doi: http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i2p134-147 Rev Med (São Paulo). 2020 mar.-abr.;99(2):134-47.

Interconexão entre saúde, espiritualidade e religiosidade: importância do ensino, da pesquisa e da assistência na educação médica

Interconnection between health, spirituality and religiosity: importance of teaching, research and assistance in medical education

Marcus Zulian Teixeira

Teixeira MZ. Interconexão entre saúde, espiritualidade e religiosidade: importância do ensino, da pesquisa e da assistência na educação médica / *Interconnection between health, spirituality and religiosity: importance of teaching, research and assistance in medical education.* Rev Med (São Paulo). 2020 mar.-abr.;99(2):134-47.

RESUMO: *Introdução*: Desde os primórdios da humanidade, todas as populações valorizam a correlação entre a saúde e o binômio espiritualidade-religiosidade (E/R), embora tenham sido separados na prática médica moderna. Nas últimas décadas, têm-se observado um incremento de estudos e pesquisas que endossam a necessidade de se reconsiderar essa abordagem integrativa, com evidente incremento na atenção à saúde. *Objetivo*: O artigo ressalta a importância e a necessidade do ensino, da pesquisa e da assistência da interconexão entre saúde, espiritualidade e religiosidade na educação médica. *Método*: Revisão narrativa da literatura realizada em 2018 a partir das publicações existentes nas bases de dados MEDLINE (via PubMed) e LILACS (via BVS). *Resultados*: Descrevendo o panorama dos estudos que demonstram os efeitos positivos das práticas espirituais e religiosas na saúde física e mental dos indivíduos, o artigo evidencia que sua incorporação às demais terapias poderia incrementar o enfrentamento e a evolução clínica em inúmeras doenças. *Conclusão*: No entanto, pesquisas com desenhos apropriados devem ser realizadas para diferenciar o efeito terapêutico específico das intervenções espirituais e religiosas do efeito terapêutico não específico ou efeito placebo que o simbolismo espiritual e religioso desperta no psiquismo dos pacientes.

Descritores: Assistência integral à saúde; Medicina integrativa; Terapias complementares; Espiritualidade; Religiosidade; Terapias espirituais; Educação médica.

ABSTRACT: *Introduction*: Since the beginnings of mankind, all populations have valued the correlation between health and the binomial spirituality-religiosity (S/R), although they have been separated in modern medical practice. In recent decades, there has been an increase in studies and researches that endorse the need to reconsider this integrative approach, with evident increase in health care. Objective: The article emphasizes the importance and necessity of teaching, research and assistance in medical education. *Method*: Narrative review of the literature conducted in 2018 from the publications in MEDLINE (via PubMed) and LILACS (via VHL) databases. *Results*: Describing the panorama of the studies that demonstrate the positive effects of the spiritual and religious practices on the physical and mental health of the individuals, this review evidences that its incorporation to the other therapies can increase the coping and the clinical evolution in numerous diseases. *Conclusion*: However, appropriately designed research should be conducted to differentiate the specific therapeutic effect of spiritual and religious interventions from the non-specific therapeutic effect or placebo effect that spiritual and religious symbolism arouses in the patients' psyche.

Keywords: Integral health assistance; Integrative medicine; Complementary therapies; Spirituality; Religiosity; Spiritual therapies; Education, medical.

Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina. Médico homeopata. Doutor em Ciências Médicas. Coordenador da disciplina optativa Fundamentos da Homeopatia (MCM0773). Pesquisador do Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade (ProSER), Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clinicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BR. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3338-8588.
Endereço para correspondência: Marcus Zulian Teixeira. Rua Teodoro Sampaio, 352, conjunto 128. São Paulo, SP. CEP: 05406-000. Brazil. E-mail: mzulian@usp.br

INTRODUÇÃO

Em todas as civilizações e culturas, desde épocas mais remotas, o homem busca compreender sua essência espiritual, ponto de ligação com a Divindade e subsídio ao entendimento do sentido da vida e do mistério da morte. Denominada, simplificadamente, como alma ou espírito, representa a esperança na continuidade do ser e de sua vida de relações após o desenlace carnal, assumindo posição de destaque no corpo doutrinário das diversas religiões e filosofias[1].

Paralelamente, racionalidades médicas vitalistas seculares contribuem à ampliação do entendimento do processo saúde-doença, localizando em instâncias não materiais (força vital, mente, alma e espírito, dentre outras) as possíveis causas do adoecimento humano, correlacionando manifestações subjetivas da individualidade (pensamentos, sentimentos e emoções) ao desequilíbrio dos diversos sistemas fisiológicos[2].

Segundo Koenig[3], importante pesquisador da interconexão entre saúde, espiritualidade e religiosidade, "religião, medicina e saúde têm sido relacionados de uma maneira ou de outra em todas as populações, desde os primórdios da humanidade. Somente nos últimos tempos esses sistemas de cura foram separados, e esta separação ocorreu em grande parte em países altamente desenvolvidos; em muitos países em desenvolvimento, existe pouca ou nenhuma separação".

Em 1946, a Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) definia saúde como "um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade"[4]. Em 1999, uma emenda à referida Constituição da OMS incluiu o aspecto espiritual no conceito multidimensional de saúde: "saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade"[5].

Endossando essa definição, diversos estudos evidenciam que o envolvimento espiritual e religioso está positivamente associado a indicadores de saúde física e, principalmente, mental. Nesse contexto, religiosidade e espiritualidade se relacionam a menores taxas de suicídio, depressão, ansiedade e uso de substâncias ilícitas; melhor recuperação nos casos de depressão e maior bem-estar geral, dentre outros benefícios que as caracterizam como fonte de força e resiliência para os pacientes, incluindo aqueles com transtornos mentais graves[6,7].

Diante dessas evidências, a *Word Psychiatric Association*[8] e outras instituições psiquiátricas, tais como o *Royal College of Psychiatrics*[9], a *American Psychiatric Association*[10] e a Associação Brasileira de Psiquiatria[11], passaram a recomendar a inclusão da religiosidade e da espiritualidade na prática clínica e na formação médica.

Valorizando os aspectos espirituais e religiosos da individualidade no direcionamento da atenção à saúde mental, a *American Psychiatric Association* incluiu na quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) os "Problemas Espirituais e Religiosos" como uma nova categoria diagnóstica[12,13], justificando a avaliação de experiências religiosas e espirituais como parte constituinte da investigação psiquiátrica, sem necessariamente julgá-las como psicopatológicas. Nesse contexto, espiritualidade e religiosidade passam a ser valorizadas como importantes contributos na atenção clínica e na promoção à saúde, sendo fundamental que sejam incorporadas às atividades de ensino, pesquisa e assistência dos currículos acadêmicos de medicina.

Em consonância ao crescimento da educação médica em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICSs), tais como a homeopatia e a acupuntura[14-16], que ampliam o entendimento do processo de adoecimento humano e incrementam a terapêutica das doenças em conformidade com suas concepções antropológicas vitalistas[1,2], a disseminação de outras abordagens filosófico-espiritualistas poderia contribuir de forma semelhante à compreensão e ao tratamento do binômio doente-doença.

Analogamente, pela importância crescente dedicada à correlação entre saúde, espiritualidade e religiosidade, médicos e demais profissionais da saúde deveriam estar preparados para atenderem as demandas espirituais e religiosas de seus pacientes, adquirindo informação e treinamento nos diversos aspectos e abordagens desse vasto campo de conhecimento.

Seguindo esse objetivo, propomos nessa revisão narrativa trazer o panorama mundial do ensino, da pesquisa e da assistência na área, exemplificando na Doutrina Espírita ou Espiritismo os avanços e as limitações existentes, em vista de ser um sistema ideológico de cunho científico, filosófico e religioso, disseminado mundialmente e seguido por 2% da população brasileira (em torno de 3,8 milhões de indivíduos) segundo o último censo demográfico[17].

MÉTODO

Essa revisão narrativa da literatura sobre a interconexão entre saúde, espiritualidade e religiosidade foi elaborada com artigos selecionados através da pesquisa dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) nas bases de dados MEDLINE (via PubMed) e LILACS (via BVS), compreendendo o período total até 30 de junho de 2018. Os descritores utilizados e as estratégias de busca, com os respectivos resultados, estão descritos na Tabela 1. Foram considerados os estudos que disponibilizavam texto completo em inglês, português e espanhol. Após leitura dos resumos, os estudos foram escolhidos em conformidade com sua importância e abrangência em relação aos tópicos de interesse. Apesar de não terem sido indicadas no filtro da pesquisa inicial, referências clássicas foram acrescentadas pela excelência de seus conteúdos e autores.

RESULTADOS

Tabela 1. Estratégias de busca sistemática nas bases de dados até junho de 2018 e resultados obtidos

Bases de Dados	Descritores utilizados / Estratégias de busca	Resultados (artigos)
MEDLINE (via PubMed)	"health" AND "spirituality"	5466
	"health" AND "spirituality" AND "medical education"	116
	"health" AND "spirituality" AND "psychological adaptation"	1120
	"health" AND "spirituality" AND "therapeutic use"	79
	"health" AND "spirituality" AND "clinical trial"	88
	"health" AND "spirituality" AND "psychophysiology"	16
	"health" AND "spirituality" AND "placebo effect"	4
	"health" AND "spirituality" AND "integral healthcare practice"	28
	"spiritism"	28
LILACS (via BVS)	"health" AND "spirituality"	356
	"health" AND "spirituality" AND "medical education"	12
	"health" AND "spirituality" AND "psychological adaptation"	15
	"health" AND "spirituality" AND "therapeutic use"	7
	"health" AND "spirituality" AND "clinical trial"	1
	"health" AND "spirituality" AND "psychophysiology"	0
	"health" AND "spirituality" AND "placebo effect"	0
	"health" AND "spirituality" AND "integral healthcare practice"	4
	"spiritism"	16

Na discussão de cada tópico de interesse ao tema em questão, o número de estudos empregados foi o seguinte: "educação médica" (14 artigos), "enfrentamento de problemas de saúde" (23 artigos), "implicações clínicas na saúde mental e física" (27 artigos), "mecanismos de ação psicofisiológicos" (4 artigos), "influência do efeito placebo" (29 artigos), "integração na atenção à saúde" (1 artigo), "contribuições do espiritismo no tratamento complementar das doenças" (8 artigos) e "evidências científicas da eficácia da terapêutica espírita" (1 artigo).

SAÚDE, ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE

Segundo pesquisadores da área[3,18], as definições para os termos 'espiritualidade' e 'religiosidade' são muito semelhantes e se sobrepõem. Espiritualidade é definida como uma busca pessoal pela compreensão de questões espirituais/existenciais maiores (por exemplo, o sentido da vida e o mistério da morte) e suas relações com o sagrado e/ou transcendente (Deus, Alá, Brahma e Buddha, dentre outras denominações), o que não ocasiona, necessariamente, o desenvolvimento de práticas ou a formação de comunidades religiosas. Por outro lado, entende-se religiosidade como o exercício de uma religião, que é definida como um sistema de crenças e atividades realizadas por determinada comunidade, com suporte em rituais que veneram e praticam, com o intuito de entrarem em contato com o sagrado e/ou transcendente; em geral, as religiões também apresentam crenças específicas sobre a vida após a morte (abordado também pela espiritualidade) e regras de conduta e relacionamento dentro de um grupo social.

Inúmeros motivos justificam a inclusão do binômio espiritualidade-religiosidade (E/R) no ensino, na pesquisa e na assistência à saúde: (a) muitos pacientes possuem crenças espirituais/religiosas e apresentam necessidades nessa área quando estão doentes; (b) crenças espirituais/religiosas fornecem subsídios para que os pacientes enfrentem inúmeros aspectos que os afligem (enfrentamento ou *coping* espiritual/religioso); (c) crenças e práticas espirituais/religiosas são promotoras da saúde e da qualidade de vida, incrementando os tratamentos convencionais e diminuindo os custos com a saúde; (d) crenças espirituais/religiosas dos pacientes afetam suas decisões em relação aos tratamentos, podendo entrar em conflito ou influenciar o cumprimento dos mesmos; (e) crenças espirituais/religiosas dos médicos podem influir nas decisões que tomam e o tipo de cuidado que dedicam aos pacientes; (f) estudos demonstram que muitos pacientes gostariam que os profissionais da saúde os vissem como seres integrais e acrescentassem suas necessidades espirituais/religiosas aos cuidados que recebem, procedimentos que trariam benefícios significativos ao tratamento; dentre outros aspectos[3,19-23].

Em relação à aceitação das crenças dos pacientes nos cuidados rotineiros da saúde, estudos indicam que grande parte dos médicos se esquiva de sua responsabilidade nessa área[24-26]. Apesar da histórica correlação entre saúde mental, espiritualidade e religiosidade[3], endossada na atualidade pela psiquiatria moderna[27], pesquisa nacional americana (EUA) evidenciou que a maioria dos psiquiatras consultados relatou que nunca, ou raramente, indagava os pacientes sobre suas questões espirituais/religiosas, embora concordassem com a importância do tema no

contexto terapêutico[28]. Atitude semelhante foi observada em levantamentos realizados com psiquiatras de outros países, que justificaram na 'falta de tempo e treinamento' o principal impedimento para incorporar essas questões à prática clínica[29-31].

Analogamente, recente pesquisa realizada com 484 psiquiatras brasileiros membros da Associação Brasileira de Psiquiatria constatou que, apesar da maioria dos psiquiatras terem uma filiação religiosa (67,4%), 55,5% não costumava indagar sobre a E/R de seus pacientes, tendo como principais impedimentos o 'medo de ultrapassar o papel do médico' (30,2%) e a 'falta de treinamento' (22,3%)[32].

Muitas vezes, utilizando-se do Código de Ética Médica (Capítulo 5, Artigos 31 e 32, por exemplo)[33], médicos alegam que crenças religiosas podem gerar um conflito entre a própria consciência e a do paciente, desrespeitando decisões feitas de antemão pelo paciente no que tange ao seu tratamento de saúde. No entanto, posturas opostas são defendidas por profissionais da saúde e pesquisadores da bioética: "O respeito à autonomia do paciente estende-se aos seus valores religiosos. Tais valores não podem ser desconsiderados ou minimizados por outrem, em particular pelos profissionais da saúde, a despeito dos melhores e mais sinceros interesses destes"; valendo ressaltar que "os valores religiosos podem ser uma força positiva para o conforto e a recuperação do paciente se ele estiver seguro de que os mesmos serão respeitados"[34]. Esse dilema reforça a importância da inclusão de atividades, disciplinas e debates sobre esses tópicos na educação dos profissionais da saúde e no cuidado dos pacientes[35,36].

Exemplificando essa conduta, nos EUA, as normas estabelecidas pelo *Medicare*[37] e pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*[38] exigem que os prestadores de cuidados em saúde mostrem respeito pelos valores culturais e pessoais dos pacientes, crenças e preferências (incluindo as convicções religiosas e espirituais). Em vista disto, se os profissionais da saúde desconhecem essas crenças e preferências, eles não podem mostrar respeito por elas e ajustá-las em conformidade ao cuidado dispensado[3].

Assim sendo, além de disponibilizar esses temas aos estudantes de medicina[39], torna-se imprescindível que os profissionais da saúde integrem os referidos contributos na semiologia e na propedêutica clínica convencional, através de histórias ou anamneses espirituais breves[3,40-42], com o intuito de ampliar o entendimento do adoecer humano, incrementar a relação médico-paciente e promover o bem-estar geral do indivíduo. Por outro lado, estimulando a incorporação de práticas espirituais/religiosas à terapêutica convencional, poderiam ampliar a resolutividade das doenças modernas e diminuir os custos com os cuidados na saúde[6,7], como veremos em detalhes adiante.

Educação médica em espiritualidade e saúde (E/S)

Diversos estudos indicam os benefícios da inclusão da temática 'espiritualidade e saúde' (E/S) nos currículos das faculdades de medicina[43-47], dentre outras áreas da saúde[48,49].

Levantamento mundial sobre a educação médica em espiritualidade[50] mostrou predomínio norte-americano perante os demais países, sendo que em 1994 apenas 13% das escolas médicas dos EUA ofereciam atividades curriculares ligadas à espiritualidade; em 1998, esse número atingiu 31% e, em 2004, 67% das faculdades de medicina disponibilizavam essas atividades. Em 2008, 67% das escolas médicas norte-americanas continuavam oferecendo alguma atividade ligada à espiritualidade, sendo que em 75% como prática regular[51]. Em 2010, pesquisa nacional indicou que 90% das escolas médicas dos EUA ministravam atividades relacionadas à E/S, 73% com conteúdo em cursos obrigatórios abordando outros tópicos como Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICSs) ou Medicina Alternativa e Complementar (MAC), e 7% com um curso obrigatório dedicado especificamente ao tema[52].

No Reino Unido, pesquisa respondida por 53% das escolas médicas consultadas mostrou que 59% dessas instituições forneciam alguma forma de ensino no campo da espiritualidade. A inclusão dessas atividades ocorria na forma de palestras, discussões em grupos, entrevistas de pacientes, acompanhamento de capelães e leituras específicas[53].

No Brasil, levantamento[54] respondido por 47,7% das escolas médicas consultadas indicou que apenas 10,5% ofereciam cursos sobre E/S e 40,7% tinham cursos ou algum conteúdo sobre E/S. Apenas duas escolas ofereciam cursos que envolviam treinamento prático e três escolas tinham cursos que ensinavam como conduzir uma anamnese espiritual. A maioria dos diretores médicos (54%) acreditava que E/S deveria ser ensinada em suas escolas. Segundo esse mesmo levantamento, o conteúdo curricular desses cursos mostrou-se bastante heterogêneo, abordando tópicos diversos: aspectos intrínsecos às diversas religiões e filosofias, PICSs ou MAC, interface entre física quântica e saúde, dentre outras.

Com o intuito de ampliar o ensino acadêmico com temas relacionados ao binômio E/S, três proposições metodológicas são sugeridas para operacionalizar este processo junto aos profissionais da saúde[55]: a) "composição de disciplinas na matriz curricular de tal forma que as inter-relações entre E/S sejam contempladas na formação de profissionais de saúde"; b) "oferecimento de cursos de extensão e demais possibilidades, como estágios, que sejam utilizados como atividades complementares, conforme prevêem as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Superior"; c) "abordagem na transversalidade, na qual os componentes curriculares abordem as práticas educativas com atenção aos aspectos relativos à espiritualidade e a sua relação com a saúde".

Além da graduação médica, cursos sobre E/S também são ministrados em programas de residência médica (cuidados paliativos, psiquiatria, medicina interna

e medicina de família) nos EUA, Canadá e Europa[50], propiciando aos residentes incrementos na relação médico-paciente, na compreensão da necessidade espiritual do paciente e na satisfação com o trabalho[56].

Emprego da espiritualidade/religiosidade (E/R) no enfrentamento de problemas de saúde

Espiritualidade e religiosidade (E/R) podem auxiliar os pacientes na adaptação psicológica ou enfrentamento (coping) de problemas de saúde. Diversos estudos evidenciam que o enfrentamento espiritual/religioso ajuda as pessoas a lidarem com uma grande variedade de doenças crônicas e situações estressantes: dores crônicas, doenças renais, diabetes, doenças pulmonares, câncer, doenças hematológicas, doenças cardiovasculares, distúrbios neurológicos, HIV/AIDS, lúpus eritematoso sistêmico, síndrome do intestino irritável, doenças musculoesqueléticas, doenças psiquiátricas, terminalidade da vida e estresse pós-traumático, dentre outras[3].

Em pacientes portadores de câncer, estudos demonstram que o enfrentamento espiritual/religioso está associado a níveis mais baixos de desconforto, ansiedade, hostilidade e isolamento social[57-61], auxiliando também os cuidadores familiares[62,63]. Características provenientes de crenças ou convicções espirituais/religiosas, tais como esperança, otimismo, ausência de arrependimento e satisfação de vida, também estão associadas à melhor adaptação em indivíduos diagnosticados com câncer.

O tipo de enfrentamento religioso também pode influenciar a qualidade de vida dos pacientes. Estudos em pacientes com câncer avançado evidenciam que o emprego de métodos de enfrentamento religioso positivo (tais como, 'apreciações religiosas benevolentes') está associado à melhor qualidade de vida e maior bem-estar psicológico e existencial. Em contraste, o emprego de métodos de enfrentamento religioso negativo (como 'raiva de Deus', por exemplo) piora a qualidade de vida e o bem-estar psicológico e existencial[64,65], assim como aumenta as ideações suicidas[66]. Estudo em pacientes com câncer diagnosticado no período de cinco anos mostrou que a espiritualidade estava associada com menos angústia e melhor qualidade de vida, independentemente da ameaça percebida, estando no bem-estar espiritual/existencial o maior contributo[67].

Bem-estar espiritual/existencial, entendido como um 'senso de significado para a vida e paz interior'[68], está diretamente relacionado à capacidade dos pacientes com câncer em continuarem desfrutando a vida, apesar dos altos níveis de dor ou fadiga. Estudos em pacientes oncológicos indicam que o bem-estar espiritual/existencial está inversamente relacionado à ansiedade e à depressão[69-71] e diretamente relacionado à saúde física e mental[72]; por outro lado, medidas de religiosidade não se relacionam à depressão[71,73] ou podem predizer um agravamento da doença, particularmente nos casos em que o bem-estar espiritual/existencial é menor[74,75].

Pesquisas realizadas em pacientes pediátricos revelam que a espiritualidade é um aspecto integrante na vida das crianças, a qual muitas vezes ultrapassa a religiosidade no entendimento do contexto e propósito das doenças crônicas, sugerindo que as crenças espirituais auxiliam-nas no enfrentamento das mesmas[76,77]. Em suma, o envolvimento religioso positivo e a espiritualidade parecem estar associados a um incremento na saúde e a uma expectativa de vida maior, mesmo após serem controladas outras variáveis como hábitos de vida e apoio social[78].

Influência da E/R na saúde mental e física: pesquisas científicas e implicações clínicas

Conforme citado anteriormente, práticas e crenças espirituais/religiosas são comumente usadas por pacientes e médicos para lidar com as doenças e outras mudanças de vida estressantes. Um grande volume de pesquisas demonstra que pessoas com maior E/R são mais saudáveis e se adaptam melhor aos distúrbios mentais e físicos que venham a acometê-las, em comparação com aquelas com menor E/R. Esses possíveis benefícios para o bem-estar mental e físico têm consequências fisiológicas que impactam a saúde, afetam o risco de contrair doenças e influenciam a resposta aos tratamentos. Diversos estudos qualitativos e quantitativos, analisados em revisões sistemáticas e metanálises, descrevem essas evidências científicas.

Em revisão sistemática geral e ampla (1872-2010), Koenig[3] analisou as pesquisas sobre E/R e suas implicações clínicas em uma grande variedade de distúrbios e doenças mentais e físicas, cujos resultados iremos descrever abaixo, acrescentando outras revisões recentes.

Influência da E/R na saúde mental

Em torno de 80% das pesquisas sobre E/R envolve estudos na área da saúde mental, disponibilizando na literatura um grande número de revisões sistemáticas gerais sobre o assunto[6,79-84].

Analisando os estudos de alta qualidade metodológica (escore ≥ 7; escala de 0-10 pontos), Koenig[3] descreve as relações da E/R no desenvolvimento de diversos distúrbios e doenças mentais: depressão (178 estudos, relações inversa em 68% e direta em 7%), ansiedade (67 estudos, relações inversa em 55% e direta em 10%), suicídio (49 estudos, relações inversa em 80% e direta em 4%), esquizofrenia e distúrbios psicóticos (7 estudos, relações inversa em 29%, direta em 29% e mista em 29%), distúrbio bipolar (2 estudos, relações inversa em 50% e mista em 50%), dependência química (álcool, 145 estudos, relações inversa em 90% e direta em apenas 1 estudo; cigarro, 83 estudos, relação inversa em 90%;

outras drogas, 112 estudos, relações inversa em 86% e direta em apenas 1 estudo), distúrbios sexuais (50 estudos, relação inversa em 84%), crime/delinquência (60 estudos, relações inversa em 82% e direta em apenas 1 estudo), instabilidade conjugal (38 estudos, relação inversa em 92%), dentre outros.

Outras revisões descreveram relações inversas semelhantes para os seguintes distúrbios: suicídio[85], esquizofrenia e distúrbios psicóticos[86,87], dependência química[88-91], distúrbios alimentares[92], estresse pós-traumático[93], dentre outros. Por outro lado, estudos recentes também descreveram relações diretas (negativas) entre E/R e ansiedade[94], distúrbios de personalidade[95] e ilusões/alucinações[96].

Influência da E/R na saúde física

Segundo Koenig[3], existe um corpo de evidências crescente de que o estresse e as emoções negativas (depressão e ansiedade, por exemplo) causam efeitos adversos nos sistemas fisiológicos vitais, comprometendo a manutenção da saúde física e a cura das doenças; aumentam a susceptibilidade ou agravam os desfechos de uma ampla gama de doenças físicas; e podem diminuir a expectativa de vida. Por outro lado, suporte e apoio social têm sido reconhecidos como um aspecto protetor contra as doenças e propiciador do aumento da longevidade. Reduzindo o estresse e as emoções negativas, E/R também aumentam o suporte social e afetam positivamente os hábitos e os comportamentos de vida e saúde, propiciando impacto favorável sobre uma série de doenças físicas e a resposta ao tratamento das mesmas.

Analisando os estudos de alta qualidade metodológica (escore ≥ 7; escala de 0-10 pontos), o autor[3] descreve as associações entre E/R e transtornos ou doenças físicas: doenças coronarianas (13 estudos, associações inversa em 69% e direta em apenas 1 estudo), funções cardiovasculares (16 estudos, associação inversa em 69%), hipertensão (39 estudos, associação inversa em 62%), doenças cerebrovasculares (9 estudos, associação inversa em 44%), doença de Alzheimer e demências (14 estudos, associações inversa em 57% e direta em 21%), funções imunológicas (14 estudos, associação inversa em 71%), suscetibilidade às infecções (12 estudos, associação inversa em 70%), funções endócrinas (13 estudos, associação inversa em 69%), câncer (20 estudos, associação inversa em 60%), dores em geral (18 estudos, associações inversa em 50% e direta em 20%) e mortalidade (63 estudos, associação inversa em 57% e direta em 5%), dentre outros.

Outras revisões sistemáticas descreveram associações inversas semelhantes para câncer[97], HIV/AIDS[98], esclerose lateral amiotrófica[99], dor crônica[100] e mortalidade[101-103], sendo que os efeitos sobre a longevidade foram intensos nos indivíduos que frequentavam regularmente serviços religiosos, com um incremento médio de 37%, que corresponde aos efeitos das estatinas e da reabilitação física após infarto do miocárdio[3].

Mecanismos de ação psicofisiológica do binômio E/R na promoção da saúde

Em linhas gerais, como mecanismo de ação primário, estudos descrevem que o binômio E/R incrementa as emoções positivas (bem-estar, felicidade, esperança, otimismo, auto-estima, significado, propósito e senso de controle sobre a vida, dentre outras) e consequentes atitudes (humildade, altruísmo, compaixão, empatia, gentileza, gratidão e perdão, dentre outras), que auxiliam a neutralizar as contrapartidas negativas, propiciando melhor qualidade de vida e um recurso para o enfrentamento das adversidades externas (circunstâncias ambientais difíceis e estressantes) e internas (predisposição genética ou vulnerabilidade aos transtornos mentais e físicos). Além deste contributo psicoemocional, a maioria das religiões possui regras e regulamentos sobre o modo de vida (hábitos saudáveis, ausência de vícios, prática da prece e da meditação, dentre outras) e relacionamento social que protegem os indivíduos de possíveis distúrbios e eventos estressores, propiciando também suporte e apoio do grupo em momentos difíceis[3].

Como mecanismo de ação secundário, emoções positivas advindas de práticas espirituais/religiosas influenciam a saúde humana atuando em diversos sistemas fisiológicos (neurológico, imunológico, endócrino, metabólico e cardiovascular, dentre outros) e seus mediadores[3,104-106].

No sistema nervoso central (SNC), E/R aumenta a atividade bilateral no córtex frontal, giro do cíngulo e tálamo, e diminui no córtex parietal superior, que contém a área somatossensorial primária. Enquanto o aumento da atividade no córtex frontal se relaciona à atenção focada requerida na prece e na meditação, a diminuição no córtex parietal reflete a perda de uma "cognição clara e consistente das limitações físicas do eu", que pode resultar em relatos subjetivos da "unidade com Deus"[105].

O estado meditativo também aumenta os níveis séricos de neurotransmissores afetando a consciência espiritual e produzindo experiências místicas. Além das regiões anteriormente citadas, E/R pode ativar estruturas cerebrais envolvidas na regulação do funcionamento do sistema nervoso autônomo, reduzindo estresse, ansiedade e pânico. Atuando no córtex pré-frontal, E/R pode regular os níveis de dopamina e os desequilíbrios subsequentes, tais como doença de Parkinson, assim como distúrbios dopaminérgicos podem influenciar a E/R de seus portadores. Neurônios dopaminérgicos também exercem influência regulatória nos sistemas hipotalâmico, autonômico e endócrino[105].

Pela relação bidirecional entre SNC e sistema imunoendócrino, E/R aumenta a resposta imune e diminui a resposta ao estresse. No sistema cardiovascular, modula

o fluxo sanguíneo regional e o metabolismo da glicose, reduzindo os riscos cardiovasculares, quantificados na diminuição da proteína C reativa e do fibrinogênio[105].

Em revisão sistemática, Hulett e Armer[106] analisaram os estudos que correlacionam, em pacientes sobreviventes de câncer de mama, os efeitos de intervenções de cunho espiritualista em desfechos neuroimunoendócrinos, quantificando as alterações em biomarcadores: yoga (↓cortisol, IgA, IL-1, IL-1β, IL-6 e TNF-α; ↑CD56); imaginação guiada (↓IL-1β; ↑IL-2, NK e CD4+/CD8+); mindfulnesss (↓cortisol, IL-4, IL-6, IL-10; ↑IL-2, NK, Th1/Th2, CD4+/CD8+ e interferon-gama); dentre outras.

Influência do efeito placebo nos desfechos da E/R sobre a saúde

Etimologicamente, o termo 'placebo' se origina do latim *placeo, placere,* que significa 'agradar'. Por sua vez, efeito placebo corresponde à melhoria de sintomas e/ou funções fisiológicas em resposta a fatores supostamente não específicos e aparentemente inertes, sendo atribuível ao 'simbolismo' que a terapêutica exerce no psiquismo dos indivíduos. Além de aspectos intrínsecos à intervenção placebo, outros fatores não específicos também podem interferir positivamente na resposta, tais como: relação terapeuta-paciente, sugestão verbal, expectativas de melhora e crenças no tratamento, dentre outros[107-109].

A realização sistemática de ensaios clínicos randomizados e placebos-controlados (RCTs) nas últimas décadas, com o intuito de avaliar a eficácia de diversos tratamentos, constatou melhoras significativas nos grupos controle, evidenciando a importância do efeito placebo. Metanálises que analisaram a resposta placebo (% de melhora) em RCTs de doenças isoladas, constataram seu efeito em colite ulcerativa (26,7%)[110], doença de Crohn (19%)[111], síndrome do intestino irritável (40%)[112], depressão maior (29,7%)[113], doença bipolar (31,2%)[114], síndrome da fadiga crônica (19,6%)[115] e enxaqueca (21%)[116], dentre outras. Re-análises de revisões sistemáticas gerais mostraram que o efeito placebo é relativamente grande e robusto em dez condições clínicas (dor, obesidade, asma, hipertensão, insônia, náusea, depressão, ansiedade, fobia e tabagismo)[117].

Dentre os principais mecanismos psicoindutores do efeito placebo, destacam-se o condicionamento inconsciente e a expectativa consciente[118-120]. No condicionamento inconsciente, a resposta placebo surge após exposição repetida a associações de sugestões sensórias neurais (tipo de tratamento, cor ou forma do comprimido, dentre outras) com intervenções de tratamento efetivas (comprimido vermelho de morfina para tratamento da dor, por exemplo). Segundo um paradigma behaviorista, após a intervenção placebo, as sugestões sensórias neurais desencadeiam uma resposta automática semelhante ao tratamento efetivo[121,122].

Incluindo a fé e a crença na terapêutica, seja ela qual for, a expectativa consciente por melhoras que determinada intervenção desperta nos pacientes é outro importante indutor da resposta placebo, podendo ser incrementada pelas sugestões verbais positivas que acompanham qualquer tratamento[123]. Na realidade, estudos indicam que o condicionamento inconsciente e a expectativa consciente são mecanismos coadjuvantes e sinérgicos na modulação do efeito placebo, em vista de atuarem em sistemas neurofisiológicos distintos[124,125].

Segundo Fricchione e Stefano[126], o estímulo sensório talâmico induzido pela expectativa de melhora ativa o córtex pré-frontal estimulando a liberação de endorfinas no sistema opióide do tronco encefálico e a liberação de dopamina na área tegmental ventral do mesencéfalo, região originária dos sistemas dopaminérgicos mesocortical e mesolímbico, que ampliam o estímulo para o corpo estriado dorsal e ventral. Dessa forma, a expectativa positiva aumenta a liberação de neuromediadores em áreas cerebrais responsáveis pelo movimento, prazer e dor física ou psicológica, desencadeando efeito placebo em mal de Parkinson, depressão e distúrbios dolorosos, respectivamente. Por outro lado, a estimulação do sistema dopaminérgico mesocortical-mesolímbico também modula a resposta ao estresse controlada pelos eixos hipotálamo-pituitária-adrenal e amígdala lateral-locus coeruleus, induzindo o efeito placebo em diversos distúrbios psicossomáticos (hipertensão, angina, doença intestinal inflamatória e asma, dentre outras).

Na depressão, o efeito placebo apresenta um padrão de resposta semelhante aos antidepressivos, constatando-se aumento na liberação do neurotransmissor serotonina no córtex pré-frontal, córtex parietal, cíngulo anterior, cíngulo posterior e insula posterior, juntamente com a diminuição da metabolização da serotonina no tálamo, para-hipocampo e cíngulo subgenual[127-129].

Como citado anteriormente[105], estudos sugerem que as experiências e práticas espirituais envolvem uma variedade de sistemas neurais que podem facilitar efeitos neurofisiológicos semelhantes aos envolvidos na resposta placebo. Assim como na resposta placebo, o simbolismo que a espiritualidade exerce na fé, na crença ou na expectativa consciente do paciente indica um possível mecanismo de ação das intervenções espirituais, sendo considerado como um conceito psicológico global e fundamental que pode justificar os mecanismos psicofisiológicos envolvidos nos efeitos da E/R sobre a saúde[130-132].

Assim sendo, nas práticas espirituais, o efeito placebo pode desencadear um efeito terapêutico significativo e impactante que deve ser valorizado nas respostas clínicas observadas, a fim de que os efeitos específicos das distintas intervenções possam ser diferenciados dos efeitos não específicos que o simbolismo das mesmas desperta no psiquismo dos pacientes[133,134].

Aspectos fundamentais para integrar E/R na atenção à saúde

Segundo Koenig[3], os profissionais da saúde deveriam estar cientes dos motivos para integrar E/R no atendimento aos pacientes, familiarizados com as evidências científicas existentes e capacitados para fazê-lo de forma sensível e rotineira. Independentemente de uma formação específica dos estudantes e profissionais da saúde, alguns aspectos básicos deveriam ser observados, para que as questões espirituais possam ser abordadas de forma ética e natural na prática clínica diária e no cuidado com os pacientes.

Dentre esses aspectos, destaca que o profissional da saúde deveria: realizar uma história espiritual breve e documentá-la no prontuário do paciente, para que outros profissionais tomem conhecimento; respeitar as crenças espirituais/religiosas dos pacientes levantadas durante a história espiritual, sem preconceitos ou críticas; conduzir a história espiritual e a contemplação de uma possível intervenção espiritual/religiosa sempre de forma isenta e centrada na vontade do paciente, evitando-se qualquer coerção ou imposição pelas suas crenças (ou falta de crença) pessoais; após a solicitação de intervenções espirituais/religiosas pelo paciente, confirmar se suas necessidades foram satisfeitas e observar a evolução do seu estado de saúde; dentre outros.

Finalizando, Koenig[3] reitera que "os profissionais da saúde devem se inteirar sobre as crenças e práticas de diferentes tradições espirituais e religiosas que se relacionam aos cuidados da saúde, especialmente as tradições de fé dos pacientes passíveis de se encontrar em seu país ou região", pois estas "terão um impacto direto no tipo de cuidado que deverá ser dispensado, especialmente quando os pacientes estão hospitalizados, gravemente doentes ou perto da morte".

Seguindo essa indicação, iremos descrever as crenças e práticas da doutrina espírita ou espiritismo que se relacionam aos cuidados e à promoção da saúde, em vista da importância desta abordagem espiritual/religiosa em nosso meio. Servindo como uma síntese do conhecimento espírita que deveria ser informado aos profissionais da saúde, conteúdos semelhantes de outras tradições espirituais e religiosas deveriam compor o currículo da formação e/ou especialização dos mesmos.

DOUTRINA ESPÍRITA OU ESPIRITISMO

A doutrina espírita ou espiritismo é uma doutrina de cunho científico, filosófico e religioso que surgiu na França em meados do século XIX, a partir dos estudos e observações feitas pelo pedagogo e educador francês Hippolyte Léon Denizard Rivail**,** também conhecido pelo pseudônimo de Allan Kardec (1804-1869).

Dedicando-se, inicialmente, ao estudo do magnetismo e à investigação científica das chamadas 'mesas girantes', eventos em que se observava o movimento de mesas e outros objetos sem a interferência humana, Kardec passou a se interessar por outros fenômenos paranormais ou experiências anômalas, constatando que muitos deles não eram 'patológicos' e sim causados por espíritos desencarnados ou inteligências incorpóreas que se utilizavam de indivíduos ('médiuns', do latim 'intermediários') dotados de uma propriedade peculiar ('mediunidade' ou 'capacidade de intermediar') para se manifestar perante o mundo corpóreo[135]. Vale ressaltar que diversos experimentos evidenciam a existência desses fenômenos paranormais, experiências espirituais, estados alterados de consciência ou experiências anômalas[135-140], sendo foco de estudo de institutos de pesquisa nacionais[141,142] e internacionais[143].

Após o estudo sistemático de centenas de médiuns e suas diversas manifestações, comparando e analisando as informações obtidas (premissas do método experimental e científico), Kardec reconhece na mediunidade uma característica peculiar e inerente ao ser humano, propriedade evidenciada em estudos neurológicos modernos[144-147]. Classificou os fenômenos mediúnicos segundo seus efeitos: a) de efeitos materiais, físicos ou objetivos, em que o médium participa passivamente do fenômeno fornecendo o substrato fluídico ou ectoplasma* para que o mesmo possa ocorrer (materialização, transfiguração, levitação, transporte, voz direta, escrita direta, tiptologia e sematologia, dentre outros); b) de efeitos inteligentes ou subjetivos, em que o médium participa ativamente do fenômeno captando e transmitindo os aspectos e conteúdos do plano espiritual através de suas próprias capacidades sensitivas (intuição, vidência, audiência, psicografia e psicofonia, dentre outros).

Segundo o espiritismo, a mediunidade é uma faculdade psíquica manifesta de forma mais ou menos intensa e por meio de uma variedade significativa de tipos de manifestações. Kardec utilizou-se de médiuns e suas respectivas mediunidades, principalmente as relacionadas aos fenômenos de efeitos inteligentes, para captar o conhecimento transmitido pelos espíritos desencarnados ou inteligências incorpóreas, método investigativo e sistemático que permitiu estruturar um amplo corpo doutrinário que aborda diversos aspectos científicos, filosóficos e religiosos que permeiam a humanidade.

* O termo 'ectoplasma' (do grego *ektós,* 'por fora', e *plasma,* 'molde' ou 'substância': substância ou plasma que sai do corpo), foi introduzido na parapsicologia pelo fisiologista Charles Richet (Prêmio Nobel de Fisiologia ou Medicina em 1913) para designar uma espécie de substância esbranquiçada que pode exteriorizar-se para fora do corpo de determinados indivíduos com características especiais (sensitivos ou médiuns), permitindo a ocorrência de fenômenos paranormais.

Fruto dos questionamentos e diálogos de Kardec com espíritos ou entidades espirituais de alta hierarquia, a codificação espírita está fundamentada em cinco obras básicas: *O livro dos espíritos* (1857)[148], que aborda a filosofia espiritualista ou princípios da doutrina espírita; *O livro dos médiuns* (1859)[149], que aborda o espiritismo experimental ou mediunidade; *O evangelho segundo o espiritismo* (1863)[150], que aborda as máximas éticas e morais do Cristianismo em concordância com o espiritismo e suas aplicações às diversas circunstâncias da vida; *O céu e o inferno* (1865)[151], que aborda a justiça divina segundo o espiritismo; e *A gênese, os milagres e as predições segundo o espiritismo* (1868)[152], que aborda a visão espírita desses conceitos e conteúdos bíblicos.

Doutrina fundamentada sobre a existência, as manifestações e o ensino dos espíritos, o espiritismo busca integrar a ciência, a filosofia e a religião ao entendimento da realidade que nos cerca, trazendo explanações sobre temas de difícil compreensão segundo os ditames materialistas, tais como: causa e origem dos sofrimentos humanos segundo a lei do carma ou lei de ação e reação; imortalidade e evolução moral e intelectual dos espíritos através de reencarnações sucessivas; pluralidade dos mundos habitados; existência de planos espirituais que servem de moradia aos espíritos desencarnados; possibilidade da comunicação entre espíritos desencarnados e encarnados por intermédio da mediunidade; noção tríplice da natureza humana (espírito/ perispírito/ unidade substancial entre corpo físico e princípio vital); causas espirituais e psicoemocionais das doenças físicas e mentais; influência das crenças e práticas espirituais/religiosas no enfrentamento das doenças e na promoção da saúde; dentre outros.

Contribuições do espiritismo ao tratamento complementar de doenças físicas e mentais

O espiritismo é a terceira religião mais comum no Brasil (atrás apenas da católica e da protestante) e suas terapias têm sido empregadas por milhões de pessoas em todo o mundo no tratamento adjuvante e complementar de diversas doenças físicas e mentais. Essas práticas terapêuticas incluem prece/oração, imposição de mãos (passe ou fluidoterapia), água fluidificada (magnetizada), prática da caridade/voluntariado, educação espiritual (incorporação de valores éticos e morais) e desobsessão (terapia de libertação espiritual)[153].

No entendimento da gênese dos transtornos mentais, o espiritismo acrescenta uma causa 'espiritual' aos conhecidos fatores sociais, psicológicos e biológicos. Tendo sua origem em encarnações passadas e nas influências negativas de espíritos desencarnados com os quais o paciente se relacionou no pretérito, essa causa espiritual recebe a denominação de 'obsessão' ou 'possessão', sendo fruto da interferência psíquica dessas entidades espirituais na saúde física e mental dos indivíduos encarnados. No intuito de dissolver essa simbiose entre espíritos encarnados e desencarnados (libertação espiritual), o espiritismo emprega a terapia de desobsessão como prática terapêutica espiritual[154].

No Brasil, assim como em outros países, a tendência a se considerar as experiências anômalas de transe e de obsessão como distúrbios patológicos é histórica. Na segunda metade do século XX, essas experiências foram consideradas pelos psiquiatras brasileiros como sintomas de transtornos mentais[155]. Mais recentemente, critérios diagnósticos e protocolos específicos foram desenvolvidos para ajudar a diferenciar as manifestações patológicas das manifestações espirituais saudáveis e culturalmente aceitas[138,156], trazendo uma nova compreensão para essas vivências. No entanto, os profissionais da saúde não recebem treinamento adequado para lidar com os aspectos espirituais de seus pacientes, incluindo essas experiências anômalas de transe e de obsessão, o qual seria de suma importância para se evitarem diagnósticos incorretos e condutas terapêuticas iatrogênicas[139].

Ao longo do século XX, surgiram no Brasil dezenas de hospitais psiquiátricos espíritas que buscam integrar o tratamento médico convencional com o tratamento espiritual ou espírita complementar, com estrutura operacional própria que envolve profissionais da área da saúde e ministrantes das terapias espirituais. Numa avaliação dessa abordagem em seis importantes hospitais psiquiátricos espíritas brasileiros, conclui-se que, apesar das terapias espirituais serem oferecidas aos interessados, a ausência de protocolos de tratamento padronizados e estudos científicos que comprovem a eficácia da referida proposta continuam sendo uma barreira para se avaliar o impacto desse tratamento espírita integrativo e complementar sobre a saúde mental, a qualidade de vida, a aderência e a percepção da qualidade do tratamento pelos pacientes[157].

Em outro estudo[158], avaliou-se as características do tratamento espiritual oferecido em centros espíritas da cidade de São Paulo, com o intuito de compreender como os problemas de saúde física e mental eram abordados. Dentre os 365 centros espíritas que receberam o questionário, 55 (15,1%) foram incluídos na análise final. Em média, cada centro relatou a existência de 261 pessoas por semana atendendo sessões espirituais, totalizando, aproximadamente, 15.000 participantes por semana na amostra analisada. O tratamento espiritual complementar mais comum era a desobsessão (92,7%); o menos comum era a cirurgia espiritual, presente em apenas 5,5% dos centros. Os problemas de saúde mais frequentemente relatados pelos participantes eram depressão (45,1%), câncer (43,1%) e doenças em geral (33,3%).

Buscando descrever o modelo de tratamento espiritual para depressão oferecido nos centros espíritas, Lucchetti et al.[159] realizaram um estudo descritivo das

atividades desenvolvidas na Federação Espírita do Estado de São Paulo (FEESP), visitando as seções de intervenção espiritual, observando as terapias oferecidas, ouvindo a comunicação dos espíritos e entrevistando dois pacientes. A assistência consistia em uma sessão de tratamento espiritual de 90 minutos, que incluía palestras de educação espiritual, desobsessão, passe e recomendações individuais de conduta moral e ética. Ambos os pacientes relataram remissão da depressão quando foram entrevistados.

Eficácia terapêutica do tratamento espírita complementar: evidências científicas

Com o intuito de comprovar a eficácia terapêutica das diversas modalidades do tratamento espírita integrativo e complementar, Lucchetti et al.[153] desenvolveram uma revisão sistemática das evidências científicas existentes na literatura mundial, selecionando os estudos de melhor qualidade metodológica segundo critérios de inclusão/exclusão e as escalas de escore de Newcastle-Ottawa e Jadad.

Evidenciando a baixa qualidade metodológica dos 1.998 estudos disponíveis, apenas 50 artigos satisfizeram os critérios mínimos de seleção e foram incluídos na análise final: oração/prece (6/467), imposição de mãos (11/288), fluidoterapia (2/16), voluntariado (10/283), desobsessão (0/49) e educação espírita (21/961). Vale destacar que os estudos referentes ao voluntariado descrevem a influência da prática do amor ao próximo e da caridade na saúde física e mental dos praticantes, enquanto aqueles relacionados à educação espírita visam evidenciar o papel de uma vida virtuosa, pautada em valores morais e cultivo de emoções e atitudes positivas, nos desfechos da saúde.

Segundo a análise dos autores[153], foram encontradas moderadas a fortes evidências de que a prática do voluntariado e a educação espírita estavam associadas a melhores desfechos de saúde. Além disso, a imposição de mãos e a prática da oração/prece também sugerem estar associadas a resultados positivos. No entanto, os autores não encontraram estudos de qualidade metodológica que pudessem avaliar a eficácia da fluidoterapia e da desobsessão, embora sejam os tratamentos espíritas complementares mais empregados nos centros espíritas (acima de 90% dos casos).

CONCLUSÃO

Com essa revisão, buscamos evidenciar a influência que o binômio E/R exerce na saúde física e mental dos indivíduos, assim como descrever o panorama mundial das propostas de ensino, assistência e pesquisa na área. Em vista de sua importância clínica, médicos e demais profissionais da saúde, em todos os níveis de formação e atuação, deveriam ser esclarecidos sobre os diversos aspectos intrínsecos ao fenômeno.

Inúmeras justificativas endossam essa proposta, tais como as crenças dos pacientes e suas demandas no enfrentamento de doenças, incrementando as respostas aos tratamentos convencionais e diminuindo os custos com a saúde, dentre outras. No campo da bioética, a autonomia dos pacientes estende-se aos seus valores espirituais e religiosos, que devem ser respeitados tanto em relação às condutas ou terapêuticas propostas pelos profissionais da saúde quanto às solicitações de intervenções complementares da área.

Em diversos países, estudos indicam os benefícios da inclusão da temática E/S na formação de médicos, enfermeiros e demais profissionais da saúde, observando-se a incorporação crescente de disciplinas na graduação, pós-graduação e residência médica, assim como o oferecimento de cursos de extensão, estágio com treinamento prático, palestras informativas e outras modalidades de ensino-aprendizagem. No campo da pesquisa, estudos indicam que E/R ajuda os pacientes a lidarem com uma grande variedade de doenças e situações estressantes, tais como dores crônicas, ansiedade, depressão, uso de substâncias ilícitas, câncer e terminalidade da vida, dentre outras.

No entanto, em vista dos evidentes efeitos terapêuticos não específicos (efeito ou resposta placebo) que o simbolismo espiritual e religioso desperta no psiquismo dos pacientes, pesquisas com desenho apropriado deveriam ser realizadas para todas as intervenções espirituais e religiosas empregadas regularmente na promoção da saúde, a fim de que os efeitos terapêuticos específicos possam ser diferenciados das melhoras oriundas da fé, da crença ou da expectativa positiva nas mesmas, permitindo quantificar a eficácia e a efetividade de semelhantes práticas nos diversos distúrbios da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Teixeira MZ. A natureza imaterial do homem: estudo comparativo do vitalismo homeopático com as principais concepções médicas e filosóficas. São Paulo: Editorial Petrus; 2000. http://www.homeozulian.med.br/homeozulian_visualizarlivroautor.asp?id=4.
2. Teixeira MZ. Antropologia médica vitalista: uma ampliação ao entendimento do processo de adoecimento humano. Rev Med (São Paulo). 2017;96(3):145-58. https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v96i3p145-158.
3. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. ISRN Psychiatry. 2012;2012:278730. https://doi.org/10.5402/2012/278730.
4. World Health Organization (WHO). Constitution of the World Health Organization. Basic documents. Genève; 1946. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2567705/pdf/12571729.pdf.
5. World Health Organization (WHO). Amendments to the Constitution. Fifty-second world health assembly (Provisional agenda item 16). April, 7th; 1999. Available from: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/wha52/ew24.pdf.
6. Bonelli RM, Koenig HG. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. J Relig Health. 2013;52(2):657-73. https://doi.org/10.1007/s10943-013-9691-4.
7. Pargament K, Lomax J. Understanding and addressing religion among people with mental illness. World Psychiatry. 2013;12(1):26-32. https://doi.org/10.1002/wps.20005.
8. Moreira-Almeida A, Sharma A, Rensburg B, Verhagen P, Cook C. WPA

Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. World Psychiatry. 2016;15(1):87-8. https://doi.org/10.1002/wps.20304.

9. Royal College of Psychiatric. Spirituality and psychiatry special interest group. RCPSYCH; 1999. Available from: https://www.rcpsych.ac.uk/college/specialinterestgroups/spirituality.aspx.
10. American Psychiatric Association. Guidelines regarding possible conflict between psychiatrists' religious commitments and psychiatric practice. Am J Psychiatry. 1990;147(4):542. https://doi.org/10.1176/ajp.147.4.542.
11. Cordeiro Q. Creation of the section on spirituality and mental health at the Brazilian Psychiatric Association. Psyche Spirit. 2014;3(1):2-3. Available from: http://www.religionandpsychiatry.com/Psyche___Spirit_3_1___2014.pdf/.
12. Lukoff D, Lu F, Turner R. Toward a more culturally sensitive DSM-IV: psychoreligious and psychospiritual problems. J Nerv Ment Dis. 1992;180(11):673-82. http://psycnet.apa.org/doi/10.1097/00005053-199211000-00001.
13. 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;183(7):435-44. http://psycnet.apa.org/doi/10.1097/00005053-199507000-00003.
14. Teixeira MZ, Lin CA, Martins MA. O ensino de práticas não-convencionais em saúde nas faculdades de medicina: panorama mundial e perspectivas brasileiras. Rev Bras Educ Med. 2004;28(1):51-60. Disponível em: http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2004/volume28_1/ensinos_de_praticas.pdf.
15. Teixeira MZ, Lin CA, Martins MA. Homeopathy and acupuncture teaching at Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: the undergraduates' attitudes. Sao Paulo Med J. 2005;123(2):77-82. http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802005000200009.
16. Teixeira MZ. Educação médica em terapêuticas não convencionais. Rev Med (São Paulo). 2013;92(4):224-35. https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v92i4p224-235.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, IBGE; 2010. p. 1-215. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf.
18. King MB, Koenig HG. Conceptualising spirituality for medical research and health service provision. BMC Health Serv Res. 2009;9:116. https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-116.
19. Koenig HG, Idler E, Kasl S, Hays JC, George LK, Musick M, Larson DB, Collins TR, Benson H. Religion, spirituality, and medicine: a rebuttal to skeptics. Int J Psychiatry Med. 1999;29(2):123-31. https://doi.org/10.2190/C2FB-95VW-FKYD-C8RV.
20. Ehman JW, Ott BB, Short TH, Ciampa RC, Hansen-Flaschen J. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? Arch Intern Med. 1999;159(15):1803-6. https://doi.org/10.1001/archinte.159.15.1803.
21. Koenig HG. Religion, spirituality and medicine: how are they related and what does it mean. Mayo Clin Proc. 2001;76(12):1189-91. https://doi.org/10.4065/76.12.1189.
22. Sulmasy DB. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. Gerontologist. 2002;42(Spec 3):24-33. https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24.
23. Puchalski CM. Spirituality and the care of patients at the end-of-life: an essential component of care. Omega (Westport). 2007;56(1):33-46. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18051018.
24. Woll ML, Hinshaw DB, Pawlik TM. Spirituality and religion in the care of surgical oncology patients with life-threatening or advanced illnesses. Ann Surg Oncol. 2008;15(11):3048-57. https://doi.org/10.1245/s10434-008-0130-9.
25. Verhagen PJ. The case for more effective relationships between psychiatry, religion and spirituality. Curr Opin Psychiatry. 2010;23(6):550-5. https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833d8b04.
26. Best M, Butow P, Olver I. Doctors discussing religion and spirituality: A systematic literature review. Palliat Med. 2016;30(4):327-37. https://doi.org/10.1177/0269216315600912.
27. Moreira-Almeida A. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora [editorial]. Rev Psiquiatr Clin. 2007;34(suppl1):3-4. http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700001.
28. Curlin FA, Lawrence RE, Odell S, Chin MH, Lantos JD, Koenig HG, Meador KG. Religion, spirituality, and medicine: psychiatrists' and other physicians' differing observations, interpretations, and clinical approaches. Am J Psychiatry. 2007;164(12):1825-31. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06122088.
29. Neeleman J, King M. Psychiatrists religious attitudes in relation to their clinical-practice - a survey of 231 psychiatrists. Acta Psychiatr Scand. 1993;88(6):420-4. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03484.x.
30. Baetz M, Griffin R, Bowen R, Marcoux G. Spirituality and psychiatry in Canada: Psychiatric practice compared with patient expectations. Can J Psychiatry. 2004;49(4):265-71. https://doi.org/10.1177/070674370404900407.
31. Durà-Vilà G, Hagger M, Dein S, Gerard L. Ethnicity, religion and clinical practice: a qualitative study of beliefs and attitudes of psychiatrists in the United Kingdom. Ment Health Relig Cult. 2011;14(01):53-64. https://doi.org/10.1080/13674676.2010.495111.
32. Menegatti-Chequini MC, Goncalves JPB, Leao FC, Peres MFP, Vallada H. A preliminary survey on the religious profile of Brazilian psychiatrists and their approach to patients' religiosity in clinical practice. BJPsych Open. 2016;2:346-52. https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.116.002816.
33. Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de ética médica: resolução CFM no 1.931/09. Brasília: CFM; 2010. http://www.rcem.cfm.org.br/index.php/cem-atual#cap5.
34. Souza ZS, Moraes MIDM. A ética médica e o respeito às crenças religiosas. Bioética. 1998;6(1):89-93. http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/329/397.
35. Chehaibar GZ. Bioética e crença religiosa: estudo da relação médico-paciente Testemunha de Jeová com potencial risco de a transfusão de sangue [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2010. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5131/tde-27082010-142544/pt-br.php.
36. Braghetta CC, Lucchetti G, Leão FC, Cândido Vallada, Vallada H, Cordeiro Q. Aspectos éticos e legais da assistência religiosa em hospitais psiquiátricos. Rev Psiq Clin. 2011;38(5):189-93. http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832011000500004.
37. Department of Health & Human Services (DHHS). Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). CMS Manual system. Pub 100-07 State Operations Certification. Appendix M-Guidance to Surveyors, Hospice; 2010. Available from: https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/downloads/R65SOMA.pdf.
38. Joint Commission Center for Transforming Healthcare. Medical record - spiritual assessment. 2017. Available from: https://www.jointcommission.org/standards_information/jcfaqdetails.aspx?StandardsFaqId=1492&ProgramId=46
39. d'Avila RL. A ética médica e a bioética como requisitos do ser moral: ensinando habilidades humanitárias em medicina. Bioética. 2010;18(2):311-27. http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/566.
40. Delgado-Guay MO. Spirituality and religiosity in supportive and palliative care. Curr Opin Support Palliat Care. 2014;8(3):308-13. https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000079.
41. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. Rev Bras Psiquiatr. 2014;36(2):176-82. http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1255.
42. Braguetta CC. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar espiritualidade: Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade (ARES). [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017. http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-05102017-112819/pt-br.php.
43. Puchalski CM, Larson DB. Developing curricula in spirituality and medicine. Acad Med. 1998;73(9):970-4. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9759099.
44. Graves DL, Shue CK, Arnold L. The role of spirituality in patient care: incorporating spirituality training into medical school curriculum. Acad Med. 2002;77:1167. doi: 10.1097/00001888-200211000-00035.
45. Guck TP, Kavan MG. Medical student beliefs: spirituality's relationship to health and place in the medical school curriculum. Med Teach.

2006;28:702-7. https://doi.org/10.1080/01421590601047680.
46. Puchalski CM. Spirituality and medicine: curricula in medical education. J Cancer Educ. 2006;21(1):14–8. https://doi.org/10.1207/s15430154jce2101_6.
47. Schonfeld TL, Schmid KK, Boucher-Payne D. Incorporating spirituality into health sciences education. J Relig Health. 2016;55(1):85-96. https://doi.org/10.1007/s10943-014-9972-6.
48. Baldacchino DR. Teaching on the spiritual dimension in care to undergraduate nursing students: the content and teaching methods. Nurse Educ Today. 2008;28(5):550-62. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.09.003.
49. Timmins F, Neill F. Teaching nursing students about spiritual care - a review of the literature. Nurse Educ Pract. 2013;13(6):499-505. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.01.011.
50. Lucchetti G, Lucchetti AL, Puchalski CM. Spirituality in medical education: global reality? J Relig Health. 2012;51(1):3-19. https://doi.org/10.1007/s10943-011-9557-6.
51. Fortin AH, Barnett KG. Medical school curricula in spirituality and medicine. JAMA. 2004;291:2883. https://doi.org/10.1001/jama.291.23.2883.
52. Koenig HG, Hooten EG, Lindsay-Calkins E, Meador KG. Spirituality in medical school curricula: findings from a National Survey. Int J Psychiatry Med. 2010; 40:391-8. https://doi.org/10.2190/PM.40.4.c.
53. Neely D, Minford EJ. Current status of teaching on spirituality in UK medical schools. Med Educ. 2008:42(2): 176-82. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02980.x.
54. Lucchetti G, Lucchetti AL, Espinha DC, de Oliveira LR, Leite JR, Koenig HG. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. BMC Med Educ. 2012;12:78. https://doi.org/10.1186/1472-6920-12-78.
55. Dal-Farra RA, Geremia C. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. Rev Bras Educ Med. 2010;34(4):587-97. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000400015.
56. Wasner M., Longaker C., Fegg MJ, Borasio GD. Effects of spiritual care training for palliative care professionals. Palliat Med. 2005;19(2):99-104. https://doi.org/10.1191/0269216305pm995oa.
57. Acklin MW, Brown EC, Mauger PA. The role of religious values in coping with cancer. J Relig Health. 1983;22(4):322-33. https://doi.org/10.1007/BF02279928.
58. McCullough ME, Hoyt WT, Larson DB, Koenig HG, Thoresen C. Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. Health Psychol. 2000;19(3):211-22. http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0278-6133.19.3.211.
59. Janiszewska J, Buss T, de Walden-Gałuszko K, Majkowicz M, Lichodziejewska-Niemierko M, Modlińska A. The religiousness as a way of coping with anxiety in women with breast cancer at different disease stages. Support Care Cancer. 2008;16(12):1361-6. https://doi.org/10.1007/s00520-008-0437-x.
60. PDQ Supportive and Palliative Care Editorial Board. Spirituality in Cancer Care (PDQ®): Patient version. 2015 May 18. PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK66027/.
61. PDQ Supportive and Palliative Care Editorial Board. Spirituality in Cancer Care (PDQ®): Health Professional Version. 2016 Nov 9. PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK66000/.
62. Kim Y, Wellisch DK, Spillers RL, Crammer C. Psychological distress of female cancer caregivers: effects of type of cancer and caregivers' spirituality. Support Care Cancer. 2007;15(12):1367-74. https://doi.org/10.1007/s00520-007-0265-4.
63. Kim Y, Carver CS, Cannady RS. Caregiving motivation predicts long-term spirituality and quality of life of the caregivers. Ann Behav Med. 2015;49(4):500-9. https://doi.org/10.1007/s12160-014-9674-z.
64. Tarakeshwar N, Vanderwerker LC, Paulk E, Pearce MJ, Kasl SV, Prigerson HG. Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. J Palliat Med. 2006;9(3):646-57. https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.646.
65. Hills J, Paice JA, Cameron JR, Shott S. Spirituality and distress in palliative care consultation. J Palliat Med. 2005;8(4):782-8. https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.782.
66. Trevino KM, Balboni M, Zollfrank A, Balboni T, Prigerson HG. Negative religious coping as a correlate of suicidal ideation in patients with advanced cancer. Psychooncology. 2014;23(8):936-45. https://doi.org/10.1002/pon.3505.
67. Laubmeier KK, Zakowski SG, Bair JP. The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: a test of the transactional model of stress and coping. Int J Behav Med. 2004;11(1):48-55. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm1101_6.
68. Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, Mo M, Cella D. A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. Psychooncology. 1999;8(5):417-28. doi: 10.1002/(sici)1099-1611(199909/10)8:5<417::aid-pon398>3.0.co;2-4.
69. O'Mahony S, Goulet J, Kornblith A, Abbatiello G, Clarke B, Kless-Siegel S, Breitbart W, Payne R. Desire for hastened death, cancer pain and depression: report of a longitudinal observational study. J Pain Symptom Manage. 2005;29(5):446-57. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.08.010.
70. Whitford HS, Olver IN, Peterson MJ. Spirituality as a core domain in the assessment of quality of life in oncology. Psychooncology. 2008;17(11):1121-8. https://doi.org/10.1002/pon.1322.
71. McCoubrie RC, Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? Support Care Cancer. 2006;14(4):379-85. https://doi.org/10.1007/s00520-005-0892-6.
72. Krupski TL, Kwan L, Fink A, Sonn GA, Maliski S, Litwin MS. Spirituality influences health related quality of life in men with prostate cancer. Psychooncology. 2006;15(2):121-31. https://doi.org/10.1002/pon.929.
73. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. Psychosomatics. 2002;43(3):213-20. https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.3.213.
74. Yanez B, Edmondson D, Stanton AL, et al. Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: relative contributions of having faith and finding meaning. J Consult Clin Psychol. 2009;77(4):730-41. https://doi.org/10.1037/a0015820.
75. Kim Y, Carver CS, Spillers RL, Crammer C, Zhou ES. Individual and dyadic relations between spiritual well-being and quality of life among cancer survivors and their spousal caregivers. Psychooncology. 2011;20(7):762-70. https://doi.org/10.1002/pon.1778.
76. Drutchas A, Anandarajah G. Spirituality and coping with chronic disease in pediatrics. R I Med J (2013). 2014;97(3):26-30. Available from: https://pdfs.semanticscholar.org/2a00/a8191ac706ed0982093a63430e57c7084ea5.pdf.
77. Damsma Bakker AA, van Leeuwen RRR, Roodbol PFP. The spirituality of children with chronic conditions: a qualitative meta-synthesis. J Pediatr Nurs. 2018;43:e106-e113. doi: 10.1016/j.pedn.2018.08.003.
78. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. Mayo Clin Proc. 2001;76(12):1225-35. https://doi.org/10.4065/76.12.1225.
79. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. Rev Bras Psiquiatr. 2006;28(3):242-50. http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000006.
80. Rew L, Wong YJ. A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. J Adolesc Health. 2006;38(4):433-42. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.02.004.
81. Yonker JE, Schnabelrauch CA, Dehaan LG. The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: a meta-analytic review. J Adolesc. 2012;35(2):299-314. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.08.010.
82. Unterrainer HF, Lewis AJ, Fink A. Religious/spiritual well-being, personality and mental health: a review of results and conceptual issues. J Relig Health. 2014;53(2):382-92. https://doi.org/10.1007/s10943-012-9642-5.
83. Gonçalves JP, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. Psychol Med. 2015;45(14):2937-49. https://doi.org/10.1017/S0033291715001166.

84. AbdAleati NS, Mohd Zaharim N, Mydin YO. Religiousness and mental health: systematic review study. J Relig Health. 2016;55(6):1929-37. https://doi.org/10.1007/s10943-014-9896-1.
85. Wu A, Wang JY, Jia CX. Religion and completed suicide: a meta-analysis. PLoS One. 2015;10(6):e0131715. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131715.
86. Gearing RE, Alonzo D, Smolak A, McHugh K, Harmon S, Baldwin S. Association of religion with delusions and hallucinations in the context of schizophrenia: implications for engagement and adherence. Schizophr Res. 2011;126(1-3):150-63. https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.11.005.
87. Smolak A, Gearing RE, Alonzo D, Baldwin S, Harmon S, McHugh K. Social support and religion: mental health service use and treatment of schizophrenia. Community Ment Health J. 2013;49(4):444-50. https://doi.org/10.1007/s10597-012-9536-8.
88. Yeung JW, Chan YC, Lee BL. Youth religiosity and substance use: a meta-analysis from 1995 to 2007. Psychol Rep. 2009;105(1):255-66. https://doi.org/10.2466/PR0.105.1.255-266.
89. Longshore D, Anglin MD, Conner BT. Are religiosity and spirituality useful constructs in drug treatment research? J Behav Health Serv Res. 2009;36(2):177-88. https://doi.org/10.1007/s11414-008-9152-0.
90. Haber JR, Koenig LB, Jacob T. Alcoholism, personality, and religion/spirituality: an integrative review. Curr Drug Abuse Rev. 2011;4(4):250-60. https://doi.org/10.2174/1874473711104040250.
91. Kub J, Solari-Twadell PA. Religiosity/spirituality and substance use in adolescence as related to positive development: a literature review. J Addict Nurs. 2013;24(4):247-62. https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000006.
92. Akrawi D, Bartrop R, Potter U, Touyz S. Religiosity, spirituality in relation to disordered eating and body image concerns: a systematic review. J Eat Disord. 2015;3:29. https://doi.org/10.1186/s40337-015-0064-0.
93. Schaefer FC, Blazer DG, Koenig HG. Religious and spiritual factors and the consequences of trauma: a review and model of the interrelationship. Int J Psychiatry Med. 2008;38(4):507-24. https://doi.org/10.2190/PM.38.4.i.
94. Agorastos A, Demiralay C, Huber CG. Influence of religious aspects and personal beliefs on psychological behavior: focus on anxiety disorders. Psychol Res Behav Manag. 2014;7:93-101. https://doi.org/10.2147/PRBM.S43666.
95. Bennett K, Shepherd J, Janca A. Personality disorders and spirituality. Curr Opin Psychiatry. 2013;26(1):79-83. https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32835b2c17.
96. Cook CC. Religious psychopathology: The prevalence of religious content of delusions and hallucinations in mental disorder. Int J Soc Psychiatry. 2015;61(4):404-25. https://doi.org/10.1177/0020764015573089.
97. Visser A, Garssen B, Vingerhoets A. Spirituality and well-being in cancer patients: a review. Psychooncology. 2010;19(6):565-72. https://doi.org/10.1002/pon.1626.
98. Doolittle BR, Justice AC, Fiellin DA. Religion, spirituality, and HIV clinical outcomes: a systematic review of the literature. AIDS Behav. 2018;22(6):1792-1801. https://doi.org/10.1007/s10461-016-1651-z.
99. van Groenestijn AC, Kruitwagen-van Reenen ET, Visser-Meily JM, van den Berg LH, Schröder CD. Associations between psychological factors and health-related quality of life and global quality of life in patients with ALS: a systematic review. Health Qual Life Outcomes. 2016;14(1):107. https://doi.org/10.1186/s12955-016-0507-6.
100. Lucchetti G, Oliveira AB, Mercante JP, Peres MF. Anxiety and fear-avoidance in musculoskeletal pain. Curr Pain Headache Rep. 2012;16(5):399-406. https://doi.org/10.1007/s11916-012-0286-7.
101. Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE. Religion and spirituality: linkages to physical health. Am Psychol. 2003;58(1):36-52. http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.58.1.36.
102. Chida Y, Steptoe A, Powell LH. Religiosity/spirituality and mortality. A systematic quantitative review. Psychother Psychosom. 2009;78(2):81-90. https://doi.org/10.1159/000190791.
103. Lucchetti G, Lucchetti AL, Koenig HG. Impact of spirituality/religiosity on mortality: comparison with other health interventions. Explore (NY). 2011;7(4):234-8. https://doi.org/10.1016/j.explore.2011.04.005.
104. Seeman TE, Dubin LF, Seeman M. Religiosity/spirituality and health. A critical review of the evidence for biological pathways. Am Psychol. 2003;58(1):53-63. http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.58.1.53.
105. Seybold KS. Physiological mechanisms involved in religiosity/spirituality and health. J Behav Med. 2007;30(4):303-9. https://doi.org/10.1007/s10865-007-9115-6.
106. Hulett JM, Armer JM. A systematic review of spiritually based interventions and psychoneuroimmunological outcomes in breast cancer survivorship. Integr Cancer Ther. 2016;15(4):405-423. https://doi.org/10.1177/1534735416636222.
107. Teixeira MZ. Bases psiconeurofisiológicas do fenômeno placebo-nocebo: evidências científicas que valorizam a humanização da relação médico-paciente. Rev Assoc Med Bras. 2009;55(1):13-8. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000100008.
108. Teixeira MZ, Guedes CHFF, Barreto PV, Martins MA. The placebo effect and homeopathy. Homeopathy. 2010;99(2):119-29. https://doi.org/10.1016/j.homp.2010.02.001.
109. Teixeira MZ. Fenômeno placebo-nocebo: evidências psiconeurofisiológicas. ComCiência [online]. 2013;153:1-4. http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542013000900009&lng=pt&nrm=iso.
110. Ilnyckyj A, Greenberg H, Bernstein CN. Quantification of the placebo response in ulcerative colitis. Gastroenterology. 1997;112(6):1854-8. https://doi.org/10.1053/gast.1997.v112.pm9178676.
111. Su C, Lichtenstein GR, Krok K, Brensinger CM, Lewis JD. A meta-analysis of the placebo rates of remission and response in clinical trials of active Crohn's disease. Gastroenterology. 2004;126(5):1257-69. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2004.01.024.
112. Patel SM, Stason WB, Legedza A, Ock SM, Kaptchuk TJ, Conboy L, Canenguez K, Park JK, Kelly E, Jacobson E, Kerr CE, Lembo AJ. The placebo effect in irritable bowel syndrome trials: a meta-analysis. Neurogastroenterol Motil. 2005;17(3):332-40. https://doi.org/10.1111/j.1365-2982.2005.00650.x.
113. Walsh BT, Seidman SN, Sysko R, Gould M. Placebo response in studies of major depression: variable, substantial, and growing. JAMA. 2002;287(14):1840-7. https://doi.org/10.1001/jama.287.14.1840.
114. Sysko R, Walsh BT. A systematic review of placebo response in studies of bipolar mania. J Clin Psychiatry. 2007;68(8):1213-7. doi: 10.4088/jcp.v68n0807.
115. Cho HJ, Hotopf M, Wessely S. The placebo response in the treatment of chronic fatigue syndrome: a systematic review and meta-analysis. Psychosom Med. 2005;67(2):301-13. https://doi.org/10.1097/01.psy.0000156969.76986.e0.
116. Macedo A, Baños JE, Farré M. Placebo response in the prophylaxis of migraine: a meta-analysis. Eur J Pain. 2008;12(1):68-75. https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2007.03.002.
117. Wampold BE, Imel ZE, Minami T. The placebo effect: "relatively large" and "robust" enough to survive another assault. J Clin Psychol. 2007;63(4):401-3; discussion 405-8. https://doi.org/10.1002/jclp.20350.
118. Geers AL, Helfer SG, Weiland PE, Kosbab K. Expectations and placebo response: a laboratory investigation into the role of somatic focus. J Behav Med. 2006;29(2):171-8. https://doi.org/10.1007/s10865-005-9040-5.
119. de la Fuente-Fernandéz R. The placebo-reward hypothesis: dopamine and the placebo effect. Parkinsonism Relat Disord. 2009;15(Suppl 3):S72-4. https://doi.org/10.1016/S1353-8020(09)70785-0.
120. Dodd S, Dean OM, Vian J, Berk M. A review of the theoretical and biological understanding of the nocebo and placebo phenomena. Clin Ther. 2017;39(3):469-76. https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2017.01.010.
121. Goebel MU, Trebst AE, Steiner J, Xie YF, Exton MS, Frede S, Canbay AE, Michel MC, Heemann U, Schedlowski M. Behavioral conditioning of immunosuppression is possible in humans. FASEB J. 2002;16:1869-73. https://doi.org/10.1096/fj.02-0389com.
122. Bąbel P, Bajcar EA, Adamczyk W, Kicman P, Lisińska N, Świder K, Colloca L. Classical conditioning without verbal suggestions elicits placebo analgesia and nocebo hyperalgesia. PLoS One. 2017;12(7):e0181856. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181856.
123. Colloca L, Lopiano L, Lanotte M, Benedetti F. Overt versus covert

treatment for pain, anxiety, and Parkinson's disease. Lancet Neurol. 2004;3(11):679-84. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(04)00908-1.

124. Amanzio M, Benedetti F. Neuropharmacological dissection of placebo analgesia: expectation-activated opioid systems versus conditioning-activated subsystems. J Neurosci. 1999;484-94. https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.19-01-00484.1999.

125. Benedetti F, Pollo A, Lopiano L, Lanotte M, Vighetti S, Rainero I. Conscious expectation and unconscious conditioning in analgesic, motor, and hormonal placebo/nocebo responses. J Neurosci. 2003;23:4315-23. https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.23-10-04315.2003.

126. Fricchione G, Stefano GB. Placebo neural systems: nitric oxide, morphine and the dopamine brain reward and motivation circutries. Med Sci Monit. 2005;11(5):MS54-65. Available from: https://www.medscimonit.com/download/index/idArt/16166.

127. Leuchter AF, Cook IA, Witte EA, Morgan M, Abrams M. Changes in brain function of depressed subjects during treatment with placebo. Am J Psychiatry. 2002;159(1):122-9. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.1.122.

128. Mayberg HS, Silva JA, Brannan SK, et al. The functional neuroanatomy of the placebo effect. Am J Psychiatry. 2002;159(5):728-37. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.728.

129. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the food and drug administration. PLoS Med 2008;5(2):e45. https://doi.org/10.1136/ebmh.11.3.66.

130. Kohls N, Sauer S, Offenbächer M, Giordano J. Spirituality: an overlooked predictor of placebo effects? Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2011;366(1572):1838-48. https://doi.org/10.1098/rstb.2010.0389.

131. Alling FA. The healing effects of belief in medical practices and spirituality. Explore (NY). 2015;11(4):273-80. https://doi.org/10.1016/j.explore.2015.04.002.

132. Green J, Wright H. From bench to bedside: converting placebo research into belief activation. J Altern Complement Med. 2017;23(8):575-580. https://doi.org/10.1089/acm.2016.0375.

133. Frisaldi E, Piedimonte A, Benedetti F. Placebo and nocebo effects: a complex interplay between psychological factors and neurochemical networks. Am J Clin Hypn. 2015;57(3):267-84. https://doi.org/10.1080/00029157.2014.976785.

134. Rossettini G, Carlino E, Testa M. Clinical relevance of contextual factors as triggers of placebo and nocebo effects in musculoskeletal pain. BMC Musculoskelet Disord. 2018;19(1):27. https://doi.org/10.1186/s12891-018-1943-8.

135. Moreira-Almeida A. Pesquisa em mediunidade e relação mente-cérebro: revisão das evidências. Rev Psiquiatr Clin. 2013;40(6):233-40. http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832013000600005.

136. Cardeña E, Lynn SJ, Krippner S. Varieties of anomalous experience: examining the scientific evidence. 2nd ed. Washington (DC): American Psychological Association; 2014. Available from: http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/14258-000.

137. Daher JC Jr, Damiano RF, Lucchetti AL, Moreira-Almeida A, Lucchetti G. Research on experiences related to the possibility of consciousness beyond the brain: a bibliometric analysis of global scientific output. J Nerv Ment Dis. 2017;205(1):37-47. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000625.

138. Moreira-Almeida A, Lotufo-Neto F. Methodological guidelines to investigate altered states of consciousness and anomalous experiences. Int Rev Psychiatry. 2017;29(3):283-92. https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1285555.

139. Maraldi EO, Krippner S, Barros MCM, Cunha A. Dissociation from a cross-cultural perspective: implications of studies in brazil. J Nerv Ment Dis. 2017;205(7):558-67. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000694.

140. Cardeña E. The experimental evidence for parapsychological phenomena: a review. Am Psychol. 2018;73(5):663-77. https://doi.org/10.1037/amp0000236.

141. Inter Psi-Laboratory of Anomalistic Psychology and Psychosocial Processes. Department of Social and Work Psychology. Institute of Psychology. University of São Paulo, Brazil. http://www.usp.br/interpsi/.

142. Research Center in Spirituality and Health (NUPES), School of Medicine, Federal University of Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, Brazil. http://www.ufjf.br/nupes/.

143. Department of Psychology, Center for Research on Consciousness and Anomalous Psychology (CERCAP), Faculty of Social Sciences, Lund University, Lund, Sweden. https://www.psy.lu.se/en/research/research-networks/cercap.

144. Peres JF, Moreira-Almeida A, Caixeta L, Leao F, Newberg A. Neuroimaging during trance state: a contribution to the study of dissociation. PLoS One. 2012;7(11):e49360. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0049360.

145. Beischel J, Boccuzzi M, Biuso M, Rock AJ. Anomalous information reception by research mediums under blinded conditions II: replication and extension. Explore (NY). 2015;11(2):136-42. https://doi.org/10.1016/j.explore.2015.01.001.

146. Hove MJ, Stelzer J, Nierhaus T, et al. Brain network reconfiguration and perceptual decoupling during an absorptive state of consciousness. Cereb Cortex. 2016;26(7):3116-24. https://doi.org/10.1093/cercor/bhv137.

147. Mainieri AG, Peres JFP, Moreira-Almeida A, Mathiak K, Habel U, Kohn N. Neural correlates of psychotic-like experiences during spiritual-trance state. Psychiatry Res. 2017;266:101-7. https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2017.06.006.

148. Kardec A. O livro dos espíritos: filosofia espiritualista. 93a ed. Brasília: FEB; 2013. Disponível em: http://www.febnet.org.br/wp-content/uploads/2014/05/Livro-dos-Espiritos.pdf.

149. Kardec A. O livro dos médiuns ou guia dos médiuns e dos evocadores. 81a ed. Brasília: FEB, 2013. Disponível em: http://www.febnet.org.br/wp-content/uploads/2014/05/Livro-dos-Mediuns_Guillon.pdf.

150. Kardec A. O evangelho segundo o espiritismo. 131a ed. Brasília: FEB; 2013. Disponível em: http://febnet.org.br/wp-content/themes/portalfeb-grid/obras/evangelho-guillon.pdf.

151. Kardec A. O céu e o inferno ou a justiça divina segundo o espiritismo. 61a ed. Brasília: FEB; 2013. Disponível em: http://www.febnet.org.br/wp-content/uploads/2014/05/ceu-e-inferno-Manuel-Quintao.pdf.

152. Kardec A. A gênese, os milagres e as predições segundo o espiritismo. 53a ed. Brasília: FEB; 2013. Disponível em: http://www.febnet.org.br/wp-content/uploads/2012/07/A-genese_Guillon.pdf.

153. Lucchetti G, Lucchetti AL, Bassi RM, Nobre MR. Complementary spiritist therapy: systematic review of scientific evidence. Evid Based Complement Alternat Med. 2011;2011:835945. https://doi.org/10.1155/2011/835945.

154. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F. Spiritist views of mental disorders in Brazil. Transcult Psychiatry. 2005;42(4):570-95. https://doi.org/10.1177/1363461505058916.

155. Almeida AAS, Oda AMGR, Dalgalarrondo P. O olhar dos psiquiatras brasileiros sobre os fenômenos de transe e possessão. Rev Psiquatr Clin. 2007;34(1):34-41. http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700006.

156. Moreira-Almeida A, Cardeña E. Differential diagnosis between non-pathological psychotic and spiritual experiences and mental disorders: a contribution from Latin American studies to the ICD-11. Rev Bras Psiquiatr. 2011;33(01):21-36. http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462011000500004.

157. Lucchetti G, Aguiar PR, Braghetta CC, Vallada CP, Moreira-Almeida A, Vallada H. Spiritist psychiatric hospitals in Brazil: integration of conventional psychiatric treatment and spiritual complementary therapy. Cult Med Psychiatry. 2012;36(1):124-35. https://doi.org/10.1007/s11013-011-9239-6.

158. Lucchetti AL, Lucchetti G, Leão FC, Peres MF, Vallada H. 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 Psychiatry. 2016;40(3):404-21. https://doi.org/10.1007/s11013-015-9478-z.

159. Lucchetti AL, Peres MF, Vallada HP, Lucchetti G. Spiritual treatment for depression in brazil: an experience from spiritism. Explore (NY). 2015;11(5):377-86. https://doi.org/10.1016/j.explore.2015.07.002.

Recebido: 23.08.2018
Aceito: 27.02.2020.