, e eles foram convidados a assinar um termo de consentimento informado. Foi garantido o acesso às informações individuais e assegurada aos participantes a possibilidade de deixar de participar a qualquer momento. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Plataforma Brasil: 27088919.1.0000.0065)

5. RESULTADOS

5.1 Dados do Primeiro Questionário:

No período entre setembro de 2019 a março de 2020 foram entrevistados 100 pacientes. As características demográficas e clínicas desta amostra estão descritas na Tabela 1.

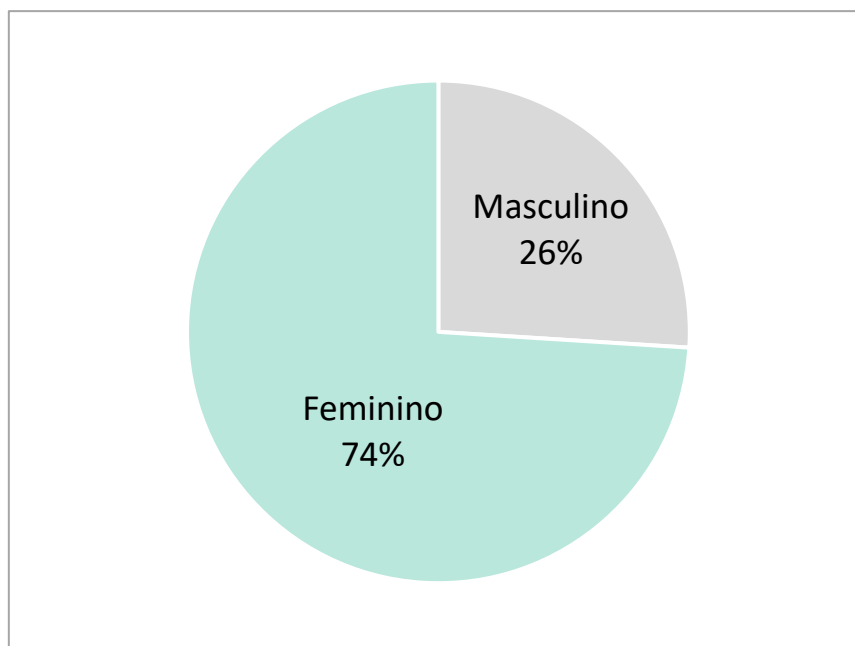
Tabela 1 – Dados Demográficos

Dados Demográficos	Todos Entrevistados (n=100)
Idade (em anos)	50,8 +- 13,9
Sexo Masculino	26%
Filhos (quantidade)	1 +- 1,2
Orientação sexual	
Heterossexual	93%
Homossexual	5%
Bissexual	2%
Estado civil	
Nunca casou	40%
Casado	28%
Separado	11%
Divorciado	15%
Viúvo	6%
Escolaridade	
Ensino Fundamental Incompleto	9%
Ensino Fundamental Completo	6%
Ensino Médio Incompleto	3%
Ensino Médio Completo	21%
Ensino Superior Incompleto	11%
Ensino Superior Completo	50%
Profissão	
Desempregado	20%
Trabalho sem remuneração	1%
Empregado	32%
Autonomo	17%
Empresário	1%
Aposentado	33%
Atividade profissional	
Estudante	4%
Desempregado não procurando trabalho	6%
Desempregado procurando trabalho	14%
Trabalha meio período	22%
Trabalha em tempo integral	21%
Aposentado	33%
Renda familiar	
menos de 01 salário mínimo	4%
de 01 a 02 salários mínimos	23%
de 02 a 03 salários mínimos	18%
de 03 a 05 salários mínimos	32%
de 05 a 10 salários mínimos	12%
de 10 a 20 salários mínimos	9%
mais de 20 salários mínimos	2%

Quanto ao perfil diagnóstico, a média de idade dos entrevistados é de 50,8 anos, com desvio padrão de 14 anos.

Mulheres totalizam 74% da amostra dos pacientes buscando tratamento por depressão ou ansiedade. (Gráfico 1).

Gráfico 1: Percentual de Sexo



Na nossa amostra 45% das mulheres receberam seu primeiro diagnóstico na mesma faixa etária da pesquisa, entre 16 e 35 anos.

Dos entrevistados, 33% estão aposentados, 32% trabalham com registro, 17% são autônomos e 20% encontram-se desempregados.

Quanto a escolaridade, 50% concluíram o ensino superior, 11% possuem nível superior incompleto, 21% concluíram o ensino médio, 3% têm ensino médio incompleto, 6% completaram o ensino fundamental e 9% possuem ensino fundamental incompleto.

No que tange ao Acesso à Saúde dos entrevistados, 99% foram diagnosticados com Depressão por algum médico, sendo 88% por médico

psiquiatra. O que nos chamou a atenção foi que 1/3 dos pacientes possuem diagnóstico de depressão de moderada para grave. Embora 94% passem em consulta médica regularmente e tomem medicação rotineira, somente 41% fazem psicoterapia, mas todos optaram por fazer um tratamento espiritual concomitante. (Tabela 2)

Tabela 2 – Histórico Médico

Histórico Médico	Todos Entrevistados (n=100)
Depressão diagnosticada por médico	99%
Idade quando diagnosticada depressão	36,4 +- 16,2
Médico que diagnosticou depressão	
Psiquiatra	88%
Outro médico	7%
Psicólogo	5%
Consulta Médica Regular	
Sim	94%
Só quando tem algum problema	4%
Não	2%
Motivo para não consulta regular	
Tem dificuldades financeiras	50%
Não está mais deprimido	17%
O serviço de saúde é muito distante	17%
Outro	17%
Última consulta médica	
Há menos de 6 meses	90%
Entre 6 meses e menos de 1 ano	6%
Entre 1 ano e menos de 2 anos	2%
Entre 2 anos e menos de 3 anos	0%
Há 3 anos ou mais	2%
Local da última consulta médica	
Consultório particular ou clínica privada	69%
Hospital público/ambulatório	26%
Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato	3%
Outro	1%
Não respondeu	1%
Faz psicoterapia?	
Sim	41%
Já fiz	36%
Nunca	23%
Medicação rotineira	94%
Parou medicação após início do tratamento espiritual	1%
Internação por depressão	19%
Possui alguma outra doença	35%
Iniciaria novo tratamento espiritual	97%

De acordo com as escalas aplicadas, 66% sofrem de depressão moderada a grave (PHQ9), sendo que 39% já tiveram ideação suicida. 76% sofrem de

ansiedade moderada a grave (GAD7). Destacamos que, nesta amostra, o coeficiente de correlação de Pearson entre depressão e ansiedade é de 0,725. (Tabela 3)

Tabela 3 - Pontuações de Depressão (PHQ-9) e Ansiedade (GAD-7)

[Escala PHQ-9] Depressão	Todos Entrevistados (n=100)
PHQ-9 SCORE	12,5 +- 5,7
[PHQ-9] Nível da depressão	
Mínima	10%
Suave	24%
Moderada	31%
Moderadamente Grave	23%
Grave	12%

*PHQ-9 Score varia de 0 a 27

[Escala GAD-7] Ansiedade	Todos Entrevistados (n=100)
GAD-7 SCORE	12,7 +- 5
[GAD-7] Nível da ansiedade	
Mínima	6%
Suave	18%
Moderada	35%
Grave	41%

*GAD-7 Score varia de 0 a 21

Destacamos que, nesta amostra, o coeficiente de correlação de Pearson entre depressão e ansiedade é de 0,725, $p < 0,0001$.

Já no que se refere a Importância da Religião, 68% dos entrevistados acreditam ser a religião muito importante em suas vidas, 64% se descrevem como pessoas muito religiosas, 62% como muito espiritualizadas, 77% dão muita importância ao lado espiritual, 61% se intitulam como pessoas de muita fé e 75% acreditam ser muito importante o papel da fé na sua saúde. (Tabela 4)

Tabela 4 – Importância da Religião

Importância da Religião (visão entrevistado)	Todos Entrevistados (n=100)	
Importância da religião na vida		
	Nada	0%
	Pouco	0%
	Moderadamente	16%
	Muito	68%
	Demais	16%
	Não respondeu	0%
Pessoa religiosa?		
	Nada	5%
	Pouco	4%
	Moderadamente	17%
	Muito	64%
	Demais	10%
	Não respondeu	0%
Pessoa espiritualizada?		
	Nada	0%
	Pouco	4%
	Moderadamente	30%
	Muito	62%
	Demais	4%
	Não respondeu	0%
Importância do lado espiritual na vida?		
	Nada	0%
	Pouco	0%
	Moderadamente	12%
	Muito	77%
	Demais	11%
	Não respondeu	0%
Pessoa de fé?		
	Nada	0%
	Pouco	1%
	Moderadamente	31%
	Muito	61%
	Demais	6%
	Não respondeu	1%
Papel da fé na saúde		
	Nada	0%
	Pouco	1%
	Moderadamente	3%
	Muito	75%
	Demais	21%
	Não respondeu	0%

Quanto a afiliação religiosa, na nossa amostra encontramos 13% espiritualista, 63% espírita kardecista, 17% católica, 3% umbandista/candomblé, 1% cristão, 1% budista, e 2% outras religiões. (Tabela 5)

Tabela 5 – Afiliação Religiosa

Afiliação_Religiosa_atual	
Espiritualista	13%
Espírita Kardecista	63%
Católica	17%
Umbanda / Candomblé	3%
Outra	2%
Cristão	1%
Budista	1%
Prática_Religião_Nível	
Nada	1%
Pouco	15%
Moderadamente	58%
Muito	26%
Demais	0%
Não respondeu	0%
Mudança_Religião	
Sim	80%
Não	20%

Pudemos perceber durante as entrevistas, que as pessoas se auto intitularam como muito religiosas, sendo este dado comprovado na aplicação da escala DUREL: 61% frequenta um encontro religioso uma vez por semana (RO) 60% dedica diariamente um tempo para atividades religiosas individuais (RNO), 75% sente a presença de Deus (RI), 64% acredita que em geral as crenças religiosas estão por trás da sua maneira de viver (RI), 60% geralmente se esforça para viver a religião em todos os aspectos de sua vida (RI) - (RO SCORE 5,4 +- 0,5; RNO SCORE 4,9 +- 0,9; RI SCORE 13,3 +- 1,3). (Tabela 5)

Tabela 6 - Resultado da Escala DUREL

[Escala DUREL] Regiliosidade	Todos Entrevistados (n=100)
DUREL RO SCORE	5,4 +- 0,5
DUREL RNO SCORE	4,9 +- 0,9
DUREL RI SCORE	13,3 +- 1,3
[RO] Frequencia encontro religioso	
Mais do que uma vez por semana	38%
Uma vez por semana	61%
Duas a três vezes por mês	1%
Algumas vezes por ano	0%
Uma vez por ano ou menos	0%
Nunca	0%
Outra	0%
[RNO] Tempo dedicado a atividades religiosas individuais	
Mais do que uma vez ao dia	19%
Diariamente	60%
Duas ou mais vezes por semana	14%
Uma vez por semana	4%
Poucas vezes por mês	2%
Raramente ou nunca	1%
[RI] Sente a presença de Deus?	
Totalmente verdade para mim	75%
Em geral é verdade	22%
Não estou certo	2%
Em geral não é verdade	1%
Não é verdade	0%
[RI] Crenças religiosas estão por trás da maneira de viver	
Totalmente verdade para mim	33%
Em geral é verdade	64%
Não estou certo	3%
Em geral não é verdade	0%
Não é verdade	0%
[RI] Esforço para viver religião em todos aspectos da vida	
Totalmente verdade para mim	35%
Em geral é verdade	60%
Não estou certo	4%
Em geral não é verdade	1%
Não é verdade	0%

*RO = Religiosidade Organizacional [Score varia de 1 a 6]

*RNO = Religiosidade Não Organizacional [Score varia de 1 a 6]

*RI = Religiosidade Intrínseca [Score varia de 3 a 15]

Comparando o nível de fé com o grau de escolaridade podemos perceber que não houve significância, pois todos demonstraram ter muita fé, o que nos leva a crer que as pessoas que procuram este tipo de assistência o fazem pela fé e pela importância que dão ao lado espiritual.

Quanto a qualidade de vida, de acordo com a escala WHOQOL, os entrevistados não se destacam, positiva ou negativamente, em nenhum âmbito de domínio. [BREF SCORE] Domínio físico 2,9 +- 0,7; Domínio psicológico 3,1 +- 0,7; Domínio relação social 3 +- 0,8; estão acima apenas no Domínio meio ambiente 3,4 +- 0,6. (Tabela 6)

Tabela 7 – Qualidade de Vida

[Escala WHOQOL-BREF] Qualidade de Vida	Todos Entrevistados (n=100)
[WHOQOL-BREF SCORE] Domínio físico	2,9 +- 0,7
[WHOQOL-BREF SCORE %] Domínio físico	48% +- 17%
[WHOQOL-BREF SCORE] Domínio psicológico	3,1 +- 0,7
[WHOQOL-BREF SCORE %] Domínio psicológico	54% +- 19%
[WHOQOL-BREF SCORE] Domínio relação social	3 +- 0,8
[WHOQOL-BREF SCORE %] Domínio relação social	49% +- 21%
[WHOQOL-BREF SCORE] Domínio meio ambiente	3,4 +- 0,6
[WHOQOL-BREF SCORE %] Domínio meio ambiente	62% +- 16%

*WHOQOL-BREF Score varia de 1 a 5

*WHOQOL-BREF Score % varia de 0% a 100%

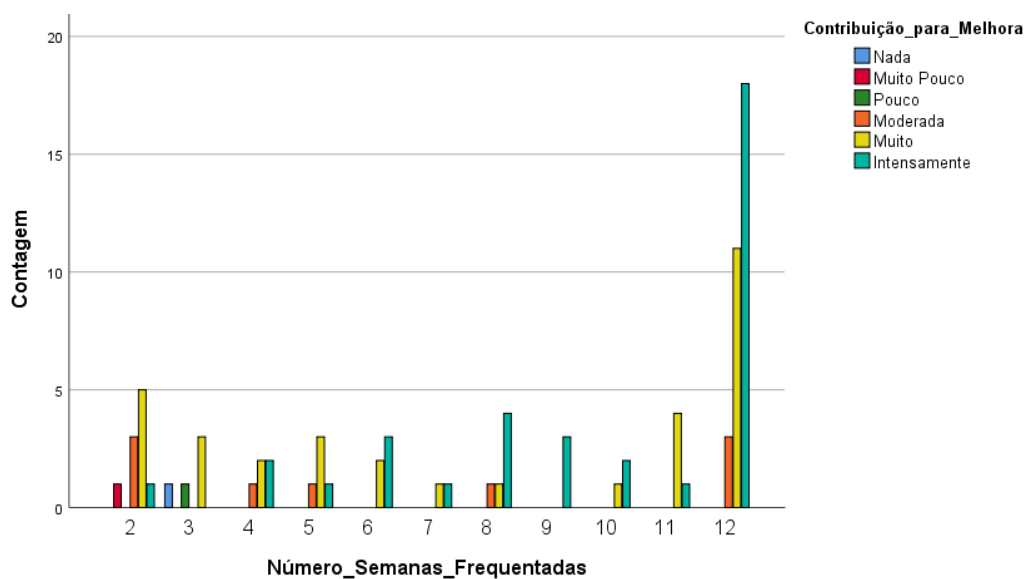
5.2 Dados do Segundo Questionário

No final da análise, enviamos um novo questionário para os 100 participantes, referente a percepção de melhoria dos pacientes em relação a assistência espiritual, sendo que, 81 assistidos responderam a essa segunda etapa e apenas 40% conseguiram finalizar as 12 semanas de tratamento, 44% alegaram que a assistência contribuiu intensamente para sua melhora e 41% que contribuiu muito, conforme Tabela 7.

Tabela 8 – Contribuição para Melhoria da Depressão

Assistência Espiritual	Entrevistados (n=81)
Frequentava FEESP antes da assistência espiritual	62%
Finalizou assistência espiritual	40%
Número de semanas frequentadas	8,2 +- 3,9
Contribuição para melhora	
Piorou	0%
Nada	1%
Muito Pouco	1%
Pouco	1%
Moderada	11%
Muito	41%
Intensamente	44%
Quem indicou a assistência espiritual	
Amigo	20%
Familiar	16%
Médico	6%
Psicólogo	4%
Ninguém	54%

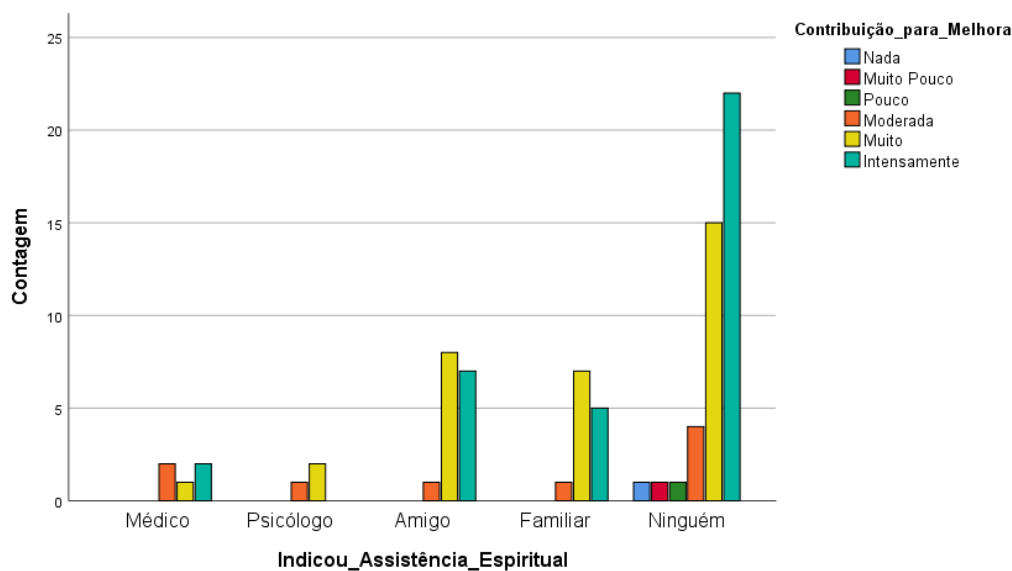
Em virtude da COVID19, a FEESP paralisou suas atividades, e a assistência foi interrompida, sendo que 60% dos participantes não conseguiram finalizar seu tratamento. Pudemos perceber que os 40% que conseguiram encerrar sua assistência apresentaram um grau de melhoria maior. (Gráfico 2)

Gráfico 2: Percentual de Melhoria/Frequência

Quanto a aderência ao tratamento, 99% fariam o tratamento espiritual novamente, o que demonstra o grau de satisfação com os resultados.

Constatamos ainda que, aqueles que já frequentavam a FEESP (62%), ou que já conheciam a Doutrina Espírita (54%), apresentaram também um percentual de melhoria maior em relação àqueles que foram indicados por alguém, nos levando a pensar que a fé e o nível de espiritualidade dos pacientes podem interferir no resultado do tratamento. (Gráfico 3)

Gráfico 3: Percentual de Melhoria/Indicações



6. DISCUSSÃO

Este estudo investigou o tratamento espiritual para depressão oferecido gratuitamente em um centro espírita de referência no Brasil (FEESP). Nossos resultados revelaram que os pacientes que procuram esse tipo de tratamento têm um diagnóstico médico de depressão (geralmente detectado por um psiquiatra), contingente considerável de casos moderados a graves (cerca de 4 em cada 10 com ideação suicida) e são geralmente religiosos, consideram a fé e a espiritualidade como importantes em suas vidas. Os assistidos relataram alto grau de satisfação com o tratamento.

Uma das preocupações deste estudo era investigar o perfil diagnóstico dos assistidos com o intuito de avaliar possível risco de um tratamento estar sendo conduzido sem o diagnóstico médico ou de profissional da saúde, já que não necessariamente os voluntários, trabalhadores dos templos religiosos, sejam capacitados para o correto manejo dos pacientes. Além disso, constatamos que a procura foi por opção e não por falta de acesso a saúde, o que poderia constituir um viés e a necessidade de adequado encaminhamento para serviços de saúde para que a assistência espiritual fosse complementar e não alternativa ao tratamento convencional.

Em linha com a diretriz básica dos tratamentos em saúde “*primum non nocere*” pudemos mostrar nesta pesquisa indícios de que não há malefícios da assistência espiritual, e muito provavelmente, o oposto disto. A eficácia do tratamento pode ser observada indiretamente com a pesquisa de satisfação com o tratamento, que revelou alto grau de satisfação dos pacientes. Este estudo sinaliza a importância de serem realizados estudos clínicos randomizados e controlados para a correta determinação de eficácia e segurança desta forma de tratamento complementar e, mediante comprovação, os tratamentos espirituais poderiam ser integrados na prática clínica.

As intervenções religiosas contribuem com o custo-benefício ao paciente, pois além de receberem assistência gratuita, com orientação e apoio dos

voluntários, agregam os benefícios da terapêutica espírita, o que contribui para ampliar os efeitos clínicos, propiciando alívio de seus sintomas depressivos.

A FEESP é a maior instituição espírita do Brasil, enquanto assistência, ensino e pesquisa. Suas atividades são fonte de inspiração a rede de centros espíritas. Portanto, acreditamos que os dados encontrados possam nos levar a hipótese de sua generalização às demais instituições como fonte de resultados positivos à ajuda de pacientes depressivos no alívio dos sintomas e melhora das condições clínicas.

Embora o ideal seria que os centros espíritas modificassem seu fluxo de encaminhamento e escalonassem o tratamento por gravidade, já que cerca de 40% dos pacientes têm alta gravidade, acreditamos ser inviável, pois além de modificar o foco da assistência espiritual, os atendimentos são efetuados por voluntários e não por profissionais de saúde mental.

Na análise das características clínicas, além da gravidade, outros aspectos como comorbidades, doenças crônicas, idade (crianças e idosos), situações especiais (gestantes) presença de comorbidade psiquiátrica (bipolaridade, uso de substâncias) poderiam ser considerados em futuras assistências específicas.

Apesar da dificuldade de entidades religiosas incorporarem descobertas científicas em suas práticas, no caso da doutrina espírita acontece o inverso, como nos alertou Allan Kardec: "O Espiritismo e a Ciência se complementam reciprocamente; a Ciência, sem o Espiritismo, se acha na impossibilidade de explicar certos fenômenos só pelas leis da matéria; ao Espiritismo, sem a Ciência, faltariam apoio e comprovação".⁽⁸⁵⁾ O Espírito André Luiz também utilizou-se de informações biológicas complexas para explicar os fenômenos espíritas em todas as obras, psicografadas pelo médium Francisco Cândido Xavier. Allan Kardec afirmou que: "Fé inabalável só é a que pode encarar a razão, face a face, em todas as épocas da Humanidade"⁽⁸⁰⁾ Desta forma, percebemos que a doutrina espírita estimula o estudo através de pesquisas que envolvam o conhecimento científico.

Devido ao estado grave de tais pacientes e a elevada taxa de frequência nesta assistência, a FEESP reconhecendo sua responsabilidade e visando qualificar seus voluntários, bem como aos demais centros espíritas que

realizam tratamentos semelhantes, promove treinamentos e reciclagens, com vista à trilogia: Espiritualizar, Qualificar e Humanizar.⁽⁶⁸⁾

As mulheres representaram 74% da nossa amostra, predominantemente na faixa etária adulta jovem. Pesquisas anteriores⁽¹⁰⁶⁾ demonstraram que mulheres recebem o primeiro diagnóstico mais precocemente que homens, o que pode explicar maior proporção observada. Além disso, mulheres apresentam maior envolvimento religioso, e são predominantes nas populações com afiliação primária espírita Kardecista.⁽¹⁰⁷⁾

Outra pesquisa coordenada pela Universidade Federal de São Paulo, sobre Depressão e Gênero⁽¹⁰⁸⁾, aponta que a prevalência observada na população tem variado de 5 a 9 % para mulheres e 2 a 3 % para homens. O risco deste transtorno durante a vida é de 10 a 25 % para mulheres e 5 a 12% para os homens, o que coloca as mulheres, a partir da adolescência, com uma prevalência duas vezes maior que os homens.⁽¹⁰⁹⁾ Parece que a questão do gênero na depressão começa apresentar resultados estatísticos significativos entre as idades de 16 a 25 anos, inclusive em relação aos primeiros episódios de depressão maior, que ocorrem com maior frequência entre as idades de 16 a 35 anos, culminando o primeiro episódio aos 25 anos de idade.⁽¹¹⁰⁾

Como o tratamento espiritual realizado pelas casas espíritas no Brasil é gratuito, pode-se pensar que os pacientes foram atendidos por falta de acesso, mas o fato de 94% frequentarem consultas médicas regularmente e 69% em consultórios particulares, favorece a ideia de que nossa amostra tenha buscado assistência espiritual por opção e crença, e não pelo custo.

Em nossa amostra, 50% possuem ensino superior, 33% são aposentados e 77% possuem renda familiar de 1 a 5 salários-mínimos, sendo que em comparação com os dados da Fundação SEADE, nossa amostra tem renda inferior à da população da cidade de São Paulo. Não obstante, 69% procuram a rede privada e apenas 29% frequentam serviços públicos. Portanto, a falta de acesso parece não ser um problema para esses pacientes, embora não se saiba, no entanto, se razões financeiras interferem na adesão dos pacientes à psicoterapia.

Constatando que uma grande parte dos assistidos não recebem psicoterapia em seu tratamento clínico, por falta de condição financeira, segundo relato dos mesmos. Obter a assistência espiritual nos centros espíritas pode contribuir para atender um grande contingente de usuários, desafogando o sistema de saúde enquanto redes de apoio.

Entendemos que a assistência espiritual não substitui a psicoterapia clínica, pois cada uma tem seu papel específico. Enquanto a psicoterapia oportuniza insights e reeduca o pensamento e a cognição, a assistência oferece informações, estimula valores, otimismo e perseverança à luz da doutrina espírita, favorecendo recursos como enfrentamento religioso e resiliência frente às adversidades.

Além disso, psicoterapias que integrem com a R/E tem papel de importância no resultado, como observado em uma revisão de literatura, onde os pesquisadores puderam observar que vários estudos internacionais contemplam a R/E e a psicoterapia, demonstrando a pertinência dessa interface com bons resultados terapêuticos.⁽¹¹¹⁾

Uma outra pesquisa sobre a percepção do paciente quanto ao processo de mudança psicoterápica, pode constatar que as entrevistadas pareciam entender o tratamento psicoterápico como um meio de conhecer seus sentimentos, suas necessidades e seus desejos, proporcionando um maior conhecimento dos próprios padrões de comportamento. Essa compreensão foi percebida como uma forma de melhorar a autoestima e o senso de identidade. Concluíram que, embora essas mudanças sejam inicialmente percebidas através da redução e/ou cura dos sintomas, há a percepção que também envolvem mudanças tanto no âmbito externo (comportamental) quanto interno, pois colabora para uma reinterpretação dos acontecimentos e da realidade externa, melhorando as relações com as pessoas.⁽¹¹³⁾ Considerando o viés inerente, a experiência pessoal da autora corrobora para tais informações.

Ao final do tratamento, 85% acreditavam que essa assistência melhorava muito os sintomas e 99% voltariam a receber essa terapêutica. Esse resultado corrobora com revisão realizada⁽¹¹³⁾ sobre Intervenções espirituais e/ou religiosas na saúde, onde ensaios clínicos realizados acerca das intervenções R/E

apresentaram benefícios, como redução dos sintomas clínicos, maior aderência aos tratamentos médicos e satisfação dos participantes, além de uma redução significativa nos níveis de ansiedade e uma tendência à melhoria dos sintomas depressivos.

Os profissionais e gestores de saúde devem estar cientes de que seus pacientes podem se utilizar de recursos complementares para o tratamento da depressão, uma vez que 90% foram por autorreferência ou recomendação de familiares e amigos. Isso pode estar ligado à taxa de sucesso, uma vez que o paciente pode se sentir empoderado, autogerido de sua condição, sendo capaz de vencer seu problema de saúde mental com seus próprios recursos.

Comparando a assistência espiritual com as demais terapias complementares, pesquisas apontam pouco conhecimento a respeito e acesso limitado aos PICs, apesar do interesse e aceitação da população, sugerindo que os profissionais de saúde deveriam divulgar mais essas práticas para que os pacientes sejam encaminhados como um tratamento complementar, não apenas como último recurso na ausência de resultados dos tratamentos convencionais⁽¹¹⁴⁾, conforme proposto em nosso estudo.

O Ministério da Saúde lançou em 2020 o terceiro Relatório de Evidências Clínicas em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, com foco em Depressão e Ansiedade, relacionando diferentes pesquisas que demonstram que tais práticas melhoram os casos de Depressão em fatores como controle e alívio dos sintomas depressivos, redução do estresse, melhora nas funções executivas do cérebro com os efeitos mais significativos no humor deprimido e na resiliência.⁽¹¹⁵⁾

Não se sabe o quanto da fé e das crenças dos pacientes na origem espiritual da depressão foram responsáveis pelos resultados. A mesma alta taxa de satisfação seria encontrada naqueles sem uma crença na vida após a morte, na reencarnação, em entidades espirituais e numa crença em um resultado positivo das terapias espirituais? Foi reconhecido que a abordagem do sistema de crenças de saúde-doença melhora os resultados de saúde.

É importante que o profissional de saúde mental esteja ciente desses resultados, que a questão da religiosidade/espiritualidade pode ser integrada à prática clínica, possivelmente melhorando a adesão e, eventualmente, os resultados clínicos. Pesquisadores da UFMS e da UFJF⁽¹¹⁶⁾ avaliaram como a espiritualidade e a religiosidade podem influenciar na qualidade de vida e na saúde mental de moradores do pantanal corumbaense, sendo que os resultados da pesquisa apontaram que quanto maior os níveis de espiritualidade, os riscos de depressão e ansiedade diminuem, o mesmo ocorrendo quando considerado os vínculos com religiões.

Como qualquer outro estudo, este não está isento de limitações. Em primeiro lugar, contamos com o diagnóstico médico de depressão autorreferido; não poderíamos entrevistar os pacientes com uma entrevista estruturada de diagnóstico do DSM. No entanto, os escores do PHQ-9 têm sido validados como ferramenta diagnóstica em diversos contextos.⁽¹¹⁷⁾ A amostra pode não ser generalizável para toda a população brasileira, pois a FEESP é uma associação espírita muito tradicional, que oferece uma quantidade extraordinária de assistências, devido ao seu tamanho e estrutura. Outros centros espíritas podem oferecer diferentes tratamentos espirituais com diferentes resultados.

Destacamos algumas possibilidades de entendimentos negativos que poderiam levar o paciente a um enfrentamento negativo: 1. Considerar que a origem do seu problema não esteja centrada em si mesmo; 2. Considerar que a sua condição atual é fruto de débitos espirituais do passado e que por isto o sofrimento deva ser mantido, impedindo o paciente de ter boa aderência aos tratamentos disponíveis. Pesquisas futuras poderão responder estas perguntas.

Nossos dados podem fornecer padrões para comparar diferentes intervenções religiosas/espirituais para depressão em outras culturas em relação ao padrão de encaminhamento, como uma estimativa de quanto as práticas de R/E integradas estão no contexto de cuidados de saúde. Além disso, os índices de satisfação podem ser comparados, embora seja necessária uma observação longitudinal. Os profissionais de saúde mental devem estar cientes de que os pacientes podem buscar intervenções religiosas.

O presente estudo também impacta nos serviços religiosos, uma vez que uma parte significativa dos participantes apresentou depressão grave, é fundamental que ocorra uma comunicação cruzada entre o provedor de cuidados de saúde mental e os templos religiosos. Os pacientes em risco devem ser sinalizados e acompanhados, para que os cuidados médicos e religiosos tenham melhor integração.

7. SUGESTÕES

Sugerimos ainda futuras direções para aprofundamento do tema em novas pesquisas.

Avaliação dos tratamentos espirituais e suas implicações em políticas públicas, no sistema de saúde, no acesso à saúde e na integração da assistência espiritual com as práticas integrativas complementares (PICs).

Avaliar a competência cultural dos profissionais de saúde e possibilidade de encaminhamento de pacientes espíritas para as assistências espirituais, sabendo da possível e provável eficácia destes tratamentos, e contabilizando este aspecto no manejo dos pacientes.

Pesquisas semelhantes a esta, mas em outros ambientes, religiosos e não religiosos, para que tratamentos espirituais possam ser integrados universalmente, para entendermos os limites em cada situação específica relacionada a E/R: 1. Afiliação Religiosa (incluindo não afiliados e indivíduos sem religião), verificando se este tipo de assistência espiritual pode ser adequada para quem não se considera religioso ou não acredita em vida após a morte. 2. Religiosidade Intrínseca; 3. Religiosidade Extrínseca; 4. Espiritualidade Ateísta; 5. Ateísmo; etc.

Nos demais templos religiosos como poderia a prática assistencial ajudar na melhoria de pacientes depressivos, de acordo com os nossos achados. Capacitação em saúde mental (existe uma cartilha do APA sobre isto, saúde mental para líderes religiosos), como abordar pacientes graves, com ideação suicida, com bipolaridade, usuários de drogas, etc.

Adaptar melhorias no tratamento, na assistência espiritual, através de escalonamento (*screening* por escalas).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pacientes que receberam a assistência espiritual para depressão em um centro espírita de referência apresentaram um bom padrão de acesso a saúde, com alto grau de diagnóstico por médicos psiquiatras, acesso à rede suplementar de saúde, a psicoterapia e a medicamentos. Apresentaram também um bom poder aquisitivo, e nível educacional elevado, sendo sua procura por opção de complementar e não de substituir o seu tratamento médico regular tradicional.

A gravidade da sintomatologia nesta pesquisa revela a necessidade de reavaliação do escalonamento das assistências realizadas nos centros espíritas.

Apesar de nesta amostra não observarmos o risco de interrupção do tratamento médico, futuras pesquisas avaliando outros cenários religiosos ou espirituais devem ser realizados.

Os pacientes relataram alto grau de satisfação com o resultado da assistência espiritual no seu quadro clínico. Este trabalho revela a necessidade de realizar-se estudos clínicos randomizados para avaliar a efetividade de tratamentos oferecidos nos centros espíritas.

O estudo reforça a necessidade de os profissionais de saúde mental estarem cientes de que os pacientes podem se beneficiar com a integração das intervenções clínicas com práticas espirituais e religiosas associadas.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scliar M. - História do Conceito de Saúde, *Physis Rev Saúde Coletiva*, 2007; 17(1):29–41)
2. Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. 2017 [cited Mar 21 2017]
3. <https://bvsms.saude.gov.br/saude-mental-no-trabalho-e-tema-do-dia-mundial-da-saude-mental-2017>, [acessado em 21.11.21]
4. <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Saúde-Mental>, [acessado em 20.11.21]
5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26038353/>, [acessado em 20.11.21]
6. Pargament KL, Koenig HG, Tarakkeshwar N, Hajn J – *Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. J Health Psychol* 2004 Nov; 9(6)713-30
7. Schaefer FC, Blazer DG, Koenig HG – *Religious and Spiritual factors and the consequences of trauma: a review and model of the interrelationship, In J Psychiatry Med.* 2008; 38(4): 507-24
8. Blazer D - *Religion/spirituality and depression: what can we learn from empirical studies? Am J Psychiatry*, 2012 Jan; 169(1) 10-2
9. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais [recurso eletrônico]: DSM-5 / [*American Psychiatric Association*; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5ª ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014
10. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva (vol.16 no.1), São Paulo, abr. 2014
11. Depressão ao Longo da História - TR de Souza, ALT de Lacerda - Quevedo & Silva (orgs.), larpsi.com.br
12. Holanda, Aurélio Buarque de - Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, São Paulo – SP; Editora Positivo, 4ª edição, 2009
13. Dorsch, Friedrich et al – Dicionário de Psicologia Dorsch, Petrópolis, RJ, Editora Vozes, 2001
14. Bhowmil D, Sampath Kumar KP, Srivastav S, Paswam S, Dutta AS - *Depression – Symptoms, Causes, Medications and Therapies, The Pharma Innovation; New Delhi* Vol. 1, Ed. 3, Part A, (May 2012): 37-51

15. Frisch MB (2000) – *Improving Mental and Physical Health Care through Quality of Life Therapy and Assessment*. In: Diener E, Rahtz DR (eds) *Advances in Quality of Life Theory and Research*. Social Indicators Research Series, vol 4. Springer, Dordrecht [http://doi.org/10.1007/978-94-011-4291-5_10]
16. Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, site acessado em 21.11.21 - [<https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>]
17. *World Health Organization. Depression: let's talk" says WHO, as depression tops list of causes of ill health* Title [Internet]. [cited 2018 Apr 24]. Available from: <http://www.who.int/en/news-room/detail/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>
18. Bonadiman CSC, Malta DC, Passos VMA, Naghavi M, Melo APS – *Depressive disorders in Brazil: results from the Global Burden of Disease Study 2017*, *Popul Health Metr.*, 2020 Sep 30;18(Suppl 1):6. doi: 10.1186/s12963-020-00204-5
19. Murray CJL, et al., *Disability – Adjusted life Years (DALYs) for 291 Diseases and Injuries in 21 Regions, 1990-2010: a Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*; *Lancet*, 2012 Dec 15;380(9859):2197-223
20. Caplan S, Whittemore R. - *Barriers to treatment engagement for depression among latinas*. *Issues Ment Health Nurs.* 2013;34(6):412–24. DOI: 10.3109/01612840.2012.762958
21. Davidson J. Major - *Depressive Disorder Treatment Guidelines in America and Europe, 2010 – The Journal of Clinical Psychiatry* – DOI: 10.4088/JCP.9058se1c.04gry
22. Souza FGDME. Tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 1999;21:18–23
23. Fleck MP, Berlim MT, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). Vol. 31, *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2009
24. <https://asapsaude.org.br/jornada-de-gsp/saude-e-doenca-na-historia-da-evolucao-humana/>, [acessado em 16/04/22]
25. <https://cdd.org.br/saude-publica/#1> [acessado em 15.04.22]
26. Sanchez RM, Ciconelli RM - *Conceitos de Acesso à Saúde*, *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260–8.)
27. <https://cdd.org.br/saude-publica/> [acessado em 16/04/22]
28. <https://atarde.com.br/saude/ibge-aponta-que-715-da-populacao-brasileira-depende-do-sus> [acessado em 16/04/22]

29. <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496> [acessado em 22/04/22]
30. Zinnbauer BJ, Pargmente KI, Cole B, Rye MS, Butter EM, Belavich TG, et al. - *Religion and Spirituality: Unfuzzifying the Fuzzy. J Sci Study Relig.*, 1997
31. Neri, Anita Liberalesso. (Org.) Palavras-chave em gerontologia. 2.ed. Campinas: Alínea, 2005. 214 p.
32. Koenig, HG; King DE; Carson VB - *Handbook of religion and health. New York: Oxford University Press*, 2012
33. Maciel KDSA - O Percurso de Freud no Estudo da Religião – Contexto histórico e epistemológico, discursos e novas possibilidades, Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica na Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2007
34. Jung CG, Psicologia e Região Ocidental e Oriental – Parte 5: Volume 11 – Editora Vozes, 9ª edição, SP, 2013
35. Saldanha VP – Didática Transpessoal: Perspectivas Inovadoras para uma educação Integral, 2006.283p. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, SP, disponível em: <http://libigi.unicamp.br/document/?code=vtls000397550>
36. James W, apud Fadiman J; Frager R – Teorias da Personalidade: coordenação da tradução Odette de Godoy Pinheiro, tradução de Camila Pedral Sampaio, Sybil Safdié – Editora Harbra, SP, 1986, pg165
37. Frankl, VE - Um Sentido para a Vida: Psicoterapia e Humanismo, Editora Ideias e Letras, 26ª edição, Brasil, 2020
38. Maslow A, apud Fadiman J; Frager R - Teorias da Personalidade: coordenação da tradução Odette de Godoy Pinheiro, tradução de Camila Pedral Sampaio, Sybil Safdié – Editora Harbra, SP, 1986, pg 265.
39. Malsow A – Introdução à Psicologia do Ser, Tradução de Álvaro Cabral, Editora Eldorado, RJ, 1994
40. Walsh RN & Vaughan F (org) - Além do Ego. Editora Cultrix, SP, 1980
41. Turner RP, Lukoff D, Barnhouse RT, Lu FG. *Religious or spiritual problem. A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. J Nerv Ment Dis.* 1995
42. Moreira-Almeida A, Lotufo F, Koenig HG - Religiosidade e saúde mental: uma revisão, Special Article - Braz. J. Psychiatry 28 (3) • Set 2006 <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000006>
43. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Nacif SAP - Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? Rev Bras Clin Med 2010;8(2):154-82.

- 57.** Lotufo Neto F; - Lotufo Jr.Z; Martins JC - Influências da Religião sobre a Saúde Mental, Editora Esetec, SP, 2009
- 58.** Diversos A. No Title Congresso Espirita FEESP - “O grão de mostarda – Problemas da atualidade em relação à fé raciocinada.” SP, 2017
- 59.** Toniol R - *Spirituality that is good: research, public policy and clinical practice for the promotion of spirituality as health*, *Revista Sociedad Y Religión* no 43, Vol XXV (2015), pp.110-143
- 60.** Menezes AB, (Sob o pseudônimo Max) - A Loucura sob Novo Prisma, Publicação original de 1920: Editora FEB , 13ª edição, Brasília – DF
- 61.** Jeremy Y NG; Nazir Z; Naul H. - *Complementary and alternative medicine recommendations for depression: a systematic review and assessment of clinical practice guidelines*, *London* Vol. 20, (2020): 1-15. DOI:10.1186/s12906-020-03085
- 62.** Lucchetti ALG. Descrição de terapia complementar religiosa em centros espíritas da cidade de São Paulo com ênfase na abordagem sobre problemas de saúde mental. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obter o título de Mestre em Ciências do Programa de Psiquiatria, Orientador Prof. Dr. Homero Pinto Vallada Filho, SP, 2013
- 63.** Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 3 Maio 2006
- 64.** Azhar MZ; Varma SL – *Religious Psychotherapy in Depressive Patients, Ensaio Clínico Psychother Psychosom*, 1995; 63 (3-4): 165-8 – DOI: 10.1159/000288954
- 65.** Silva JJF & Costa RS da - *Integrative and complementary practices in the treatment of depression: integrative review. Research, Society and Development*, v. 10, n. 16, e168101623595, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23595>
- 66.** Silva LS, Valsoler RLC, Stortti TM - Utilização das práticas integrativas e complementares (PICS) no tratamento da depressão: uma pesquisa bibliográfica, *Brazilian Journal of Development*, - Curitiba, v.7, n.7, p.72935-72941 jul. 2021. DOI:10.34117/bjdv7n7-459
- 67.** Carvalho JS, Carvalho RA, Carvalho AL - As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) como tratamento à depressão: uma revisão integrativa - SAJES – Revista da Saúde da AJES, Juína/MT, v. 7, n. 14, p. 12 – 22, Jul/Dez.2021
- 68.** Anselmo, MC; Millano VCMO – Estudo e Prática de Assistência Espiritual: Edição revisada e atualizada – FEESP 2017, 3ª. Edição

- 69.** Kaptchuk T, Kerr C, Zanger A.- Placebo controls, exorcisms, and the devil. *Lancet*. 2009;374(9697):1234-5.
- 70.** Comitê Científico Internacional da UNESCO para Redação da História Geral da África: África do século XIX à década de 1880 / editado por J. F. Ade Ajayi. – Brasília: UNESCO, 2010. 1032 p.
- 71.** Peres MFP, Swerts D, de Oliveira AB, Leão FC, Lucchetti ALG, Vallada H, de Oliveira Maraldi E, Toniol R, Lucchetti G. *Mental Health and Quality of Life Among Adults With Single, Multiple, and No Religious Affiliations*. *J Nerv Ment Dis*. 2020 Apr;208(4):288-293
- 72.** Silva SS, Silva AC, Silva MC – A Relevância da Espiritualidade para o Tratamento de Pacientes em Leitos de UTI com Transtorno de Depressão como Prática do Enfermeiro – Temas em Saúde FESVIP, João Pessoa, 2019
- 73.** Oliveira RML de - Avaliação de efeitos da prática de impositação de mãos sobre os sistemas hematológico e imunológico de camundongos machos: Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências, SP 2003 – DOI: 10.11606; D.5.2003.tde-23092014-145211
- 74.** Oliveira RML de – Efeito da prática do Reik sobre aspectos psicofisiológicos e de qualidade de vida de idosos com sintomas de estresse: estudo placebo e randomizado. Tese de Doutorado apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção de título de Doutor em Ciências, SP 2013
- 75.** Lucchetti G, de Oliveira RF, Gonçalves JPB, Ueda SMY, Mimica LMJ, Lucchetti ALG – *Effect of Spiritist “passe” (spiritual healing) on growth of bacterial cultures – Complement Ther Med* 2013 Dec;21 (6):627-32. Doi: 10.1016/j.ctim.2013.08.012. Epub 2013 Aug 31
- 76.** Cavalcante RS, Banin VB, Ribeiro Paula NAM, Daher SR, Habermann MC, Habermann F, Bravin AM, da Silva CEC, Andrade GM - *Effect of the Spiritist “passe” energy therapy in reducing anxiety in volunteers: A randomized controlled trial; Complement Ther Med*. 2016 Aug;27:18-24. doi: 10.1016/j.ctim.2016.05.002. Epub 2016 May 6
- 77.** Carneiro EM, Moraes GV, Terra GA – *Effectiveness of Spiritist Passe (Spiritual Healing) on the Psychophysiological Parameters in Hospitalized Patients; Randomized Controlled Trial; Adv Mind Body Med*. 2016 Summer;30(3):4-10. PMID: 27874837

- 78.** Carneiro EM, Barbosa LP, Marson JM, Terra Jr. JA, Martins CJP, Modesto D, Resende LAPR de, Borges MF – *Effectiveness of Spiritist “passe” (spiritual healing) for anxiety levels, depression, pain, muscle tension, well-being, and physiological parameters in cardiovascular inpatients: a randomized controlled trial. Complement Ther Med*; 2017 Feb;30:73-78. DOI: 10.1016/j.ctim.2016.11.008.
- 79.** Melo, Jacob – *Cure-se e Cure pelos Passes: conhecendo e utilizando proveitosamente nossos potenciais curativos*; Editora Martin Claret, SP, 2001
- 80.** Allan Kardec (pseudônimo de Hippolyte Léon Denizard Rivail) – *O Evangelho Segundo o Espiritismo*, tradução de J. Herculano Pires, Editora LAKE, SP, 1993: Capítulo I, item 8
- 81.** Pires JH – *O Espírito e o Tempo: Introdução antropológica ao Espiritismo*, Editora Paideia, SP, 1ª edição digital, fevereiro/2020
- 82.** Allan Kardec (pseudônimo de Hippolyte Léon Denizard Rivail) – *O Livro dos Espíritos*, tradução de J. Herculano Pires, Editora LAKE, 57, SP, 1997
- 83.** Allan Kardec (pseudônimo de Hippolyte Léon Denizard Rivail) – *O Livro dos Médiuns*, tradução de J. Herculano Pires, Editora LAKE, 2ª, SP, 1996
- 84.** Allan Kardec (pseudônimo de Hippolyte Léon Denizard Rivail) – *O Céu e o Inferno*, tradução de J. Herculano Pires, Editora LAKE, 7ª, SP, 1995
- 85.** Allan Kardec (pseudônimo de Hippolyte Léon Denizard Rivail) - *A Gênese*, tradução de J. Herculano Pires, Editora LAKE, 17ª, SP, 1994
- 86.** Allan Kardec (pseudônimo de Hippolyte Léon Denizard Rivail) – *Obras Póstumas*, tradução de J. Herculano Pires, Editora LAKE, 11ª, SP, 1995
- 87.** <https://www.integrativapsi.com/single-post/2018/06/21/-> A Depressão-segundo-o-espiritismo [acessado em 15.04.22]
- 88.** Franco D, Nogueira WL (org) – *Aspectos Psiquiátricos e Espirituais nos Transtornos Emocionais (espíritos diversos)*. [psicografado por] Divaldo Pereira Franco; Livraria Espírita Alvorada, BA, 2004
- 89.** Ângelis, Joanna de (Espírito) – *Vitória sobre a Depressão, pelo Espírito Joanna de Ângelis* [psicografado por] Divaldo Pereira Franco; Livraria Espírita Alvorada, Salvador, BA 2010
- 90.** Ângelis, Joanna de (Espírito) – *Vida: Desafios e Soluções, pelo Espírito Joanna de Ângelis* [psicografado por] Divaldo Pereira Franco; Livraria Espírita Alvorada, Salvador, BA 2000

91. Ângelis, Joanna de (Espírito) – Elucidações Psicológicas à Luz do Espiritismo pelo Espírito Joanna de Ângelis [psicografado por] Divaldo Pereira Franco; organização de Geraldo Campetti Sobrinho e Paulo Ricardo A. Pedrosa; Livraria Espírita Alvorada, Salvador, BA 2002
92. Peres MFP, de Oliveira AB, Leão FC, Vallada H, Moreira-Almeida A, Lucchetti G. - Religious landscape in Brazil: Comparing different representative nationwide approaches to obtain sensitive information in healthcare research. *SSM Popul Health*. 2018 Sep 7;6:85-90
93. Centro de Apoio a Pacientes Oncológicos Dr. Bezerra de Menezes – CAPO; Depressão e Espiritismo, <https://capobm.org/> , [acessado em 09/08/21]
94. Goleman D, Ph.D. *Inteligência emocional: a teoria revolucionária que define o que é ser inteligente*. Tradução de Marcos Santarrita, Objetiva, RJ, 2001. Cap. 5. p. 88
95. Kunz DVG - Aspectos Espirituais das Artes de Curar, Editora Teosofica, Livraria Botafogo, RJ, 1985
96. Lucchetti ALG et al. Mental and Physical Health and Spiritual Healing: An Evaluation of Complementary Religious Therapies Provided by Spiritist Centers in the City of São Paulo, Brazil. *CULT MED PSYCH*, 2016, Sep, 40. (3):404–21.
97. Canhadas CM - Cura espiritual, uma visão integradora corpo-mente-espírito. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999
98. <https://feesp.com.br/portfolio>, acessado em 05/04/21
99. Relatório anual da Federação Espírita do Estado de São Paulo (FEESP), 2019
100. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G - Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines; - *Revista Brasileira de Psiquiatria* vol.36 no.2 São Paulo Apr./June 2014 - [https:// doi.org/ 10.1590/1516-4446-2013-1255](https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1255)
101. Lucchetti AL, Peres MF, Vallada HP, Lucchetti G. Spiritual Treatment for Depression in Brazil: An Experience From Spiritism. *Explore (NY)*. 2015 Sep-Oct;11(5):377-86
102. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder The GAD-7 Robert L. Spitzer, MD; Kurt Kroenke, MD; Janet B. W. Williams, DSW; Bernd Lowe, MD, PhD - REPRINTED) *ARCH INTERN MED/ VOL 166, MAY 22, 2006*
103. SciELO - Saúde Pública Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population;– 2013

- 104.** Lucchetti G, Luchetti ALG, Peres MFP, Leao, FC, Moreira-Almeida, A, Koenig H.G., – Validation of The Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version) *J.Relg Health* 2012 Jun;51(2):579-86. doi: 10.1007/s10943-010-9429-5
- 105.** Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de saúde pública*, 2000, 34(2):178-183
- 106.** Serpytis, Pranas, Navickas Petras, Lukaviciute Laura, Navickas Alvydas, Aranauskas Glaveckaite Sigita, Petrulioniene Zaneta, Samalavicius Robertas - Gender-Based Difference in Anxiety and Depression Following Acute Myocardial Infarction - DOI: 10.5935/abc.20180161. Epub 2018 Aug 23
- 107.** <https://www.cps.fgv.br;cps;religiao> - Centro de Políticas Sociais/FGV [acessado em 29/04/22]
- 108.** Oliveira MG, Baptista MN, Baptista ASD - Depressão e Gênero: Por que as mulheres deprimem mais que os homens? Trabalho apresentado na Mesa-redonda Depressão e o estilo de vida da mulher, XXIX Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia, Campina5 - SP, outubro de 1999
- 109.** APA, 1994; Lafer B - Transtornos do humor. Em O.P. Almeida; L. Dralcu e R. Laranjeira (eds.), *Manual de psiquiatria* (cap 8, pp. 113-126). Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan,1996
- 110.** APA, 1994; Leon AC, Klennan GL e Wiekramaratnc P - Continuing female predominance in depressive illness. *American Journal of Public Health*, 83, 754-757, 1993
- 111.** Peres JFP, Simão JP, Nasello AG - Spirituality, Religiousness and Psychotherapy/ *Rev. Psiq. Clín.* 34, supl 1; 136-145, SP, 2007
- 112.** Mondardo ALP, Piovesan P, Mantovni C - A percepção do paciente quanto ao processo de mudança psicoterápica; *Aletheia* 30, p.158-171, jul./dez. 2009
- 113.** Gonçalves JPB – Intervenções espirituais e/ou religiosas a saúde: revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos controlados; Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Psiquiatria Orientador: Prof. Dr. Homero Pinto Vallada Filho, SP 2014
- 114.** Ruela Ludmila de Oliveira, Moura Caroline de Castro, Gradim Clicia Valim Cortes, Stefanello Juliana, Iunes Denise Hollanda, do Prado Rogério Ramos - *Implementation, access and use of integrative and complementary practices in the unified health system: a literature review* – *Ciência Saúde Coletiva*, 2019 Oct 28;24(11):4239-4250 – doi:10.1590/1413-812320182411.06132018. eCollection 2019

- 115.** *Report on Clinical Evidence in Integrative and Complementary Practices in Health – Depression and Anxiety, N# 03/2020 Brasília –DF 2020, prepared by the National Coordination of Integrative and Complementary Practices in Health (CNPICS) – Ministry of Health, BR*
- 116.** Gonçalves LM, Tsuge MLT, Borghi VS, Miranda FP, Sales, APA, Lucchetti ALG & Lucchetti G – *Spirituality, Religiosity, Quality of Life and Mental Health among pantaneiros: a study involving a vulnerable population in pantanal wetlands, Brazil; Journal of Religion and Health vol 57, pages2431-2443 july/18*
- 117.** Manea L, Gilbody S, McMillan D – *A Diagnostic meta-analysis of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ9) algorithm scoring method as a screen for depression – General Hospital Psychiatry, 2015 – Elsevier, <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2014.09.009>*

10. ANEXOS

Anexo 1

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:

.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE No :SEXO: M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO

.....
No APTO:

BAIRRO:CIDADE

..... CEP:.....

TELEFONE: DDD (.....)

.....

2. RESPONSÁVEL LEGAL

.....
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M F

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO:

.....

No APTO:
.....BAIRRO:.....
CIDADE:.....CEP:
TELEFONE: DDD (.....)
.....

Anexo 2

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: **Acesso à Saúde e Perfil Diagnóstico em Pacientes Atendidos em Grupos de Tratamento Espiritual para Depressão**

2. PESQUISADOR: **Magaly Santos**

CARGO/FUNÇÃO: Psicóloga

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL No: CRP-06/43041-1

UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto de Psiquiatria

3. AVALIAÇÃO

DO RISCO DA PESQUISA: RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO

RISCO BAIXO RISCO MAIOR

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 3 meses

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável:

Rubrica do pesquisador _____

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

O presente termo registra o seu consentimento em participar do estudo: “A Espiritualidade no Tratamento da Depressão”.

A pesquisa consiste apenas no uso de questionários. A aplicação dos questionários não traz nenhum risco ou desconforto físico para o entrevistado.

A pesquisa trará como benefício para o entrevistado um reconhecimento de seu perfil de espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais e como isso influencia em sua saúde.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O investigador executante é a Psicóloga Magaly Sola Santos, que pode ser encontrada no endereço Rua Borges Lagoa, 570, Telefone: 5576-4990.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5o andar – tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 – e-mail: cappesq@hcnet.usp.br.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente.

É direito do paciente ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

É compromisso do pesquisador utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável

Rubrica do pesquisador

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “A Espiritualidade no Tratamento de Depressão do Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade (ProSER)”. Eu discuti com a Psicóloga Magaly Sola Santos sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal: Data:

Assinatura da testemunha: Data:

(para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.)

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo: Data:

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável:

Rubrica do pesquisador:

Anexo 3

Roteiro de Coleta de Dados

Dados Sociodemográficos:

1. Nome: _____
2. Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: ___anos
3. Sexo (1) Masculino (2) Feminino
4. Orientação Sexual: _____
5. Estado Civil (1) Solteiro (2) Casado/Convive
(3) Separado (4) Viúvo
4. Número de Filhos _____
5. Escolaridade (1) Ensino Fundamental Incompleto
(2) Ensino Fundamental Completo
(3) Ensino Médio Incompleto
(4) Ensino Médio Completo
(5) Ensino Superior Incompleto
(6) Ensino Superior Completo
6. Profissão _____
- Atuação Profissional (1) Empresário (2) Empregado
(3) Aposentado (4) Desempregado
(5) Trabalho sem remuneração
(6) Estudante

7. Renda Familiar (1) menos de 01 salário-mínimo
- (2) de 01 a 02 salários-mínimos
 - (3) de 02 a 03 salários-mínimos
 - (4) de 03 a 05 salários-mínimos
 - (5) de 05 a 10 salários-mínimos
 - (6) de 10 a 20 salários-mínimos
 - (7) mais de 20 salários-mínimos

Dados da Afiliação Religiosa:

8. Qual das alternativas abaixo melhor designa sua filiação religiosa **atual**?

- (01) Católica
- (02) Evangélica
- (03) Protestante
- (04) Espírita Kardecista
- (05) Judaica
- (06) Budista
- (07) Umbanda
- (08) Candomblé
- (09) Seicho-no-ie
- (10) Testemunha de Jeová
- (11) Cristão
- (12) Espiritualista
- (13) Wicca
- (14) Agnóstico

(15) Ateísta

(16) Sem religião

(17) Outra

9. Da religião que você escolheu acima, você se considera praticante?

(1) Nada (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Muito

10. Além da afiliação religiosa acima, você costuma frequentar alguma outra?

(01) Católica

(02) Evangélica

(03) Espírita Kardecista

(04) Judaica

(05) Budista

(06) Umbanda

(07) Candomblé

(08) Seicho-no-ie

(09) Testemunha de Jeová

(10) Cristão

(11) Espiritualista

(12) Wicca

(13) Nenhuma

11. Qual das alternativas abaixo melhor designa a sua afiliação religiosa **do início da sua vida**?

(01) Católica

(02) Evangélica

(03) Espírita Kardecista

- (04) Judaica
- (05) Budista
- (06) Umbanda
- (07) Candomblé
- (08) Seicho-no-ie
- (09) Testemunha de Jeová
- (10) Cristão
- (11) Espiritualista
- (12) Wicca
- (13) Agnóstico
- (14) Ateísta
- (15) Sem religião
- (16) Outra

12. Se houve mudança da religião **do início da sua vida** para a religião **atual**, qual era a sua idade quando a mudança ocorreu? _____

Qual a importância da religiosidade na sua vida?

- (1) Muito Pouco (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Muito (5) Demais

13. Você se considera uma pessoa religiosa?

- (1) Muito Pouco (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Muito (5) Demais

14. Você se considera espiritualizado?

- (1) Muito Pouco (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Muito (5) Demais

15. Você se considera uma pessoa que dá importância para o lado espiritual?

- (1) Muito Pouco (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Muito (5) Demais

16. Você se considera uma pessoa que tem fé? Qual o papel da sua fé no restabelecimento da sua saúde?

(1) Muito Pouco (2) Pouco (3) Moderadamente (4) Muito (5) Demais

17. Faz trabalhos voluntários? Desde quando?

Dados de Saúde:

18. Já fez tratamento médico para depressão? () Sim () Não

Já teve diagnóstico de depressão? () Sim () Não

19. Se sim, quem diagnosticou sua depressão?

(1) Psicólogo (2) Psiquiatra () outro médico qual? _____

20. Toma alguma medicação rotineira para algum tratamento de saúde? Qual?

Dosagem: _____

Toma alguma medicação para depressão?

Dosagem: _____

Quando começou? _____

21. Parou a medicação quando iniciou essa assistência? () Sim () Não

22. Faz terapia? Quanto tempo? () Sim () Não Tempo: _____

23. Faz tratamento com medicamento? () Sim () Não

Tempo: _____

24. Qual o motivo da Interrupção? _____

25. Data do início dessa assistência espiritual na FEESP: ___/___/___

26. Pretende iniciar novo tratamento espiritual () Sim () Não

Comorbidades:

28. Possui alguma outra doença? () Sim () Não

Qual: _____

29. Está em tratamento? _____

30. Já esteve internado? () Sim () Não

Quantas vezes _____

Anexo 4

GAD – 7

Nas últimas 2 semanas, com frequência você ficou incomodado

com os seguintes problemas?

Utilize "✓" para indicar a sua resposta

	De modo algum	Todos os dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentir-se nervoso, ansioso ou no limite	0	1	2	3
2. Não é capaz de controlar a preocupação	0	1	2	3
3. Preocupado demais sobre coisas diferentes	0	1	2	3
4. Problemas relaxantes	0	1	2	3
5. Tão inquieto a ponto de não ficar parado	0	1	2	3
6. Tornando-se facilmente irritado ou irritável	0	1	2	3
7. Sentindo medo como se algo horrível fosse acontecer.	0	1	2	3

Para codificação do Trabalho:

T ____ = ____ + ____ + ____

Anexo 5 (PHQ- 9)

Questionário Sobre a Saúde do Paciente

Durante os últimos 14 dias, quantos foram afetados por algum dos seguintes problemas?	Nunca	Em vários dias	Em mais de metade do número de dias	Em quase todos os dias
1. Tive pouco interesse ou prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Senti desânimo, desalento ou falta de esperança	0	1	2	3
3. Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormir demais	0	1	2	3
4. Senti cansaço ou falta de energia	0	1	2	3
5. Tive falta ou excesso de apetite	0	1	2	3
6. Senti que não gosto de mim próprio/a, ou que sou um(a) falhado(a) ou me desiludi a mim próprio(a) ou à minha família	0	1	2	3
7. Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Movimentei-me ou falei tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estive agitado(a) a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual	0	1	2	3
9. Pensei que seria melhor estar morto(a), ou em magoar-me a mim próprio(a) de alguma forma	0	1	2	3

For office coding

_____ + _____ + _____ + _____

Total Score: _____

Se indicou alguns problemas, até que ponto é que eles dificultaram o seu trabalho, o cuidar da casa ou a lidar com outras pessoas?

Não
Dificultaram

Dificultaram um
Pouco

Dificultaram
muito

Dificultaram
extremamente

Anexo 6

Índice de Religiosidade da Universidade Duke

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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