



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE HUMANIDADES, ARTES E CIÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE A
UNIVERSIDADE**

ANDRÉ BOMFIM DIAS

**PERCEPÇÕES SOBRE EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS NA FORMAÇÃO
PROFISSIONAL DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
(SALVADOR) NA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

Salvador
2021

ANDRÉ BOMFIM DIAS

**PERCEPÇÕES SOBRE EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS NA FORMAÇÃO
PROFISSIONAL DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
(SALVADOR) NA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Estudos Interdisciplinares Sobre a Universidade, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade.

Orientadores: Luís Augusto Vasconcelos da Silva
Marcus Welby Borges Oliveira

Salvador
2021

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Dias, André Bomfim

Percepções sobre experiências religiosas na formação
profissional de estudantes de graduação em psicologia
(Salvador) na Universidade Federal da Bahia / André
Bomfim Dias. -- Salvador, 2021.

160 f.

Orientador: Luís Augusto Vasconcelos da Silva.

Coorientador: Marcus Welby Borges Oliveira.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em
Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade) --
Universidade Federal da Bahia, Instituto de
Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton
Santos, 2021.

1. Formação dos Profissionais de Saúde. 2. Educação
Superior. 3. Experiências Religiosas. 4.
Psicopatologia. I. Silva, Luís Augusto Vasconcelos da.
II. Oliveira, Marcus Welby Borges. III. Título.

ANDRÉ BOMFIM DIAS

**“AVALIAÇÃO CLÍNICA DE EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS:
PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ACERCA DA
APRENDIZAGEM RECEBIDA”**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em 29 de outubro de 2021.

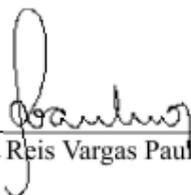
Banca examinadora



Profª. Dra. Mônica Lima de Jesus (UFBA)



Profª. Drª Denise Barreto Coutinho (UFBA)



Profª. Drª Pedrita Reis Vargas Paulino (UNIACADEMIA)

Dedico esta dissertação aos meus pais, Cacilda e Paulo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à vida, por tudo o que ela possibilita.

Agradeço à minha mãe, mulher que me ensinou a amar e sonhar. Exemplo de força e trabalho.

Agradeço a meu pai, aquele que me transmitiu o amor pelos livros. Homem simples e sábio.

Agradeço aos meus irmãos, Diego e Paulo Wictor. Vocês enriquecem a minha vida.

Agradeço à Patrícia Peixinho, Caliandra Machado e Josele Ávila, pela amizade que tem o calor de família.

Agradeço à Taís Oliveira, pelo incentivo, pela revisão dos textos, mas sobretudo pelo laço de fraternidade.

Agradeço a Maurício Fonseca, amigo que também colaborou na revisão dos textos.

Agradeço à Damar Marvid e à Yara Farias, luzes na minha jornada pessoal.

Agradeço ao Movimento Espírita, que me ensinou a olhar para as experiências religiosas com sobriedade.

Agradeço a Luís Rogério Andrade, Joselice Lucena, Carla Bueno e Marcelo Tavares, colegas do Distrito Sanitário Pau da Lima do município de Salvador, por terem apoiado este projeto.

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, pela liberação parcial de carga horária de trabalho para a realização das atividades deste mestrado.

Agradeço aos colegas do Hospital Especializado Lopes Rodrigues e da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia pelo apoio.

Agradeço a Guga, orientador desta dissertação, especialmente por ter me ensinado que, na academia, há lugar para gentileza e doçura.

Agradeço a Marcus Welby, também orientador deste trabalho, pela amizade e pelo que me ensinou sobre o pensamento científico.

Agradeço aos companheiros da REUPE – Rede Universitária de Pesquisas em Espiritualidade, pela parceria e pelo compromisso com a realização de pesquisa de qualidade.

Agradeço ao NUPES (Núcleo de Pesquisa de Espiritualidade e Saúde) da Universidade Federal de Juiz de Fora e especialmente ao prof. Alexander Moreira Almeida, pela generosa colaboração.

Agradeço às professoras Carmem Teixeira, Letícia Alminhana, Pedrita Paulino e Alessandra Maniere e aos professores José Garcia Vivas Miranda e Wellington Zangari, pelas valiosas contribuições.

Agradeço aos colegas, funcionários e professores do Programa de Pós-graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da UFBA por todo suporte.

Na sala estavam todos enlouquecidos e dançavam todos ao som dos atabaques, agogôs, chocalhos, cabaças. E os santos dançavam também ao som da velha música da África...
(Jorge Amado)

DIAS, A. B. Percepções sobre experiências religiosas na formação profissional de estudantes de graduação em psicologia (Salvador) na Universidade Federal da Bahia. 2021. 160 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, 2021.

RESUMO

Introdução: Apesar do crescente entendimento de que psicólogos devem receber treinamento para diferenciar experiências religiosas de transtornos mentais, não foram identificados estudos brasileiros sobre a formação do psicólogo para o desenvolvimento desta competência. **Objetivo geral:** Analisar percepções de estudantes de psicologia relacionadas à aprendizagem recebida para a avaliação clínica de experiências religiosas. **Método:** Revisão Integrativa dos estudos nacionais sobre a diferenciação entre experiências religiosas e transtornos mentais. Aplicação de um questionário estruturado sobre religiosidade na prática clínica em trinta discentes do Curso de Psicologia da Universidade Federal da Bahia. Os dados produzidos por meio do questionário foram submetidos a análises quantitativas e qualitativas. **Principais resultados:** Observou-se, nos 18 textos analisados, a prevalência de uma perspectiva não patologizante e de uma concepção de saúde que pouco considera seus determinantes sociais. Quanto às respostas dos/das participantes, verificou-se que conhecimentos científicos, religiosos, elementos subjetivos e/ou estéticos estiveram presentes em suas percepções sobre as experiências religiosas. Constatou-se também a aprendizagem de que tais vivências podem não ser patológicas. Entretanto, eles/elas não demonstraram conhecimento técnico suficiente para identificar com segurança quadros não patológicos. Não foram identificados elementos que permitem afirmar que o Curso de Psicologia ofereceu-lhes treinamento sobre o diagnóstico diferencial entre experiências religiosas e transtornos mentais, entretanto a maioria das/dos participantes o considerem relevante. A patologização e a “normalização” de tais experiências entre pessoas não religiosas destacaram-se como temas a serem debatidos na graduação. **Conclusão:** A produção científica nacional parece contribuir para a estrutura tecnicista do ensino superior brasileiro e a formação do psicólogo destaca-se como processo que se realiza em um espaço de encontro entre linguagens e formas de conhecimento. A lacuna formativa identificada coloca a possibilidade de avaliação inadequada dos elementos relacionados à religiosidade, de “normalização” ou patologização dos mesmos. **Palavras-chave:** Formação dos Profissionais de Saúde; Educação Superior; Diagnóstico Diferencial; Experiências Religiosas; Psicopatologia.

DIAS, A. B. Perceptions about religious experiences in the professional training of undergraduate psychology students (Salvador) at the Federal University of Bahia. 2021. 160 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, 2021

ABSTRACT

Introduction: Despite the growing understanding that psychologists should receive training to differentiate religious experiences from mental disorders, no Brazilian studies on the training of psychologists for the development of this competence have been identified. General objective: To analyze the perceptions of psychology students related to the learning received for the clinical evaluation of religious experiences. **Method:** Integrative review of national studies on the differentiation between religious experiences and mental disorders. Application of a structured questionnaire about religiosity in clinical practice in thirty students at the Federal University of Bahia. The data produced through the questionnaire were subjected to quantitative and qualitative analyses. **Main results:** It was observed, in the 18 texts analyzed, the prevalence of a non-pathologizing perspective and a conception of health that takes little account of its social determinants. As for the responses of the participants, it was found that scientific knowledge, religious, subjective and/or aesthetic elements were present in their perceptions of religious experiences. It was also verified the learning that such experiences may not be pathological. However, they have not demonstrated sufficient technical knowledge to reliably identify non-pathological conditions. No elements were identified that allow us to affirm that the Psychology Course offered them training on the differential diagnosis between religious experiences and mental disorders, nonetheless most participants consider it relevant. The pathologization and “normalization” of such experiences among non-religious people stood out as topics to be debated at graduation. **Conclusion:** The national scientific production seems to contribute to the technical structure of Brazilian higher education and the training of psychologists stands out as a process that takes place in a space where languages and forms of knowledge meet. The formative gap identified raises the possibility of inadequate evaluation of elements related to religiosity, of “normalization” or pathologizing them.

Keywords: Training of Health Professionals; College Education; Differential Diagnosis; Religious Experiences; Psychopathology.

LISTA DE TABELAS

Artigo 02

Tabela 1: Crenças acerca das relações entre experiências religiosas e adoecimento mental.....	53
Tabela 2: Treinamento recebido para diferenciar experiências religiosas de transtornos mentais.....	53
Tabela 3: Afirmações concernentes à competência de diferenciar experiências religiosas de transtornos mentais.....	55
Tabela 4: Quantidade de estudantes por classificação do Caso Clínico 1 (não patológico).....	56
Tabela 5: Quantidade de estudantes por classificação do Caso Clínico 2 (patológico).....	57

SUMÁRIO

PREÂMBULO	12
1. INTRODUÇÃO	14
2. ARTIGO 1 - AVALIAÇÃO CLÍNICA DE EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS: CONCEPÇÕES DE SAÚDE, FORMAÇÃO E PRÁTICA PROFISSIONAL	32
3. ARTIGO 2 - LACUNA FORMATIVA E AVALIAÇÃO INADEQUADA DE EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS: UMA ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA	46
4. ARTIGO 3 - PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA ACERCA DAS EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS: UMA REFLEXÃO SOBRE A FORMAÇÃO	73
5. CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICE A – Formulário	98
APÊNDICE B – Respostas ao instrumento para análise de conteúdo do formulário	103
APÊNDICE C – Informações aos colaboradores e TCLE	152
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP	154
ANEXO B – Comprovantes de submissão do Artigo 1 à revista do NUFEN	159
ANEXO C – Certificado de aceite do Artigo 3 para publicação no livro “Ciências das Religiões: uma análise transdisciplinar – vol. 3”	160

PREÂMBULO

As experiências religiosas se impõem, afetam e convocam à enunciação. Pelo menos assim tem sido na minha vida. Tenho lembranças das primeiras vezes que vi minha mãe “incorporando espíritos” dentro de casa. Eu estava no início da adolescência. Recordo do medo e de não saber como agir.

Nasci em uma família religiosa. Frequentávamos um centro espírita, assistíamos as palestras e líamos obras doutrinárias. Acreditávamos na existência dos espíritos e na sua comunicabilidade, mas, ante o fenômeno, uma paralisia me tomava. Só no final da adolescência, as circunstâncias me conduziram a participar de um grupo de “desenvolvimento mediúnico” em uma casa espírita que frequentava desde a infância. Nestes grupos, as pessoas recebem treinamento para lidar com os fenômenos mediúnicos sob a perspectiva religiosa. A partir dali, o temor passou a ceder espaço ao desejo de explorar aquele universo desconhecido.

Um ano antes, eu havia ganhado de um amigo o livro “Conferências Introdutórias sobre Psicanalise: parapraxias, sonhos”. A leitura desta obra de Freud me impactou a ponto das dúvidas quanto a prestar vestibular para psicologia se dissiparem. Em 2001, eu ingressei no Curso de Psicologia desta universidade.

No ambiente acadêmico, as investigações científicas acerca da loucura chamavam a minha atenção de forma especial. A psicopatologia e a psicologia clínica eram meus principais focos de interesse. Eu continuava frequentando centros espíritas e lá, vez por outra, ouvia falar que algumas pessoas que estavam internadas em hospitais psiquiátricos eram médiuns, não doentes mentais. Eu achava aquilo algo fantasioso, por se tratar da opinião de leigos, mas ainda assim me interrogava se fenômenos mediúnicos poderiam ser confundidos com transtornos mentais.

Ao longo do curso, a questão da diferença entre manifestações religiosas e adoecimento mental permaneceu comigo. Recordo que, em uma aula prática da disciplina Psicopatologia I na Casa de Saúde Mental Ana Nery, me deparei com uma mulher internada em “estado de santo”, dançando no corredor do hospital. Seria aquele um fenômeno normal ou um sintoma psicopatológico? Faltava-me conhecimento científico para a construção de raciocínio coerente e eu sabia que não cabia apelar ao saber religioso. Também não me senti à vontade para interrogar o professor. Compartilhei aquela inquietação com alguns colegas, mas

eles igualmente não sabiam o que pensar. No período de estágios, os relatos de experiências religiosas dos pacientes eram pouco comentados pelos supervisores.

Concluída a graduação, iniciei uma trajetória profissional no Sistema Único de Saúde – SUS. Trabalhei em Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Saúde da Família e em um hospital psiquiátrico. Este percurso por diferentes equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) me possibilitou ouvir numerosos relatos de experiências religiosas e me levaram a perceber a minha limitação técnica em distinguir quais destas experiências seriam saudáveis e quais patológicas. Eu me sentia inseguro quanto a este aspecto da avaliação diagnóstica. Notei também que alguns profissionais de saúde se amedrontavam ou fingiam ignorar os fenômenos religiosos quando eles ocorriam nas unidades.

Em 2012, concluí o curso de especialização em Saúde Mental e Uso de Substâncias Psicoativas e, em 2013, em Atenção Integral ao Consumo e Consumidores de Álcool e outras Drogas, ambos vinculados à Faculdade de Medicina desta universidade. Em 2018, comecei a participar das atividades promovidas pela Rede Universitária de Pesquisas em Espiritualidade (REUPE) e a me debruçar sobre os estudos acerca da interface saúde e religião. Foi então que, refletindo sobre os momentos da graduação em que foram abordadas as relações entre religiosidade e saúde, desenhou-se o problema que orienta as discussões apresentadas nesta dissertação: a falta de treinamento para a avaliação clínica de experiências religiosas nos Cursos de Psicologia e suas consequências.

1. INTRODUÇÃO

As relações entre saúde, religião e espiritualidade são pouco debatidas nos Cursos de Psicologia das universidades brasileiras (ESTEVEES, 2009; COSTA; NOGUEIRA; FREIRE, 2010; FREITAS, 2014; ASSIS; MEDEIRO, 2017; SERRA, 2021). Costa, Nogueira e Freire (2010) investigaram a presença ou não de disciplina que versasse sobre o tópico saúde e espiritualidade em 84,6% (301) do total de Cursos (356) de Psicologia oferecidos no país. Os dados coletados em websites das universidades ou através de e-mails enviados para os coordenadores dos cursos revelaram que 84% das graduações não incluíam a temática no currículo.

Um levantamento das publicações brasileiras dos últimos dez anos concernentes à temática revelou que muitos estudantes de psicologia em nosso país desconhecem a literatura em Psicologia da Religião e relatam sentimento de insegurança e desamparo no que se refere a lidar com as questões religiosas de seus futuros pacientes (FREITAS, 2014). Observou-se também que habitualmente psicólogos recém-formados sentem-se despreparados para lidar com tais questões e temem incorrer em problemas de cunho ético.

No que tange às pesquisas sobre a formação do psicólogo em nosso país, cabe observar que elas raramente incluem o debate sobre Religião e Espiritualidade – R/E. Em 19/06/2021, foram realizadas buscas nas bases de dados Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), correlacionando os descritores “formação de psicólogo” AND “religião” e “formação de psicólogo” AND “espiritualidade”. Apenas um estudo foi identificado. Trata-se do estudo realizado por Cavalheiro e Falcke (2014) que avalia a espiritualidade de 1064 estudantes de Psicologia do Rio Grande do Sul.

Por outro lado, o treinamento de competências multiculturais relacionadas à R/E por profissionais de Psicologia tem sido amplamente discutido pela comunidade científica nos Estados Unidos. Vieten et al. (2013) realizaram um estudo com 184 psicólogos e outros profissionais de saúde mental que se autodeclararam proficientes na interseção entre psicoterapia e R/E cujo principal resultado foi a proposta de 16 competências relacionadas a esta temática a serem desenvolvidas durante a formação. São elas: 1) Demonstrar empatia, respeito e apreço às diversas afiliações e origens espirituais, religiosas ou seculares dos clientes; 2) Encarar a espiritualidade e a religião como importantes aspectos da diversidade humana, juntamente com fatores como raça, etnia, orientação sexual, status socioeconômico,

deficiência, sexo e idade; 3) Estar consciente de como os seus próprios antecedentes e crenças R/E podem influenciar sua prática, e suas atitudes, percepções e suposições sobre a natureza dos processos psicológicos; 4) Reconhecer que existem diversas formas de religião e espiritualidade, e explorar crenças, comunidades e práticas R/E que são importantes para seus clientes; 5) Descrever como espiritualidade e religião podem ser vistas como construtos sobrepostos, mas distintos; 6) Entender que os clientes podem ter experiências que são consistentes com sua espiritualidade ou religião, ainda que possa ser difícil diferenciar de sintomas psicopatológicos; 7) Reconhecer que crenças, práticas e experiências R/E se desenvolvem e mudam ao longo da vida útil; 8) Estar ciente de que pesquisas indicam que recursos e práticas R/E internos e externos podem apoiar o bem-estar psicológico e a recuperação de transtornos psicológicos; 9) Identificar experiências, práticas e crenças R/E que podem ter o potencial de impactar negativamente a saúde psicológica; 10) Identificar questões legais e éticas relacionadas à R/E que pode surgir durante a prática clínica; 11) Ser capaz de realizar uma abordagem empática e eficaz em psicoterapia junto a clientes com diferentes afiliações, recursos e níveis de envolvimento espiritual e religioso; 12) Perguntar sobre antecedentes, experiência, práticas, atitudes e crenças R/E como parte padrão da compreensão do histórico do cliente; 13) Ajudar os clientes a acessar e explorar seus conhecimentos, forças e recursos religiosos e/ou espirituais; 14) Identificar e abordar problemas espirituais e/ou religiosos na prática clínica e fazer referências quando necessário; 15) Ficar a par dos desenvolvimentos de pesquisas sobre R/E especificamente relacionados à prática clínica, e se envolver em avaliação contínua de sua própria competência espiritual e religiosa; 16) Reconhecer os limites de suas qualificações e competência nos domínios espiritual e/ou religioso, incluindo quaisquer respostas à espiritualidade e/ou religião dos clientes que possam interferir na prática clínica, para que: (a) procurem consultar e colaborar com outros clínicos qualificados ou fontes espirituais/religiosas (por exemplo, padres, pastores, rabinos, etc.), b) buscar treinamento adicional, e/ou (c) encaminhar os clientes apropriados para mais indivíduos e recursos qualificados.

Segundo os pesquisadores, a proposta não visa encorajar os profissionais a qualquer forma de crenças ou práticas religiosas e espirituais, tampouco que realizem intervenções espirituais ou religiosas. Longe disso, a proposição possui o objetivo de auxiliar psicólogos clínicos a evitar práticas preconceituosas, tendenciosas e inadequadas; a identificar e abordar problemas religiosos e espirituais, aproveitando os recursos espirituais e religiosos internos e

externos dos pacientes, melhorando o tratamento e os resultados; e oferecer referências básicas de conteúdo para a formação e supervisão clínica.

Um *survey* online foi realizado, três anos depois, com a finalidade de investigar se este conjunto de competências seria aceito por uma população mais ampla de clínicos (VIETEN et al., 2016). Participaram da pesquisa 222 licenciados para a prática de psicoterapia que possuíam mestrado ou título de pós-graduação superior a este. Os resultados indicaram uma média de 85,8% de concordância quanto à importância do treinamento e do desenvolvimento das 16 competências. O percentual mais baixo de concordância atribuído a uma delas foi de 73%. Os autores concluíram que, de modo geral, as competências propostas foram aceitas e consideradas relevantes e por isso recomendam que elas sejam incluídas rotineiramente no treinamento dos programas de psicologia.

Cabe destacar que a competência *“psicólogos devem compreender que as pessoas podem apresentar experiências que são consistentes com sua espiritualidade ou religião, ainda que possa ser difícil diferenciá-las de sintomas psicopatológicos”* foi a que recebeu o maior número de resposta sim (94,1%) para a questão *“Você acredita que psicólogos deveriam receber treinamento e demonstrar competência nesta área?”*. A referida competência também foi considerada a quarta mais relevante para a prática clínica.

Esta compreensão de que psicólogos devem ser treinados para avaliar elementos relacionados à R/E é compartilhada pela Associação Americana de Psicologia – APA. De acordo com o documento intitulado *As Diretrizes sobre Educação Multicultural, Treinamento, Pesquisa, Prática e Mudança Organizacional de Psicólogos* (APA, 2003), compreender o modo como a orientação religiosa ou espiritual interage com a filiação étnica e racial qualifica o tratamento das pessoas. Cabe também destacar que o Código de Ética da APA (2017) recomenda que psicólogos recebam o treinamento e a supervisão necessários quanto a esse tópico para assegurar a qualidade dos serviços prestados.

Alguns fatos sustentam esta entendimento. O primeiro deles é o elevado envolvimento religioso da população mundial. Um estudo demográfico realizado em mais de 230 países conduzido pela Pew Research Center’s Forum on Religion & Public Life no ano de 2010 (HACKETT et al., 2012) estimou que 84% (6,9 bilhões) da população mundial possui afiliação religiosa, incluindo crianças e adultos.

O segundo é que estudos demonstram que R/E contribuem para a construção da visão de mundo e da identidade de adolescentes e adultos, podendo afetar tanto positivamente

quanto negativamente o seu bem-estar psicológico (VIETEN et al., 2013). Desse modo, distinguir quando e em quais aspectos o envolvimento espiritual ou religioso é positivo ou danoso para cada um mostra-se relevante para a clínica.

Terceiro, o treinamento genérico de competências multiculturais não é suficiente para garantir uma abordagem sensível e eficiente a pessoas orientadas espiritual ou religiosamente (VIETEN et al., 2016). Já o treinamento específico possibilita a aquisição de conhecimentos sobre como as práticas de comunidades e tradições religiosas se articulam com questões existenciais dos seres humanos e orientam seus comportamentos.

Cabe esclarecer que as recomendações da APA e os resultados das pesquisas estadunidenses supracitadas são aqui tomados como referências, mas a partir de uma crítica ao operacionalismo pragmático e ao tecnicismo que os regem. O presente trabalho parte do pressuposto de que a formação de profissionais de saúde pode ser científica e praxiológica, mas também humanística e epistemologicamente consistente, como propõe Almeida Filho (2014). Além disso, apoia-se no projeto de construção de uma Psicologia latino-americana, comprometida com as necessidades do povo brasileiro, “minimizando os impactos das visões exclusivamente euro-estadunidenses” (CRP-SP, 2016, p. 267). Neste sentido, esta dissertação toma como objeto a formação do psicólogo brasileiro para a avaliação clínica de experiências religiosas, considerando suas dimensões técnica, ética e política.

O exercício da psicologia no Brasil é regulado pela legislação do país e por documentos elaborados pelo Sistema Conselhos de Psicologia, devendo colaborar para a garantia do estado de direito e da democracia (CFP, 2013). A Psicologia Brasileira pauta-se assim obrigatoriamente no princípio pétreo da laicidade do Estado. Ter a laicidade como referência significa reconhecer a diversidade cultural do nosso país, reconhecer que a religião e a religiosidade contribuem para a construção das subjetividades, e manter-se livre e isento de qualquer tipo de vínculo com as religiões, sem excluir a possibilidade de diálogo entre saberes laicos e não laicos (CRP-SP, 2016).

Em 2013, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) publicou o *Posicionamento do Sistema Conselhos de Psicologia para a Questão da Psicologia, Religião e Espiritualidade*. No seu item 11, encontra-se a seguinte observação: “[...] compreendemos que tanto a religião quanto a psicologia transitam num campo comum, qual seja, o da produção de subjetividades, entendendo ser fundamental o estabelecimento de um diálogo entre esses conhecimentos”

(CFP, 2013, p. 2). Por outro lado, é recomendada cautela para que os conhecimentos da Psicologia não sejam confundidos com os conhecimentos dogmáticos das religiões.

Em 2016, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP) realizou os Seminários Estaduais Psicologia, Laicidade e as Relações com a Religião e a Espiritualidade. No seu relatório síntese, é sugerido o diálogo acerca da laicidade da psicologia e das relações entre religião, religiosidade, espiritualidade e psicologia, considerando os importantes desafios metodológicos e epistemológicos a serem enfrentados, incluindo o questionamento das bases ideológicas de teorias e técnicas psicológicas, bem como a análise dos riscos de o exercício da profissão contribuir para a manutenção do *status quo* (CRP-SP, 2016). Além disso, propõe-se que este diálogo esteja presente de forma transversal na graduação e que aspectos das experiências religiosas sejam estudados para evitar o preconceito contra manifestações culturalmente reguladas pelo saber religioso.

Os cursos de Psicologia no Brasil, segundo Dimenstein (2000, p. 104),

[...] têm se caracterizado ao longo dos anos por não possibilitar ao aluno o conhecimento dos aspectos sociais – históricos, políticos e ideológicos – que determinam sua prática e a realidade em que atua. A Psicologia que é ensinada nas nossas universidades tem a pretensão de ser apolítica, neutra, e justo por isto está embebida da ideologia dominante e conservadora das relações sociais. Assim, é uma Psicologia ingênua e ineficaz que a universidade termina promovendo, porque psicologizante e a-crítica dos modelos importados, o que leva a um distanciamento do social e uma aproximação ainda maior do aluno às ideias e valores hegemônicos da ideologia individualista que ele carrega, pois oriundo das classes médias urbanas.

Gomes (2017), de modo semelhante, assevera que os cursos se colocam a serviço da lógica de mercado, formando profissionais que realizam análises deslocadas das realidades políticas, históricas e culturais.

Ferreira Neto (2010) destaca que, com a publicação das novas Diretrizes Curriculares para os cursos de psicologia em 2004, foram estabelecidos parâmetros de eficiência e a formação ganhou uma ênfase tecnicista. Segundo o autor, decorreu uma perda do seu caráter crítico e reflexivo, sua dimensão ético-política passou a ser negligenciada e a clínica foi reduzida a uma ação técnica e instrumental. Estes pesquisadores descrevem um cenário limitante ao desenvolvimento de competências multiculturais na graduação.

Com relação ao cenário nacional de pesquisas psicopatológicas sobre experiências religiosas, observam-se produções desde o século XIX. Entre 1896 e 1897, Raimundo Nina Rodrigues, médico legista e psiquiatra, publicou na Faculdade de Medicina da Bahia seus primeiros trabalhos sobre fenômenos de possessão a partir da observação de cultos em

terreiros de candomblé (DE ALMEIDA; ODA; DALGALARRONDO, 2007). Observando que esses fenômenos ocorriam de maneira controlada e ritualizada em contextos religiosos específicos, ele defendeu a ideia de que esses estados possuíam um valor psicológico positivo, haja vista os efeitos catárticos. Nina acreditava que essas experiências atendiam a necessidades emocionais “primitivas” dos adeptos e que por isso não deviam ser reprimidas. Ele chegou a comparar a possessão (estado-de-santo) ao sonambulismo provocado por sugestão.

Em 1926, Arthur Ramos de Araújo Pereira defendeu, também na Faculdade de Medicina da Bahia, sua tese de doutoramento intitulada “Primitivismo e Loucura” (DE ALMEIDA; ODA; DALGALARRONDO, 2007). Tomando a obra de Nina Rodrigues como principal referência, ele afirmou a aproximação entre histeria e estado de possessão a partir de uma perspectiva psicodinâmica. Por meio do diálogo entre teorias em psicopatologia vigentes, ideias freudianas e antropologia, e a partir da análise do modo como os sujeitos se constituem nas tradições históricas e nas culturas, ele buscou estabelecer relações entre instalação de transtornos mentais e psicologia pessoal.

Sua tese foi considerada uma obra teórica notável no campo da psicopatologia (PEREIRA; GUTMAN, 2007). Ela interrogava os fundamentos do saber psicopatológico e questionava suas especificidades face a realidade do país daquela época. Este trabalho, além de reconhecido nacionalmente, recebeu observações elogiosas de Lucien Lévy-Bruhl, Bleuler e do próprio Freud (PEREIRA; GUTMAN, 2007).

Tanto Nina Rodrigues quanto Arthur Ramos propuseram uma compreensão dos fenômenos de transe e possessão como manifestações étnicas ou culturais com função psicológica específica, que deveriam ser respeitadas ao invés de submetidas às medidas repressivas habituais: policiais e judiciais (DE ALMEIDA; ODA; DALGALARRONDO, 2007). Marcadamente uma posição contrária à tendência hegemônica de controle psiquiátrico dos terreiros de candomblé nos anos que se seguiram à abolição da escravatura. Entretanto, eles atribuíram aos fenômenos a alcunha de “primitivos” e consideraram a existência de associação com condições mórbidas, a exemplo da histeria. Ou seja, ambos mantiveram a perspectiva patologizante das experiências religiosas.

Em 1965, Álvaro Rubim de Pinho assumiu a cátedra de Psiquiatria na Faculdade de Medicina da UFBA (PINHO et al., 2008). Ao longo da década de 1960, ele se dedicou com

afinco à psiquiatria transcultural, realizando estudos inicialmente a partir da observação de transe mediúnicos em centros espíritas e posteriormente de estados-de-santo em terreiros de candomblé.

Rubim de Pinho, desde aquela época, se opunha a perspectivas preconceituosas e medicalizantes dos fenômenos religiosos de transe e possessão, a exemplo de considerá-los como dissociação histérica (DE ALMEIDA; ODA; DALGALARRONDO, 2007). Para ele, pessoas sadias poderiam ser induzidas por elementos socioculturais a estados de possessão e seria um equívoco interpretá-los como patológicos (PINHO *et al.*, 2008). Ao longo de sua obra, ele defendeu a necessidade de análise dos modelos psicológicos impressos pela cultura para distinguir fenômenos normais de patológicos.

Cabe esclarecer que não devemos supor a existência de continuidade e evolução entre os trabalhos destes três pesquisadores. Não tentamos traçar uma linha direta de progressão entre suas pesquisas. Suas obras situam-se em contextos científicos e sociais distintos. Seus nomes foram escolhidos entre outros tantos, devido ao fato de as pesquisas terem sido realizadas no território baiano, locus desta pesquisa, e por se tratarem de abordagens psicopatológicas sensíveis às questões culturais.

No final da década de 1990, a Universidade de São Paulo (USP), e, no início dos anos 2000, a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) despontaram no cenário nacional de pesquisas sobre o diagnóstico diferencial entre experiências religiosas e sintomas psicopatológicos. A seguir apresentamos resultados de estudos realizados nestas duas instituições e na Universidade do Estado do Rio Grande do Sul (UERGS), por se tratarem das instituições responsáveis pela maior parte das pesquisas sobre o tema em nosso país.

Moreira-Almeida e Cardena (2011), em um artigo de revisão, propuseram nove diretrizes para a avaliação do significado clínico de experiências espirituais, psicóticas ou dissociativas. São elas: ausência de sofrimento psicológico, ausência de incapacitações sociais ou ocupacionais, promoção de crescimento pessoal ao longo do tempo, as experiências são dirigidas para a autointegração e o auxílio aos outros, existência de uma atitude de discernimento com relação à mesma, controle sobre a experiência, curta duração da experiência, compatibilidade com alguma tradição religiosa e ausência de comorbidades psiquiátricas.

As quatro primeiras diretrizes dizem respeito aos impactos das experiências sobre o sujeito e a comunidade. Os dois critérios seguintes se referem ao modo como a pessoa se relaciona com elas; e o subsequente, à natureza da experiência. A diretriz seguinte faz referência ao contexto cultural; e a última, à presença de adoecimento psíquico associado. Em suma, na perspectiva dos autores, a distinção entre normal e patológico deve ser orientada pela análise das consequências, da forma como o sujeito se relaciona com a vivência, da natureza, dos elementos presentes no contexto cultural e da existência de transtorno mental associado.

A verificação da forma e do conteúdo das experiências não foi considerada pelos pesquisadores relevante para a tarefa. Moreira-Almeida e Cardeña (2011) afirmam que experiências religiosas e sintomas psicóticos com conteúdo religioso são fenomenologicamente muito semelhantes, não podendo assim ser distinguidos pela forma e conteúdo.

Quanto às nove diretrizes propostas, os autores advertem que alguns destes elementos

(...) embora não necessariamente presentes ou suficientes em si, são indicativos da natureza não patológica de tais experiências. Embora contraexemplos patológicos possam ser encontrados para cada um destes parâmetros (por exemplo, episódios catatônicos sem sofrimento psicológico), as variáveis [...] geralmente falam contra a presença de psicopatologia. Quanto mais destes elementos estiverem presentes, de modo geral, menor é a possibilidade de que a experiência em questão esteja relacionada a um transtorno mental. (p. 27).

Menezes Júnior (2012), em sua tese de doutoramento, avaliou os nove critérios supracitados quanto a sua adequação para o diagnóstico. Para tanto, foi realizado um estudo longitudinal no qual 115 pessoas foram entrevistadas e testadas em dois momentos com o intervalo de um ano entre eles. A amostra foi composta por maiores de 18 anos, que apresentavam fenômenos psicóticos e dissociativos e que haviam sido identificadas como médiuns por atendentes de Centros Espíritas do município de Juiz de Fora.

A análise dos dados revelou que apenas cinco critérios estavam associados com melhor qualidade de vida psicológica e social, mesmo após um ano de seguimento, foram eles: ausência de prejuízos sociais ou ocupacionais, promoção de crescimento pessoal ao longo do tempo, as experiências são dirigidas para a autointegração e o auxílio aos outros, curta duração da experiência, compatibilidade com um contexto cultural. Os demais critérios não mostraram correlação com saúde mental. Vale à pena ressaltar a necessidade de maiores evidências empíricas que respaldem a adequação destes cinco critérios sustentados para o diagnóstico (ALMINHANA et al., 2017b).

Reconhecendo que a diferenciação de experiência de conteúdo religioso saudáveis e patológicas é um campo ainda pouco explorado teoricamente, menos ainda de forma empírica, Alminhana e Tatton-Ramos (2017) propuseram, a partir de evidências apontadas por alguns estudos sobre o tema, a mensuração de traços de personalidade para a realização do diagnóstico. Para tanto, os autores analisaram as contribuições de duas teorias de personalidade em que a espiritualidade está integrada, a saber, a Abordagem Integral em Psicologia de Ken Wilber e o Modelo Psicobiológico do Temperamento e Caráter de C. Robert Cloninger. Cabe esclarecer que esta proposta, no entanto, apresenta limitações quanto à integração dos aspectos socioculturais para a delimitação da fronteira entre o normal e o patológico no contexto religioso.

A Psicologia Integral de Ken Wilber apresenta um modelo de compreensão em que a personalidade se desenvolve de estágios iniciais, que corresponderiam ao nível pré-pessoal, passando-se para uma condição em que o ego estaria “maduro”, nível pessoal, seguindo até um nível em que se vai além de um “eu” diferenciado, denominado de transpessoal (WILBER, 2008 *apud* ALMINHANA; TATTON-RAMOS, 2017). Em outras palavras, o desenvolvimento da personalidade neste modelo parte de um nível não pessoal (o pré-pessoal) para outro nível não pessoal (o transpessoal), estando entre essas duas etapas, o nível pessoal. O nível pré-pessoal corresponde ao período em que se realizam vivências básicas da infância, entre as quais se observam “dificuldades de diferenciação ‘eu-outro’ e formação de uma identidade, mas também a imersão em um universo de fantasias” (ALMINHANA et al., 2017b, p. 353). Universos autorreferenciais e experiências de diálogo com amigos imaginários (“invisíveis”) são comuns neste nível e quase sempre saudáveis, por serem compatíveis com o processo de amadurecimento do eu. Já o nível transpessoal, segundo Alminhana et al. (2017b), é caracterizado por vivências que estão associadas à qualidade de vida, bem-estar e estruturação saudável da personalidade. Experiências religiosas de diferentes ordens são comuns no nível transpessoal.

No entanto, os autores advertem que as vivências características dos níveis não pessoais, ou seja, do nível pré-pessoal e transpessoal, são fenomenologicamente semelhantes. Adultos podem apresentar vivências pré-pessoais, que estão associadas a experiências psicotizantes (tais quais, delírios e alucinações de conteúdo religioso), e elas podem ser confundidas com experiências transpessoais. Como então diferenciar experiências pré-pessoais de transpessoais?

Segundo Alminhana e Tatton-Ramos (2017), um ego maduro e estruturado possibilita ao sujeito desenvolver autocrítica e assumir responsabilidade pelos seus atos, tornando possível criticar, sustentar e conferir solidez à experiência religiosa. Partindo deste entendimento, Alminhana et al. (2017b) sugerem que para diferenciar uma vivência pré-pessoal de uma transpessoal se verifique a presença ou não de um ego saudável capaz de traduzi-la de forma madura e coerente, conferindo-lhe um sentido que a integre na vida daquele que a experiencia como um todo.

Apesar de a Abordagem Integral de Wilber não possuir uma inserção robusta na comunidade científica, ela é resgatada parcialmente pelo Modelo Psicobiológico do Temperamento e Caráter de Cloninger (ALMINHANA et al., 2017b). Este último possui uma estrutura dinâmica e complexa, capaz de oferecer importante contribuição para a psicopatologia, bem como para a psicologia da religião.

Cloninger, Svrakic e Przybeck (1993) apresentam o Modelo Psicobiológico de desenvolvimento e estrutura da personalidade, descrevendo-o em termos de dimensões de temperamento e caráter. Segundo os autores, as dimensões do temperamento, a saber, Evitação por Danos, Busca por Novidade, Persistência e Dependência de Recompensa, estão ligadas aos determinantes genéticos e neurobiológicos do comportamento. Elas podem ser observadas, desde o período inicial da vida, nas respostas automáticas em relação a estímulos perceptuais.

Entende-se por caráter, neste modelo, o conjunto de objetivos e valores pessoais resultante das interações do homem com a realidade que o cerca (ALMINHANA et al., 2017b). Suas três dimensões básicas são: Autodirecionamento (capacidade de regular, controlar e adaptar o comportamento às condições ambientais, conforme valores e objetivos escolhidos pelo próprio sujeito), Cooperatividade (capacidade de aceitar as pessoas e identificar-se a elas) e Autotranscendência (capacidade de ir além dos impulsos egoístas e familiares). A capacidade de realizar autocrítica, superar desafios, construir um propósito de vida e adiar gratificações estão relacionadas ao Autodirecionamento. Já a possibilidade de aceitar a existência de relações não analíticas e dedutivas, como ocorre em experiências religiosas, está relacionada à Autotranscendência.

Há evidências na literatura científica, segundo Alminhana et al. (2017b), de que a Autotranscendência é uma medida confiável para um entendimento das experiências religiosas, mas que analisá-la isoladamente não torna possível a classificação de tais experiências como

saudáveis ou patológicas. Conforme os autores, tais evidências sugerem que altos escores em Autotranscedência, Cooperatividade e Autodirecionamento indicam saúde, enquanto altos escores de Autotranscedência e baixos escores de Cooperatividade e Autodirecionamento indicam adoecimento.

Na coorte realizada em Juiz de Fora foi testada também a hipótese de que as dimensões básicas do caráter definidas no Modelo Psicobiológico são medidas confiáveis para o diagnóstico (ALMINHANA et al., 2017a; 2017b; 2017c). Os resultados revelaram que 85% dos participantes foram diagnosticados com transtorno mental, 55% da amostra com transtorno de ansiedade generalizada e 28% com transtorno depressivo maior episódio atual, ou seja, 73% da população investigada recebeu diagnóstico do bloco transtornos depressivos e ansiosos (ALMINHANA et al., 2017c). Em contraste, apenas 7% dos participantes foram diagnosticados com transtorno psicótico, apesar de que 63% dos participantes relataram apresentar alucinações visuais e 53% alucinações auditivas. Além disso, os escores de Autodirecionamento tiveram correlação negativa com transtornos depressivos e ansiosos, bem como foram preditores negativos de todas as dimensões de esquizotipia.

Este estudo também revelou que o autodirecionamento foi o maior preditor de qualidade de vida psicológica nos dois momentos de coleta de dados – intervalo de um ano (ALMINHANA et al., 2017a). Esse resultado sugere que tais pessoas que relatavam experiências religiosas frequentes apresentaram uma melhor qualidade de vida psicológica quando elas foram capazes de se responsabilizar pelas próprias ações, de ter autonomia, realizar autocrítica e quando desenvolveram um ego maduro, ou seja, quando autodirigidas.

Alminhana et al. (2017a) sugerem a avaliação do número, nível, duração e modo como que as pessoas lidam com as experiências religiosas (acarretando ou não em benefícios para si e para outros) para a distinção entre normal e patológico. Os autores consideram que o Autodirecionamento é um plausível fator protetivo ao adoecimento, pois possibilitaria ao sujeito oferecer sentido às experiências, quando ressignificadas em contextos religiosos e/ou espirituais. Cabe dizer que o Autodirecionamento é passível de medição por meio do Inventário de Temperamento e Caráter de Cloninger e ressaltar que a avaliação do modo como as tradições R/E modulam tais experiências não pode ser desconsiderada.

Outro elemento a ser destacado é que Menezes Júnior (2012) considera que as experiências religiosas podem ser inicialmente desorganizadoras, gerando sofrimento subjetivo acentuado, e algumas vezes prejuízos sociais ou ocupacionais, mas que isso não

significa necessariamente que o sujeito cursa com uma doença. Zangari e Machado (2015) afirmam que, apesar do conflito afetivo e cognitivo inicial, as experiências religiosas podem ganhar sentido e serem bem integradas simbolicamente se houver apoio social e esforço pessoal. Se houver transtorno mental de base, as experiências ficarão submetidas à gramática da doença.

Algumas das pesquisas supracitadas sustentam-se nos resultados de dois importantes estudos internacionais. O primeiro consiste em uma revisão sistemática e uma meta-análise de todos os estudos de prevalência e incidência de taxas populacionais de experiências psicóticas subclínicas publicados entre 1950 e 2007 (47 artigos ao total) que foi realizada por Van Os et al. (2009). Os autores constataram que, na última década, fenômenos psicóticos (experiências não patológicas) foram bastante prevalentes na população geral e que em 75% a 90% dos casos, tais experiências não estiveram relacionadas com transtornos psicóticos. Poder-se-ia então calcular um risco de até 90% de falsos positivos, afirmam Moreira-Almeida e Cardeña (2011).

O segundo estudo foi realizado por Nuevo et al. (2010) em 52 países, nos quais foram investigados 256.445 sujeitos por meio do *World Health Survey* (WHS) da Organização Mundial da Saúde (OMS). Seus resultados apontaram uma alta prevalência (12,52% na amostra total) de fenômenos psicóticos – alucinações, delírios ou humor delirante – na população geral nos 12 meses anteriores ao levantamento. Estes fenômenos não ocorreram quando o sujeito estava dormindo, sonolento ou sob a influência de substâncias psicoativas. A associação entre fenômenos psicóticos e diagnóstico de esquizofrenia verificou-se em apenas 10% dos casos.

Pode-se, pois perceber que os estudos brasileiros sobre o diagnóstico diferencial entre experiências religiosas e transtornos mentais, apoiando-se nos resultados de amplos estudos internacionais, sugerem que tais experiências podem não estar associadas a adoecimento mental; que a avaliação da forma e do conteúdo não é útil para distinguir experiências saudáveis de patológicas; que a compatibilidade com tradições R/E deve ser considerada; e que a apreciação do modo como as pessoas lidam com tais experiências e as integram a sua vida, trazendo benefícios para si e para outros, é relevante para o diagnóstico.

Diante do exposto, considerando que fenômenos religiosos ocorrem até mesmo entre pessoas sem afiliação religiosa (MACHADO et al., 2016) e que a falta de treinamento para avaliá-los gera condições para a patologização dos mesmos, interrogamos como os estudantes

do Curso de Psicologia da UFBA percebem a aprendizagem recebida para a avaliação clínica de experiências religiosas.

Esta pesquisa também se justifica pela suposição de Moreira-Almeida e Cardeña (2011) de ser expressivo o número de profissionais de saúde em todo o mundo que ainda não tiveram acesso aos resultados dos estudos recentes em populações não clínicas e que, por conseguinte, podem não considerar a necessidade de se servirem de parâmetros clínicos para distinguir experiências religiosas saudáveis de patológicas. Desse modo, inferimos que o mesmo ocorra entre estudantes de Psicologia.

Além disso, cabe considerar a alta prevalência (12,52%) de fenômenos psicóticos – com conteúdo religioso ou não – na população mundial e a associação com diagnóstico de esquizofrenia em apenas 10% dos casos (NUEVO et al., 2010). A possibilidade de diagnósticos errôneos e iatrogenia é evidente. Vale ressaltar que esta modalidade de erro acarreta custos humanos, sociais e monetários ao sistema de saúde.

Quanto à produção científica nacional acerca da formação do psicólogo para avaliação clínica de experiências religiosas, buscas realizadas nas bases PePSIC, SCIELO e Google Acadêmico, em 19/06/2021, não identificaram publicações. Há uma lacuna no conhecimento científico atual sobre o tema.

O objetivo geral desta dissertação é analisar conhecimentos e percepções de estudantes do Curso de Psicologia da UFBA relacionadas à aprendizagem recebida para a avaliação clínica de experiências religiosas. Seus objetivos específicos são:

- Analisar concepções de saúde presentes nos estudos nacionais que discutem parâmetros para diferenciar vivências saudáveis de patológicas;
- Caracterizar concepções dos estudantes acerca da relevância (ou não) do desenvolvimento da competência de lidar com a R/E no processo de formação;
- Analisar critérios utilizados pelos estudantes para distinguir experiências de conteúdo religioso saudáveis de patológicas; e
- Verificar a presença (ou não) de ideias relacionadas à patologização das experiências religiosas.

O primeiro momento da pesquisa envolveu a realização de uma revisão integrativa de literatura e redação de um artigo. O método de revisão integrativa, segundo Souza, Silva e Carvalho (2010), gera uma síntese dos estudos – mesmo que de diferentes modalidades – disponíveis sobre determinada temática, oferecendo um panorama amplo e consistente de

conceitos complexos. De acordo com os autores, trata-se de um processo que compreende seis fases: elaboração da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados; e apresentação da revisão.

Desse modo, com o objetivo de responder à questão “como as concepções de saúde presentes nos estudos nacionais sobre a diferenciação entre experiências religiosas saudáveis e patológicas podem afetar a formação e a prática profissional?”, foram realizadas buscas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no Repositório Institucional da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e no Google Acadêmico. As buscas ocorreram entre janeiro e abril de 2020 e os descritores utilizados foram: “experiências espirituais”, “possessão”, “diagnóstico diferencial”. Buscou-se também no Google Acadêmico os descritores: “mediunidade”, “diagnóstico diferencial”, “dissociação”. O operador booleano utilizado foi AND. O termo “formação”, embora tenha sido testado como descritor, não foi utilizado por promover uma redução substancial no número de artigos obtidos na pesquisa.

Os critérios de inclusão aplicados foram: a) trabalhos que tratam da discussão, proposição e/ou testagem de critérios de diferenciação diagnóstica entre experiências religiosas e sintomas psicopatológicos; b) que possuem ao menos um autor brasileiro; c) com o idioma em português ou inglês. Os critérios de exclusão foram: a) estudos que apenas analisam dados sociodemográficos e/ou sintomas psicopatológicos em pessoas que apresentam experiências religiosas; b) trabalhos duplicados. Também foram realizadas buscas manuais, por meio da análise de referências das produções selecionadas. Obteve-se um conjunto de dezoito produções ao final.

Os textos selecionados foram submetidos à leitura integral, o que possibilitou a categorização segundo o ano de publicação, o tipo de estudo e a concepção de saúde presente. Foram definidos três eixos temáticos relacionados à categoria concepção de saúde: “estudos baseados na racionalidade biomédica”, “estudos que analisam aspectos psicodinâmicos” e “estudos que adotam uma perspectiva psicossocial”.

A segunda etapa da pesquisa consistiu na produção de dados empíricos por meio do projeto intitulado “Conhecimentos e discursos de estudantes de psicologia da UFBA relacionados à diferenciação entre experiências religiosas e/ou espirituais e sintomas psicopatológicos” e na redação de dois artigos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA em 3 de abril de 2020, conforme parecer nº. 3.951.919 (ANEXO A). Ele propõe a realização de uma pesquisa exploratória, descritiva, de

abordagem quantitativa e qualitativa cujo objetivo é analisar necessidades formativas de estudantes do curso de psicologia da UFBA relacionadas à avaliação de experiências de conteúdo religioso.

De acordo com Minayo e Sanches (1993), a pesquisa quantitativa realiza uma análise de dados mensuráveis de grandes grupos. Por outro lado, pesquisadores preocupados em avaliar o serviço oferecido em órgãos públicos de uma comunidade habitualmente optam por estudos qualitativos de natureza descritiva (GIL, 2008). Essas duas abordagens, no entanto, se complementam, embasando e qualificando a pesquisa.

O projeto resultou na aplicação de um formulário (APÊNDICE A) com 35 questões em 30 estudantes da Faculdade de Psicologia da UFBA que já tinham cursado o componente curricular obrigatório IPSC24 – Psicopatologia. Dos 35 itens (questões abertas e fechadas ou objetivas), 7 são questões sociodemográficas e 28 compõem o questionário estruturado sobre religiosidade na prática clínica elaborado para esta pesquisa a partir da leitura de textos históricos e científicos sobre a temática. Cada participante recebeu um número para preservar o anonimato e o sigilo.

O formulário foi avaliado pelo professor pesquisador Alexander Moreira-Almeida da UFJF no dia 28 de março de 2019, durante a atividade mentoria individual que precedeu o 2º Congresso Internacional de Saúde e Espiritualidade organizado pela referida universidade. Todas as sugestões de adequação foram acatadas. No mês de setembro do referido ano, um instrumento para validação semântica do formulário foi enviado para três pesquisadores de diferentes universidades via e-mail. A Prof^a. Carmem Fontes de Souza Teixeira do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, o Prof. Wellington Zangari do Instituto de Psicologia da Universidade da São Paulo (USP) e a pesquisadora Letícia Oliveira Alminhana colaboradora do Laboratório de Estudos Avanços Multidisciplinares (LEAM) da Universidade do Estado do Rio Grande do Sul (UERGS) responderam o instrumento (APÊNDICE B) e suas sugestões foram utilizadas para a composição da versão final do instrumento.

A versão final do questionário está dividida em quatro sessões. A primeira contém questões relacionadas às concepções pessoais de religiosidade e à relação pessoal do participante com essas dimensões. A segunda reúne itens que buscam identificar as concepções de experiências religiosas ou espirituais e crenças associadas à avaliação clínica das mesmas. A terceira contém perguntas relacionadas ao treinamento da competência de diferenciar experiências saudáveis de patológicas e à relevância deste. A quarta possui itens

que buscam avaliar a aprendizagem de critérios de diferenciação e a aproximação com o debate acerca dos estigmas sociais relacionados às experiências religiosas produzidas ao longo da formação. Nesta sessão são utilizadas duas vinhetas clínicas extraídas respectivamente de Delmonte *et al.* (2015) e Spitzer *et al.* (1996).

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, foi realizada uma aplicação-piloto online (por meio do aplicativo Google Formulários) com estudantes do curso de psicologia desta universidade que não tinham cursado a disciplina IPSC24 – Psicopatologia. Um *flyer* foi utilizado para o recrutamento de voluntários. O piloto teve a finalidade de avaliar a compreensibilidade dos itens e o tempo de resposta. Observou-se que os/as participantes levaram 20 minutos em média para respondê-lo e não foram relatadas dificuldades na compreensão das questões.

Posteriormente, em virtude da negativa do colegiado do Curso de Psicologia em disponibilizar os endereços de e-mail dos estudantes matriculados, foram enviados e-mails para os professores, solicitando que encaminhassem o link do formulário para os alunos. A coleta de dados ocorreu, entre 08/05/2020 e 04/06/2020, apenas na modalidade online, também por meio do aplicativo Google Formulários, em virtude das recomendações relacionadas com a pandemia da COVID-19. Registrou-se ciência e anuência de todos/as os/as participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) adaptado para o formato online.

As respostas às perguntas de natureza objetiva do formulário foram contabilizadas em número absoluto de participantes e porcentagem, sendo assim realizada uma análise descritiva simples. Os dados produzidos por meio das questões abertas foram submetidos à identificação, contagem do número de ocorrências de expressões específicas do campo do ensino e da psicopatologia e a cálculo de percentual. Apenas foram submetidas à análise de conteúdo temática conforme proposta por Bardin (2011), as respostas às questões abertas 18, 21, 26 e 30(b): “18. Experiências religiosas afetam as pessoas que as vivenciam? Comente.”; “21. Comente a seguinte situação: o que pode estar acontecendo com pessoas que não são religiosas e apresentam experiências religiosas (ex.: contato íntimo com Deus ou outra força espiritual, transe, contato com “espíritos”, sentir-se fora do corpo etc.)?”; “26. Caso tenha recebido treinamento, quais os temas e conteúdos abordados?”; e “30(b). Qual(is) critério(s) você utilizou para classificar o caso clínico?”. Os resultados dos testes de evocação de palavras referentes às expressões “religiosidade”, “comunicação com os ‘espíritos’”,

“manifestação do Espírito Santo” e “possessão pelos orixás” não são analisados neste trabalho.

A análise de conteúdo temática consiste na identificação de núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado (BARDIN, 2011). Este processo envolve três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados com inferência e interpretação. Primeiramente, são realizadas leituras flutuantes sem destaque ou marcação. Em seguida são feitas novas leituras em que palavras-chave são destacadas e são atribuídos nomes aos temas que as descrevem. Os temas são então revisados, condensados e consolidados em categorias. Por fim, são realizadas inferências e interpretações baseadas nos objetivos e na revisão prévia de literatura.

Esta pesquisa obedece às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos presentes na Resolução CNS N° 466, de 12 de dezembro de 2012, e N° 510, de 7 de abril de 2016.

Esta dissertação consiste em uma coletânea de artigos, modelo proposto pelo PPGEISU. Desse modo, seus resultados serão apresentados em três artigos. O artigo 1 intitula-se “Avaliação clínica de experiências religiosas: concepções de saúde, formação e prática profissional”, o artigo 2, “Lacuna formativa e avaliação inadequada de experiências religiosas: uma análise das percepções de estudantes de psicologia”; e o artigo 3, “Percepções de estudantes de psicologia acerca das experiências religiosas: refletindo sobre a formação”. Essas produções se complementam entre si.

O artigo 1 apresenta uma revisão integrativa de literatura. Ele analisa dezoito estudos brasileiros sobre a diferenciação entre experiências religiosas e transtornos mentais identificados por meio de buscas realizadas na BVS, no Repositório Institucional da UFJF e no Google Acadêmico. Como nenhum destes estudos discute a formação profissional, optamos por identificar as concepções de saúde presentes e inferir como elas poderiam afetar o processo formativo e a prática clínica.

O artigo 2 é um estudo qualitativo e quantitativo. Ele apresenta resultados da aplicação do questionário estruturado desenvolvido para esta pesquisa. Este estudo analisa os conhecimentos adquiridos por 30 discentes do curso de psicologia desta universidade para diferenciar experiências religiosas de transtornos mentais e suas percepções acerca da aprendizagem recebida. Busca-se responder às seguintes perguntas: Os/as estudantes

receberam treinamento para realizar a diferenciação? Eles/elas consideram o desenvolvimento desta competência relevante? Como o tópico foi abordado? E quais foram as diretrizes diagnósticas aprendidas?

O artigo 3 consiste em um estudo qualitativo realizado a partir das respostas a duas questões abertas do questionário. Nele é analisado como os/as estudantes interpretam as experiências religiosas. Seus objetivos são caracterizar as modalidades de linguagens e os tipos de conhecimentos utilizados para descrever tais experiências e verificar a presença (ou não) de ideias relacionadas à patologização das mesmas.

O artigo 1 foi submetido à Revista do NUFEN em 28/04/2020 (ANEXO B) e encontra-se em avaliação. Por este motivo, sua formatação atende às normas da revista e suas referências seguem as normas da APA 6ª edição. O artigo 2 será submetido à Revista Interação em Psicologia. Por esta razão, suas referências atende às normas da APA 7ª edição e sua formatação às normas do periódico. O artigo 3 foi aceito para publicação no e-book “Ciências das religiões: uma análise transdisciplinar – Vol. 3” da Editora Científica Digital (ANEXO C).

2. ARTIGO 1 – AVALIAÇÃO CLÍNICA DE EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS: CONCEPÇÕES DE SAÚDE, FORMAÇÃO E PRÁTICA PROFISSIONAL

Clinical evaluation of religious experiences: conceptions of health, training and professional practice

Evaluación clínica de experiencias religiosas: concepciones de salud, formación y práctica profesional

Resumo

Visando contribuir com a discussão acerca da formação acadêmica e avaliação clínica de experiências de conteúdo religioso, analisamos concepções de saúde presentes nos estudos nacionais que discutem parâmetros para diferenciar vivências saudáveis de patológicas. A partir de buscas realizadas na BVS, Repositório Institucional da UFJF e Google Acadêmico, foram identificadas dezoito produções e realizada uma revisão integrativa de literatura. Constatou-se importante avanço nas pesquisas quanto à análise das relações entre diagnóstico, subjetividade e cultura. A noção de saúde como capacidade de superar uma crise e instituir uma nova ordem foi a mais prevalente. O cenário nacional favorece a formação de profissionais críticos à patologização do religioso e a reumanização da assistência.

Palavras-chave: Formação dos Profissionais de Saúde; Educação Superior; Diagnóstico Diferencial; Experiências Religiosas; Psicopatologia.

Abstract

Aiming to contribute to the discussion about academic training and clinical evaluation of experiences with religious content, we analyzed health concepts present in national studies that discuss parameters to differentiate healthy from pathological experiences. From searches conducted in the BVS, UFJF Institutional Repository and Google Scholar, eighteen productions were identified and an integrative literature review was carried out. An important advance was found in research regarding the analysis of the relationships between diagnosis, subjectivity and culture. The notion of health as the capacity to overcome a crisis and institute a new order was the most prevalent. The national scenario favours the training of professionals critical to the pathologization of the religious and the rehumanization of assistance.

Keywords: Training of Health Professionals; College Education; Differential Diagnosis; Religious Experiences; Psychopathology.

Resumen

Con el objetivo de contribuir a la discusión sobre la formación académica y evaluación clínica de las experiencias de contenido religioso, analizamos las concepciones de salud presentes en los estudios nacionales que discuten los parámetros para diferenciar las experiencias sanas de las patológicas. A partir de las búsquedas realizadas en la BVS, UFJF Institutional Repository y Google Scholar, se identificaron dieciocho producciones y se realizó una revisión bibliográfica integradora. Se constató un avance importante en la investigación sobre el análisis de las relaciones entre diagnóstico, subjetividad y cultura. La noción de salud como la capacidad de superar una crisis e instituir un nuevo orden fue la más prevalente. El escenario nacional favorece la formación de profesionales críticos acerca de la patologización de los religiosos y la rehumanización de la asistencia.

Palabras-clave: Capacitación de Profesionales de la Salud; Educación Universitaria; Diagnóstico Diferencial; Experiencias Religiosas; Psicopatología.

INTRODUÇÃO

As definições de saúde e doença possuem implicações diretas sobre as práticas de cuidado. Elas condicionam o conhecimento produzido, métodos, técnicas e instrumentos (Batistella, 2007), assim como orientam intervenções sobre o corpo e a vida das pessoas, contribuindo para o exercício de controles sobre elas (Foucault, 1979). Por estas razões, o retorno ao problema do normal e patológico parece essencial (Batistella, 2007; Czeresnia, 2003).

Batistella (2007) sugere que este debate esteja no centro da educação profissional em saúde, orientando a organização dos currículos. Segundo o autor, esta medida pode reduzir a fragmentação entre teoria e prática, além de contribuir para uma educação mais humanística.

A formação acadêmica para avaliação clínica de experiências religiosas tem sido debatida por diferentes categorias profissionais. As discussões se respaldam em mais de quarenta anos de pesquisas acerca de fenômenos psicóticos em populações não clínicas, que apontam que experiências psicóticas, tais quais alucinações e delírios, com conteúdo religioso ou não, podem ocorrer entre pessoas que não possuem adoecimento mental (Van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul, & Krabbendam, 2009; Moreira-Almeida, & Cardeña, 2011; Nuevo et al., 2012).

Uma meta-análise realizada por Van Os et al. (2009) apontou que experiências definidas como psicóticas não estiveram relacionadas com transtornos psicóticos em até 90% dos casos. O amplo levantamento realizado por Nuevo et al. (2012) revelou uma associação entre sintomas psicóticos e diagnóstico de esquizofrenia em apenas 10% dos casos. Este estudo também apontou uma prevalência de 32% de sintomas psicóticos na população brasileira e de apenas 1,7% de diagnóstico de esquizofrenia. De acordo com Moreira-Almeida e Cardeña (2011), há um alto risco de realização de diagnósticos errôneos e de iatrogenia em nosso país.

Considerando que a tal risco soma-se uma histórica de patologização dos fenômenos vinculados a grupos religiosos minoritários, analisaremos concepções de saúde presentes nos estudos nacionais sobre a diferenciação entre experiências religiosas e sintomas psicopatológicos com o objetivo de contribuir para a discussão acerca da formação acadêmica e prática clínica. O conceito de saúde proposto por Canguilhem (2009) e a definição de saúde mental da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2001 serão utilizados como referências.

CONCEITO DE SAÚDE DE CANGUILHEM

A tese de doutorado em medicina do filósofo Georges Canguilhem, publicada em 1943, é um marco das mudanças nas concepções de saúde do século XX. Neste trabalho, Canguilhem (2009) define saúde como “uma margem de tolerância às infidelidades do meio”, “um guia regulador das

possibilidades de reação” (p. 78). Para ele, o meio é infiel porque existem os acidentes possíveis do mundo. Neste sentido, a saúde estaria vinculada à capacidade de criar ou seguir novas normas de vida, de superar as crises orgânicas – geradas por situações críticas decorrentes das flutuações do meio – e instaurar uma nova ordem biológica. Já o patológico estaria associado a uma impossibilidade de realizar mudanças ou de acompanhar uma transformação (Coelho, & Almeida Filho, 1999).

Canguilhem (2009) considera que “a possibilidade de abusar da saúde faz parte da saúde” (p. 79). Para ele, a pessoa sadia é aquela capaz de cair doente e se recuperar. A saúde compreende esta confiança biológica de que somos capazes de afastar tal eventualidade. Saúde e doença estão unidas em uma relação na qual a primeira precisa da sombra projetada pela segunda; não há oposição.

Ele contesta à concepção hegemônica no século XIX de saúde como adequação a um modelo pré-definido (Coelho, & Almeida Filho, 1999). Para Canguilhem (2009), a saúde não se limita a um estado de obediência irrestrita a uma norma, pois pode implicar em desobedecer e operar transformação. “O organismo não está jogado em um meio ao qual ele tem de se dobrar, mas, ao contrário, ele estrutura seu meio ao mesmo tempo em que desenvolve suas capacidades de organismo.” (Canguilhem, 2009, p. 130).

Vinte anos depois da publicação da tese, Canguilhem (2009) critica a ampla utilização do conceito de adaptação social nas áreas de psicologia e sociologia, recomendando que ele não seja utilizado na definição de anormalidade. Para o autor, a sociedade é um sistema heterogêneo de pressões e o indivíduo não deve irrestritamente aderir à maneira de ser imposta pela sociedade e adaptar-se às suas normas. Ele recomenda não confundir atitude de subordinação com normalidade.

Ademais, Canguilhem (2009) afirma que “não há patologia objetiva” (p. 91). Em sua opinião, a exploração clínica é imprescindível, pois um exame bacteriológico ou um teste fisiológico, por exemplo, fornecem um resultado que não possui valor diagnóstico. O diagnóstico pode até contrariar tal resultado. E se a doença não é uma coisa em si, mas um objeto que se extrai da interação social, deduz-se que a fronteira que a separa da saúde é estabelecida pela cultura.

DEFINIÇÃO DE SAÚDE MENTAL DA OMS

Diversas abordagens socioculturais em saúde foram desenvolvidas ao longo do século XX. Entre elas, encontram-se os modelos explicativos que pressupõem que o profissional de saúde na relação com o sujeito realiza uma interpretação, significando comportamentos e signos biológicos como sintomas (Almeida Filho, Coelho e Peres, 1999). Trata-se do entendimento de que o que está em jogo não é um julgamento de realidade, mas de valor. Contudo, discursos, como este, que não se estruturam pelo raciocínio causal-controlista e pelo pragmatismo encontram-se à margem na

atualidade, afirma Ayres (2007). Segundo o autor, este cenário favorece a desumanização da atenção à saúde.

A OMS define saúde mental como um “estado de bem-estar, no qual o indivíduo percebe suas próprias habilidades, consegue enfrentar os estressores normais da vida, trabalhar produtivamente e de forma frutífera e é capaz de contribuir para sua comunidade.” (WHO, 2001, p.1). Cabe dizer primeiramente que o uso do termo “bem-estar” tem sofrido críticas. Segundo Dejours (1986), a ideia de bem-estar é muito vaga, tratando-se, por isso, de um objeto pouco consistente. Bem-estar seria um estado ideal, nunca completamente atingido. Além disso, a ideia de bem-estar exclui a possibilidade de experiências como tristeza, angústia e indisposição serem compreendidas como respostas típicas às contingências ambientais, afirmam Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold e Sartorius (2015). Estes autores se opõem à patologização do mal-estar e à exclusão deste do conceito de saúde.

Galderisi et al. (2015) também apontam que a definição da OMS desconsidera o fato de que algumas pessoas, devido à idade ou a condições contextuais, tais quais imigração e discriminação, ficam impedidas de trabalhar e contribuir para a comunidade, e que nem por isso deixam de gozar de boa saúde mental. A perspectiva produtivista desta definição parece associar-se à ideia de que o corpo deve se tornar um instrumento necessário às exigências da produção (Foucault, 2001). Tornar os corpos dóceis e úteis, eis a nova anatomia política do corpo que emerge com as sociedades capitalistas, como enfatiza Foucault (2001).

Considerando, como Ayres (2007), que o debate ético-político na elaboração e aplicação dos conceitos e técnicas no campo da saúde é uma alternativa para a reumanização da assistência, analisaremos aspectos relacionados à formação de profissionais de saúde para a avaliação de experiências de conteúdo religioso. Partiremos do pressuposto que, além de científica, tecnológica e praxiológica, a formação pode ser também humanística e epistemologicamente consistente (Almeida Filho, 2014).

MÉTODO

Uma revisão integrativa de literatura foi realizada. O método de revisão integrativa, segundo Souza, Silva e Carvalho (2010), gera uma síntese das pesquisas, mesmo que de diferentes modalidades, disponíveis sobre determinada temática, oferecendo um panorama amplo e consistente de conceitos complexos. Segundo os autores, o processo de elaboração da revisão integrativa compreende seis fases: elaboração da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados; e apresentação da revisão.

Com o objetivo de responder à questão “como as concepções de saúde presentes nos estudos nacionais sobre a diferenciação entre experiências religiosas saudáveis e patológicas podem afetar a

formação e a prática profissional?”, foram feitas buscas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Repositório Institucional da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), entre janeiro e abril de 2020. Os descritores utilizados foram: “experiências espirituais”, “possessão”, “diagnóstico diferencial”. Foram também realizadas buscas no Google Acadêmico, utilizando os descritores: “mediunidade”, “diagnóstico diferencial”, “dissociação”. Utilizou-se o operador booleano AND e foram identificadas 158 produções ao total. O termo “formação” embora tenha sido testado como descritor, não foi utilizado por promover uma redução substancial no número de artigos obtidos na pesquisa. Por outro lado, considerando que nenhum dos trabalhos identificados aborda a formação profissional para a avaliação clínica de experiências de conteúdo religioso, foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: a) trabalhos que tratam da discussão, proposição e/ou testagem de critérios de diferenciação diagnóstica entre experiências religiosas e sintomas psicopatológicos; b) que possuem ao menos um autor brasileiro; c) com o idioma em português ou inglês. Os critérios de exclusão aplicados foram: a) estudos que apenas analisam dados sociodemográficos e/ou sintomas psicopatológicos em pessoas que apresentam experiências religiosas; b) trabalhos duplicados. Também foram realizadas buscas manuais, por meio da análise de referências das produções selecionadas. Obteve-se um conjunto de dezoito produções ao final.

A leitura integral dos textos possibilitou que eles fossem categorizados segundo o ano de publicação, o tipo de estudo e a concepção de saúde utilizada. Para analisar os dados referentes à categoria concepção de saúde, foram definidos três eixos temáticos: “estudos baseados na racionalidade biomédica”, “estudos que analisam aspectos psicodinâmicos” e “estudos que adotam uma perspectiva psicossocial”.

No primeiro eixo temático, foram agrupados quatro textos que discutem critérios diagnósticos em uma perspectiva biomédica. São eles: Almeida (2004); Menezes Júnior e Moreira-Almeida (2009); Moreira-Almeida e Cardeña (2011); Menezes Júnior (2012). No segundo eixo, foram reunidas seis produções que analisam a dinâmica subjetiva para a distinção entre saúde e doença: Alminhana (2013); Alminhana, Farias, Claridge, Cloninger e Moreira-Almeida (2017a); Alminhana, Tatton-Ramos, Nardini-Bubols e Marques (2017b); Alminhana, Farias, Claridge, Cloninger e Moreira-Almeida (2017c); Alminhana e Tatton-Ramos (2017); Zangari e Machado (2015). O terceiro eixo reúne oito estudos que discutem as relações entre diagnóstico e variáveis socioculturais. São eles: Alminhana e Menezes Jr. (2016); Delmonte, Lucchetti, Moreira-Almeida e Farias (2016); Delmonte e Farias (2017); Maraldi, Ribeiro e Krippner (2019); Maraldi, Krippner, Barros e Cunha (2017); Maraldi, Machado e Zangari (2010); Maraldi e Krippner (2013), Reichow (2017).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As dezoito produções identificadas se distribuem no intervalo de 2004 a 2019, sendo, desse modo, recentes. São seis ensaios temáticos, três revisões de literatura, três estudos de caso, três estudos longitudinais e três transversais. Os estudos empíricos não constituem maioria. Exceto o artigo de Delmonte e Farias (2017), todos os trabalhos estão vinculados a universidades da região centro-sul do país, a exemplo da UFJF, Universidade de São Paulo (USP) e Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC SP). Letícia Oliveira Alminhana, atualmente pesquisadora da Universidade do Estado do Rio Grande do Sul (UERGS), destaca-se por ser autora em sete dos dezoito trabalhos selecionados.

O eixo temático “estudos baseados na racionalidade biomédica” reúne produções vinculadas à Faculdade de Medicina da USP e da UFJF. Nele encontramos o trabalho com o maior número de citações (35), segundo o Google Acadêmico: o artigo de revisão de Moreira-Almeida e Cardeña (2011). Nele são propostas nove diretrizes para a avaliação do significado clínico de experiências espirituais, psicóticas ou dissociativas. Menezes Júnior (2012), em um estudo longitudinal, avaliou estes nove critérios quanto a sua adequação para o diagnóstico. Os resultados revelaram que apenas cinco diretrizes estavam associadas com melhor qualidade de vida psicológica e social, mesmo após um ano de seguimento. Foram elas: ausência de prejuízos sociais ou ocupacionais, promoção de crescimento pessoal ao longo do tempo, as experiências são dirigidas para a autointegração e o auxílio aos outros, curta duração da experiência, compatibilidade com um contexto cultural. Segundo estes autores, quanto mais desses elementos estão presentes menores as chances de a experiência estar relacionada a um transtorno mental.

Um importante fato revelado pelo estudo de Menezes Júnior (2012) é que tanto experiências saudáveis quanto patológicas podem estar acompanhadas de sofrimento psicológico. Observou-se que as experiências religiosas podem ser inicialmente desorganizadoras, gerando sofrimento subjetivo acentuado e até mesmo prejuízos sociais ou ocupacionais, mas que o sujeito nem sempre cursa com uma doença. Alminhana et al. (2017b) sinalizam que são necessárias maiores evidências empíricas que respaldem a adequação dos cinco critérios sustentados por Menezes Júnior (2012) para o diagnóstico.

Nos quatro estudos do primeiro eixo, podemos perceber a premissa de que o diagnóstico diferencial não deve se basear apenas numa lista de sintomas e que por isso devem incluir, como sugere Almeida (2004), a análise da adaptação social e do grau de incapacidade gerado. Refletindo acerca do conceito de adaptação social, retornamos à recomendação de Canguilhem (2009): não confundir subordinação com normalidade. Ademais, apesar da utilização das palavras “diretrizes” e “critérios” para o diagnóstico nas referidas produções, pode-se observar a adesão à lógica da lista de itens objetivos a serem checados.

Segundo Ayres (2007), a objetividade lograda pelos discursos biomédicos resulta de certa racionalidade prática que coloca a dimensão ética e política à margem. Parnas e Bovet (2015) criticam o operacionalismo pragmático presente no *mainstream* psiquiátrico atual, por simplificar a ontologia e a epistemologia do objeto de estudo: o adoecimento mental. A análise da experiência humana de adoecer é reduzida à identificação de itens observáveis. A natureza e o modo como cada um subjetiva o adoecer pouco são interrogados e não são utilizados múltiplos discursos para reconstruir a complexidade do objeto.

Os estudos do primeiro eixo apresentam uma frágil integração das variáveis subjetividade e cultura. Além disso, cabe destacar que o afrouxamento epistemológico da psiquiatria, segundo Foucault (2001), gera condições para a patologização de todo e qualquer comportamento. O debate científico atual acerca das experiências religiosas e suas relações com a saúde mental busca justamente superar a história de patologização destes fenômenos e por esse motivo devemos nos ater às bases epistemológicas dos saberes que contribuíram para ela.

No eixo “estudos que analisam aspectos psicodinâmicos”, estão reunidos cinco trabalhos que adotam o Modelo Psicobiológico do Temperamento e Caráter de C. Robert Cloninger e o texto de Zangari e Machado (2015). A hipótese de que as dimensões básicas do caráter definidas no Modelo Psicobiológico são medidas confiáveis para o diagnóstico foi testada em três (Alminhana, 2013; Alminhana et al., 2017c; Alminhana et al., 2017a) das seis produções que compõe este eixo.

Os resultados apresentados nos três estudos supracitados revelaram que pessoas que relatavam experiências religiosas frequentes apresentaram melhor qualidade de vida psicológica quando autodirigidas, mesmo após um ano, ou seja, quando capazes de se responsabilizar pelas próprias ações, de ter autonomia, realizar autocrítica e quando desenvolveram um ego maduro. Os autores acreditam que o autodirecionamento possibilita que o sujeito ofereça sentido às experiências, ressignificando-as em contextos religiosos e integrando-as à vida como um todo. Cabe dizer que não foi realizado grupo controle no *coorte* que originou tais publicações, o que traz dificuldades para a análise dos resultados.

Seguindo na mesma direção, Zangari e Machado (2015) sugerem, como diretriz diagnóstica, a análise da capacidade de o sujeito integrar a experiência ao quadro de referência, “ao mundo dos sentidos que o indivíduo constrói e a partir do qual constitui sua identidade” (p. 5). Propõe-se a avaliação da qualidade da integração das experiências a um quadro simbólico compatível com uma tradição religiosa: O sofrimento, os prejuízos sociais ou ocupacionais comuns nos momentos iniciais permanecem? Observa-se promoção de crescimento pessoal e auxílio aos outros? Segundo os autores, se houver transtorno mental de base, as experiências ficarão submetidas à gramática da doença.

Os estudos agrupados neste eixo, ao considerarem aspectos psicodinâmicos, operam um importante avanço no que tange a uma melhor integração de aspectos subjetivos. Contudo, estes

estudos também estão pautados em uma concepção de saúde centrada no indivíduo. Além disso, a ausência de integração de aspectos socioculturais configura-se como um de seus limites.

Pôde-se, pois perceber que as produções reunidas no primeiro e no segundo eixo partem de uma concepção de saúde com enfoque em aspectos individuais e não discutem os determinantes sociais da saúde¹. Nesta perspectiva, o indivíduo pode ser “culpabilizado” pela sua situação de saúde, pois a saúde dependeria de seu esforço em atribuir sentido às experiências, produzindo desenvolvimento pessoal e auxílio aos outros. Os condicionantes sociais, políticos e econômicos são negligenciados, assim como os governos e os formuladores das políticas públicas são desresponsabilizados (Heidmann et al., 2006). Não é dado o devido relevo aos fatores que estão fora da governabilidade do sujeito e de alguns grupos sociais.

Convém destacar que os determinantes sociais da saúde limitam a capacidade de o indivíduo mudar comportamentos e estilo de vida (Buss, & Pellegrini Filho, 2007). A Carta de Ottawa (1986) explicita que “as pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde” (p. 1-2) e por isso é necessário assegurar recursos igualitários e oportunidades para capacitá-las para tal. Lançar um olhar sobre os fatores não individuais relacionados à produção de saúde é reconhecer que a problemática é mais abrangente e complexa do que entende o universalismo naturalista.

O terceiro eixo, “estudos que adotam uma perspectiva psicossocial”, compreende produções que destacam a relevância dos elementos socioculturais para a realização do diagnóstico. Os estudos, em sua maioria, se dedicam a discutir a diferenciação entre Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI) e possessão não patológica. Cinco (Maraldi et al., 2019; Maraldi et al., 2017; Maraldi et al., 2010; Maraldi, & Krippner, 2013, Reichow, 2017) dos oito trabalhos reunidos aqui estão vinculados ao Laboratório de Estudos Psicossociais: crença, subjetividade, cultura & saúde (Inter Psi) alocado no Departamento de Psicologia Social e do Trabalho da USP.

Delmonte et al. (2016) e Delmonte e Farias (2017) sinalizam a necessidade de maiores avanços no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) quanto à análise das variáveis contextuais. Ao debaterem a diferenciação entre TDI e possessão não patológica, os autores demonstram como sofrimento mental e prejuízos sociais podem não estar relacionados às experiências de possessão em si, mas à estigmatização e discriminação das práticas religiosas de grupos étnicos minoritários. Este entendimento de que a análise da dialética indivíduo-grupo é relevante para diferenciar fenômenos religiosos de transtornos mentais encontra-se presente em quatro outros estudos deste eixo (Maraldi et al., 2019; Maraldi et al., 2017; Maraldi et al., 2010; Maraldi, & Krippner, 2013).

¹ A expressão “determinantes sociais da saúde” é aqui utilizada para se referir às diferenças de distribuição de renda e riqueza, raça, etnia, gênero, classe social, orientação sexual, nível educacional e localização geográfica que impactam a saúde, como proposto pela Organização Mundial da Saúde (2011).

Se o modo como o grupo lida com a experiência impacta o sujeito, tais impactos (positivos ou negativos) devem ser considerados na avaliação psicopatológica, sugerem os estudos supracitados. Maraldi et al. (2017) afirmam que o grupo pode legitimar a experiência do indivíduo, contribuindo assim para a defesa e manutenção da identidade do sujeito. Maraldi e Krippner (2013) destacam que, ao mesmo tempo, os fenômenos vivenciados legitimam as crenças grupais. Por outro lado, como dito acima, o grupo também pode agir de forma discriminatória, gerando prejuízos sociais, ocupacionais e sofrimento mental.

A análise dos textos deste eixo nos permite questionar os limites da abordagem biomédica. Considerar o DSM como uma leitura científica de uma realidade biológica universal subjacente às diferenças culturais, ao invés de compreendê-lo como a produção de uma época e cultura, pode conduzir a um imperialismo cultural, afirma Pussetti (2006). A autora nos convida a lançar um olhar crítico sobre formas sutis, como esta, de imposição dos valores ocidentais, que privilegiam a autonomia individual e as normas da classe média.

Em síntese, no que tange às concepções de saúde analisadas, percebeu-se que, em apenas dois artigos do eixo “estudos baseados na racionalidade biomédica” (Almeida, 2004; Moreira-Almeida, & Cardeña, 2011) verifica-se a noção de saúde como bem-estar. Nas demais produções a concepção de saúde como capacidade de superar uma crise foi identificada. Este segundo entendimento guarda semelhanças com o conceito de saúde de Canguilhem (2009). Sofrimento subjetivo e perdas sócio-ocupacionais, às vezes, sinalizam uma crise que poderá ser vencida. Além disso, nas produções agrupadas nos eixos um e dois, observou-se que a ideia de saúde está centrada no indivíduo. Desse modo, na produção nacional, predomina uma concepção de saúde individual que não exclui o sofrimento e o caos.

Cabe lembrar que a definição de saúde de Canguilhem (2009) inclui a capacidade de o indivíduo estruturar seu meio, questionar as normas sociais e promover mudanças. Algumas das produções analisadas no eixo “estudos que adotam uma perspectiva psicossocial” fornecem elementos para que consideremos a importância de mudanças na cultura e na dinâmica social para obtenção de uma maior aceitação das experiências e maior suporte sócio-comunitário. Considerando a história da escravidão e do extermínio dos povos indígenas no nosso país, parece fundamental avaliar os impactos do preconceito relacionado às manifestações religiosas das populações negra e ameríndia.

Além disso, vale salientar que pesquisas refletem discursos. A presença do discurso médico, psicológico e psicossocial no cenário nacional indica diferentes modos de abordar o fenômeno religioso, podendo haver harmonias e tensões entre eles. Sendo assim, a lógica da complementariedade pode ser evocada com vistas à reconstrução da complexidade do objeto de pesquisa.

Outro aspecto importante a se destacar é que os estudos acerca da avaliação clínica de experiências de conteúdo religioso em nosso país são escassos e, entre eles, não foram identificados

trabalhos que analisam a formação profissional. Além disso, por se tratarem de produções recentes, supomos que grande número de estudantes dos cursos de saúde não os consulta: cenário profícuo para que se reproduzam estigmas vinculados à história da patologização das experiências religiosas.

Pôde-se, pois perceber que as pesquisas concentram-se na região centro-sul do país e estão vinculados a programas de pós-graduação nas áreas de psicologia e medicina. A maioria dos estudos parte de uma concepção individual de saúde e é orientada por uma preocupação com a sofisticação dos métodos diagnósticos. O debate ético-político é raro, apesar de alguns estudos discutirem determinantes sociais da saúde. Corre-se assim o risco de que a produção nacional contribua para a estrutura alienante, tecnicista e fragmentadora da educação superior brasileira (Almeida Filho, 2014). Pesquisas acerca da formação acadêmica para a avaliação de fenômenos religiosos são necessárias.

Houve um importante avanço nos estudos quanto à integração dos aspectos relacionados à subjetividade e cultura. Pode-se perceber claramente uma trajetória de recomplexificação do objeto de pesquisa. Além disso, a emergência da concepção de saúde como capacidade de superar uma crise opera relevante ruptura com a tendência de associar sofrimento subjetivo e disfuncionalidade a transtorno mental. Abdicar dos ideais de produtividade e permanente bem-estar significa reduzir os controles sobre os corpos e sobre os modos de vida. Mais do que romper com uma tradição de patologização das experiências religiosas, trata-se de aderir a uma definição de saúde que contribui menos para a dominação de grupos populacionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A noção hegemônica de saúde como capacidade de enfrentar, superar uma crise e instaurar uma nova ordem colabora para a formação de profissionais críticos à patologização do mal-estar, do caos e do religioso, podendo contribuir assim para a reumanização da assistência. Sua emergência é acompanhada por uma abertura para o debate filosófico acerca do modo como lidamos com as múltiplas experiências que compõem a vida e o debate político dos apelos feitos às ciências da saúde nas sociedades capitalistas regidas pelo controle e pela vigilância. Os estudos sobre a avaliação de experiências religiosas que partem de uma perspectiva psicossocial colaboram de modo especial para a formação de profissionais capazes de promover ações de maior impacto social e mudanças na cultura.

A qualificação da educação superior em saúde no Brasil implica em uma necessidade de discutir determinantes sociais da saúde, assim como dimensões simbólicas e materiais dos processos de saúde-doença-cuidado, de modo que não se reproduzam reducionismos biológicos e iniquidades nas práticas. A promoção de uma saúde mental que esteja vinculada a uma pauta emancipatória do sujeito (Almeida Filho, Coelho, & Peres, 1999) exige que, ao longo da trajetória acadêmica, sejam desenvolvidas competências multiculturais. O presente estudo, ao não identificar produções que

discutem a formação acadêmica para a avaliação clínica dos fenômenos religiosos, revela a existência de um importante campo a ser explorado.

Referências

- Almeida, A. M. (2004). *Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia de médiuns espíritas* (Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo). Recuperado de http://www.geae.net.br/images/Teses/Tese_USP_2004_mediunidade.pdf
- Almeida Filho, N. (2014). Nunca fomos Flexnerianos: Anísio Teixeira e a educação superior em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, 2531-2543. Doi: [10.1590/0102-311XET0112144](https://doi.org/10.1590/0102-311XET0112144)
- Almeida Filho, N., Coelho, M. T. Á., & Peres, M. F. T. (1999). O conceito de saúde mental. *Revista USP*, 43, 100-125. Recuperado de https://scholar.google.com.br/scholar?cluster=2649339850193313046&hl=pt-BR&as_sdt=0.5
- Alminhana, L. O. (2013). *A personalidade como critério para o diagnóstico diferencial entre experiências anômalas e transtornos mentais* (Tese de Doutorado, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora). Recuperado de <http://repositorio.ufjf.br:8080/jspui/handle/ufjf/1015>
- Alminhana, L. O., & Menezes Jr, A. (2016). Experiências Religiosas/Espirituais: dissociação saudável ou patológica? *HORIZONTE - Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião*, 14(41), 122-143. Doi: [10.5752/P.2175-5841.2016v14n41p122](https://doi.org/10.5752/P.2175-5841.2016v14n41p122)
- Alminhana, L. O., & Tatton-Ramos, T. P. (2017). Modelos de personalidade e a diferenciação entre experiências anômalas saudáveis e patológicas em contexto religioso. *Revista de Estudos da Religião*, 17(2), 50-72. Doi: [10.23925/1677-1222.2017vol17i2a4](https://doi.org/10.23925/1677-1222.2017vol17i2a4)
- Alminhana, L. O., Farias, M., Claridge, G., Cloninger, C. R., & Moreira-Almeida, A. (2017a). How to tell a happy from an unhappy schizotype: personality factors and mental health outcomes in individuals with psychotic experiences. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39(2), 126-132. Doi: [10.1590/1516-4446-2016-1944](https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-1944)
- Alminhana, L. O., Tatton-Ramos, T. P., Nardini-Bubols, M., & Marques, L. F. (2017b). Saúde e doença nas experiências religiosas/espirituais: integrando modelos de Wilber e Cloninger. *PsicoUSF*, 22(2), 351-360. Doi: [10.1590/1413-82712017220213](https://doi.org/10.1590/1413-82712017220213)
- Alminhana, L. O., Farias, M., Claridge, G., Cloninger, C. R., & Moreira-Almeida, A. (2017c). Self-directedness predicts quality of life in individuals with psychotic experiences: a 1-year follow-up study. *Psychopathology*, 50(4), 239-245. Doi: [10.1159/00047495](https://doi.org/10.1159/00047495)
- Ayres, J. R. (2007). Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17, 43-62. Recuperado de <https://www.scielo.org/article/physis/2007.v17n1/43-62/pt/>

- Batistella, C. (2007). Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In Fonseca, A.F. (Org.), *O território e o processo saúde-doença* (pp. 51-86). Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ.
<https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/2127>
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17, 77-93. Recuperado de
<https://www.scielo.org/article/physis/2007.v17n1/77-93/pt/>
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico* (6a. ed. rev.). Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária.
[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3114962/mod_resource/content/1/O Normal e o Patológico.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3114962/mod_resource/content/1/O_Normal_e_o_Patologico.pdf)
- Carta de Ottawa. (1986). *Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde*. Ottawa. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- Coelho, M. T. Á. D., & Almeida Filho, N. (1999). Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 9, 13-36. Recuperado de
<https://www.scielo.org/article/physis/1999.v9n1/13-36/pt/>
- Czeresnia, D. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In Czeresnia, D., & Freitas, C.M. (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 39-53). Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ. <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/AOconceito.pdf>
- Dejours, C. (1986). Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 54 (14), 7-11. Recuperado de https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=Por+um+novo+conceito+de+sa%C3%BAde&btnG=
- Delmonte, R., Lucchetti, G., Moreira-Almeida, A., & Farias, M. (2016). Can the DSM-5 differentiate between nonpathological possession and dissociative identity disorder? A case study from an Afro-Brazilian religion. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(3), 322-337. Doi: [10.1080/15299732.2015.1103351](https://doi.org/10.1080/15299732.2015.1103351)
- Delmonte, R., & Farias, M. (2017). A mente brasileira em estado de possessão: contribuição de um estudo de caso para a psicologia da religião e saúde mental no Brasil. *Revista Pistis Praxis*, 9(1), 243-256. Doi: [10.7213/2175-1838.09.001.DS12](https://doi.org/10.7213/2175-1838.09.001.DS12)
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, RJ: Graal.
https://www.nodo50.org/insurgentes/biblioteca/A_Microfisica_do_Poder_-_Michel_Foucault.pdf
- Foucault, M. (2001). *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo, SP: Martins Fontes. https://monoskop.org/images/6/62/Foucault_Michel_Os_anormais.pdf
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231-233. Doi: [10.1002/wps.20231](https://doi.org/10.1002/wps.20231)

- Heidmann, I. T., Almeida, M. C. P. D., Boehs, A. E., Wosny, A. D. M., & Monticelli, M. (2006). Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 15(2), 352-358. Doi: [10.1590/S0104-07072006000200021](https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200021)
- Maraldi, E. D. O., Machado, F. R., & Zangari, W. (2010). Importance of a psychosocial approach for a comprehensive understanding of mediumship. *Journal of Scientific Exploration*, 24(2), 181-196. Recuperado de https://scholar.google.com.br/scholar?cluster=11443891765633796508&hl=pt-BR&as_sdt=0,5
- Maraldi, E. O., & Krippner, S. (2013). A biopsychosocial approach to creative dissociation: remarks on a case of mediumistic painting. *NeuroQuantology*, 11(4), 544-572. Doi: [10.14704/nq.2013.11.4.695](https://doi.org/10.14704/nq.2013.11.4.695)
- Maraldi, E. O., Krippner, S., Barros, M. C. M., & Cunha, A. (2017). Dissociation From a Cross-Cultural Perspective: Implications of Studies in Brazil. *The Journal of nervous and mental disease*, 205(7), 558-567. Doi: [10.1097/NMD.0000000000000694](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000694)
- Maraldi, E. O., Ribeiro, R. N., & Krippner, S. (2019). Cultural and group differences in mediumship and dissociation: exploring the varieties of mediumistic experiences. *International Journal of Latin American Religions*, 3(1), 170-192. Doi: [10.1007/s41603-019-00076-0](https://doi.org/10.1007/s41603-019-00076-0)
- Menezes Júnior, A. (2012). *Estudo prospectivo sobre o diagnóstico diferencial entre experiências mediúnicas e transtornos mentais de conteúdo religioso* (Tese de Doutorado, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora). Recuperado de <http://repositorio.ufjf.br:8080/jspui/handle/ufjf/1982>
- Menezes Júnior, A., & Moreira-Almeida, A. (2009). O diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais de conteúdo religioso. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 36(2), 75-82. Doi: [10.1590/S0101-60832009000200006](https://doi.org/10.1590/S0101-60832009000200006)
- Moreira-Almeida, A., & Cardeña, E. (2011). Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(1), s21-s28. Doi: [10.1590/S1516-44462011000500004](https://doi.org/10.1590/S1516-44462011000500004)
- Nuevo, R., Chatterji, S., Verdes, E., Naidoo, N., Arango, C., & Ayuso-Mateos, J. L. (2012). The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophrenia Bulletin*. 38(3), 475-485. Doi: [10.1093/schbul/sbq099](https://doi.org/10.1093/schbul/sbq099)
- Organização Mundial da Saúde. (2011). Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. In *Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf

- Parnas, J., & Bovet, P. (2015). Psychiatry made easy: operation(al)ism and some of its consequences. In Kendler, K. S., & Parnas, J. (Eds.). *Philosophical issues in psychiatry III: the nature and sources of historical change* (pp. 190-212). USA, Oxford University Press.
https://scholar.google.com.br/scholar?cluster=14890806034373429878&hl=pt-BR&as_sdt=0,5
- Pussetti, C. (2006). A patologização da diversidade: uma reflexão antropológica sobre a noção de Culture-Bound Syndrome. *Etnográfica*, 10(1), 05-40. Recuperado de
<https://www.redalyc.org/pdf/3723/372339147001.pdf>
- Reichow, J. R. C. (2017). *Estudo de experiências anômalas em médiuns e não médiuns: Prevalência, relevância, diagnóstico diferencial de transtornos mentais e relação com qualidade de vida* (Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo). Recuperado de
<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-18012018-163219/en.php>
- Souza, M. T. D., Silva, M. D. D., & Carvalho, R. D. (2010). Integrative review: what is it? How to do it?. *Einstein (São Paulo)*, 8(1), 102-106. Doi: [10.1590/s1679-45082010rw1134](https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134)
- Van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. J. P. M. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39(2), 179-195. Doi: [10.1017/S0033291708003814](https://doi.org/10.1017/S0033291708003814)
- Zangari, W., & Machado, F. R. (2015). Diagnóstico Diferencial de Transtornos Mentais e Experiências Anômalas/Religiosas: A importância do quadro de referência e dos transtornos mentais de base. In *Resumos do X Seminário de Psicologia e Senso Religioso* (pp. 1-6). Curitiba, PR. <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/spsr>
- World Health Organization (WHO). (2001). *Strengthening mental health promotion*. Geneva: World Health Organization. https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=%22Strengthening+mental+health+promotion%22+who+2001&btnG=

3. ARTIGO 2 – LACUNA FORMATIVA E AVALIAÇÃO INADEQUADA DE EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS: UMA ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA

Formative Gap and Inadequate Evaluation of Religious Experiences: an Analysis of the Perceptions of Psychology Students

Resumo

Este artigo analisa os conhecimentos adquiridos por estudantes de psicologia para diferenciar experiências religiosas de transtornos mentais e suas percepções acerca da aprendizagem recebida. Trinta estudantes da Universidade Federal da Bahia responderam a um questionário estruturado sobre religiosidade na prática clínica, do qual 21 questões foram selecionadas. As respostas das questões objetivas foram submetidas à análise descritiva simples e das questões abertas à identificação, contagem do número de ocorrências de expressões específicas e cálculo de percentual. Apenas os dados produzidos por meio de duas questões abertas foram submetidos à análise de conteúdo temática. Constatou-se a aprendizagem de que experiências religiosas podem não ser patológicas, mas não foi identificado conhecimento técnico suficiente para identificar com segurança quadros não patológicos. Foram observadas críticas negativas ao modo como a temática foi abordada e o desejo de que o tópico seja inserido no currículo. A lacuna formativa identificada coloca a possibilidade de avaliação inadequada durante a formação de elementos relacionados à religiosidade.

Palavras-chave: formação dos profissionais de saúde; educação superior; diagnóstico diferencial; experiências religiosas; psicopatologia.

Abstract

This article analyses the knowledge acquired by psychology students to differentiate religious experiences from mental disorders and their perceptions about learning and learning. Thirty students from the Federal University of Bahia answered a structured questionnaire on religiosity in clinical practice, from which 21 questions were selected. The answers to the objective questions were submitted to simple descriptive analysis and open questions to identification, counting the number of occurrences of specific expressions and percentage calculation. Only data obtained through two open questions were discovered through thematic content analysis. The learning that religious experiences may not be pathological was found, but the technician to safely identify non-pathological conditions was not identified. There were negative criticisms of the way the topic was approached and the desire for the topic to be included in the curriculum. A formative gap identified poses a possibility of inadequate evaluation during the formation of elements related to religiosity.

Keywords: training of health professionals; college education; differential diagnosis; religious experiences; psychopathology.

O desenvolvimento de competências multiculturais relacionadas à religiosidade por parte de profissionais da psicologia tem sido objeto de investigação científica há quase dez anos nos Estados Unidos (Vieten et al., 2013; Vieten et al., 2016). O presente artigo tem como ponto de partida os frequentes relatos de que as relações entre saúde, religião e religiosidade são pouco abordadas na formação de psicólogas e psicólogos brasileiros (Paulino, 2019; de Assis, & de Medeiros, 2017).

O treinamento dessas competências se justifica por três razões. Primeiro, a população mundial possui alto índice de envolvimento religioso: estima-se que 84% possuem afiliação religiosa (Hackett et al., 2012). Segundo, há evidências científicas de que as crenças e práticas religiosas e/ou espirituais podem contribuir tanto positivamente quanto negativamente para o bem-estar psicológico (Vieten et al., 2013). Terceiro, o treinamento genérico da competência multicultural não é suficiente para garantir uma abordagem sensível e eficiente a pessoas orientadas espiritual ou religiosamente (Richards, & Bergin, 2005 como citado em Vieten et al., 2016).

Os relatos de experiências religiosas são frequentes em nosso país. Segundo o levantamento realizado por Nuevo et al. (2010) em 52 países, por meio do *World Health Survey* (WHS) da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil ocupa o segundo lugar no *ranking* de prevalência de fenômenos psicóticos – com conteúdo religioso ou não –, perdendo apenas para o Nepal. Estima-se assim que a ocorrência de experiências religiosas em nosso país seja elevada. O Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP, 2016) sugere que aspectos destas experiências sejam estudados de forma transversal na graduação para evitar o preconceito contra manifestações culturalmente reguladas pelo saber religioso.

Contudo, mesmo com a crescente produção científica acerca das interfaces entre psicologia e religiosidade, diversos estudos apontam que este tópico ainda é pouco estudado

nos cursos de psicologia das universidades brasileiras (Paulino, 2019; de Assis, & de Medeiro, 2017; de Freitas, 2014; Costa, Nogueira, & Freire, 2010; Esteves, 2009). Costa, Nogueira e Freire (2010) investigaram a presença de disciplina que versasse sobre as relações entre saúde e espiritualidade em 84,6% (301) do total de cursos de psicologia (356) oferecidos no país. Os resultados do estudo apontaram que 84,1% dos cursos investigados não incluíam a temática no currículo.

A ausência de treinamento específico na graduação implica o risco de que os futuros profissionais patologizem experiências religiosas e desenvolvam práticas inadequadas. O presente estudo objetiva analisar os conhecimentos adquiridos por estudantes de psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA) para diferenciar experiências religiosas de transtornos mentais e suas percepções acerca da aprendizagem recebida.

É adotada a definição de religiosidade como o quanto alguém acredita, pratica e segue uma determinada religião (Koenig, McCullough, & Larson, 2001). Não foram usadas medidas de espiritualidade.

Método

Desenho do Estudo

Esta é uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem mista, quantitativa e qualitativa.

Participantes

Participaram deste estudo 30 estudantes da Faculdade de Psicologia da UFBA, que já tinham cursado o componente curricular obrigatório IPSC24 – Psicopatologia. Cada participante recebeu um número para preservar o anonimato e o sigilo.

Instrumentos

Questões sociodemográficas

Com a finalidade de obter uma caracterização da amostra, foram utilizadas questões sociodemográficas para a coleta de dados referentes à idade, estado civil, religião, gênero, orientação/identidade sexual, tempo de formação acadêmica e cor.

Questionário estruturado sobre religiosidade na prática clínica

Este instrumento foi construído a partir da leitura de textos históricos e científicos sobre a temática e submetido à validação semântica por meio da avaliação de pesquisadores vinculados a quatro universidades brasileiras. Ele possui 28 questões, entre abertas e fechadas ou objetivas, e faz parte de uma pesquisa maior, um projeto guarda-chuva que investiga a formação do psicólogo para a avaliação de experiências religiosas.

Para a produção deste artigo foram selecionadas e analisadas as respostas das 17 questões que avaliam a relação pessoal do participante com a religiosidade, concepções relacionadas à avaliação de experiências de conteúdo religioso, o treinamento recebido, a relevância atribuída (ou não) ao treinamento e critérios diagnósticos aprendidos (Anexo 1). Entre elas encontram-se o item que avalia religiosidade não-organizacional (dedicação a atividades religiosas individuais) da versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL (Moreira-Almeida, Peres, Aloe, Neto, & Koenig, 2008) e três questões relacionadas à avaliação de dois casos clínicos. O Caso Clínico 1 é um recorte extraído do estudo de caso realizado por Delmonte e Farias (2017). Já o Caso Clínico 2 consiste na adaptação de um quadro descrito no Livro de casos clínicos do DSM IV (Spitzer et al., 1996) compatível com o diagnóstico de transtorno psicótico breve conforme o DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014), considerando as alterações da sensopercepção e o comportamento desorganizado. A alteração do juízo de realidade (delírio), por possuir conteúdo religioso e por assim requerer a análise de compatibilidade cultural, não foi considerada para o diagnóstico.

Coleta de Dados

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, foi realizada uma aplicação-piloto online (por meio do aplicativo Google Formulários) com estudantes do curso de psicologia da referida universidade que não tinham cursado a disciplina Psicopatologia. Um *flyer* foi utilizado para o recrutamento de voluntários. O piloto teve a finalidade de avaliar a compreensibilidade dos itens e o tempo de resposta do questionário. Observou-se que os/as participantes levaram 20 minutos em média para respondê-lo e não foram relatadas dificuldades na compreensão das questões.

Posteriormente foram encaminhados e-mails para os professores do curso, solicitando que encaminhassem o link do questionário para os alunos matriculados. A coleta de dados foi realizada entre 08/05/2020 e 04/06/2020, apenas na modalidade online, em virtude das recomendações relacionadas com a pandemia da COVID-19. Registrou-se ciência e anuência de todos/as os/as participantes através da adaptação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o formato online.

Análise de Dados

Os dados obtidos por meio das questões objetivas foram submetidos à análise descritiva simples (média, frequência absoluta e percentual). Já os dados produzidos através das questões abertas foram submetidos à identificação, contagem do número de ocorrências de expressões específicas do campo do ensino e da psicopatologia e cálculo de percentual. Apenas os dados produzidos por meio da questão 26 (a) (Caso tenha recebido treinamento, quais os temas e conteúdos abordados?) e as respostas dos estudantes que não realizaram a classificação do Caso Clínico 1 à questão 30 (b) (Qual(is) critério(s) você utilizou para classificar o caso clínico?") foram submetidas à análise de conteúdo temática conforme proposta por Bardin (2011).

A análise de conteúdo temática consiste na identificação de núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado (Bardin, 2011). Este processo envolve três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados com inferência e interpretação. Primeiramente, são realizadas leituras flutuantes sem destaque ou marcação. Em seguida são feitas novas leituras em que palavras-chave são destacadas e são atribuídos nomes aos temas que as descrevem. Os temas são então revisados, condensados e consolidados em categorias. Por fim, são realizadas inferências e interpretações baseadas nos objetivos e na revisão prévia de literatura.

Aspectos Éticos

Este estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA em 3 de abril de 2020, conforme parecer nº. 3.951.919. Todos os procedimentos obedeceram às diretrizes e normas nacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Os dados produzidos foram organizados e serão apresentados em seis eixos: “Caracterização da população”, “Religião e religiosidade pessoal”, “Concepções relacionadas à prática clínica”, “Avaliação do treinamento recebido”, “Relevância atribuída ao treinamento” e “Critérios diagnósticos aprendidos”.

Caracterização da População

De um universo de aproximadamente 360 estudantes do curso de Psicologia que já haviam cursado a disciplina Psicopatologia, a presente amostra representou 8% dessa população, ou seja, 30 participantes. Entre esses/essas, 63,3% de mulheres, com média de idade de 25 anos, variando entre 20 e 69 anos. Em relação à orientação sexual, 46,7% dos/das

discentes se autodeclararam heterossexuais, 33,3% bissexuais e 20,0% homossexuais. A maioria dos/das estudantes (53,3%) se autodeclarou ser da cor branca, enquanto 33,3% afirmaram serem da cor parda e 13,3% da cor preta. Os/as participantes estavam distribuídas entre o terceiro e o último ano do curso, sendo que metade deles/delas estava no terceiro ano da graduação.

Religião e Religiosidade Pessoal

Metade (50%) das/dos participantes declarou possuir religião: oito católicos, duas espíritas, dois evangélicos, um cristão, uma espiritualista e uma umbandista. Os/as demais afirmaram ser ateus/ateias ou agnósticos/agnósticas. Observou-se também que 16,7% dos/das estudantes não eram religiosos, mas apresentavam alta religiosidade não-organizacional, constituindo assim o grupo dos espirituais não religiosos. Dos/das estudantes, 3,3% declararam não ter religião e não acreditar que a vida possui uma dimensão sagrada ou transcendente, sendo, desse modo, não espirituais e não religiosos.

Identificou-se que 43,3% dos/das discentes já tiveram experiência religiosa. Os fenômenos mais relatados foram: sentir a presença, ver ou conversar com espíritos (20%) e contato íntimo com Deus (10%). Também foram referidas experiências de estar fora do corpo, possessão, intuição, recordação de vida passada, conversão religiosa, sonho espiritual, cura e insight. Estudantes espirituais não religiosos (6,7%), assim como não espirituais e não religiosos (3,3%) referiram igualmente este tipo de experiência.

Concepções Relacionadas à Prática Clínica

A maioria dos/das participantes (93,3%) considerou sempre ou geralmente apropriado discutir religiosidade quando o paciente aborda o assunto. No entanto, 86,6% dos/das discentes afirmaram ser geralmente ou sempre inapropriado abordar o tema quando o paciente não menciona nada sobre isso durante a avaliação.

Observou-se também que 96,7% dos/das discentes afirmaram que uma pessoa pode ouvir vozes, ter visões, se sentir em transe ou fora do corpo (excluídos os momentos de sonolência, intoxicação e abstinência do uso de drogas) e não possuir adoecimento mental – Tabela 1. Nenhum estudante declarou que a ocorrência de experiências religiosas sempre indica transtorno mental. Dos/das participantes, apenas 3,3% afirmaram que quase sempre indica.

Tabela 1. *Crenças acerca das relações entre experiências religiosas e adoecimento mental*

Questões e respostas	N	%
Uma pessoa pode ouvir vozes, ter visões, se sentir em transe ou fora do corpo e não possuir adoecimento mental		
Sim	29	96,7
Não	-	-
Não sei opinar	1	3,3
A ocorrência de experiências religiosas indica existência de transtorno		
Sempre	-	-
Quase sempre	1	3,3
Às vezes	17	56,7
Quase nunca	9	30,0
Nunca	3	10,0

Avaliação do Treinamento Recebido

A maioria das pessoas (53,3%) afirmou não ter recebido treinamento formal para diferenciar experiências religiosas de transtornos mentais, 30% afirmaram ter recebido pouco treinamento e 10% que poderiam ter recebido, mas não se recordavam – Tabela 2.

Tabela 2. *Treinamento recebido para diferenciar experiências religiosas de transtornos mentais*

Treinamento recebido	N	%
Intenso	-	-
Mediano	2	6,7
Pouco	9	30,0
Posso ter recebido, mas não me recordo	3	10,0
Não recebi	16	53,3

Estudantes (36,6%) que afirmaram terem recebido algum (pouco ou mediano) treinamento específico, esclareceram que as orientações foram oferecidas na disciplina Psicopatologia. Além da referência a tal disciplina, identificou-se uma alusão à abordagem do tema de forma transversal ao longo do curso e outra a uma disciplina optativa. Vale ressaltar que, no curso de psicologia da UFBA, não é oferecida disciplina sobre Psicologia da Religião. Os métodos utilizados citados foram: aulas expositivas, exibição de filmes, discussão de casos clínicos e relatos de experiências de profissionais.

Estes/estas participantes responderam à questão aberta “Quais os temas e conteúdos abordados?”. A análise de conteúdo das respostas possibilitou a construção da subcategoria: “Críticas ao treinamento recebido”. Esta subcategoria compreende as afirmações de que as/os docentes não atribuíram muita relevância à temática e que a abordagem foi indireta, não planejada, simplista e “romantizada”. Tais críticas sinalizam uma percepção negativa do modo como a temática foi abordada. Seguem comentários que exemplificam:

“Essa foi uma questão abordada a partir de colocações de colegas, e não abordada espontaneamente pela Professora que lecionou a disciplina de Psicopatologia no período em que realizei esse componente.” (Estudante 29).

“A sua visão [da docente], quase sempre, era bastante romantizada. Sua única instrução foi sugerir uma análise crítica do DSM e da CID, coisa que ela própria não fazia.” (Estudante 17).

“Isso sempre foi passado de maneira muito “de passagem”, não como tópico especificamente discutido, mas como ressalva para a necessidade de se atentar à relação que o sujeito tem com a religião. Na própria disciplina de psicopatologia isso de deu, mas de forma sucinta.” (Estudante 07).

“O manejo das experiências religiosas foi considerado a partir do ponto de vista segundo o qual se é comum à pessoa ter experiências religiosas, elas são válidas e não relacionadas a sintomas psicopatológicos; se, no entanto, a pessoa nunca relatou proximidade com nenhuma religião e de repente passou a relatar experiências de transcendência etc., nesse caso é indício de sintomas psicopatológicos. Essa é uma solução que eu considero demasiado simplista.” (Estudante 29).

Constatou-se também que a maioria dos/das estudantes (66,7%) declarou não se sentir segura ou se sentir pouco segura para realizar o diagnóstico. Dos participantes, 30% se sentiam seguros e 3,3% muito seguros.

Relevância Atribuída ao Treinamento

A grande maioria de estudantes (86,6%) afirmou que psicólogas e psicólogos deveriam sempre ou quase sempre receber treinamento para diferenciar experiências religiosas de transtornos mentais – Tabela 3. Nenhum participante considerou que isso nunca ou quase nunca deveria ocorrer. Constatou-se também que 86,6% dos/das estudantes avaliaram o desenvolvimento desta competência como relevante ou muito relevante – Tabela 3. Nenhum participante considerou o desenvolvimento da competência sem relevância.

Tabela 3. Afirmações concernentes à competência de diferenciar experiências religiosas de transtornos mentais

Questões e respostas	N	%
Psicólogos deveriam receber treinamento e demonstrar tal		
Sempre	19	63,3
Quase sempre	7	23,3
Às vezes	4	13,3
Quase nunca	-	-
Nunca	-	-
O desenvolvimento desta competência ao longo da formação		
Muito relevante	12	40,0
Relevante	14	46,7
Pouco relevante	4	13,3
Sem relevância	-	-

Além disso, 70% dos/das discentes consideraram que o treinamento formal a respeito da relação entre religiosidade e psicologia deve ser inserido no currículo do curso de psicologia como disciplina optativa e 26,6% como disciplina obrigatória. Apenas um estudante (3,3%) afirmou não ter opinião formada.

Crítérios Diagnósticos Aprendidos

No que tange à pergunta “Em sua opinião, avaliar o conteúdo e a forma de experiências religiosas e/ou religiosidade é relevante para atribuir caráter patológico ou saudável às mesmas?”, 83,3% dos/das discentes responderam que sempre ou quase sempre, 13,3% responderam às vezes. Apenas 3,3% dos/das estudantes responderam quase nunca.

Quanto à análise das vinhetas clínicas, observou-se que 23,3% dos/das estudantes classificaram corretamente o Caso Clínico 1 – Tabela 4. Entretanto, a maioria dos/das participantes (63,3%) respondeu “não sei responder” ou marcou a opção “outro”, ou seja, não classificou o caso.

Tabela 4. *Quantidade de estudantes por classificação do Caso Clínico 1 (não patológico)*

Análise das respostas	N	%
Classificação correta	7	23,3
Classificação incorreta	4	13,3
Ausência de classificação	19	63,3

A análise de conteúdo das respostas dos/das estudantes que não realizaram a classificação para o item “Qual (is) critério (s) você utilizou para classificar o Caso Clínico 1?” possibilitou a construção da subcategoria “Alegações de insuficiência de dados para classificar o caso”. Esta subcategoria reúne as declarações de que as informações fornecidas não eram suficientes, mas, apesar de sucintas, as vinhetas clínicas continham os dados necessários para uma classificação. Alguns estudantes se queixaram da ausência de dados psicodinâmicos e outros reivindicaram a necessidade de verificar se as experiências premonitórias correspondem à realidade ou não. Seguem exemplos:

“Tem poucas informações para afirmar se é ou não patológico.” (Estudante 22)

“Necessário saber se Sara compreende a partir de um entendimento religioso; a relação de Sara com a religião ao longo do crescimento, etc.” (Estudante 03).

“A significação de Sara para o que ocorreu não é trazida. A percepção dela sobre os fatos não foi aprofundada.” (Estudante 27).

“O fato de suas "premonições" se realizarem indica uma ligação com a realidade. Mas é preciso saber mais precisamente as experiências anteriores e como ocorre essa 'certeza premonitória'.” (Estudante 30).

“Seria necessária uma maior investigação, inclusive com o contato com familiares para avaliação da existência de uma real relação entre os fatores.” (Estudante 01).

Quanto aos critérios diagnósticos identificados nas avaliações do Caso Clínico 1, observou-se que 16,7% dos/das estudantes citaram ausência de sofrimento psíquico, 10% ausência de prejuízo acadêmico e 10% tremores. Vale destacar que 6,7% dos/das estudantes analisaram a resposta social às experiências religiosas descritas, como exemplificam os comentários a seguir:

“A forma com a qual a família lidou com o caso, ao não permitir verbalização.” (Estudante 12).

“[...] o impacto nos vínculos afetivos com sua família e a escolha pelo isolamento.” (Estudante 08).

Com relação ao Caso Clínico 2, observou-se que 80% dos/das estudantes acertaram a classificação (ver Tabela 5). Os critérios diagnósticos mais citados foram: delírio (50%), prejuízos sociais (23,3%), negligência com a higiene pessoal (23,3%) e insônia (20%). Destaque para o fato de que 33,3% dos/das estudantes apontaram ao menos quatro alterações psicopatológicas na justificativa diagnóstica e 16,6% citaram apenas o critério delírio como justificativa.

Tabela 5. *Quantidade de estudantes por classificação do Caso Clínico 2 (patológico)*

	Análise das respostas	
	N	%
Classificação correta	24	80,0
Classificação incorreta	2	6,7
Ausência de classificação	4	13,3

Discussão

O presente estudo investigou conhecimentos adquiridos por 30 estudantes de psicologia para diferenciar experiências religiosas de transtornos mentais e percepções acerca da aprendizagem recebida. Ainda que seus resultados não sejam generalizáveis, devido à baixa representatividade da amostra, é possível identificar elementos que contribuem para uma avaliação do modo como o marcador social “religiosidade” tem sido abordado na graduação. Não foram analisadas variáveis socioculturais.

Observou-se que 50% dos/das participantes se autodeclaram religiosos. Comparando este dado com a estimativa de 92% de afiliação religiosa na população brasileira (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010), observa-se que a frequência dos participantes sem afiliação é cinco vezes maior do que a da população de nosso país. Um estudo realizado por Da Costa et al. (2008) revelou que 86% dos 136 estudantes de psicologia pesquisados eram religiosos e o trabalho de Vieira, Zanini e De Paula Amorim (2013) mostrou que 71% dos 168 acadêmicos de psicologia estudados possuíam envolvimento religioso. Pode-se, pois, concluir que os/as participantes deste estudo são menos religiosos do que a população geral e do que outros estudantes de psicologia brasileiros. No entanto, este resultado pode estar relacionado ao tamanho reduzido da amostra. Além disso, cabe observar que esta não é uma amostra aleatória.

Vieten et al. (2013) afirmam que, por se autodeclararem menos religiosos do que a população que eles atendem, psicólogos e psicólogas podem negligenciar este aspecto na prática profissional por considerá-lo pouco importante. Os autores ressaltam que eles podem apresentar dificuldades em compreender, ser empático e respeitar clientes com orientações religiosas ou espirituais diferentes das deles. Diante do exposto, o risco de falhas na comunicação e entendimento quanto a este tópico entre os futuros profissionais e seus clientes

deve ser considerado. Importante ressaltar que vieses e preconceitos relacionados à religiosidade podem comprometer a avaliação, o diagnóstico e o tratamento oferecido por profissionais de saúde mental (Hage, 2006).

Outro ponto a considerar são os numerosos relatos de experiências religiosas registrados no presente estudo. A frequência de 43,3% aqui identificada, assim como o índice de 61,4% encontrado por Paulino (2019), em um estudo que envolveu 4.300 psicólogos brasileiros, convergem para a estimativa de alta prevalência (31,9%) de fenômenos psicóticos na população brasileira deduzida do levantamento realizado por Nuevo et al. (2010).

Cabe destacar que estudantes espirituais, mas não religiosos, bem como os não espirituais e não religiosos, também relataram tais vivências. Estudos empíricos demonstram que pessoas que se descrevem como espirituais e não religiosas apresentam altos índices de experiências espirituais (Hood, 2005). Além disso, a ocorrência destes fenômenos entre pessoas não espirituais e não religiosas convoca os clínicos a estarem atentos a este aspecto na abordagem a todos os clientes, tenham eles crenças espirituais ou não. Vieten et al. (2013) sugerem que o debate acerca da não religiosidade também esteja presente na formação do psicólogo.

Quanto às concepções relacionadas à prática clínica, constatou-se que grande parte dos/das discentes (93,3%) considera adequado discutir religiosidade quando o paciente aborda o assunto. Paulino (2019) encontrou resultado semelhante: 70% dos psicólogos e psicólogas investigadas apresentaram o mesmo entendimento. Segundo Vieten et al. (2013), é expressivo o número de profissionais que reconhecem a religiosidade como um importante aspecto da dimensão humana que deve ser considerado no fazer profissional.

Entretanto, a grande maioria dos/das participantes (86,6%) considerou inapropriado abordar o tema durante a avaliação se o paciente não o menciona. De modo semelhante,

Paulino (2019) observou que 78% dos psicólogos investigados não consideraram apropriado conversar com o paciente ou a paciente sobre crenças religiosas se ele/ela não citá-las. Segundo de Souza Alves et al. (2010), apesar da religiosidade muitas vezes influenciar o processo de saúde-doença, muitos profissionais de saúde não buscam ativamente informações sobre ela, se distanciando assim de uma compreensão integral do paciente. E mesmo quando o paciente fala espontaneamente de suas crenças religiosas, corre-se o risco de que o profissional acolha e respeite, no entanto, sem demonstrar grande interesse. Torna-se assim evidente a possibilidade de que os futuros profissionais aqui pesquisados não avaliem como a religiosidade afeta a saúde dos clientes.

O percentual de estudantes que afirmou que pessoas podem ter experiências religiosas e não possuir adoecimento mental foi bastante elevado: 96,6%. Dois amplos estudos apresentam evidências que sustentam este entendimento. O primeiro é uma meta-análise realizada por Van Os et al. (2009) que revelou que, na última década, fenômenos psicóticos (alucinações, delírios, dissociações) foram bastante prevalentes na população geral e que, em 75% a 90% dos casos, tais experiências não estiveram relacionadas com transtornos psicóticos. O segundo é o levantamento realizado por Nuevo et al. (2010) – já citado anteriormente – que identificou uma alta prevalência (12,52% na amostra total) de fenômenos psicóticos numa amostra de 256.445 pessoas e revelou uma associação entre fenômenos psicóticos e diagnóstico de esquizofrenia em apenas 10% dos casos.

No cenário nacional, destaca-se o estudo longitudinal de Alminhana et al. (2017) com 115 pessoas que apresentavam fenômenos psicóticos e dissociativos e foram identificadas como médiuns por atendentes de centros espíritas. Os resultados mostraram que 63% dos participantes apresentavam alucinações visuais, 53% alucinações auditivas, mas apenas 7% atendiam aos critérios diagnósticos para transtorno psicótico.

É importante dizer que as evidências reunidas em mais de dez anos de pesquisas, de que experiências psicóticas (tais quais alucinações e delírios) podem coexistir com saúde mental, conduziram a uma modificação no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) em 2013 (Araújo, & Neto, 2014). Enquanto a quarta versão permitia que o diagnóstico de esquizofrenia fosse formulado com apenas um sintoma nos casos de delírio bizarro ou alucinações auditivas – sintomas schneiderianos de primeira ordem –, na quinta versão, publicada no referido ano, essa exceção foi retirada.

O fato de que quase a totalidade da amostra desse estudo compartilha deste entendimento hegemônico na comunidade científica revela que houve uma importante aprendizagem na trajetória acadêmica. Entretanto, mais da metade das estudantes e dos estudantes declararam não ter recebido treinamento e aqueles que afirmaram o contrário (36,6%) informaram que o treinamento foi sucinto, pouco planejado, pouco estruturado e que a abordagem foi simplista. Os relatos dos estudantes nos remetem aos seguintes questionamentos: será que podemos chamar de treinamento o que lhes foi oferecido? Ou seria melhor dizer somente que “algumas orientações foram dadas”? De qualquer forma, os relatos reafirmam a necessidade de maior investimento na formação, no que tange ao desenvolvimento de competências para diferenciar experiências religiosas de transtornos mentais.

No estudo realizado por de Assis e de Medeiro (2017), os/as estudantes de psicologia relataram que, quando receberam orientações acerca da religiosidade dos pacientes, isto se deu sob a forma de *feedback*, geralmente compreendendo a recomendação de respeito às crenças e de imparcialidade. Segundo os autores, eles/elas descreveram esses momentos como pontuais e sem o aprofundamento necessário. Da mesma forma, os/as participantes do presente estudo declararam que professores e professoras forneceram poucas informações e

abordaram o tópico de forma indireta durante as aulas. Cabe salientar que, para Raddatz et al. (2019), a falta de treinamento pode contribuir para que profissionais de saúde não abordem questões relacionadas à religiosidade na prática clínica.

Quanto às críticas negativas às orientações fornecidas pelo/pela docente da disciplina Psicopatologia, avaliadas como simplistas e “romantizadas”, uma observação: é possível que ele/ela não tenha recebido treinamento suficiente sobre o tema ao longo de seu percurso acadêmico. Estudos demonstraram que número expressivo de professores dos cursos de psicologia possui competências mínimas no campo das intervenções relacionadas às diversidades religiosas, assevera Hage (2006). O estudo realizado por Silva (2015) revelou que 60% dos professores do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA (alguns deles psicólogos) nunca haviam participado de curso ou treinamento sobre as relações entre saúde, religião e espiritualidade.

Observou-se também que grande parte dos/das estudantes (86,6%) considerou o treinamento relevante e que psicólogos deveriam, além de recebê-lo, demonstrar competência na realização da tarefa. Na pesquisa realizada por Vieten et al. (2016), 94% dos/das participantes afirmaram algo semelhante. Some-se a isso o fato de que quase a totalidade dos/das estudantes (96,6%) considerou que o treinamento acerca da relação entre religiosidade e psicologia deve ser incluído no currículo do curso de psicologia como disciplina. No estudo realizado por Paulino (2019), 63% dos psicólogos e psicólogas afirmaram que o treinamento em religião e espiritualidade deve estar incluso no currículo. O interesse de estudantes e profissionais, bem como a recomendação do CRP-SP, evidenciam a necessidade de ampliação do debate na comunidade científica sobre a inclusão da temática na graduação.

Os dados desse trabalho também revelaram que uma relevante parcela dos/das estudantes (66,7%) se sentia insegura para a realização do diagnóstico diferencial entre experiências religiosas e transtornos mentais. Muitos estudantes de psicologia em nosso país desconhecem a literatura em Psicologia da Religião e relatam sentimento de insegurança e desamparo no que se refere a lidar com as questões religiosas de seus futuros pacientes, segundo Freitas (2014). Essa autora observou ainda que habitualmente profissionais recém-formados sentem-se despreparados para lidar com tais questões e temem incorrer em problemas de cunho ético.

Quanto à classificação dos casos clínicos, a diferença entre os índices de acerto (80% para o Caso Clínico 2 e 23,3% para o Caso Clínico 1) indica que os/as estudantes desenvolveram mais a habilidade de identificar quadros patológicos do que condições não patológicas. Seria este um impacto da falta de treinamento? Evitar excluir patologia pode ser um reflexo do medo de cometer uma falha ética, impedindo que o/a estudante adote um posicionamento seguro e contundente.

Outro ponto a considerar é que as alegações de insuficiência de informações na descrição do Caso Clínico 1 parecem ser uma tentativa de justificar a não realização da tarefa. Este pode ter sido um recurso utilizado para ocultar a carência de conhecimentos técnicos decorrente da falta de treinamento.

Com relação aos critérios diagnósticos aprendidos, a grande maioria das participantes e dos participantes afirmou que a análise da forma e conteúdo das experiências é relevante para a realização da tarefa. Eeles et al. (2003) solicitaram a 14 enfermeiras de um serviço especializado em saúde mental na Inglaterra que analisassem vinhetas clínicas de experiências espirituais e constataram que a avaliação da forma e conteúdo foi uma das estratégias utilizadas. Entretanto, Moreira-Almeida e Cardeña (2011), tal qual Jackson e Fulford (1997),

afirmam que experiências religiosas e sintomas psicóticos com conteúdo religioso são fenomenologicamente muito semelhantes, e que por isso não podem ser distinguidos apenas pela sua forma e conteúdo. Para eles, este não é um critério útil para a realização do diagnóstico.

Para analisar os critérios diagnósticos apontados pelos estudantes, tomaremos como referência o DSM-5 e os resultados do estudo longitudinal realizado por Menezes Júnior (2012). Neste último foram testadas as nove diretrizes para a avaliação do significado clínico de experiências espirituais, psicóticas ou dissociativas propostas no artigo de revisão de Moreira-Almeida e Cardeña (2011). Os resultados apontaram que apenas cinco critérios estavam associados com melhor saúde mental, foram eles: ausência de prejuízos sociais ou ocupacionais, promoção de crescimento pessoal ao longo do tempo, as experiências são dirigidas para a autointegração e o auxílio aos outros, curta duração da experiência e compatibilidade com um contexto cultural.

O critério diagnóstico mais citado na avaliação do Caso Clínico 1 foi ausência de sofrimento psíquico (16,7%). Segundo Delmonte e Farias (2017), Sara experimentou sofrimento emocional gerado pela falta de controle pessoal sobre intrusões de pensamento e alterações do sentido de si mesma. Contudo, os estados de possessão foram descritos por ela como positivos e agradáveis. Desse modo, os autores concluem que não houve sofrimento significativo diretamente ligado às experiências.

Delmonte e Farias (2017, p. 251) também observaram que o sofrimento experimentado por Sara “era agravado pela desaprovação social da família, comunidade e colegas perante os fenômenos que ela vivenciava”. Segundo os autores, Sara se sentia ameaçada em relação aos episódios de possessão e seu sofrimento estava mais relacionado às

ações discriminatórias do que às experiências em si. A desaprovação familiar e o consequente retraimento de Sara foram sinalizados por 6,7% dos/das estudantes.

Entretanto, independente de qual seja a fonte da angústia, o trabalho de Menezes Júnior (2012) demonstrou que o critério “ausência de sofrimento psíquico” não possui correlação com melhor qualidade de vida psicológica e social, não sendo, desse modo, útil para o diagnóstico. Segundo o autor, experiências religiosas podem ser inicialmente desorganizadoras, gerando sofrimento subjetivo, mas isso não significa necessariamente que o sujeito cursa com uma doença.

O critério “ausência de prejuízo acadêmico” citado por 10% dos/das participantes é compatível com a diretriz ausência de prejuízos sociais ou ocupacionais testada por Menezes Júnior (2012). Quanto ao critério “tremores” (10%) e a necessidade de se verificar a correspondência de atos premonitórios com a realidade apontados pelos discentes, não foram encontradas referências na literatura científica nacional que os sustentem.

Em suma, constatou-se expressiva resistência dos/das estudantes (76,6%) em excluir a possibilidade de patologia na análise do caso não patológico e a maior parte dos critérios diagnósticos referidos para a realização da tarefa não encontra respaldo na literatura científica atual. Apenas 10% dos/das estudantes utilizaram um critério atualizado: ausência de prejuízo acadêmico.

Com relação ao Caso Clínico 2, número expressivo de discentes (33,3%) utilizou ao menos quatro alterações psicopatológicas para o diagnóstico. Contudo, o critério mais utilizado foi presença de delírio (50%). Vale lembrar que a vinheta clínica contém uma descrição de ideias delirantes de conteúdo religioso. Segundo o DSM-5,

É importante distinguir sintomas do transtorno psicótico breve dos padrões de resposta culturalmente aceitos. Por exemplo, em algumas cerimônias religiosas, uma pessoa pode relatar ouvir vozes, mas em geral elas não persistem e não são percebidas como anormais pela maioria dos membros da comunidade. Além disso, antecedentes

culturais e religiosos devem ser levados em conta quando se considera que as crenças são delirantes. (APA, 2014, p. 95).

Diferenciar crenças religiosas não delirantes de delirantes pode não ser uma tarefa simples. Segundo Huguelet (2020), estudos apontam que analisar a convicção e veracidade das ideias muitas vezes não possibilita distinguir crenças delirantes da “fé normal”. O autor sugere que se analise a percepção do sujeito sobre suas próprias crenças.

É importante ressaltar que, apesar do Caso Clínico 2 não apresentar informações acerca da religiosidade do sujeito, são descritos dois outros sintomas listados no Critério A para transtorno psicótico breve (APA, 2014), tornando possível a formulação do diagnóstico sem a necessidade de considerar a presença de delírio. Este dado revela desconhecimento ou desatenção dos discentes quanto à recomendação de análise das variáveis culturais do DSM-5.

Pode-se, pois, perceber, na análise dos casos clínicos, que os/as estudantes possuem pouco conhecimento técnico para avaliar experiências religiosas, encontrando dificuldade para reconhecer quadros não patológicos. Por sua vez, a maioria das diretrizes diagnósticas citadas e utilizadas pelos/pelas estudantes não guarda compatibilidade com a produção científica atual, em relação às experiências não patológicas.

Considerações finais

O estudo apresentado permitiu constatar que a aprendizagem recebida pelos/pelas estudantes ao longo da graduação possibilitou o entendimento de que experiências religiosas podem não ser patológicas, mas não lhes proporcionou conhecimento técnico suficiente para identificar com segurança quadros não patológicos. Esta lacuna formativa coloca a possibilidade de falhas na comunicação com os futuros pacientes, de uma avaliação inadequada dos elementos relacionados à religiosidade e de patologização dos mesmos.

Um expressivo número de participantes declarou não ter recebido treinamento e as críticas negativas à abordagem do tópico indicam a percepção de que as orientações recebidas

são insatisfatórias. Além disso, o desejo das discentes e dos discentes de que o debate sobre religião e espiritualidade seja incluído no currículo, bem como o diagnóstico diferencial entre experiências religiosas e transtornos mentais, revelam campo propício para a realização de maiores investimentos na abordagem do tema.

Cabe salientar que este estudo apresenta limitações ligadas ao tamanho da amostra, o que impossibilita a generalização de seus resultados, e que, devido ao baixo percentual de estudantes negros, seus resultados podem não representar este segmento da população discente. Além disso, a descrição de diferentes tipos de experiências em cada caso clínico reduziu a possibilidade de comparação entre eles. Futuramente, estudos poderão ser realizados com amostras maiores, maior participação de negros e padronização do tipo de experiências descrito nas vinhetas clínicas.

Sugere-se que as faculdades de psicologia brasileiras avaliem as necessidades relacionadas ao treinamento de discentes e docentes quanto às relações entre saúde, religião e religiosidade, visando qualificar o ensino e formar profissionais culturalmente sensíveis. É importante lembrar que a religiosidade constitui importante marcador social, e, portanto, deve ser compreendida como mediador dos processos psicossociais. A formação mais ampla e integrada de estudantes, futuros profissionais, pode evitar reducionismos ou patologização desses processos.

Referências

- Alminhana, L. O., Farias, M., Claridge, G., Cloninger, C. R., & Moreira-Almeida, A. (2017). Self-directedness predicts quality of life in individuals with psychotic experiences: a 1-year follow-up study. *Psychopathology*, 50(4), 239-245. <https://doi.org/10.1159/000474951>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado (DSM-V-TR)* (5ª ed.). Artmed.
- Araújo, Á. C., & Neto, F. L. (2014). A nova classificação americana para os transtornos mentais—o DSM-5. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 16(1), 67-82. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i1.659>

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. (2016). *Laicidade, religião, direitos humanos e políticas públicas* (v. 3).

http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/ColecaoDiverpsi_Vol1.pdf

Costa, W., Nogueira, C., & Freire, T. (2010). The lack of teaching/study of religiosity/spirituality in psychology degree courses in Brazil: The need for reflection. *Journal of religion and health*, 49(3), 322-332. <https://doi.org/10.1007/s10943-009-9255-9>

de Assis, C. L., & de Medeiro, E. D. (2017). Religião e psicoterapia: um estudo a partir de psicólogos de CACOAL – RO, Brasil. *Integración Académica en Psicología*, 5(15), 66-86. <https://integracion-academica.org/attachments/article/178/06%20Religion%20y%20Psicoterapia-%20CLAsis%20EDMedeiro.pdf>

da Costa, C. C., De Bastiani, M., Geyer, J. G., Calvetti, P. Ü., Muller, M. C., & de Moraes, M. L. A. (2008). Qualidade de vida e bem-estar espiritual em universitários de Psicologia. *Psicologia em estudo*, 13(2), 249-255. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200007>

de Freitas, M. H. (2014). Religiosidade e saúde: experiências dos pacientes e percepções dos profissionais. *Rev. Pistis. Prax, Teol. Pastor*, 6(1), 89-105. <http://dx.doi.org/10.7213/revistapistispraxis.06.001.ds05>

de Souza Alves, J., Junges, J. R., & López, L. C. (2010). A dimensão religiosa dos usuários na prática de atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. *O Mundo da Saúde*, 34(4), 430-436. http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/430a436.pdf

Delmonte, R., & Farias, M. (2017). A mente brasileira em estado de possessão: contribuição de um estudo de caso para a psicologia da religião e saúde mental no Brasil. *Revista Pistis Praxis*, 9(1), 243-256. <http://dx.doi.org/10.7213/2175-1838.09.001.DS12>

Eeles, J., Lowe, T., & Wellman, N. (2003). Spirituality or psychosis?—an exploration of the criteria that nurses use to evaluate spiritual-type experiences reported by patients. *International journal of nursing studies*, 40(2), 197-206. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00061-5](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00061-5)

Esteves, M. C. S. (2009). *Os significados da religiosidade para docentes supervisores do curso de psicologia* [Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].

Hackett, C., Grim, B., Stonawski, M., Skirbekk, V., Potančoková, M., & Abel, G. (2012). The global religious landscape. *Washington, DC: Pew Research Center*. <https://www.pewforum.org/2012/12/18/global-religious-landscape-exec/>

Hage, S. M. (2006). A closer look at the role of spirituality in psychology training programs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(3), 303-310. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0735-7028.37.3.303>

Hood, R. W., & Chen, Z. (2005). Mystical, spiritual, and religious experiences. In *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (p. 348-364). Guilford Publications.

- Huguelet, P. (2020). Spirituality, religion, and psychotic disorders. In *Handbook of Spirituality, Religion, and Mental Health* (p. 79-97). Academic Press.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Censo Demográfico do Brasil*. <http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?view=noticia&id=3&idnoticia=2170&busca=1&t=censo-2010-numero-caticos-cai-aumenta-evangelicos-espirtas-sem-religio>
- Jackson, M., & Fulford, K. W. M. (1997) Spiritual experience and psychopathology. *Philos psychiatr. psychol.*, 4(1), 1-26. <https://doi.org/10.1353/ppp.1997.0002>
- Koenig, H. G., McCullough M., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. Oxford University Press.
- Menezes Júnior, A. (2012). *Estudo prospectivo sobre o diagnóstico diferencial entre experiências mediúnicas e transtornos mentais de conteúdo religioso* [Tese de doutorado, Universidade Federal de Juiz de Fora].
- Moreira-Almeida, A., Peres, M. F., Aloe, F., Neto, F. L., & Koenig, H. G. (2008). Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. *Archives of Clinical Psychiatry*, 35(1), 31-32. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000100006>
- Moreira-Almeida, A., & Cardeña, E. (2011). Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(1), s21-s28. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462011000500004>
- Nuevo, R., Chatterji, S., Verdes, E., Naidoo, N., Arango, C., & Ayuso-Mateos, J. L. (2012). The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophrenia Bulletin*. 38(3), 475-485. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq099>
- Paulino, P. R.V. (2019). *Religiosidade/Espiritualidade em uma amostra nacional de psicólogos brasileiros: perfil e implicações na prática profissional* [Tese de doutorado, Universidade Federal de Juiz de Fora].
- Raddatz, J. S., Motta, R. F., & Alminhana, L. O. (2019). Religiosidade/Espiritualidade na Prática Clínica: Círculo Vicioso entre Demanda e Ausência de Treinamento. *Psico-USF*, 24(4), 699-709. <https://doi.org/10.1590/1413-82712019240408>
- Silva, T. O. (2015). *As relações entre saúde, religião e espiritualidade e suas implicações para o ensino em cursos de saúde: percepções dos docentes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia* [Dissertação de mestrado, Universidade da Universidade Federal da Bahia].
- Spitzer, R. L., Gibbon, M., Skodol, A. E., Williams, J. B W., & First, M. B. (1996). *DSM-IV – Casos clínicos: complemento didático para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Artes Médicas.
- Van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. J. P. M. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39(2), 179-195. <https://doi.org/10.1017/s0033291708003814>

- Vieira, T. M., Zanini, D. S., & de Paula Amorim, A. (2013). Religiosidade e bem-estar psicológico de acadêmicos de psicologia. *Interação em Psicologia*, 17(2), 141-151. <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v17i2.26678>
- Vieten, C., Scammell, S., Pilato, R., Ammondson, I., Pargament, K. I., & Lukoff, D. (2013). Spiritual and religious competencies for psychologists. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5(3), 129-144. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0032699>
- Vieten, C., Scammell, S., Pierce, A., Pilato, R., Ammondson, I., Pargament, K. I., & Lukoff, D. (2016). Competencies for psychologists in the domains of religion and spirituality. *Spirituality in Clinical Practice*, 3(2), 92-114. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/scp0000078>

Anexo 1

QUESTIONÁRIO SOBRE RELIGIOSIDADE NA PRÁTICA CLÍNICA (Questões selecionadas para este estudo)

9. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos? Uma vez por dia/ Duas ou mais vezes por dia/ Uma vez por semana/ Duas ou mais vezes por semana/ Uma ou poucas vezes por mês/ Raramente ou nunca
11. Você acredita que a sua vida possui uma dimensão sagrada ou transcendente? Sim / Não
12. Essa crença de algum modo orienta suas ações? Não se aplica / Sim / Não
13. (a) Você já teve alguma experiência que você interpreta como sendo religiosa (por exemplo: contato íntimo com Deus ou outra força espiritual, conversão religiosa, transe, contato com “espíritos”, etc.)? Sim / Não
13. (b) Qual (quais)?
19. Em geral, é apropriado ou inapropriado para o psicólogo discutir religiosidade quando o paciente aborda o assunto? Sempre inapropriado / Geralmente inapropriado / Geralmente apropriado / Sempre apropriado / Não tenho opinião formada
20. Em geral, é apropriado ou inapropriado para o psicólogo abordar temas relacionados à religiosidade mesmo que o paciente não mencione nada sobre isso durante a avaliação? Sempre inapropriado / Geralmente inapropriado / Geralmente apropriado / Sempre apropriado / Não tenho opinião formada
23. Para você, uma pessoa pode ouvir vozes, ter visões, se sentir em transe ou fora do corpo (excluídos os momentos de sonolência, intoxicação e abstinência do uso de drogas) e não possuir adoecimento mental? Sim / Não / Não sei opinar
24. Em sua opinião, a ocorrência de experiências religiosas indica existência de transtorno mental? Sempre / Quase sempre / Às vezes / Quase nunca / Nunca
25. Você recebeu ao longo de sua formação acadêmica orientações acerca de como diferenciar experiências religiosas e religiosidade de transtornos mentais? Recebi intenso treinamento formal específico neste domínio / Recebi mediano treinamento formal específico neste domínio / Recebi pouco treinamento formal específico neste domínio / Posso ter recebido algum, mas

não me recordo se recebi treinamento formal específico neste domínio / Não recebi treinamento formal específico neste domínio

26. (a) Caso tenha recebido treinamento, quais os temas e conteúdos abordados?

26. (b) Em quais disciplinas e contextos?

26. (c) Quais metodologias foram utilizadas pelos (as) docentes?

27. Em sua opinião, psicólogos deveriam receber treinamento e demonstrar competência em diferenciar experiências religiosas e religiosidade de transtornos mentais? Sempre / Quase sempre / Às vezes / Quase nunca / Nunca

28. Você considera o desenvolvimento desta competência ao longo da formação do psicólogo: Muito relevante / Relevante / Pouco relevante / Sem relevância

29. Você acha que treinamento formal a respeito da relação entre religiosidade e psicologia deve ser inserido no currículo do curso de psicologia? Sim, como disciplina obrigatória / Sim, como disciplina optativa / Não deve ser inserido / Não tenho opinião formada

30. (a) Leia o caso clínico abaixo e o classifique, marcando um X em uma das alternativas seguintes.

CASO CLÍNICO 1 - Aos sete anos, Sara começou a ter sua mente constantemente invadida por ideias relacionadas ao adoecimento ou morte de pessoas próximas. Isso acontecia contra a sua vontade. Ela relatava esses pensamentos a seus familiares e frequentemente após alguns dias o evento ocorria. Os membros de sua família eram católicos e a proibiram de falar sobre esses pensamentos. Ela se sentia culpada e orava regularmente, pedindo a Deus para fazê-los ir embora. Apesar dos pensamentos intrusivos continuarem, seu desempenho acadêmico era bom. Uma vez, teve um pensamento "como uma voz clara falando" que seu vizinho morreria logo, o que ocorreu três dias depois. Este fato resultou em reunião familiar, porém Sara foi para seu quarto e ficou lá por horas sem sede ou fome, sentindo-se "ausente na mente e espírito". Sentia uma presença dentro do seu corpo. Ela descrevia que, quando tinha uma experiência de transe (possessão), sentia "algo bom, quente; não era nada mal"; as experiências eram agradáveis e tranquilas. Aos 13 anos, os pensamentos intrusivos começaram a ser precedidos por tremores corporais. Quadro patológico / Quadro não patológico / Não sei responder / Outro

30. (b) Qual(is) critério(s) você utilizou para classificar o caso clínico relatado acima?

30. (c) O uso de medicação psiquiátrica neste caso seria:

Muito útil / Útil / Pouco útil / Sem utilidade

31. (a) Leia o caso clínico abaixo e o classifique, marcando um X em uma das alternativas seguintes.

CASO CLÍNICO 2 - As queixas dos vizinhos eram que ele ficava parado na rua aborrecendo as pessoas com suas crenças religiosas, repetindo: "Eu sou Xangô". Durante as últimas quatro semanas, ele acorda o irmão a qualquer hora para discutir questões religiosas. Frequentemente parece estar respondendo a vozes que apenas ele próprio escuta. Não se banha nem troca de roupa. Refere ouvir vozes o dia inteiro, que podem ser benignas ou insultantes. Antes era um indivíduo retraído, mas querido em sua vizinhança por ser prestativo. As vozes vêm dizendo que ele é o novo Messias, Jesus, Moisés, Xangô e Ogum, e que deveria iniciar uma nova era religiosa na História humana. Começou a experimentar episódios de energia aumentada, "para poder difundir minha palavra", e precisa de muito pouco sono. Quando são colocados limites

sobre seu conhecimento, ele torna-se ruidoso e irritado. Acha que há uma conspiração para suprimir sua mensagem religiosa. Tornou-se mais desorganizado em suas atividades diárias.

Quadro patológico / Quadro não patológico / Não sei responder / Outro

31. (b) Qual(is) critério(s) você utilizou para classificar o caso clínico?

31. (c) O uso de medicação psiquiátrica neste caso seria:

Muito útil / Útil / Pouco útil / Sem utilidade

32. Em sua opinião, avaliar o conteúdo e a forma de experiências religiosas e/ou religiosidade é relevante para atribuir caráter patológico ou saudável às mesmas? Sempre / Quase sempre / Às vezes / Quase nunca / Nunca

34. O quanto você se sente seguro(a) para atribuir caráter saudável ou patológico a uma experiência religiosa na avaliação psicodiagnóstica? Muito seguro(a) / Seguro(a) / Pouco seguro(a) / Não me sinto seguro(a)

4. ARTIGO 3 – PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA ACERCA DAS EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS: UMA REFLEXÃO SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

André Bomfim Dias, Universidade Federal da Bahia – UFBA

Luís Augusto Vasconcelos da Silva, Universidade Federal da Bahia – UFBA

Marcus Welby-Borges, Universidade Federal da Bahia – UFBA

Wellington Zangari, Universidade de São Paulo – USP

RESUMO

Objetivo: O presente artigo visa identificar linguagens utilizadas por estudantes de Psicologia ao se referirem a experiências religiosas e verificar a presença (ou não) de ideias relacionadas à patologização das mesmas com a finalidade de produzir uma reflexão sobre a formação profissional. **Método:** Um questionário estruturado sobre religiosidade na prática clínica foi aplicado em trinta estudantes da Universidade Federal da Bahia. As respostas de duas questões abertas foram selecionadas para este estudo e submetidas à análise de conteúdo temática. **Resultados:** Observou-se que o olhar dos discentes para as experiências religiosas envolveu conhecimentos científicos, religiosos, elementos subjetivos e estéticos. Além disso, foi possível perceber que a formação do psicólogo é um processo que se realiza em um espaço de encontro entre linguagens e formas de conhecimento. Não foi identificada uma aprendizagem uniforme quanto as relações entre experiências religiosas e adoecimento mental. A patologização e a “normalização” dessas vivências entre pessoas não religiosas destacaram-se como temas a serem debatidos na graduação. **Conclusão:** A alusão a crenças religiosas pessoais na avaliação das experiências e a identificação de ideias patologizantes reiteram a recomendação do Conselho Federal de Psicologia de manter o diálogo sobre a temática.

Palavras-chave: Formação dos Profissionais de Saúde, Educação Superior, Diagnóstico Diferencial, Experiências Religiosas, Psicopatologia.

INTRODUÇÃO

O Conselho Nacional de Educação publicou, em 2004, novas Diretrizes Curriculares para os cursos de Psicologia. No entanto, este documento tem sofrido críticas da comunidade científica. De acordo com Ferreira Neto (2010), as Novas Diretrizes orientam os currículos a se organizarem de modo a atender às demandas do mercado, sustentando o ideal de um profissional flexível a suas modulações. Conforme Senne (2012), o que se operou foi uma subordinação acadêmica ao mercado de trabalho sob a forma de reestruturação curricular.

A lógica de mercado, segundo Gomes (2017), requer especialistas que realizem análises deslocadas das realidades políticas, históricas e culturais, e as Novas Diretrizes

parecem ter reduzido a clínica a uma ação técnica e instrumental, negligenciando sua dimensão ético-política, afirma Ferreira Neto (2010). Vale salientar que a ideia de uma instrumentalidade técnica neutra está a serviço de um sistema econômico e social extremamente excludente (SEVERO; DIMENSTEIN, 2009). Diante disto, torna-se pertinente interrogar se os cursos de Psicologia das universidades brasileiras têm formado profissionais sensíveis às questões culturais.

O Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, reconhecendo que as religiões são sistemas complexos presentes em todas as culturas, sugere que aspectos das experiências religiosas sejam estudados ao longo da formação para evitar o preconceito contra manifestações culturalmente reguladas (CRP-SP, 2016). De modo semelhante, a Associação Mundial de Psiquiatria recomenda que a análise das relações entre religião, espiritualidade e diagnóstico de transtornos mentais seja parte da formação profissional (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2016).

Contudo, estudos apontam que as relações entre Psicologia, Religião e Espiritualidade são pouco debatidas em nossas universidades (ESTEVES, 2009; COSTA; NOGUEIRA; FREIRE, 2010; FREITAS, 2014; ASSIS; MEDEIRO, 2017; SERRA, 2021). Some-se a isso o fato de que teorias e sistemas psicológicos, ao longo dos anos, descreveram experiências religiosas como sintomas de regressão do eu, histeria, episódio psicótico ou mesmo psicose borderline (VIETEN et al., 2013). Torna-se assim relevante investigar se ideias relacionadas à patologização destas experiências ainda circulam no ambiente acadêmico.

Considerando, desse modo, que a reforma curricular desprivilegia o eixo ético-político da formação, que o tópico Psicologia, Religião e Espiritualidade é raramente abordado e que ideias vinculadas à patologização destas experiências podem persistir nas instituições de ensino superior, o presente artigo objetiva analisar percepções de estudantes de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA) acerca das experiências religiosas para refletir sobre a formação profissional.

MÉTODOS

Esta é uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa. Sua amostra é composta por 30 estudantes do Instituto de Psicologia da UFBA. Os critérios de inclusão foram: ser maior de 18 anos e já ter cursado o componente curricular obrigatório IPSC24 –

Psicopatologia. Cada participante (P) recebeu um número (P1 a P30) para preservar o anonimato e o sigilo.

Para a coleta de dados, foram utilizadas questões sociodemográficas e um questionário estruturado construído a partir da leitura de textos históricos e científicos sobre a temática. O questionário foi submetido à validação semântica por meio da avaliação de pesquisadores vinculados a quatro universidades brasileiras. Ele possui 28 questões e integra uma pesquisa maior, um projeto guarda-chuva que investiga a percepção dos estudantes com relação à aprendizagem recebida para a avaliação clínica de experiências religiosas. Para a produção deste artigo, foram selecionadas e analisadas as respostas das seguintes questões: 1) “Experiências religiosas afetam as pessoas que as vivenciam? Comente.”; 2) “Comente a seguinte situação: o que pode estar acontecendo com pessoas que não são religiosas e apresentam experiências religiosas (ex.: contato íntimo com Deus ou outra força espiritual, transe, contato com espíritos, sentir-se fora do corpo etc.)?”.

Os dados obtidos – em sua maioria respostas curtas – foram submetidos à análise de conteúdo temática conforme proposta por Bardin (2011). Este processo envolve a identificação de núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Ele possui três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados com inferência e interpretação. São inicialmente realizadas leituras flutuantes sem destaque ou marcação. Depois são feitas novas leituras em que palavras-chave são destacadas e são atribuídos nomes aos temas que as descrevem. Os temas são então revisados, condensados e consolidados em categorias. Na etapa final, são realizadas inferências e interpretações baseadas nos objetivos e na revisão prévia de literatura. Ressalta-se que, em virtude do ineditismo e da originalidade desta pesquisa, a revisão de literatura envolveu um número reduzido de estudos.

O presente estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA conforme parecer nº. 3.951.919 emitido em 3 de abril de 2020. Após a aprovação, foi realizada uma aplicação-piloto online (por meio do aplicativo Formulários Google). Um *flyer* foi utilizado para o recrutamento de voluntários/as. Constatou-se que os/as participantes levaram 20 minutos em média para responder ao questionário e não foram relatadas dificuldades na compreensão das questões.

Posteriormente foram encaminhados e-mails para os/as professores/as do curso, solicitando que encaminhassem o link do questionário para os/as alunos/as matriculados/as. Procedeu-se à coleta de dados entre 08/05/2020 e 04/06/2020, apenas na modalidade online, em virtude das recomendações relacionadas à pandemia da COVID-19. Foi registrada ciência e anuência de todos/as os/as participantes por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em versão online. Todos os procedimentos obedeceram às diretrizes e normas nacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa dezenove mulheres e onze homens. A média de idade foi 25 anos. Quatorze estudantes se autodeclararam heterossexuais, dez bissexuais e seis homossexuais. Dezesesseis deles se autodeclararam de cor branca, enquanto dez afirmaram serem pardos e quatro da cor preta. Metade dos/as participantes estava no terceiro ano do curso de Psicologia. Acerca da denominação religiosa, metade deles/as se autodeclarou religiosa (oito católicos/as, dois espíritas, duas evangélicas, um cristão, um espiritualista e uma umbandista), sendo a outra metade composta por ateus/ateias ou agnósticos/as.

Os dados produzidos através da aplicação do questionário serão apresentados e discutidos em duas categorias: “Percepções descritas por meio de múltiplas linguagens” e “Início de uma religiosidade ou sintomas psicopatológicos?”. Cabe esclarecer que tais categorias foram criadas a partir dos aspectos mais contemplados nas respostas no que tange aos objetivos específicos de identificar linguagens utilizadas pelos estudantes e verificar a presença (ou não) de ideias relacionadas à patologização das experiências religiosas.

Percepções descritas por meio de múltiplas linguagens

Esta categoria descreve quatro modalidades de linguagem presentes nas respostas à questão 1 (Experiências religiosas afetam as pessoas que as vivenciam? Comente.). Entende-se que linguagens “são pontos de vista específicos sobre o mundo, formas de sua interpretação verbal, perspectivas específicas objetais, semânticas e axiológicas” (BAKHTIN, 2002, p. 98). Os quatro tipos de linguagem identificados, que por vezes se sobrepõem, foram: linguagem científica, religiosa, espiritual não religiosa e poética.

O emprego da linguagem científica foi percebido nos seguintes relatos:

As experiências religiosas afetam as pessoas que as vivenciam. Tais experiências tem potencial de mudar a estrutura de tradução e assimilação de toda realidade para algumas pessoas. (P19)

Elas podem ser usadas para reforçar um comportamento que já se manifesta. (P29)

Essas respostas são claras e precisas. Como as linguagens muitas vezes se diferenciam pelo vocabulário (BAKHTIN, 2002), iremos aqui analisá-lo. Observemos as expressões “estrutura de tradução e assimilação de toda realidade” e “reforçar um comportamento que já se manifesta”. Elas parecem ser referências às definições de processos de tradução da realidade e assimilação da Psicologia Cognitiva, bem como, de comportamento manifesto e reforço comportamental da Psicologia Comportamentalista. Como “cada palavra evoca um contexto ou contextos” (BAKHTIN, 2002, p. 100), é possível inferir que os/as participantes recorreram ao conhecimento científico na elaboração dessas respostas.

O conhecimento científico caracteriza-se por ser aproximadamente exato, factual, sistemático e verificável (LAKATOS; MARCONI, 1986 apud ARAÚJO, 2006). No entanto, ele é limitado em sua forma, pois lança um olhar empobrecido sobre a natureza, ao tomá-la como autômato (DE SOUSA SANTOS, 2018). As respostas apresentadas acima não se revestem de valor estético e não produzem encantamento. Entretanto, é necessário reconhecer que a ciência é uma ferramenta essencial para a democracia e fonte de esperança (SAGAN, 2006).

Na resposta abaixo, verificou-se o emprego da linguagem religiosa:

Sim. Quando um Orixá manda uma mensagem para o filho ou quando ocorre a incorporação do mesmo ou de outros guias espirituais, toma-se outra dimensão de vínculo e sincronia com o sagrado. Assim, toma-se consciência do que a vida na terra e em outros planos espirituais significa, elucidando nosso papel no mundo, como devemos agir e o que o destino espera de nós. (P27)

As expressões “orixá”, “planos espirituais” e “guias espirituais” remetem às religiões de matrizes africanas. Tendo em vista que esta resposta foi produzida por uma estudante que se autodeclarou umbandista, inferimos que a participante recorreu a ideias relacionadas a esta tradição religiosa específica. O conhecimento religioso se caracteriza por ser inspiracional, valorativo, infalível, organizado e não verificável (LAKATOS; MARCONI, 1986 apud ARAÚJO, 2006). Nesta modalidade de conhecimento cabe apenas ao sujeito compreender o

mundo a partir da verdade revelada pelo sobrenatural, não sendo possíveis novas formulações sobre ela.

Latour (2004) afirma que, mais do que enunciar “verdades” inquestionáveis, o discurso religioso corresponde a uma fala que parte da experiência, conduzindo tanto o falante quanto o ouvinte a uma proximidade. O que está em jogo na interação entre aqueles que trocam a mensagem é uma transformação, não se trata apenas do transporte de informação, esclarece o autor.

A resposta da estudante indica a penetração do conhecimento religioso no espaço acadêmico. Além disso, cabe observar que a descrição dos benefícios da experiência religiosa, a exemplo da revelação do sentido da vida, põe em destaque o caráter transformador da conversão.

A linguagem espiritual não religiosa pode ser constatada na resposta a seguir:

Sim. Embora eu não creia em Deus e veja com ceticismo as experiências religiosas pelas quais a maioria das pessoas diz passar, eu me considero uma pessoa religiosa, na acepção mais secular do termo. Alguns dos meus autores preferidos - por exemplo: Rilke, o poeta, e Rumi, o dançarino sufi - eram cristãos, e eu não tenho dúvida de que a obra de ambos foi altamente influenciada por experiências religiosas. Acontece que, assim como um rodopio sufi, uma dança belíssima, é uma experiência religiosa, um suposto exorcismo em uma igreja neopentecostal também o é. Na minha vida, a meditação tem papel central; não somente como prática, mas como estilo de vida. Não sinto qualquer necessidade de crer em Deus, em espíritos ou em quaisquer entidades afins, ainda que eu me sinta profundamente religioso e receptivo à vida. Eu acredito profundamente na vida. Não vejo, por exemplo, por que rezar, por que realizar alguma oferenda a uma suposta divindade, por que acreditar em espíritos que estão influenciando-me a todo momento... Em uma de suas belíssimas músicas, o trio d'Os Tincoãs, banda que surgiu em Cachoeira-BA, diz: "O meu silêncio é uma eterna oração!" Não sei se falam do mesmo silêncio que eu, mas o silêncio é minha experiência religiosa, e ela me afeta substancialmente.
(P17)

Apesar de ter utilizado a expressão “pessoa religiosa” para se descrever, o estudante complementou: “na acepção mais secular do termo”. Logo depois, ele seguiu descrevendo suas crenças espirituais não religiosas. A expressão “pessoa espiritual, porém não religiosa” parece mais adequada para representar suas ideias. O termo espiritual designa aqui a busca “daquilo que confere sentido à existência”, entendimento proposto pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2013, p. 2).

O discurso espiritual não religioso emergiu, nas últimas décadas, do movimento anticlerical, antidogmático, anti-institucional e antihierárquico, do pluralismo cultural e do

individualismo levado às últimas consequências (SIQUEIRA, 2008). Ele se sustenta na valorização da espiritualidade. No relato acima é possível percebê-la ao lado de uma oposição a algumas ideias religiosas, quando reafirma a crença na vida ou vincula o silêncio à sua experiência transcendente.

Segundo Siqueira (2008), a contínua exploração de um sentido para o viver é um elemento central do discurso espiritual não religioso. No relato descrito acima, a exaltação da vida é o ponto de convergência entre religião e espiritualidade. Siqueira (2008) também observa que neste discurso é bastante comum a defesa de práticas tradicionalmente religiosas, mas sem adesão às crenças relacionadas a elas em seu contexto original. A meditação, referida pelo estudante, é um exemplo de prática espiritual secularizada. Desse modo, o relato que demonstra que é possível construir um sentido para a vida a partir de práticas espirituais e sem estabelecer vínculos com sistemas religiosos. Além disso, o discente ao descrever sua experiência pessoal ressalta o caráter transformador da prática.

O uso da linguagem poética pôde ser observado nas respostas abaixo:

Deus "existe", afeta; deuses também e tudo o mais. Guerras santas são feitas, vidas mudam, lutos são elaborados, enfrentamentos dos sofrimentos são facilitados ou não. (P15)

Assustam. Elevam. (P25)

[...] Em uma de suas belíssimas músicas, o trio d'Os Tingoãs, banda que surgiu em Cachoeira-BA, diz: "O meu silêncio é uma eterna oração!" Não sei se falam do mesmo silêncio que eu, mas o silêncio é minha experiência religiosa, e ela me afeta substancialmente. (P17)

O emprego de figuras de estilo e conotações se destaca nestes relatos. A linguagem poética situa-se no campo das artes, em que as afirmações são inexatas, as proposições indiretas e imprecisas (ARAÚJO, 2006).

A arte não apresenta discursos fechados e definitivos sobre a realidade, mas, antes, formula enunciados abertos às diferentes interpretações, convoca os sujeitos para com o uso da imaginação, produzirem diferentes representações daquilo que lhes é apresentado. (ARAÚJO, 2006, p. 130)

Bachelard (1988), observando o empenho dos psicólogos na descrição objetiva do humano por meio da utilização de uma linguagem precisa e estável, afirmou que neles as palavras não sonham. Segundo o autor, a poética traz outras luzes a respeito do homem que escapam à ciência, possibilitando a inclusão da imaginação e da leveza, assim ampliando o

campo psicológico. As respostas supracitadas possuem valor estético, possibilitam a polissemia e abrem campo para a imaginação.

Além da existência dessas modalidades de linguagem, observou-se que, em alguns momentos, elas se revelaram imbrincadas, dialogicamente, no mesmo discurso. Este fato pode estar relacionado à imprecisão das suas fronteiras. Bakhtin (2002) utiliza a expressão hibridização para descrever a mistura de duas linguagens sociais em um enunciado. Na resposta a seguir, pode-se observar como linguagem poética e espiritual não religiosa se interpenetram:

[...] Não vejo, por exemplo, por que rezar, por que realizar alguma oferenda a uma suposta divindade, por que acreditar em espíritos que estão influenciando-me a todo momento... Em uma de suas belíssimas músicas, o trio d'Os Tincoãs, banda que surgiu em Cachoeira-BA, diz: "O meu silêncio é uma eterna oração!" Não sei se falam do mesmo silêncio que eu, mas o silêncio é minha experiência religiosa, e ela me afeta substancialmente. (P17)

Aqui o participante afirma sua espiritualidade sem a mediação de crenças religiosas: uso da linguagem espiritual não religiosa. Ao mesmo tempo, estão presentes conotações e figuras de estilo, conferindo valor estético ao relato e incluindo a imaginação – elementos característicos da linguagem poética.

A linguagem religiosa e a linguagem poética encontram-se misturadas na resposta abaixo:

Deus "existe", afeta; deuses também e tudo o mais. Guerras santas são feitas, vidas mudam, lutos são elaborados, enfrentamentos dos sofrimentos são facilitados ou não. (P15)

Observam-se aqui referências à existência de Deus e de deuses, o que denota uma linguagem religiosa. Paralelamente, verificam-se figuras de estilo, que conferem valor estético e possibilitam a polissemia: características da linguagem poética. Pode-se, pois, perceber a complementariedade entre linguagem poética e linguagem religiosa ou espiritual não religiosa.

As respostas dos estudantes revelam uma riqueza de leituras e combinações de perspectivas sobre o mesmo objeto: as experiências religiosas. Alguns se serviram da complexidade de conceitos científicos. Houve quem projetasse um olhar encantado, provocando a imaginação do interlocutor e quem trouxesse a perspectiva de quem já passou pela experiência. Em alguns momentos, poesia, saberes religiosos e espirituais combinaram-

se. Em outros, saberes espirituais se opuseram ao conhecimento religioso. Bakhtin (2002) esclarece que as linguagens se interceptam de múltiplas formas, podendo se opor mutuamente, se confrontar, se complementar ou mesmo se corresponder dialogicamente.

Pôde-se, pois constatar a presença de lógicas heterogêneas e de jogos de linguagem. De acordo com Senne (2005), a familiarização com esses dois elementos é relevante para a formação de psicólogos em uma perspectiva crítico-reflexiva. Entretanto, o Conselho Federal de Psicologia recomenda aos profissionais “cautela para que seus conhecimentos, fundamentados na laicidade da ciência, não se confundam com os conhecimentos dogmáticos da religião” (CFP, 2013, p. 2). Além disso, segundo o Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005), é vedado a este profissional induzir a convicções religiosas. Dessa forma, o diálogo entre Psicologia e conhecimento religioso requer prudência e envolve restrições de acordo com os documentos reguladores do exercício da profissão no Brasil.

Os resultados apresentados acima são congruentes com a proposta de universidade como ponto privilegiado de encontro de saberes (DE SOUSA SANTOS, 2018). Nesta perspectiva, as diferentes linguagens e formas de conhecimento podem ser reconhecidas, respeitadas e valorizadas em suas diferenças e convergências. Os conflitos podem ser identificados e articulações construídas.

O projeto de uma universidade democrática envolve a construção de uma comunidade de comunicação e isto implica processos de aprendizagem complementares para religiosos e não religiosos. Segundo Habermas (2007, p. 12), é possível que secularistas aprendam que as religiões podem trazer consigo intuições racionais e que religiosos busquem “encontrar um enfoque epistêmico que seja aberto às visões de mundo”.

Mostra-se assim relevante que o debate acerca da formação do psicólogo para a avaliação de experiências religiosas considere que os discentes se servem de diferentes linguagens e formas de conhecimento para interpretá-las. Neste escopo, cabe analisar a complexidade do diálogo entre ciência e saber religioso, considerando que a universidade pode se tornar um espaço democrático de produção de pensamento crítico e reflexivo.

Início de uma religiosidade ou sintomas psicopatológicos?

A presente categoria descreve as percepções dos/as estudantes acerca das experiências religiosas de pessoas não religiosas, considerando a atribuição ou não de patologia. Para

alguns/mas deles/as, há duas possibilidades: as experiências indicam adoecimento mental ou o começo de uma religiosidade. As respostas a seguir exemplificam:

Há duas hipóteses, ou essa pessoa está tendo pela primeira vez uma experiência religiosa ou ela pode ter algum transtorno mental e pensa que está tendo alguma manifestação espiritual. Precisa investigar a situação. (P22)

Pode ser o início de uma 'religiosidade adormecida' (manifestação de questões não trabalhadas às vezes trazidas de modo transgeracional, manifestações de demandas psíquicas que envolvam memórias familiares ou outras relações, que fazem o indivíduo ser incluso nessa forma de pensar) ou pode ser sintoma de um quadro delirante. (P20)

Reconheço que a psicopatologia compreenderia isso como delirium ou como delírio a depender do contexto, mas não se pode desconsiderar a possibilidade de que seja a primeira experiência religiosa da pessoa. (P29)

Este entendimento é compatível com os resultados de pesquisas realizadas há mais de quarenta anos, que revelam que experiências psicóticas (delírios, alucinações etc.) com conteúdo religioso ou não podem ocorrer entre pessoas sem transtornos mentais (VAN OS et al., 2009; MOREIRA-ALMEIDA; CARDEÑA, 2011; NUEVO et al., 2012; ALMINHANA et al., 2017).

Van Os et al. (2009) realizaram uma meta-análise de todos os estudos de prevalência e incidência de taxas populacionais de experiências psicóticas subclínicas publicados entre 1950 e 2007 (47 artigos no total). Os resultados mostraram que, na última década, os fenômenos psicóticos (experiências não patológicas) foram bastante prevalentes na população geral e que em 75% a 90% dos casos, tais experiências não estiveram relacionadas com transtornos psicóticos. Poder-se-ia então calcular um risco de até 90% de falsos positivos, segundo Moreira-Almeida e Cardeña (2011).

O estudo realizado por Nuevo et al. (2010) em 52 países (256.445 sujeitos investigados) revelou uma alta prevalência (12,52% na amostra total) de fenômenos psicóticos na população geral nos 12 meses anteriores ao levantamento. Estes fenômenos não ocorreram quando o sujeito estava dormindo, sonolento ou sob a influência de substâncias psicoativas. A associação entre fenômenos psicóticos e diagnóstico de esquizofrenia verificou-se em apenas 10% dos casos.

No cenário nacional, destaca-se o estudo realizado por Alminhana et al. (2017). Sua amostra foi composta por 115 pessoas que apresentavam fenômenos dissociativos e psicóticos e foram identificadas como médiuns por atendentes de centros espíritas. Os resultados

revelaram que 63% dos participantes apresentavam alucinações visuais, 53% alucinações auditivas, mas apenas 7% atendiam aos critérios diagnósticos para transtorno psicótico.

Esta compreensão está presente na quinta versão do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) da Associação Americana de Psiquiatria. O DSM-5 orienta que elementos relacionados à religião e espiritualidade sejam avaliados, pois os profissionais podem “atribuir o diagnóstico errado (p. ex., explicações espirituais pouco familiares podem ser entendidas erroneamente como psicose)” (APA, 2014, p. 759). Pôde-se, pois perceber que este entendimento foi aprendido por parte dos/as estudantes.

Outros/as participantes mencionaram apenas a possibilidade das experiências serem manifestações de religiosidade, como mostram as respostas a seguir:

A pessoa pode estar descobrindo sua religiosidade. (P6)

Acho que a manifestação da religiosidade existe e escolhe a quem se apresentar mesmo que a pessoa não tenha proximidade com essa realidade ou a rejeite. (P23)

Há aqui o entendimento de que a religiosidade não se reduz a crenças religiosas, pois ela pode se manifestar entre pessoas que não as possuem. Além disso, cabe observar que nas respostas acima não foi feita referência à possibilidade das experiências indicarem transtorno mental. Será que alguns estudantes a desconsideram?

Constatou-se também que cinco participantes descreveram as experiências apenas como alterações psicopatológicas resultantes de alterações biológicas, como ilustram as respostas abaixo:

Essa pessoa estaria apresentando sintomas da Síndrome Psicótica e suas variantes (psicose). (P16)

Alguma patologia, delírio, uso de entorpecentes, esquizofrenia. (P4)

Desregulação hormonal, lesão cerebral. (P2)

Expressão de transtornos de percepção ou juízo. (P19)

Algum indício de esquizofrenia, delírio, alucinação. (P9)

Eles/as não declararam que as experiências poderiam não indicar doença ou intoxicação. Talvez não tenha sido cogitada a possibilidade de se tratarem de vivências não patológicas.

Em resumo, o entendimento de que pessoas não religiosas podem apresentar experiências religiosas e que tais expressões humanas não são necessariamente patológicas foi identificado. Constatou-se também que estudantes podem afirmar apenas a possibilidade de

patologia ou o oposto, apenas a possibilidade de manifestação de religiosidade. Essas duas posições podem induzir ao erro diagnóstico. Seguiremos reconhecendo o risco de estudantes de Psicologia excluírem a possibilidade de experiências religiosas indicarem patologia e analisando o problema da patologização destas vivências.

A patologização é o fenômeno que transforma artificialmente uma questão não médica em um problema médico, escamoteando problemas sociais, culturais e políticos (MANIFESTO DO FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2010). Assim, questões coletivas são tomadas como problemas individuais de ordem biológica.

Foucault (1975/2001) descreve como as relações políticas entre poder eclesiástico e saber médico contribuíram para a patologização das experiências religiosas nas sociedades ocidentais. Conforme o autor, a Igreja Católica, nos séculos XVII e XVIII, solicitou que a medicina interferisse de modo a conter a expansão de misticismo protestante e jansenista, sendo assim formulada uma crítica médica aos fenômenos de êxtase, profetismo e possessão (FOUCAULT, 1975). Essas experiências que, até o século XVII, se revestiam de sentido social, artístico e/ou religioso passaram a indicar loucura.

No século XIX, a Igreja Católica apelou à psiquiatria para que atribuísse caráter patológico às experiências de possessão (FOUCAULT, 2001). Isto porque este fenômeno fazia resistência à cristianização. Durante a possessão, o corpo manifestava poderes, produzia enfrentamentos. Através dele o “diabo” falava, agia, escandalizava, rompia a ordem e questionava poderes. E isto ocorria até no interior das instituições católicas. Aqui temos o corpo sede de resistência à cristianização. Por este motivo, a Igreja buscou no poder laico da medicina outro modo de gestão dos corpos para que fossem instaurados novos aparelhos de controle e tecnologias de poder. Os psiquiatras então reivindicaram a possessão para a esfera de sua competência, atribuindo-lhe doença.

Por tais razões, Foucault (2001, p. 271) considera a patologização das experiências religiosas no Ocidente um fenômeno político, associado à história de disputas entre as religiões e a “história das relações entre o corpo e os mecanismos de poder que o investem”. De modo semelhante, Almeida e Lotufo Neto (2003) afirmam que este é um fenômeno determinado por fatores históricos e políticos, inserido em uma dialética de relações de poder como estratégia de controle social.

Estudos empíricos demonstram que pessoas que se descrevem como espirituais, mas não religiosas apresentam altos índices de experiências espirituais (HOOD; CHEN, 2005). Zangari e Machado (2015) ressaltam que estas experiências, mesmo que inicialmente gerem conflito afetivo e cognitivo, podem ser compatíveis com tradições culturais, ganhando sentido e sendo bem integradas simbolicamente pelo sujeito. Desse modo, desconsiderar que pessoas não religiosas podem ser saudáveis e ter vivências religiosas não é compatível com a compreensão hegemônica na comunidade científica na atualidade.

Mostra-se assim relevante que a formação do psicólogo inclua a pauta da patologização das experiências religiosas de pessoas não religiosas, para que futuros/as profissionais não reforcem os aparelhos de vigilância e controle instituídos historicamente. Além disso, cabe inserir neste debate o risco de exclusão da hipótese patológica, que pode gerar desassistência.

CONCLUSÃO

A análise dos dados revelou que a formação do psicólogo é um processo que se realiza em um espaço de encontro entre linguagens (a exemplo da linguagem científica, religiosa, espiritual não religiosa e poética) e formas de conhecimento (como o científico e o religioso). Também foi possível constatar que o olhar do/a discente para as experiências religiosas pode envolver conhecimentos científicos, elementos subjetivos e estéticos. A identificação de referências a crenças religiosas e/ou espirituais em algumas respostas reforçam a necessidade de divulgação das recomendações do Conselho Federal de Psicologia de abrir perspectivas para o diálogo a respeito da temática, mantendo a clara a separação entre conhecimento científico e religioso, de modo a não realizar proselitismo.

Quanto às relações entre experiências religiosas e adoecimento mental, não foi observada uma aprendizagem uniforme entre os/as participantes. Três entendimentos foram constatados. Primeiro, que as experiências tanto podem sugerir adoecimento mental quanto eclosão de uma religiosidade. Esta compreensão abre campo para o estudo de diretrizes para um diagnóstico diferencial. Segundo, que as experiências indicam patologia, o que coloca a possibilidade de futuras condutas profissionais inadequadas, que gerem custos humanos e sociais, contribuindo para uma Psicologia que ratifica mecanismos disciplinares. E terceiro,

que elas indicam início de uma religiosidade. A exclusão da hipótese patológica, neste caso, cria a possibilidade de desassistência com impactos individuais e coletivos.

O presente estudo analisou assim possíveis resultados da abordagem da temática no processo formativo, dando voz à população discente e contribuindo para a construção da democracia na universidade. Futuramente, estudos poderão se dedicar à análise dos jogos de linguagem presentes nas percepções dos/as estudantes e descrever características do recurso ao conhecimento religioso.

A patologização e a “normalização” de vivências religiosas entre pessoas não religiosas revelaram-se importantes temas a serem debatidos na graduação. Ao pautá-los, coordenadores/as e docentes dos cursos de Psicologia investirão na formação de profissionais culturalmente sensíveis, cujo compromisso social e responsabilidade histórica contribuam para a promoção da saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. M.; LOTUFO NETO, F. Diretrizes metodológicas para investigar estados alterados de consciência e experiências anômalas. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 30, n. 1, p. 21-28, 2003.
- ALMINHANA, L. O. et al. Self-directedness predicts quality of life in individuals with psychotic experiences: a 1-year follow-up study. **Psychopathology**, v. 50, n. 4, p. 239-245, 2017.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: texto revisado (DSM-V-TR). 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARAÚJO, C. A. A. A ciência como forma de conhecimento. **Ciências & cognição**, v. 8, p. 127-142, 2006.
- ASSIS, C. L.; MEDEIRO, E. D. Religião e psicoterapia: um estudo a partir de psicólogos de CACOAL – RO, Brasil. **Integración Académica en Psicología**, v. 5, n. 15, p. 66-86, 2017.
- BACHELARD, G. **A poética do devaneio**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.
- BAKHTIN, M. M. **Questões de literatura e de estética**: a teoria do romance. São Paulo: Annablume, 2002.
- BARDIN, L. **A análise de conteúdo** (Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro, tradução). Lisboa: Edições 70, 1977.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 8**, de 7 de maio de 2004. Brasília, 2004. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces08_04.pdf. Acesso em: 10 de fev. de 2019.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de ética profissional do psicólogo**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2005. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>. Acesso em: 10 de fev. de 2019.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Posicionamento do Sistema de Conselhos de Psicologia para a questão da Psicologia, religião e espiritualidade**. GT Nacional Laicidade

- e Psicologia. 2013. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Posicionamento-do-Sistema-Conselhos-de-Psicologia-para-a-quest%C3%A3o-da-Psicologia-Religi%C3%A3o-e-Espiritualidade.pdf>. Acesso em: 10 de fev. de 2019.
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. **Laicidade, religião, direitos humanos e políticas públicas**, v. 3. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia, 2016. Disponível em: http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/ColecaoDiverpsi_Voll1.pdf. Acesso em: 10 de fev. de 2019.
- COSTA, W.; NOGUEIRA, C.; FREIRE, T. The lack of teaching/study of religiosity/spirituality in psychology degree courses in Brazil: The need for reflection. **Journal of religion and health**, v. 49, n. 3, p. 322-332, 2010.
- DE SOUSA SANTOS, B. **Construindo as Epistemologias do Sul**: Antologia essencial - Volume II: Para um pensamento alternativo de alternativas. Buenos Aires: CLACSO, 2018.
- ESTEVES, M. C. S. **Os significados da religiosidade para docentes supervisores do curso de psicologia**. 2009. 178 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.
- FERREIRA NETO, J. L. Uma genealogia da formação do psicólogo brasileiro. **Memoradum**, v. 18, p. 130-142, 2010.
- FOUCAULT, M. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- FOUCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia**. 6, ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- FREITAS, M. H. Religiosidade e saúde: experiências dos pacientes e percepções dos profissionais. **Rev. Pistis. Prax, Teol. Pastor**, v. 6, n. 1, p. 89-105, jan-abr 2014.
- GOMES, G. S. L. **Dispositivo-formação em psicologia**: processos medicalizantes, silenciamentos, diferenças. 2017. 274 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Pará, Belém, 2017.
- HABERMAS, J. **Entre naturalismo e religião**: estudos filosóficos. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2007.
- HOOD, R. W.; CHEN, Z. Mystical, spiritual, and religious experiences. *In*: **Handbook of the psychology of religion and spirituality**. Guilford Publications, 2005, p. 348-364.
- LATOURET, B. " Não congelarás a imagem", ou: como não desentender o debate ciência-religião. **Mana**, v. 10, p. 349-375, 2004.
- MANIFESTO DO FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. 2010. Disponível em: <http://medicalizacao.org.br/manifesto-doforum-sobre-medicalizacao-da-educacao-e-da-sociedade> Acesso em: 10 de fev. de 2019.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; CARDEÑA, E. Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 33, n. 1 (supl.), p. s21-s28, 2011.
- MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. WPA position statement on spirituality and religion in psychiatry. **World Psychiatry**, v. 15, n. 1, p. 87-88, 2016.
- NUEVO, R. et al. The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. **Schizophr. Bull.** v. 13, p. 1-11, 2010.
- SAGAN, C. **O mundo assombrado pelos demônios**: a ciência vista como uma vela no escuro. São Paulo: Editora Companhia das Letras, 2006.

- SENNE, W. Reforma Universitária e Diretrizes Curriculares: a formação reativa da graduação em Psicologia. **Mnemosine**, v. 8, n. 1, p. 178-193, 2012.
- SENNE, W A. **Psicologia e psicodiagnóstico**: bases epistemológicas. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.
- SERRA, A. P. E. **Inserção da espiritualidade/religiosidade na formação de profissionais de psicologia no Brasil**. 2021. 113 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021.
- SEVERO, A. K. S.; DIMENSTEIN, M. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. **Estudos de psicologia (Natal)**, v. 14, p. 59-67, 2009.
- SIQUEIRA, D. O labirinto religioso ocidental: da religião à espiritualidade. Do institucional ao não convencional. **Sociedade e estado**, v. 23, p. 425-462, 2008.
- VAN OS, J. et al. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. **Psychological Medicine**, v. 39, p. 179-195, 2009.
- VIETEN, C. et al. Spiritual and religious competencies for psychologists. **Psychology of Religion and Spirituality**, v. 5, n. 3, p. 129-144, 2013.
- ZANGARI, W.; MACHADO, F. R. Diagnóstico Diferencial de Transtornos Mentais e Experiências Anômalas/Religiosas: A importância do quadro de referência e dos transtornos mentais de base. *In*. X SEMINÁRIO DE PSICOLOGIA E SENSO RELIGIOSO, 2015, Curitiba. **Resumos**. Curitiba: PUCPR, 2015, p. 1-6.

5. CONCLUSÃO

A pesquisa apresentada nesta dissertação não identificou estudos sobre a formação acadêmica para a avaliação clínica de experiências religiosas em bases de dados nacionais. Procedeu-se então à análise das concepções de saúde presentes em estudos brasileiros sobre a diferenciação entre experiências religiosas e transtornos mentais com a finalidade de deduzir como as concepções poderiam afetar a formação profissional e a prática clínica.

Notou-se, na maioria dos estudos analisados, a compreensão de que o sofrimento subjetivo e disfuncionalidade iniciais, que muitas vezes acompanham as vivências, não indicam adoecimento mental. Assim, a revisão integrativa de literatura revelou a predominância da concepção de saúde como capacidade de enfrentar e superar crises. É importante observar que este entendimento representa uma ruptura com os ideais de produtividade e permanente bem-estar. Trata-se de uma concepção que contribui para a construção de um olhar não patologizante sobre tais experiências.

Também foi observado um expressivo investimento na sofisticação dos métodos diagnósticos, mas que raramente considerava os determinantes sociais da saúde. Desse modo, predomina uma concepção de saúde centrada no indivíduo. Inferimos assim que a produção nacional contribui para a formação de profissionais críticos à patologização dos fenômenos religiosos, mas também para a estrutura tecnicista que caracteriza a educação superior em nosso país. Formar profissionais também engajados com a redução das iniquidades sanitárias requer maiores investimentos em pesquisas neste campo que considerem os determinantes sociais da saúde.

Esta pesquisa também envolveu a aplicação de um questionário estruturado sobre religiosidade na prática clínica em trinta estudantes de psicologia desta universidade. A análise de dados indicou que os/as participantes eram menos religiosos do que a população geral e do que outros acadêmicos de psicologia brasileiros. Entretanto, este resultado pode estar relacionado ao tamanho reduzido da amostra e a seu caráter não aleatório. Foram também observados numerosos relatos de experiências religiosas, chamando atenção o fato de que estudantes espirituais, mas não religiosos, bem como um discente não espiritual e não religioso, também as relataram. Tais dados indicam a importância de incluir o debate acerca da não religiosidade na formação, considerando a diversidade de fenômenos experimentados por pessoas não espirituais e não religiosas.

Não foram identificados elementos que permitem afirmar que o Curso de Psicologia da UFBA ofereceu-lhes treinamento sobre o diagnóstico diferencial entre experiências religiosas e transtorno mental. Esta lacuna formativa coloca a possibilidade de falhas na comunicação com os futuros pacientes, de uma avaliação inadequada dos elementos relacionados à religiosidade e de patologização dos mesmos.

Por outro lado, os/as discentes demonstraram interesse em que o debate sobre as relações entre saúde, religião e espiritualidade seja inserido no currículo. A maioria deles/delas considerou o treinamento no diagnóstico diferencial entre experiências religiosas e transtornos mentais relevante e que psicólogos deveriam, além de recebê-lo, demonstrar competência na realização da tarefa.

Notou-se também que a aprendizagem recebida lhes possibilitou o entendimento de que experiências religiosas não devem ser patologizadas. Este cenário é favorável ao estudo de diretrizes para o diagnóstico diferencial. Três compreensões acerca das relações entre experiências religiosas e adoecimento mental foram identificadas. A primeira é a ideia de que vivências religiosas entre pessoas não religiosas podem tanto indicar patologia quanto início de uma religiosidade. A segunda é a compreensão de que tais experiências indicam patologia. Ao excluir a hipótese não patológica, este entendimento coloca a possibilidade de futuras condutas profissionais inadequadas, que gerem custos humanos e sociais, contribuindo para uma Psicologia que ratifica mecanismos disciplinares. A terceira é a ideia de que estas vivências indicam início de uma religiosidade. Este entendimento, ao excluir a hipótese de patologia, cria a possibilidade de desassistência com impactos individuais e coletivos. Pôde-se então inferir que não houve uma aprendizagem uniforme quanto ao tópico religiosidade e psicopatologia. Evidenciou-se também que a não patologização e a não “normalização” de vivências religiosas de pessoas não religiosas são temas relevantes a serem debatidos na graduação.

Foi possível ainda perceber que os/as estudantes desenvolveram mais a habilidade de identificar quadros patológicos do que condições não patológicas. Ou seja, a formação não lhes proporcionou conhecimento técnico suficiente para identificar com segurança quadros não patológicos. Estaria a formação de um futuro profissional de saúde centrada na saúde ou na doença?

Observou-se também que os/as discentes se serviram de diferentes linguagens (científica, religiosa, espiritual não religiosa e poética) e formas de conhecimento (científico e

religioso) para interpretar as experiências religiosas. Conhecimentos científicos, religiosos, elementos subjetivos e estéticos estiveram presentes em suas percepções. Por este motivo, podemos considerar que a formação do psicólogo é um fenômeno complexo que se realiza em um espaço de encontro entre linguagens e conhecimentos. Desse modo, convém não confundi-la ou reduzi-la à ideia de treinamento.

As referências a crenças religiosas e/ou espirituais feitas pelos/pelas participantes revelaram a necessidade de maior divulgação das recomendações do CFP: manter clara a separação entre conhecimento científico e religioso, não realizar proselitismo e sustentar o diálogo sobre o tema. Cabe destacar que essas orientações são compatíveis com o projeto de construção de uma universidade democrática comprometida com a produção de pensamento crítico e reflexivo.

Os objetivos desta pesquisa foram cumpridos, de modo que podemos afirmar que a concepção de saúde hegemônica nos estudos nacionais não contribui com os mecanismos de controle dos corpos e modos de vida e que os/as estudantes perceberam a aprendizagem recebida para a avaliação clínica de experiências religiosas como insatisfatória, além de terem demonstrado interesse em que o tema seja melhor abordado no curso. Apesar de raras, foram identificadas ideias relacionadas à patologização destas experiências. Observou-se também que os critérios diagnósticos utilizados na avaliação das vinhetas clínicas, de modo geral, não eram compatíveis com os resultados de pesquisas científicas recentes.

Apesar das limitações desta pesquisa – decorrentes do tamanho reduzido da amostra e da baixa representatividade de estudantes negros –, é possível afirmar que seus resultados indicam a necessidade de discussão de uma proposta formativa para a avaliação clínica de experiências religiosas para os/as estudantes do Curso de Graduação em Psicologia desta universidade.

Sugerimos que outras universidades brasileiras avaliem a necessidade de qualificação da abordagem deste tópico, de modo que coordenadores/as e docentes dos cursos de Psicologia possam investir na formação de profissionais culturalmente sensíveis, cujo compromisso social e responsabilidade histórica contribuam para a promoção da saúde coletiva. Estudos futuros poderão ser realizados com amostras maiores, maior participação de negros, padronização do tipo de experiências descrito nas vinhetas clínicas, bem como poderão descrever as características do apelo dos/das estudantes ao conhecimento religioso.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. M. **Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia de médiuns espíritas**. 2004. 205f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2004.
- ALMEIDA, A. M; LOTUFO NETO, F. Diretrizes metodológicas para investigar estados alterados de consciência e experiências anômalas. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 30, n. 1, p. 21-28, 2003.
- ALMEIDA FILHO, N. Nunca fomos Flexnerianos: Anísio Teixeira e a educação superior em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 12, p. 2531-2543, 2014.
- ALMINHANA, L. O. **A personalidade como critério para o diagnóstico diferencial entre experiências anômalas e transtornos mentais**. 2013. 256 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, 2013.
- ALMINHANA, L. O. et al. Self-directedness predicts quality of life in individuals with psychotic experiences: a 1-year follow-up study. **Psychopathology**, v. 50, n. 4, p. 239-245, 2017a.
- ALMINHANA, L. O. et al. Saúde e doença nas experiências religiosas/espirituais: integrando modelos de Wilber e Cloninger. **PsicoUSF**, Braçançã Paulista, SP, v. 22, n. 2, p. 351-360, maio/ago. 2017b.
- ALMINHANA, L. O. et al. How to tell a happy from an unhappy schizotype: personality factors and mental health outcomes in individuals with psychotic experiences. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 39, n. 2, p. 126-132, 2017c.
- ALMINHANA, L. O.; TATTON-RAMOS, T. P. Modelos de personalidade e a diferenciação entre experiências anômalas saudáveis e patológicas em contexto religioso. **Revista de Estudos da Religião (REVER)**, v.17, n. 2, p. 50-72, 2017.
- ALMINHANA, L. O.; MENEZES JR, A. Experiências Religiosas/Espirituais: dissociação saudável ou patológica? **HORIZONTE - Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião**, v. 14, n. 41, p. 122-143, 2016.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Ethical principles of psychologists and code of conduct**. The American psychologist, 2017.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. **The American Psychologist**, v. 58, n. 5, p. 377-402, 2003.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado (DSM-V-TR)**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARAÚJO, C. A. A. A ciência como forma de conhecimento. **Ciências & cognição**, v. 8, p. 127-142, 2006.
- ARAÚJO, A. C.; NETO, F. L. A nova classificação americana para os transtornos mentais–o DSM-5. **Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva**, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.
- ASSIS, C. L.; MEDEIRO, E. D. Religião e psicoterapia: um estudo a partir de psicólogos de CACOAL – RO, Brasil. **Integración Académica en Psicología**, v. 5, n. 15, p. 66-86, 2017.
- AYRES, J. R. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 43-62, 2007.
- BACHELARD, G. **A poética do devaneio**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

BAKHTIN, M. M. **Questões de literatura e de estética: a teoria do romance**. São Paulo: Annablume, 2002.

BARDIN, L. **A análise de conteúdo** (Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro, tradução). Lisboa: Edições 70, 1977.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. *In*: FONSECA, A. F. (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007, p. 51-86.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 8**, de 7 de maio de 2004. Brasília, 2004. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces08_04.pdf. Acesso em: 10 de fev. de 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução CNS N.º 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 28 de ago. de 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução CNS N.º 510**, de 7 de abril de 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em 28 de ago. de 2018.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAVALHEIRO, C. M. F.; FALCKE, D. Espiritualidade na formação acadêmica em psicologia no Rio Grande do Sul. **Estudos de Psicologia**, v. 31, n. 1, p. 35-44, 2014.

CLONINGER, C. R.; SVRAKIC, D. M.; PRZYBECK, T. A psychobiological model of temperament and character. **Arch Gen Psychiatry**, v. 50, n.16, p. 975-990, 1993.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 9, p. 13-36, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de ética profissional do psicólogo**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2005. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>. Acesso em: 10 de fev. de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Posicionamento do Sistema de Conselhos de Psicologia para a questão da Psicologia, religião e espiritualidade**. GT Nacional Laicidade e Psicologia. 2013. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Posicionamento-do-Sistema-Conselhos-de-Psicologia-para-a-quest%C3%A3o-da-Psicologia-Religi%C3%A3o-e-Espiritualidade.pdf>. Acesso em: 10 de fev. de 2019.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. **Laicidade, religião, direitos humanos e políticas públicas**, v. 3. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia, 2016. Disponível em: http://www.crsp.org.br/diverpsi/arquivos/ColecaoDiverpsi_Vol1.pdf. Acesso em: 10 de fev. de 2019.

COSTA, W.; NOGUEIRA, C.; FREIRE, T. The lack of teaching/study of religiosity/spirituality in psychology degree courses in Brazil: The need for reflection. **Journal of religion and health**, v. 49, n. 3, p. 322-332, 2010.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**, v. 2, p. 1-7, 2009.

DE ALMEIDA, A. A. S.; ODA, A. M. G; R.; DALGALARRONDO, P. O olhar dos psiquiatras brasileiros sobre os fenômenos de transe e possessão. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, supl. 1, p. 34-41, 2007.

- DE ALMEIDA FILHO, N.; COELHO, M. T. A.; PERES, M. F. T. O conceito de saúde mental. **Revista USP**, n. 43, p. 100-125, 1999.
- DE SOUZA ALVES, J.; JUNGES, J. R.; LÓPEZ, L. C. A dimensão religiosa dos usuários na prática de atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 4, p. 430-436, 2010.
- DE SOUSA SANTOS, B. **Construindo as Epistemologias do Sul**: Antologia essencial - Volume II: Para um pensamento alternativo de alternativas. Buenos Aires: CLACSO, 2018.
- DE OTTAWA, C. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. **Ottawa**, 1986.
- DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, v. 14, n. 54, p. 7-11, 1986.
- DELMONTE, R. et al. Can the DSM-5 differentiate between nonpathological possession and dissociative identity disorder? A case study from an Afro-Brazilian religion. **Journal of Trauma & Dissociation**, v.17, n. 3, p. 322-337, 2016.
- DELMONTE, R.; FARIAS, M. A mente brasileira em estado de possessão: contribuição de um estudo de caso para a psicologia da religião e saúde mental no Brasil. **Revista Pistis Praxis**, v. 9, n. 1, p. 243-256, 2017.
- DIMENSTEIN, M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia**, v. 5, n. 1, p. 95-121, 2000.
- EELES, J.; LOWE, T.; WELLMAN, N. Spirituality or psychosis?—an exploration of the criteria that nurses use to evaluate spiritual-type experiences reported by patients. **International journal of nursing studies**, v. 40, n. 2, p. 197-206, 2003.
- ESTEVEZ, M. C. S. **Os significados da religiosidade para docentes supervisores do curso de psicologia**. 2009. 178 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.
- FERREIRA NETO, J. L. Uma genealogia da formação do psicólogo brasileiro. **Memoradum**, v. 18, p. 130-142, 2010.
- FOUCAULT, M. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder** (Roberto Machado, tradução). Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FOUCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- FREITAS, M. H. Religiosidade e saúde: experiências dos pacientes e percepções dos profissionais. **Rev. Pistis. Prax, Teol. Pastor**, v. 6, n. 1, p. 89-105, 2014.
- GALDERISI, S. et al. Toward a new definition of mental health. **World Psychiatry**, v. 14, n. 2, p. 231, 2015.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GOMES, G. S. L. **Dispositivo-formação em psicologia**: processos medicalizantes, silenciamentos, diferenças. 2017. 274 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Pará, Belém, 2017.
- HABERMAS, J. **Entre naturalismo e religião**: estudos filosóficos. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2007.
- HACKETT, C. et al. The global religious landscape. **Washington American Psychiatric Association, DC**: Pew Research Center, 2012.
- HAGE, S. M. A closer look at the role of spirituality in psychology training programs. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 37, n. 3, p. 303-310, 2006.

HEIDMANN, I. T. S. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 15, p. 352-358, 2006.

HOOD, R. W.; CHEN, Z. Mystical, spiritual, and religious experiences. *In: Handbook of the psychology of religion and spirituality*. Guilford Publications, 2005, p. 348-364.

HUGUELET, P. Spirituality, religion, and psychotic disorders. *In: Handbook of Spirituality, Religion, and Mental Health*. Academic. Press, 2020, p. 79-97.

IBGE. **Censo demográfico do Brasil**. 2010.

JACKSON, M., FULFORD, K. W. M. Spiritual experience and psychopathology. **Philos. psychiatr. psychol.**, v. 4, n. 1, p. 1-26, 1997.

KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. Oxford University Press, 2001.

LATOURE, B. " Não congelarás a imagem", ou: como não desentender o debate ciência-religião. **Mana**, v. 10, p. 349-375, 2004.

MACHADO, F. R. et al. Contribuições da psicologia para a compreensão das relações entre a espiritualidade, a religiosidade e as experiências anômalas. **Clareira-Revista de Filosofia da Região Amazônica**, v. 3, n. 2, p. 2-21, 2016.

MANIFESTO DO FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. 2010. Disponível em: <http://medicalizacao.org.br/manifesto-doforum-sobre-medicalizacao-da-educacao-e-da-sociedade> Acesso em: 10 de fev. de 2019.

MARALDI, E. O.; KRIPPNER, S. A biopsychosocial approach to creative dissociation: remarks on a case of mediumistic painting. **NeuroQuantology**, v. 11, n. 4, 2013.

MARALDI, E. O.; MACHADO, F. R.; ZANGARI, W. Importance of a psychosocial approach for a comprehensive understanding of mediumship. **Journal of Scientific Exploration**, v. 24, n. 2, p. 181-196, 2010.

MARALDI, E. O.; RIBEIRO, R. N.; KRIPPNER, S. Cultural and group differences in mediumship and dissociation: Exploring the varieties of mediumistic experiences. **International Journal of Latin American Religions**, v. 3, n. 1, p. 170-192, 2019.

MARALDI, E. O. et al. Dissociation from a cross-cultural perspective: implications of studies in Brazil. **The Journal of nervous and mental disease**, v. 205, n. 7, p. 558-567, 2017.

MENEZES JÚNIOR, A. **Estudo prospectivo sobre o diagnóstico diferencial entre experiências mediúnicas e transtornos mentais de conteúdo religioso**. 2012. 214 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, 2012.

MENEZES JÚNIOR, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. O diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais de conteúdo religioso. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 36, n. 2, p. 75-82, 2009.

MINAYO, M. C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de saúde pública**, v.9, n. 3, p. 237-248, 1993.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; CARDEÑA, E. Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 33, n. 1 (supl.), p. s21-s28, 2011.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 35, p. 31-32, 2008.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. WPA position statement on spirituality and religion in psychiatry. **World Psychiatry**, v. 15, n. 1, p. 87-88, 2016.

- NUEVO, R. et al. The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. **Schizophr. Bull.** v. 13, p. 1-11, 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde**: documento de discussão. Genebra, 2011. Disponível em https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf
- PARNAS, J.; BOVET, P. Psychiatry made easy: operation(al)ism and some of its consequences. In: KENDLER, K. S.; PARNAS, J. (eds.). **Philosophical issues in psychiatry III: the nature and sources of historical change**. USA, Oxford University Press, 2015, p. 190-212.
- PAULINO, P. R. V. **Religiosidade/Espiritualidade em uma amostra nacional de psicólogos brasileiros: perfil e implicações na prática profissional**. 235 f. (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal de Juiz de Fora, 2019.
- PEREIRA, M. E. C.; GUTMAN, G. Primitivo e loucura, ou o inconsciente e a psicopatologia segundo Arthur Ramos. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v.10, n.3, p. 517-525, 2007.
- PINHO, S. R. de, et al. A contribuição de Rubim de Pinho para a psiquiatria brasileira. **Gazeta Médica da Bahia**, v. 78, n. 1, p. 81-83, 2008.
- PUSSETTI, C. A patologização da diversidade. Uma reflexão antropológica sobre a noção de culture-bound syndrome. **Etnográfica**, v. 10, n. 1, p. 5-40, 2006.
- RADDATZ, J. S.; MOTTA, R. F.; ALMINHANA, L. O. Religiosidade/Espiritualidade na Prática Clínica: Círculo vicioso entre demanda e ausência de treinamento. **Psico-USF**, v. 24, p. 699-709, 2019.
- REICHOW, J. R. C. **Estudo de experiências anômalas em médiuns e não médiuns: prevalência, relevância, diagnóstico diferencial de transtornos mentais e relação com qualidade de vida**. 2017. 567 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo (USP), 2017.
- SAGAN, C. **O mundo assombrado pelos demônios**: a ciência vista como uma vela no escuro. São Paulo: Editora Companhia das Letras, 2006.
- SENNE, W. Reforma Universitária e Diretrizes Curriculares: a formação reativa da graduação em Psicologia. **Mnemosine**, v. 8, n. 1, p. 178-193, 2012.
- SENNE, W A. **Psicologia e psicodiagnóstico**: bases epistemológicas. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.
- SERRA, A. P. E. **Inserção da espiritualidade/religiosidade na formação de profissionais de psicologia no Brasil**. 2021. 113 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021.
- SEVERO, A. K. S.; DIMENSTEIN, M. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. **Estudos de psicologia (Natal)**, v. 14, p. 59-67, 2009.
- SILVA, T. O. **As relações entre saúde, religião e espiritualidade e suas implicações para o ensino em cursos de saúde**: percepções dos docentes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia. 2015. 97 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, Universidade Federal da Bahia (UFBA), 2015.
- SIQUEIRA, D. O labirinto religioso ocidental: da religião à espiritualidade. Do institucional ao não convencional. **Sociedade e estado**, v. 23, p. 425-462, 2008.
- SOUZA, M. T; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, p. 102-106, 2010.

SPITZER, R. L.; GIBBON, M., SKODOL; A. E., WILLIAMS, J. B W.; FIRST, M. B. **DSM-IV – Casos clínicos**: complemento didático para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Artes Médicas, 1996.

VAN OS, J. et al. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. **Psychological Medicine**, v. 39, p. 179-195, 2009.

VIEIRA, T. M.; ZANINI, D. S.; DE PAULA AMORIM, A. Religiosidade e bem-estar psicológico de acadêmicos de psicologia. **Interação em Psicologia**, v. 17, n. 2, 2013.

VIETEN, C. et al. Spiritual and religious competencies for psychologists. **Psychology of Religion and Spirituality**, v. 5, n. 3, p. 129-144, 2013.

VIETEN, C. et al. Competencies for psychologists in the domains of religion and spirituality. **Spirituality in Clinical Practice**, v. 3, n. 2, p. 92-114, 2016.

ZANGARI, W.; MACHADO, F. R. Diagnóstico Diferencial de Transtornos Mentais e Experiências Anômalas/Religiosas: A importância do quadro de referência e dos transtornos mentais de base. *In. X SEMINÁRIO DE PSICOLOGIA E SENSO RELIGIOSO*, 2015, Curitiba. **Resumos**. Curitiba: PUCPR, 2015, p. 1-6.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Strengthening mental health promotion**. Genebra, 2001. Disponível em https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=%22Strengthening+mental+health+promotion%22+who+2001&btnG=

Sites:

IPS - Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia. Recuperado em 2 de janeiro de 2021. <https://ips.ufba.br/psicologia/ementas-programas>

APÊNDICE A – Formulário



Universidade Federal da Bahia

Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos



FORMULÁRIO

Você está sendo convidado a responder este questionário referente a uma pesquisa sobre CONHECIMENTOS E DISCURSOS DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA DA UFBA RELACIONADOS À DIFERENCIAÇÃO ENTRE EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS E/OU ESPIRITUAIS E SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS. Essa pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA (parecer nº. 3.951.919). Você dificilmente gastará mais que 20 min para respondê-lo. Agradecemos a colaboração.

I – Questões sociodemográficas

1. Idade: _____
2. Estado Civil: Solteiro Casado Separado/Divorciado União estável Viúvo
3. Religião: Católica Evangélica Espírita Candomblecista Umbandista Ateu Agnóstico Outro: _____.
4. Gênero: Feminino Masculino Outro
5. Orientação/identidade sexual: Heterossexual Homossexual Bissexual Transgênero Outro: _____
6. Graduação em psicologia. Qual semestre? _____
7. Cor declarada: Branca Amarela Parda Preta Indígena Outra: _____

II – Questionário estruturado sobre espiritualidade na prática clínica

SESSÃO 1

8. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso? (Considerar período anterior à pandemia)	
1	Uma vez por semana
2	Duas ou mais vezes por semana
3	Uma vez por mês
4	Uma vez por ano ou menos
5	Algumas vezes por ano
6	Nunca
9. 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	Uma vez por dia
2	Duas ou mais vezes por dia
3	Uma vez por semana
4	Duas ou mais vezes por semana
5	Uma ou poucas vezes por mês
6	Raramente ou nunca

10. Você se considera uma pessoa:			
1	Muito religiosa		
2	Mais ou menos religiosa		
3	Um pouco religiosa		
4	Não religiosa		
11. Você acredita que a sua vida possui uma dimensão sagrada ou transcendente?		SIM	NÃO
12. Essa crença de algum modo orienta suas ações?		Não se aplica	
13. (a) Você já teve alguma experiência que você interpreta como sendo religiosa (por exemplo: contato íntimo com Deus ou outra força espiritual, conversão religiosa, transe, contato com “espíritos”, etc.)?		SIM	NÃO
(b) Qual(quais)? _____			

SESSÃO 2

14. Quais são as 05 palavras que você mais associa à religiosidade?

--	--	--	--	--

15. Quais são as 05 palavras que você mais associa à manifestação do Espírito Santo?

--	--	--	--	--

16. Quais são as 05 palavras que você mais associa à possessão pelos orixás?

--	--	--	--	--

17. Quais são as 05 palavras que você mais associa à comunicação com os “espíritos”?

--	--	--	--	--

18. Experiências religiosas afetam as pessoas que as vivenciam? Comente.

19. Em geral, é apropriado ou inapropriado para o psicólogo discutir a religiosidade QUANDO O PACIENTE ABORDA o assunto?

1	Sempre inapropriado
2	Geralmente inapropriado
3	Geralmente apropriado
4	Sempre apropriado
5	Não tenho opinião formada

20. Em geral, é apropriado ou inapropriado para o psicólogo abordar temas relacionados à religião e religiosidade MESMO QUE O PACIENTE NÃO MENCIONE nada sobre isso durante a avaliação?

1	Sempre inapropriado
2	Geralmente inapropriado
3	Geralmente apropriado
4	Sempre apropriado
5	Não tenho opinião formada

21. Comente a seguinte situação: o que pode estar acontecendo com pessoas que não são religiosas e apresentam experiências religiosas (ex.: contato íntimo com Deus ou outra força espiritual, transe, contato com “espíritos”, sentir-se fora do corpo etc.)?

22. Para você, crenças, práticas e experiências religiosas: (Complete a frase)	
1	Sempre afetam positivamente a saúde mental
2	Sempre afetam negativamente a saúde mental
3	Às vezes afetam positivamente, mas em geral afeta negativamente a saúde mental
4	Às vezes afetam negativamente, mas em geral afeta positivamente a saúde mental
5	Às vezes afetam positivamente e às vezes negativamente a saúde mental
6	Não afetam a saúde mental

23. Para você, uma pessoa pode ouvir vozes, ter visões, se sentir em transe ou fora do corpo (excluídos os momentos de sonolência, intoxicação e abstinência do uso de drogas) e não possuir adoecimento mental?	
1	Sim
2	Não
3	Não sei opinar
24. Em sua opinião, a ocorrência de experiências religiosas indica existência de transtorno mental?	
1	Sempre
2	Quase sempre
3	Às vezes
4	Quase nunca
5	Nunca

SESSÃO 3

25. Você recebeu ao longo de sua formação acadêmica orientações acerca de como diferenciar experiências religiosas e a religiosidade de transtornos mentais?	
1	Recebi intenso treinamento formal específico neste domínio
2	Recebi mediano treinamento formal específico neste domínio
3	Recebi pouco treinamento formal específico neste domínio
4	Posso ter recebido algum, mas não me lembro se recebi treinamento formal específico neste domínio
5	Não recebi treinamento formal específico neste domínio
26. (a) Caso haja recebido treinamento, quais os temas e conteúdos abordados? (b) Em quais disciplinas e contextos? (c) Quais metodologias foram utilizadas pelos(as) docentes?	
<hr/> <hr/> <hr/>	
27. Em sua opinião, psicólogos deveriam receber treinamento e demonstrar competência em diferenciar experiências religiosas e a religiosidade de transtornos mentais?	
1	Sempre
2	Quase sempre
3	Às vezes
4	Quase nunca
5	Nunca

31. (a) Leia o caso clínico abaixo e o classifique, marcando um X em uma das alternativas seguintes.

CASO CLÍNICO 2

As queixas dos vizinhos eram que ele ficava parado na rua aborrecendo as pessoas com suas crenças religiosas, repetindo: “Eu sou Xangô”. Durante as últimas quatro semanas, ele acorda o irmão a qualquer hora para discutir questões religiosas. Frequentemente parece estar respondendo a vozes que apenas ele próprio escuta. Não se banha nem troca de roupa. Refere ouvir vozes o dia inteiro, que podem ser benignas ou insultantes. Antes era um indivíduo retraído, mas querido em sua vizinhança por ser prestativo. As vozes vêm dizendo que ele é o novo Messias, Jesus, Moisés, Xangô e Ogum, e que deveria iniciar uma nova era religiosa na História humana. Começou a experimentar episódios de energia aumentada, “para poder difundir minha palavra”, e precisa de muito pouco sono. Quando são colocados limites sobre seu conhecimento, ele torna-se ruidoso e irritado. Acha que há uma conspiração para suprimir sua mensagem religiosa. Tornou-se mais desorganizado em suas atividades diárias.

- (1) Quadro não patológico. (3) Não sei responder.
 (2) Quadro patológico. (4) Outro: _____.

(b) Qual(is) critério(s) você utilizou para classificar o caso clínico relatado acima :

(c) O uso de medicação psiquiátrica neste caso seria:

1	Muito útil
2	Útil
3	Pouco útil
4	Sem utilidade

32. Em sua opinião, avaliar o conteúdo e a forma de experiências religiosas e/ou a religiosidade é relevante para atribuir caráter patológico ou saudável às mesmas?

1	Sempre
2	Quase sempre
3	Às vezes
4	Quase nunca
5	Nunca

33. Você considera que na atualidade experiências religiosas e/ou a religiosidade são alvos de preconceitos?

1	Sempre
2	Quase sempre
3	Às vezes
4	Quase nunca
5	Nunca

34. O quanto você se sente seguro(a) para atribuir caráter saudável ou patológico a uma experiência de conteúdo religioso na avaliação psicodiagnóstica?

1	Muito seguro(a)
2	Seguro(a)
3	Pouco seguro(a)
4	Não me sinto seguro(a)

35. Em algum momento de sua formação acadêmica, a existência ou não de preconceitos relacionados às experiências religiosas e/ou a religiosidade foi debatida?

Sim	Não foi debatido	Não recordo
-----	------------------	-------------

APÊNDICE B – Respostas ao instrumento para análise de conteúdo do formulário



Universidade Federal da Bahia

Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos



Prezada professora pesquisadora CARMEM FONTES DE SOUZA TEIXEIRA,

Este material contém questões que ajudam a compor um instrumento de coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado SIGNOS E SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS POR ESTUDANTES DE PSICOLOGIA DA UFBA A EXPERIÊNCIAS DE CONTEÚDO RELIGIOSO (sugestão de alteração de título), que tem como objetivo analisar conhecimentos e discursos de estudantes do curso de Psicologia da UFBA relacionados à diferenciação entre experiências religiosas e/ou espirituais e sintomas psicopatológicos, analisar concepções associadas à relevância do desenvolvimento desta competência, bem como, identificar possíveis relações dos estudantes com a religião e a espiritualidade. Sua contribuição é essencial para a validação semântica do instrumento e para a realização da pesquisa proposta.

As questões apresentadas fazem parte de um instrumento que foi elaborado a partir do questionário “R/E em psicólogos brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e prática profissional” desenvolvido por Pedrita Reis Vargas Paulino e Alexander Moreira de Almeida, com a colaboração dos professores Luís Augusto Vasconcelos da Silva e Marcus Welby Borges Oliveira do Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (EISU).

Vale observar que, além, da breve introdução ao questionário, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será apresentado previamente ao respondente de modo a obter sua concordância em participar da pesquisa, sendo garantidos sigilo quanto à sua identidade e o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Sua contribuição para este estudo consistirá na análise das questões aqui apresentadas quanto a sua sintaxe (“Está bem escrita?”), clareza (“Está clara em seu sentido?”), compreensão (“Apresenta termos simples e claros, compreensíveis para a amostra respondente?”), adequação (“É boa para coletar o dado pretendido?”). O modo de avaliação será orientado ao longo do material de análise.

Sua contribuição é essencial para a validação semântica do instrumento e para a realização da pesquisa proposta.

Agradecemos sua colaboração.

ANÁLISE DE CONTEÚDO

Leia as questões reproduzidas abaixo e proceda à avaliação de cada item, conforme solicitado. Lembre-se de que o instrumento destina-se a estudantes de psicologia, além de levar em conta também sua própria experiência como respondente do questionário.

Considere o quadro abaixo:

I – Dados Sociodemográficos

1. Idade:			2. Cidade de Nascimento:						
3. Estado Civil:	Solteiro	Casado	União estável	Separado/Divorciado		Viúvo			
4. Religião	SIM	NÃO	Qual?	Outra religião?	SIM	NÃO	Qual?		
5. Gênero	Feminino		Masculino	Outro					
6. Cor declarada	Branca		Preta	Parda	Amarela	Indígena	Outra		
7. Formação de psicólogo	Quanto tempo de curso em anos?			Quanto tempo de prática clínica em anos?					
8. Possui outra graduação?	SIM	NÃO	Qual(is)?						
9. Possui Pós-graduação concluída?	SIM	NÃO	Qual(is)?						
10. Com quem vive atualmente?	Sozinho	Cônjuge Companheira (o)		Filha (o)	Irmã (o)	Avó (ô)	Mãe	Pai	Outros

Você considera que essas questões (englobando as alternativas de resposta):

- Estão bem escritas? sim não
- Estão claras em seu sentido geral? sim não
- Apresentam termos claros e simples? sim não
- São boas para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que as questões deveriam ser melhoradas, escreva sua sugestão de reformulação:

Não entendi a inclusão do item outra religião. Imagino que o entrevistado vai identificar sua religião case assinale SIM. Vocês estão pensando em situações em que o entrevistado informe pertencer a duas religiões? Caso positivo, devem manter esse item.

Considere a questão abaixo:

11. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso? (Marcar apenas uma alternativa)	
1	Uma vez por semana
2	Duas ou mais vezes por semana
3	Uma vez por mês
4	Uma vez por ano ou menos
5	Algumas vezes por ano
6	Nunca

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

12. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos: (Marcar apenas uma alternativa)	
1	Uma vez por dia
2	Duas ou mais vezes por dia
3	Uma vez por semana
4	Duas ou mais vezes por semana
5	Uma ou poucas vezes por mês
6	Raramente ou nunca

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

13. Você se considera uma pessoa: <i>(Marcar apenas uma alternativa)</i>	
1	Muito religiosa
2	Mais ou menos religiosa
3	Um pouco religiosa
4	Não religiosa

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

14. Você acredita que a sua vida possui uma dimensão sagrada ou transcendente e isto de algum modo orienta suas ações?	SIM	NÃO
---	-----	-----

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

15. Você já teve alguma experiência religiosa ou espiritual (por exemplo: transe, premonição, clarividência, contato com “espíritos”)?	SIM	NÃO
---	------------	------------

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere as cinco questões (de evocação de palavras) abaixo:

16. Quais são as 05 palavras que você mais associa à religiosidade?

17. Quais são as 05 palavras que você mais associa à espiritualidade?

18. Quais são as 05 palavras que você mais associa à manifestação do Espírito Santo de Deus?

19. Quais são as 05 palavras que você mais associa à possessão pelos orixás?

20. Quais são as 05 palavras que você mais associa à comunicação com os “espíritos”?

Você considera que essas questões:

- Estão bem escritas? sim não
Estão claras em seu sentido geral? sim não
Apresentam termos claros e simples? sim não
São boas para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que as questões deveriam ser melhoradas, escreva sua sugestão de reformulação:

Penso que deveria haver a opção para o entrevistado marcar algo como “Não se aplica” nas questões que remetem, diretamente, à vinculação à religião cristão, ou a religião de matriz africana, ou ao espiritismo.

Considere a questão aberta abaixo:

21. Experiências religiosas ou espirituais afetam as pessoas que as vivenciam? Comente.

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? (X) sim () não
Está clara em seu sentido geral? (X) sim () não
Apresenta termos claros e simples? (X) sim () não
É boa para coletar o dado pretendido? (X) sim () não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

22. Em geral, é apropriado ou inapropriado para o psicólogo discutir aspectos religiosos/espirituais quando o paciente aborda o assunto? (Marcar apenas uma alternativa)

1	Sempre inapropriado
2	Geralmente inapropriado
3	Geralmente apropriado
4	Sempre apropriado
5	Não tenho opinião formada

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? (X) sim () não
Está clara em seu sentido geral? (X) sim () não
Apresenta termos claros e simples? (X) sim () não
É boa para coletar o dado pretendido? (X) sim () não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

23. Em geral, é apropriado ou inapropriado para o psicólogo, durante a avaliação sobre a religião e espiritualidade do paciente, abordar o tema mesmo que o paciente não o

 mencione? (Marcar apenas uma alternativa)	
1	Sempre inapropriado
2	Geralmente inapropriado
3	Geralmente apropriado
4	Sempre apropriado
5	Não tenho opinião formada

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? sim não
 Está clara em seu sentido geral? sim não
 Apresenta termos claros e simples? sim não
 É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão aberta abaixo:

24. Comente a seguinte situação: o que pode estar acontecendo com pessoas que não são religiosas ou espiritualizadas e apresentam experiências com conteúdo religioso?

Você considera que essa questão:

Está bem escrita? sim não
 Está clara em seu sentido geral? sim não
 Apresenta termos claros e simples? sim não
 É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Não entendi bem o objetivo que fundamenta essa questão. Suponho que deve estar fundamentada no projeto.

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

25. Para você, crenças, práticas e experiências religiosas e/ou espirituais:

(Marcar apenas uma alternativa)

1	Sempre afetam positivamente a saúde psicológica
2	Sempre afetam negativamente a saúde psicológica
3	Às vezes afetam positivamente, mas em geral afeta negativamente a saúde psicológica

4	Às vezes afetam negativamente, mas em geral afeta positivamente a saúde psicológica
5	Às vezes afetam positivamente e às vezes negativamente a saúde psicológica
6	Não afetam a saúde psicológica

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? sim não
 Está clara em seu sentido geral? sim não
 Apresenta termos claros e simples? sim não
 É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Também não entendi a expressão "Saúde psicológica". Não seria melhor usar o termo "saúde mental?"

Considere a questão abaixo:

26. Para você, uma pessoa pode apresentar alucinações, dissociações e/ou delírios (excluídos os momentos de sonolência, intoxicação e abstinência do uso de drogas) e não possuir adoecimento mental?	Sim	Não	Não sei opinar
--	-----	-----	----------------

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? sim não
 Está clara em seu sentido geral? sim não
 Apresenta termos claros e simples? sim não
 É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

27. Em sua opinião, a ocorrência de experiências religiosas e/ou espirituais indica existência de transtorno mental?	Sim	Não	Não sei opinar
---	-----	-----	----------------

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? sim não
 Está clara em seu sentido geral? sim não

Apresenta termos claros e simples? (x) sim () não
É boa para coletar o dado pretendido? (x) sim () não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

28. Você recebeu ao longo de sua formação acadêmica orientações acerca de como diferenciar experiências religiosas e/ou espirituais de transtornos mentais? (Marcar apenas uma alternativa)	
1	Recebi intenso treinamento formal específico neste domínio.
2	Recebi mediano treinamento formal específico neste domínio
3	Recebi pouco treinamento formal específico neste domínio
4	Posso ter recebido algum, mas não me lembro se recebi treinamento formal específico neste domínio
5	Não recebi treinamento formal específico neste domínio

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? (x) sim () não
Está clara em seu sentido geral? (x) sim () não
Apresenta termos claros e simples? (x) sim () não
É boa para coletar o dado pretendido? (x) sim () não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão aberta abaixo:

29. Caso haja recebido treinamento, quais os temas e conteúdos abordados? Em quais disciplinas e contextos? Quais metodologias foram utilizadas pelos(as) docentes?
--

Você considera que essa questão:

Está bem escrita? (x) sim () não
Está clara em seu sentido geral? (x) sim () não
Apresenta termos claros e simples? (x) sim () não
É boa para coletar o dado pretendido? (x) sim () não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

30. Em sua opinião, psicólogos deveriam receber treinamento e demonstrar competência em diferenciar experiências religiosas e/ou espirituais de transtornos mentais?	Sim	Não	Não sei opinar
---	-----	-----	----------------

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

31. Você considera o desenvolvimento desta competência ao longo da formação do psicólogo: (Marcar apenas uma alternativa)	
1	Muito relevante
2	Relevante
3	Pouco relevante
4	Sem relevância

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

32. Você acha que treinamento formal a respeito de Religião/espiritualidade e psicologia deve ser inserido no currículo do curso de psicologia?
Sim, como disciplina obrigatória
Sim, como disciplina optativa
Não deve ser inserido
Não tenho opinião formada

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita?	<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Está clara em seu sentido geral?	<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Apresenta termos claros e simples?	<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
É boa para coletar o dado pretendido?	<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

33. Leia o caso clínico a seguir e o classifique, marcando um X em uma das alternativas seguintes.

CASO CLÍNICO 1

Aos sete anos, Sara começou a ter experiências de intrusão de pensamento. Os membros de sua família eram católicos e a proibiram de falar sobre esses pensamentos. Ela se sentia culpada e orava regularmente, pedindo a Deus para fazê-los ir embora. Apesar dos pensamentos intrusivos continuarem, seu desempenho acadêmico era bom. Uma vez, teve um pensamento "como uma voz clara falando" que seu vizinho morreria logo, o que ocorreu três dias depois. Este fato resultou em reunião familiar, porém Sara foi para seu quarto e ficou lá por horas sem sede ou fome, sentindo-se "ausente na mente e espírito". Sentia uma presença dentro do seu corpo. Ela descrevia que, quando tinha uma experiência de possessão, sentia "algo bom, quente; não era nada mal"; as experiências eram agradáveis e tranquilas. Aos 13 anos, os pensamentos intrusivos começaram a ser precedidos por tremores corporais. Aos 26, Sara buscou ajuda de um líder de um grupo de Umbanda. Ele disse que ela tinha um dom espiritual e deveria desenvolvê-lo. Ela começou a frequentar regularmente as sessões do grupo. Após os 30 anos, ganhou controle sobre o início das experiências de possessão e passou a dar conselhos morais durante o transe. Sara não mais se sentia solitária e angustiada com as experiências, que agora estavam integradas à estrutura de significado da Umbanda. Anos depois, ela tornou-se líder da comunidade religiosa. Durante os rituais, ela permanece em estado de transe por até quatro horas.

grande rapidez e entusiasmo sobre seus insights religiosos. Quando são colocados limites sobre seu conhecimento, ele torna-se ruidoso e irritado. Acha que a unidade de saúde faz parte de uma conspiração para suprimir sua mensagem religiosa.

- (1) Quadro não patológico.
- (2) Quadro patológico.
- (3) Não sei responder.
- (4) Outro: _____.

Qual (is) critério (s) você utilizou para classificar o caso clínico relatado acima?

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- Está bem escrita? sim não
- Está clara em seu sentido geral? sim não
- Apresenta termos claros e simples? sim não
- É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

35. Em sua opinião, avaliar o conteúdo e a forma de experiências religiosas e/ou espirituais é relevante para atribuir caráter patológico ou saudável às mesmas?	Sim	Não	Não sei opinar
---	-----	-----	----------------

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- Está bem escrita? sim não
- Está clara em seu sentido geral? sim não
- Apresenta termos claros e simples? sim não
- É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

36. Você considera que na atualidade experiências religiosas e/ou espirituais são alvos de preconceitos socialmente?	Sim	Não	Não sei opinar
---	-----	-----	----------------

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? sim não
 Está clara em seu sentido geral? sim não
 Apresenta termos claros e simples? sim não
 É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

37. O quanto você se sente seguro(a) para atribuir caráter saudável ou patológico a uma experiência de conteúdo religioso na avaliação psicodiagnóstica?	
1	Muito seguro(a)
2	Seguro(a)
3	Pouco seguro(a)
4	Não me sinto seguro(a)

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? sim não
 Está clara em seu sentido geral? sim não
 Apresenta termos claros e simples? sim não
 É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

38. Em algum momento de sua formação acadêmica, a existência ou não de preconceitos relacionados às experiências religiosas e/ou espirituais foi debatida?	Sim	Não foi debatido	Não recordo
---	-----	------------------	-------------

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Prezado professor pesquisador WELLINGTON ZANGARI,

Este material contém questões que ajudam a compor um instrumento de coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **CONHECIMENTOS E DISCURSOS DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA DA UFBA RELACIONADOS À DIFERENCIAÇÃO ENTRE EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS E/OU ESPIRITUAIS E SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS**, que tem como objetivo analisar conhecimentos e discursos de estudantes do curso de Psicologia da UFBA relacionados à diferenciação entre experiências religiosas e/ou espirituais e sintomas psicopatológicos, analisar concepções associadas à relevância do desenvolvimento desta competência, bem como, identificar possíveis relações dos estudantes com a religião e a espiritualidade. Sua contribuição é essencial para a validação semântica do instrumento e para a realização da pesquisa proposta.

As questões apresentadas fazem parte de um instrumento que foi elaborado a partir do questionário “R/E em psicólogos brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e prática profissional” desenvolvido por Pedrita Reis Vargas Paulino e Alexander Moreira de Almeida, com a colaboração dos professores Luís Augusto Vasconcelos da Silva e Marcus Welby Borges Oliveira do Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (EISU).

Vale observar que, além, da breve introdução ao questionário, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será apresentado previamente ao respondente de modo a obter sua concordância em participar da pesquisa, sendo garantidos sigilo quanto à sua identidade e o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Sua contribuição para este estudo consistirá na análise das questões aqui apresentadas quanto a sua sintaxe (“Está bem escrita?”), clareza (“Está clara em seu sentido?”), compreensão (“Apresenta termos simples e claros, compreensíveis para a amostra respondente?”), adequação (“É boa para coletar o dado pretendido?”). O modo de avaliação será orientado ao longo do material de análise.

Sua contribuição é essencial para a validação semântica do instrumento e para a realização da pesquisa proposta.

Agradecemos sua colaboração.

ANÁLISE DE CONTEÚDO

Leia as questões reproduzidas abaixo e proceda à avaliação de cada item, conforme solicitado. Lembre-se de que o instrumento destina-se a estudantes de psicologia, além de levar em conta também sua própria experiência como respondente do questionário.

Considere o quadro abaixo:

I – Dados Sociodemográficos

1. Idade:			2. Cidade de Nascimento:						
3. Estado Civil:	Solteiro	Casado	União estável	Separado/Divorciado		Viúvo			
4. Religião	SIM	NÃO	Qual?		Outra religião?	SIM	NÃO	Qual?	
5. Gênero	Feminino		Masculino		Outro				
6. Cor declarada	Branca		Preta	Parda	Amarela	Indígena		Outra	
7. Formação de psicólogo	Quanto tempo de curso em anos?				Quanto tempo de prática clínica em anos?				
8. Possui outra graduação?	SIM	NÃO	Qual(is)?						
9. Possui Pós-graduação concluída?	SIM	NÃO	Qual(is)?						
10. Com quem vive atualmente?	Sozinho	Cônjuge Companheira (o)		Filha (o)	Irmã (o)	Avó (ô)	Mãe	Pai	Outros

Você considera que essas questões (englobando as alternativas de resposta):

- Estão bem escritas? (x) sim () não
 Estão claras em seu sentido geral? (x) sim () não
 Apresentam termos claros e simples? (x) sim () não
 São boas para coletar o dado pretendido? (x) sim () não

Se você julga que as questões deveriam ser melhoradas, escreva sua sugestão de reformulação:

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

13. Você se considera uma pessoa: (Marcar apenas uma alternativa)	
1	Muito religiosa
2	Mais ou menos religiosa
3	Um pouco religiosa
4	Não religiosa

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

14. Você acredita que a sua vida possui uma dimensão sagrada ou transcendente e isto de algum modo orienta suas ações?	SIM	NÃO
---	-----	-----

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

15. Você já teve alguma experiência religiosa ou espiritual (por exemplo: transe, premonição, clarividência, contato com “espíritos”)?	SIM	NÃO
---	-----	-----

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Entendo espiritualidade como aquilo que dá sentido e significado à vida de alguém, de modo que não me parece fazer sentido a expressão “experiência espiritual”. Se o sentido disso é religioso, então bastaria “experiência religiosa”. Além disso, transe, premonição, clarividência são fenômenos que podem ou não ter um sentido religioso para as pessoas.

Voltando ao conceito de espiritualidade, que aparecerá em outras questões: há espiritualidades não-religiosas, de modo que a aproximação entre religiosidade e espiritualidade deve ser feita com muito cuidado, porque são coisas diferentes! Uma espiritualidade religiosa diz respeito ao sentido “sobrenatural” que alguém assume como algo fundamental para dar sentido em sua vida. Mas alguém pode ter uma espiritualidade não-religiosa, como por exemplo, quando se liga a uma causa ecológica e vê a natureza como algo sagrado. Ela se define, define suas relações interpessoais e a sua vida como algo ligado a esse senso da natureza e da importância que confere a ela. Isso lhe confere subjetividade. Assim, religiosidade e senso ecológico são espiritualidades, a primeira, é religiosa, a última não.

Sugestão de alteração:

Você já teve alguma experiência que você interpreta como sendo religiosa (por exemplo: transe, premonição, clarividência, contato com “espíritos”)?

Sugiro perguntar: Qual (quais)?

Considere as cinco questões (de evocação de palavras) abaixo:

16. Quais são as 05 palavras que você mais associa à religiosidade?

17. Quais são as 05 palavras que você mais associa à espiritualidade?

18. Quais são as 05 palavras que você mais associa à manifestação do Espírito Santo de Deus?

19. Quais são as 05 palavras que você mais associa à possessão pelos orixás?

20. Quais são as 05 palavras que você mais associa à comunicação com os “espíritos”?

Você considera que essas questões:

Estão bem escritas?	<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Estão claras em seu sentido geral?	<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Apresentam termos claros e simples?	<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
São boas para coletar o dado pretendido?	<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

Se você julga que as questões deveriam ser melhoradas, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão aberta abaixo:

21. Experiências religiosas ou espirituais afetam as pessoas que as vivenciam? Comente.

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita?	<input type="checkbox"/> sim	<input checked="" type="checkbox"/> não
Está clara em seu sentido geral?	<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Apresenta termos claros e simples?	<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
É boa para coletar o dado pretendido?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Novamente, não considero “experiências espirituais” termo plausível e, se se considera um subgrupo das religiosas, então, manter apenas “experiências religiosas”.

Sugestão:

Experiências religiosas afetam as pessoas que as vivenciam? Comente.

Considere a questão abaixo:

22. Em geral, é apropriado ou inapropriado para o psicólogo discutir aspectos religiosos/espirituais quando o paciente aborda o assunto? (Marcar apenas uma alternativa)

1	Sempre inapropriado
2	Geralmente inapropriado
3	Geralmente apropriado
4	Sempre apropriado
5	Não tenho opinião formada

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Sugestão:

. Em geral, é apropriado ou inapropriado para o psicólogo discutir a religiosidade e a espiritualidade quando o paciente aborda o assunto? (Marcar apenas uma alternativa)

Considere a questão abaixo:

23. Em geral, é apropriado ou inapropriado para o psicólogo, durante a avaliação sobre a religião e espiritualidade do paciente, abordar o tema mesmo que o paciente não o mencione? (Marcar apenas uma alternativa)

1	Sempre inapropriado
2	Geralmente inapropriado
3	Geralmente apropriado
4	Sempre apropriado
5	Não tenho opinião formada

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão aberta abaixo:

24. Comente a seguinte situação: o que pode estar acontecendo com pessoas que não são religiosas ou espiritualizadas e apresentam experiências com conteúdo religioso?

Você considera que essa questão:

Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

A tendência dos autores originais é de tentar aproximar demasiadamente os termos religião, religiosidade e espiritualidade, com o que não concordo. Ao apresentar esse viés aos alunos, faremos com que tendam a fazer o mesmo...

Sugestão:

Comente a seguinte situação: o que pode estar acontecendo com pessoas que não são religiosas e apresentam experiências com conteúdo religioso?

Considere a questão abaixo:

25. Para você, crenças, práticas e experiências religiosas e/ou espirituais: (Marcar apenas uma alternativa)	
1	Sempre afetam positivamente a saúde psicológica
2	Sempre afetam negativamente a saúde psicológica
3	Às vezes afetam positivamente, mas em geral afeta negativamente a saúde psicológica

4	Às vezes afetam negativamente, mas em geral afeta positivamente a saúde psicológica
5	Às vezes afetam positivamente e às vezes negativamente a saúde psicológica
6	Não afetam a saúde psicológica

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? () sim (x) não
 Está clara em seu sentido geral? (x) sim () não
 Apresenta termos claros e simples? (x) sim () não
 É boa para coletar o dado pretendido? () sim (x) não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Se o objetivo é avaliar as crenças, práticas e experiências ligadas à espiritualidade (tanto religiosas quanto não-religiosas), então há que decompor a questão em duas:

25. Para você, crenças, práticas e experiências religiosas:

25. Para você, crenças, práticas e ligadas ao sentido amplo que você confere à vida (espiritualidade):

Considere a questão abaixo:

26. Para você, uma pessoa pode apresentar alucinações, dissociações e/ou delírios (excluídos os momentos de sonolência, intoxicação e abstinência do uso de drogas) e não possuir adoecimento mental?	Sim	Não	Não sei opinar
--	-----	-----	----------------

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? (x) sim () não
 Está clara em seu sentido geral? (x) sim () não
 Apresenta termos claros e simples? (x) sim () não
 É boa para coletar o dado pretendido? (x) sim () não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

27. Em sua opinião, a ocorrência de experiências religiosas e/ou espirituais indica existência de transtorno mental?	Sim	Não	Não sei opinar
---	-----	-----	----------------

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Sugestão:

Em sua opinião, a ocorrência de experiências religiosas indica existência de transtorno mental?

Considere a questão abaixo:

28. Você recebeu ao longo de sua formação acadêmica orientações acerca de como diferenciar experiências religiosas e/ou espirituais de transtornos mentais? (Marcar apenas uma alternativa)	
1	Recebi intenso treinamento formal específico neste domínio.
2	Recebi mediano treinamento formal específico neste domínio
3	Recebi pouco treinamento formal específico neste domínio
4	Posso ter recebido algum, mas não me recordo se recebi treinamento formal específico neste domínio
5	Não recebi treinamento formal específico neste domínio

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Sugestão

Você recebeu ao longo de sua formação acadêmica orientações acerca de como diferenciar experiências religiosas e a religiosidade de transtornos mentais? (Marcar apenas uma alternativa)

Considere a questão aberta abaixo:

29. Caso haja recebido treinamento, quais os temas e conteúdos abordados? Em quais disciplinas e contextos? Quais metodologias foram utilizadas pelos(as) docentes?

Você considera que essa questão:

- Está bem escrita? sim não
 Está clara em seu sentido geral? sim não
 Apresenta termos claros e simples? sim não
 É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

30. Em sua opinião, psicólogos deveriam receber treinamento e demonstrar competência em diferenciar experiências religiosas e/ou espirituais de transtornos mentais?	Sim	Não	Não sei opinar
---	-----	-----	----------------

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- Está bem escrita? sim não
 Está clara em seu sentido geral? sim não
 Apresenta termos claros e simples? sim não
 É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Sugestão:

Em sua opinião, psicólogos deveriam receber treinamento e demonstrar competência em diferenciar experiências religiosas e a religiosidade de transtornos mentais?

Considere a questão abaixo:

31. Você considera o desenvolvimento desta competência ao longo da formação do psicólogo: (Marcar apenas uma alternativa)
1 Muito relevante
2 Relevante
3 Pouco relevante
4 Sem relevância

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

32. Você acha que treinamento formal a respeito de Religião/espiritualidade e psicologia deve ser inserido no currículo do curso de psicologia?
Sim, como disciplina obrigatória
Sim, como disciplina optativa
Não deve ser inserido
Não tenho opinião formada

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Sugestão:

32. Você acha que treinamento formal a respeito de Religião/religiosidade e psicologia deve ser inserido no currículo do curso de psicologia?

Considere a questão abaixo:

33. Leia o caso clínico a seguir e o classifique, marcando um X em uma das alternativas seguintes.
CASO CLÍNICO 1

Aos sete anos, Sara começou a ter experiências de intrusão de pensamento. Os membros de sua família eram católicos e a proibiram de falar sobre esses pensamentos. Ela se sentia culpada e orava regularmente, pedindo a Deus para fazê-los ir embora. Apesar dos pensamentos intrusivos continuarem, seu desempenho acadêmico era bom. Uma vez, teve um pensamento "como uma voz clara falando" que seu vizinho morreria logo, o que ocorreu três dias depois. Este fato resultou em reunião familiar, porém Sara foi para seu quarto e ficou lá por horas sem sede ou fome, sentindo-se "ausente na mente e espírito". Sentia uma presença dentro do seu corpo. Ela descrevia que, quando tinha uma experiência de possessão, sentia "algo bom, quente; não era nada mal"; as experiências eram agradáveis e tranquilas. Aos 13 anos, os pensamentos intrusivos começaram a ser precedidos por tremores corporais. Aos 26, Sara buscou ajuda de um líder de um grupo de Umbanda. Ele disse que ela tinha um dom espiritual e deveria desenvolvê-lo. Ela começou a frequentar regularmente as sessões do grupo. Após os 30 anos, ganhou controle sobre o início das experiências de possessão e passou a dar conselhos morais durante o transe. Sara não mais se sentia solitária e angustiada com as experiências, que agora estavam integradas à estrutura de significado da Umbanda. Anos depois, ela tornou-se líder da comunidade religiosa. Durante os rituais, ela permanece em estado de transe por até quatro horas.

- (1) Quadro patológico durante todo o período descrito acima.
(2) Quadro não patológico após os 30 anos de idade.
(3) Quadro não patológico em nenhum período descrito.
(4) Não sei responder.
(5) Outro: _____.

Qual (is) critério (s) você utilizou para classificar o caso clínico relatado acima?

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- Está bem escrita? (x) sim () não
Está clara em seu sentido geral? (x) sim () não
Apresenta termos claros e simples? (x) sim () não
É boa para coletar o dado pretendido? (xx) sim () não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

34. Leia o caso clínico abaixo e o classifique, marcando um X em uma das alternativas seguintes.

CASO CLÍNICO 2

As queixas dos vizinhos eram que ele ficava parado na rua aborrecendo as pessoas com suas crenças religiosas, repetindo: “Eu sou Xangô. Eu sou Ogum”. Durante as últimas quatro semanas, seu comportamento tornou-se progressivamente alterado. Ele acorda o irmão a qualquer hora para discutir questões religiosas. Frequentemente parece estar respondendo a vozes que apenas ele próprio escuta. Não se banha nem troca de roupa. Refere ouvir vozes o dia inteiro, que podem ser benignas ou insultantes. Antes era um indivíduo retraído, mas querido em sua vizinhança por ser prestativo. As vozes vêm dizendo que ele é o novo Messias, Jesus, Moisés, Xangô e Ogum, e que deveria iniciar uma nova era religiosa na História humana. Começou a experimentar episódios de energia aumentada, “para poder difundir minha palavra”, e precisa de muito pouco sono. Tornou-se mais desorganizado em suas atividades diárias. Durante a entrevista, mostra-se eufórico e fala rápido, é difícil de acompanhar. Ele anda a esmo pelo corredor e ao ver o profissional de saúde, agarra seu braço, coloca o rosto a uns cinco centímetros do rosto do profissional de saúde e fala com grande rapidez e entusiasmo sobre seus insights religiosos. Quando são colocados limites sobre seu conhecimento, ele torna-se ruidoso e irritado. Acha que a unidade de saúde faz parte de uma conspiração para suprimir sua mensagem religiosa.

- (1) Quadro não patológico.
- (2) Quadro patológico.
- (3) Não sei responder.
- (4) Outro: _____.

Qual (is) critério (s) você utilizou para classificar o caso clínico relatado acima?

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- Está bem escrita? (x) sim () não
- Está clara em seu sentido geral? (x) sim () não
- Apresenta termos claros e simples? (x) sim () não
- É boa para coletar o dado pretendido? (x) sim () não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

35. Em sua opinião, avaliar o conteúdo e a forma de experiências religiosas e/ou espirituais é relevante para atribuir	Sim	Não	Não sei opinar
---	-----	-----	----------------

caráter patológico ou saudável às mesmas?			
--	--	--	--

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- Está bem escrita? sim não
 Está clara em seu sentido geral? sim não
 Apresenta termos claros e simples? sim não
 É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Sugestão

Em sua opinião, avaliar o conteúdo e a forma de experiências religiosas e/ou a religiosidade é relevante para atribuir caráter patológico ou saudável às mesmas?

Considere a questão abaixo:

36. Você considera que na atualidade experiências religiosas e/ou espirituais são alvos de preconceitos socialmente?	Sim	Não	Não sei opinar
---	-----	-----	----------------

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- Está bem escrita? sim não
 Está clara em seu sentido geral? sim não
 Apresenta termos claros e simples? sim não
 É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Sugestão

Você considera que na atualidade experiências religiosas e/ou a religiosidade são alvos de preconceitos socialmente?

Considere a questão abaixo:

37. O quanto você se sente seguro(a) para atribuir caráter saudável ou patológico a uma experiência de conteúdo religioso na avaliação psicodiagnóstica?	
1	Muito seguro(a)
2	Seguro(a)
3	Pouco seguro(a)

4	Não me sinto seguro(a)
---	------------------------

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- Está bem escrita? sim não
 Está clara em seu sentido geral? sim não
 Apresenta termos claros e simples? sim não
 É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

38. Em algum momento de sua formação acadêmica, a existência ou não de preconceitos relacionados às experiências religiosas e/ou espirituais foi debatida?	Sim	Não foi debatido	Não recordo
---	-----	------------------	-------------

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- Está bem escrita? sim não
 Está clara em seu sentido geral? sim não
 Apresenta termos claros e simples? sim não
 É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Sugestão

Em algum momento de sua formação acadêmica, a existência ou não de preconceitos relacionados às experiências religiosas e/ou a religiosidade foi debatida?

Qual é sua opinião geral sobre instrumento apresentado?

(Vide versão do instrumento em anexo – arquivo em pdf)

O instrumento é ótimo, ressaltando-se o consistente equívoco de considerar as experiências religiosas com “experiências espirituais”, conforme já apontado. A pesquisa tem um caráter muito interessante e desejo fortemente ver os resultados.

Se se está interessado em avaliar a religiosidade e também a espiritualidade, talvez seja necessário incluir uma definição desses termos para os respondentes em algum momento após o item em que eles devem apresentar as 5 palavras que associam a cada termo. Se o objetivo é exclusivamente com as experiências religiosas e com a religiosidade, então o termo “experiências espirituais” e o termo “espiritualidade” devem ser suprimidos do instrumento.

AGRADECEMOS, MAIS UMA VEZ, SUA COLABORAÇÃO.

APRESENTAÇÃO

Prezada professora pesquisadora LETÍCIA OLIVEIRA ALMINHANA,

Este material contém questões que ajudam a compor um instrumento de coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado CONHECIMENTOS E DISCURSOS DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA DA UFBA RELACIONADOS À DIFERENCIAÇÃO ENTRE EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS E/OU ESPIRITUAIS E SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS, que tem como objetivo analisar conhecimentos e discursos de estudantes do curso de Psicologia da UFBA relacionados à diferenciação entre experiências religiosas e/ou espirituais e sintomas psicopatológicos, analisar concepções associadas à relevância do desenvolvimento desta competência, bem como, identificar possíveis relações dos estudantes com a religião e a espiritualidade. Sua contribuição é essencial para a validação semântica do instrumento e para a realização da pesquisa proposta.

As questões apresentadas fazem parte de um instrumento que foi elaborado a partir do questionário “R/E em psicólogos brasileiros: perfil e implicações no ensino, pesquisa e prática profissional” desenvolvido por Pedrita Reis Vargas Paulino e Alexander Moreira de Almeida, com a colaboração dos professores Luís Augusto Vasconcelos da Silva e Marcus Welby Borges Oliveira do Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (EISU).

Vale observar que, além, da breve introdução ao questionário, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será apresentado previamente ao respondente de modo a obter sua concordância em participar da pesquisa, sendo garantidos sigilo quanto à sua identidade e o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Sua contribuição para este estudo consistirá na análise das questões aqui apresentadas quanto a sua sintaxe (“Está bem escrita?”), clareza (“Está clara em seu sentido?”), compreensão (“Apresenta termos simples e claros, compreensíveis para a amostra respondente?”), adequação (“É boa para coletar o dado pretendido?”). O modo de avaliação será orientado ao longo do material de análise.

Sua contribuição é essencial para a validação semântica do instrumento e para a realização da pesquisa proposta.

Agradecemos sua colaboração.

ANÁLISE DE CONTEÚDO

Leia as questões reproduzidas abaixo e proceda à avaliação de cada item, conforme solicitado. Lembre-se de que o instrumento destina-se a estudantes de psicologia, além de levar em conta também sua própria experiência como respondente do questionário.

Considere o quadro abaixo:

I – Dados Sociodemográficos

1. Idade:			2. Cidade de Nascimento:						
3. Estado Civil:	Solteiro	Casado	União estável	Separado/Divorciado	Viúvo				
4. Religião	SIM	NÃO	Qual?	Outra religião?	SIM	NÃO	Qual?		
5. Gênero	Feminino		Masculino	Outro					
6. Cor declarada	Branca		Preta	Parda	Amarela	Indígena	Outra		
7. Formação de psicólogo	Quanto tempo de curso em anos?			Quanto tempo de prática clínica em anos?					
8. Possui outra graduação?	SIM	NÃO	Qual(is)?						
9. Possui Pós-graduação concluída?	SIM	NÃO	Qual(is)?						
10. Com quem vive atualmente?	Sozinho	Cônjuge Companheira (o)		Filha (o)	Irmã (o)	Avó (ô)	Mãe	Pai	Outros

Você considera que essas questões (englobando as alternativas de resposta):

- Estão bem escritas? (X) sim () não
 Estão claras em seu sentido geral? (X) sim () não
 Apresentam termos claros e simples? (X) sim () não
 São boas para coletar o dado pretendido? (X) sim () não

Se você julga que as questões deveriam ser melhoradas, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

11. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso? (Marcar apenas uma alternativa)	
1	Uma vez por semana
2	Duas ou mais vezes por semana
3	Uma vez por mês
4	Uma vez por ano ou menos
5	Algumas vezes por ano
6	Nunca

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? (X) sim () não
 Está clara em seu sentido geral? (X) sim () não
 Apresenta termos claros e simples? (X) sim () não
 É boa para coletar o dado pretendido? (X) sim () não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

12. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos: (Marcar apenas uma alternativa)	
1	Uma vez por dia
2	Duas ou mais vezes por dia
3	Uma vez por semana
4	Duas ou mais vezes por semana
5	Uma ou poucas vezes por mês
6	Raramente ou nunca

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? (X) sim () não
 Está clara em seu sentido geral? (X) sim () não
 Apresenta termos claros e simples? (X) sim () não
 É boa para coletar o dado pretendido? (X) sim () não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

13. Você se considera uma pessoa: <i>(Marcar apenas uma alternativa)</i>	
1	Muito religiosa
2	Mais ou menos religiosa
3	Um pouco religiosa
4	Não religiosa

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

14. Você acredita que a sua vida possui uma dimensão sagrada ou transcendente e isto de algum modo orienta suas ações?	SIM	NÃO
---	-----	-----

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

São duas perguntas em uma... isso poderá confundir o participante.

Considere a questão abaixo:

15. Você já teve alguma experiência religiosa ou espiritual (por exemplo: transe, premonição, clarividência, contato com “espíritos”)?	SIM	NÃO
---	------------	------------

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere as cinco questões (de evocação de palavras) abaixo :

16. Quais são as 05 palavras que você mais associa à religiosidade?

17. Quais são as 05 palavras que você mais associa à espiritualidade?

18. Quais são as 05 palavras que você mais associa à manifestação do Espírito Santo de Deus?

19. Quais são as 05 palavras que você mais associa à possessão pelos orixás?

20. Quais são as 05 palavras que você mais associa à comunicação com os “espíritos”?

Você considera que essas questões:

Estão bem escritas? (x) sim () não
Estão claras em seu sentido geral? (x) sim () não
Apresentam termos claros e simples? (x) sim () não
São boas para coletar o dado pretendido? (x) sim () não

Se você julga que as questões deveriam ser melhoradas, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão aberta abaixo:

21. Experiências religiosas ou espirituais afetam as pessoas que as vivenciam? Comente.

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? (x) sim () não
Está clara em seu sentido geral? (x) sim () não
Apresenta termos claros e simples? (x) sim () não
É boa para coletar o dado pretendido? (x) sim () não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

22. Em geral, é apropriado ou inapropriado para o psicólogo discutir aspectos religiosos/espirituais quando o paciente aborda o assunto? (Marcar apenas uma alternativa)

1	Sempre inapropriado
2	Geralmente inapropriado
3	Geralmente apropriado
4	Sempre apropriado
5	Não tenho opinião formada

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? () sim (x) não
Está clara em seu sentido geral? () sim (x) não
Apresenta termos claros e simples? () sim (x) não
É boa para coletar o dado pretendido? () sim (x) não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

23. Em geral, é apropriado ou inapropriado para o psicólogo, durante a avaliação sobre a religião e espiritualidade do paciente, abordar o tema mesmo que o paciente não o mencione? (Marcar apenas uma alternativa)	
1	Sempre inapropriado
2	Geralmente inapropriado
3	Geralmente apropriado
4	Sempre apropriado
5	Não tenho opinião formada

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? () sim (x) não
Está clara em seu sentido geral? () sim (x) não
Apresenta termos claros e simples? () sim (x) não
É boa para coletar o dado pretendido? () sim (x) não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Referente às questões 22 e 23: a frase ficou longa e talvez pudesse colocar uma afirmação, por exemplo: **“Em geral, é inapropriado abordar temas relacionados à religião ou à espiritualidade do paciente quando o mesmo não menciona nada sobre isso para o psicólogo.”**

Considere a questão aberta abaixo:

24. Comente a seguinte situação: o que pode estar acontecendo com pessoas que não são religiosas ou espiritualizadas e apresentam experiências com conteúdo religioso?

Você considera que essa questão:

Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

25. Para você, crenças, práticas e experiências religiosas e/ou espirituais:

(Marcar apenas uma alternativa)

1	Sempre afetam positivamente a saúde psicológica
2	Sempre afetam negativamente a saúde psicológica
3	Às vezes afetam positivamente, mas em geral afeta negativamente a saúde psicológica
4	Às vezes afetam negativamente, mas em geral afeta positivamente a saúde psicológica
5	Às vezes afetam positivamente e às vezes negativamente a saúde psicológica
6	Não afetam a saúde psicológica

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

25. Para você, como as crenças, práticas e experiências religiosas e/ou espirituais afetam a saúde mental de uma pessoa? (Marcar apenas uma alternativa)	
Sempre afetam positivamente	
Sempre afetam negativamente	
Às vezes afetam positivamente, mas em geral afetam negativamente	
Às vezes afetam negativamente, mas em geral afetam positivamente	
Afetam positivamente e negativamente, na mesma proporção	
Não afetam	

Considere a questão abaixo:

26. Para você, uma pessoa pode apresentar alucinações, dissociações e/ou delírios (excluídos os momentos de sonolência, intoxicação e abstinência do uso de drogas) e não possuir adoecimento mental?	Sim	Não	Não sei opinar
--	-----	-----	----------------

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- Está bem escrita? sim não
 Está clara em seu sentido geral? sim não
 Apresenta termos claros e simples? sim não
 É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

27. Em sua opinião, a ocorrência de experiências religiosas e/ou espirituais indica existência de transtorno mental?	Sim	Não	Não sei opinar
---	-----	-----	----------------

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- Está bem escrita? sim não
 Está clara em seu sentido geral? sim não
 Apresenta termos claros e simples? sim não
 É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

28. Você recebeu ao longo de sua formação acadêmica orientações acerca de como diferenciar experiências religiosas e/ou espirituais de transtornos mentais? (Marcar apenas uma alternativa)	
1	Recebi intenso treinamento formal específico neste domínio.
2	Recebi mediano treinamento formal específico neste domínio
3	Recebi pouco treinamento formal específico neste domínio
4	Posso ter recebido algum, mas não me recordo se recebi treinamento formal específico neste domínio
5	Não recebi treinamento formal específico neste domínio

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão aberta abaixo:

29. Caso haja recebido treinamento, quais os temas e conteúdos abordados? Em quais disciplinas e contextos? Quais metodologias foram utilizadas pelos(as) docentes?
--

Você considera que essa questão:

Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não

É boa para coletar o dado pretendido? (x) sim () não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

30. Em sua opinião, psicólogos deveriam receber treinamento e demonstrar competência em diferenciar experiências religiosas e/ou espirituais de transtornos mentais?	Sim	Não	Não sei opinar
---	-----	-----	----------------

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? (x) sim () não
Está clara em seu sentido geral? (x) sim () não
Apresenta termos claros e simples? (x) sim () não
É boa para coletar o dado pretendido? (x) sim () não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

31. Você considera o desenvolvimento desta competência ao longo da formação do psicólogo: (Marcar apenas uma alternativa)
1 Muito relevante
2 Relevante
3 Pouco relevante
4 Sem relevância

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? (x) sim () não
Está clara em seu sentido geral? (x) sim () não
Apresenta termos claros e simples? (x) sim () não
É boa para coletar o dado pretendido? (x) sim () não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

32. Você acha que treinamento formal a respeito de Religião/espiritualidade e psicologia deve ser inserido no currículo do curso de psicologia?
Sim, como disciplina obrigatória
Sim, como disciplina optativa
Não deve ser inserido
Não tenho opinião formada

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita?	<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Está clara em seu sentido geral?	<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Apresenta termos claros e simples?	<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
É boa para coletar o dado pretendido?	<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

33. Leia o caso clínico a seguir e o classifique, marcando um X em uma das alternativas seguintes.
CASO CLÍNICO 1
Aos sete anos, Sara começou a ter experiências de intrusão de pensamento. Os membros de sua família eram católicos e a proibiram de falar sobre esses pensamentos. Ela se sentia culpada e orava regularmente, pedindo a Deus para fazê-los ir embora. Apesar dos pensamentos intrusivos continuarem, seu desempenho acadêmico era bom. Uma vez, teve um pensamento "como uma voz clara falando" que seu vizinho morreria logo, o que ocorreu três dias depois. Este fato resultou em reunião familiar, porém Sara foi para seu quarto e ficou lá por horas sem sede ou fome, sentindo-se "ausente na mente e espírito". Sentia uma presença dentro do seu corpo. Ela descrevia que, quando tinha uma experiência de possessão, sentia "algo bom, quente; não era nada mal"; as experiências eram agradáveis e tranquilas. Aos 13 anos, os pensamentos intrusivos começaram a ser precedidos por tremores corporais. Aos 26, Sara buscou ajuda de um líder de um grupo de Umbanda. Ele disse que

ela tinha um dom espiritual e deveria desenvolvê-lo. Ela começou a frequentar regularmente as sessões do grupo. Após os 30 anos, ganhou controle sobre o início das experiências de possessão e passou a dar conselhos morais durante o transe. Sara não mais se sentia solitária e angustiada com as experiências, que agora estavam integradas à estrutura de significado da Umbanda. Anos depois, ela tornou-se líder da comunidade religiosa. Durante os rituais, ela permanece em estado de transe por até quatro horas.

- (1) Quadro patológico durante todo o período descrito acima.
- (2) Quadro não patológico após os 30 anos de idade.
- (3) Quadro não patológico em nenhum período descrito.
- (4) Não sei responder.
- (5) Outro: _____.

Qual (is) critério (s) você utilizou para classificar o caso clínico relatado acima?

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- | | | |
|---------------------------------------|-----------|---------|
| Está bem escrita? | (x) sim | () não |
| Está clara em seu sentido geral? | (x) sim | () não |
| Apresenta termos claros e simples? | (x) sim | () não |
| É boa para coletar o dado pretendido? | (x) sim | () não |

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Aos sete anos, Sara começou a ter experiências de intrusão de pensamento. Os membros de sua família eram católicos e a proibiram de falar sobre esses pensamentos. Ela se sentia culpada e orava regularmente, pedindo a Deus para fazê-los **irem** embora. Apesar dos pensamentos intrusivos continuarem, seu desempenho acadêmico era bom. Uma vez, teve um pensamento "como uma voz clara falando" que seu vizinho morreria logo, o que ocorreu três dias depois. Este fato resultou em reunião familiar, porém Sara foi para seu quarto e ficou lá por horas sem sede e fome, sentindo-se "ausente na mente e **no** espírito". Sentia uma presença dentro do seu corpo. Ela descrevia que, quando tinha uma experiência de possessão, sentia "algo bom, quente; não era nada mal"; as experiências eram agradáveis e tranquilas. Aos 13 anos, os pensamentos intrusivos começaram a ser precedidos por tremores corporais. Aos 26, Sara buscou ajuda de um líder de um grupo de Umbanda. Ele disse que ela tinha um dom espiritual e deveria desenvolvê-lo. Ela começou a frequentar regularmente as sessões do grupo. Após os 30 anos, ganhou controle sobre o início das experiências de possessão e passou a dar conselhos morais durante o transe. Sara não mais se sentia solitária e angustiada com as experiências, que agora estavam integradas à estrutura de significado da Umbanda. Anos depois, ela tornou-se líder da comunidade religiosa. Durante os rituais, ela permanece em estado de transe por até quatro horas.

- (1) Quadro patológico durante todo o período descrito acima.
- (2) Quadro patológico após os 30 anos de idade.
- (3) Quadro não patológico após os 30 anos de idade.
- (4) Quadro não patológico em nenhum período descrito.
- (5) Não sei responder.
- (6) Outro: _____.

Considere a questão abaixo:

34. Leia o caso clínico abaixo e o classifique, marcando um X em uma das alternativas seguintes.

CASO CLÍNICO 2

As queixas dos vizinhos eram que ele ficava parado na rua aborrecendo as pessoas com suas crenças religiosas, repetindo: "Eu sou Xangô. Eu sou Ogum". Durante as últimas quatro semanas, seu comportamento tornou-se progressivamente alterado. Ele acorda o irmão a qualquer hora para discutir questões religiosas. Frequentemente parece estar respondendo a vozes que apenas ele próprio escuta. Não se banha nem troca de roupa. Refere ouvir vozes o dia inteiro, que podem ser benignas ou insultantes. Antes era um indivíduo retraído, mas querido em sua vizinhança por ser prestativo. As vozes vêm dizendo que ele é o novo Messias, Jesus, Moisés, Xangô e Ogum, e que deveria iniciar uma nova era religiosa na História humana. Começou a experimentar episódios de energia aumentada, "para poder difundir minha palavra", e precisa de muito pouco sono. Tornou-se mais desorganizado em suas atividades diárias. Durante a entrevista, mostra-se eufórico e fala rápido, é difícil de acompanhar. Ele anda a esmo pelo corredor e ao ver o profissional de saúde, agarra seu braço, coloca o rosto a uns cinco centímetros do rosto do profissional de saúde e fala com

grande rapidez e entusiasmo sobre seus insights religiosos. Quando são colocados limites sobre seu conhecimento, ele torna-se ruidoso e irritado. Acha que a unidade de saúde faz parte de uma conspiração para suprimir sua mensagem religiosa.

- (1) Quadro não patológico.
- (2) Quadro patológico.
- (3) Não sei responder.
- (4) Outro: _____.

Qual (is) critério (s) você utilizou para classificar o caso clínico relatado acima?

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- Está bem escrita? sim não
- Está clara em seu sentido geral? sim não
- Apresenta termos claros e simples? sim não
- É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

35. Em sua opinião, avaliar o conteúdo e a forma de experiências religiosas e/ou espirituais é relevante para atribuir caráter patológico ou saudável às mesmas?	Sim	Não	Não sei opinar
---	-----	-----	----------------

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- Está bem escrita? sim não
- Está clara em seu sentido geral? sim não
- Apresenta termos claros e simples? sim não
- É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Considere a questão abaixo:

36. Você considera que na atualidade experiências religiosas e/ou espirituais são alvos de preconceitos socialmente?	Sim	Não	Não sei opinar
---	-----	-----	----------------

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

36. Você considera que, na atualidade, experiências religiosas e/ou espirituais são alvos de preconceitos?

Considere a questão abaixo:

37. O quanto você se sente seguro(a) para atribuir caráter saudável ou patológico a uma experiência de conteúdo religioso na avaliação psicodiagnóstica?	
1	Muito seguro(a)
2	Seguro(a)
3	Pouco seguro(a)
4	Não me sinto seguro(a)

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

- Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

O quanto você se sente seguro(a) para atribuir caráter saudável ou patológico a uma experiência de conteúdo religioso ou espiritual na avaliação psicodiagnóstica?

Considere a questão abaixo:

38. Em algum momento de sua formação acadêmica, a existência ou não de preconceitos relacionados às experiências religiosas e/ou espirituais foi debatida?	Sim	Não foi debatido	Não recordo
---	-----	------------------	-------------

Você considera que essa questão (englobando as alternativas de resposta):

Está bem escrita? sim não
Está clara em seu sentido geral? sim não
Apresenta termos claros e simples? sim não
É boa para coletar o dado pretendido? sim não

Se você julga que a questão deveria ser melhorada, escreva sua sugestão de reformulação:

Qual é sua opinião geral sobre instrumento apresentado?

(Vide versão do instrumento em anexo – arquivo em pdf)

Achei excelente!! Recomendo fazer um piloto antes da coleta oficial.

AGRADECEMOS, MAIS UMA VEZ, SUA COLABORAÇÃO.

APÊNDICE C – INFORMAÇÕES AOS COLABORADORES E TCLE

INFORMAÇÕES AOS COLABORADORES E TCLE

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada CONHECIMENTOS E DISCURSOS DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA DA UFBA RELACIONADOS À DIFERENCIAÇÃO ENTRE EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS E/OU ESPIRITUAIS E SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS, que tem como objetivos: analisar necessidades formativas de estudantes do curso de psicologia da UFBA relacionadas à avaliação de experiências de conteúdo religioso; identificar possíveis relações dos estudantes com a religião e a religiosidade; analisar signos e sentidos utilizados para distinguir experiências de conteúdo religioso saudáveis de patológicas; identificar concepções associadas à relevância do desenvolvimento desta competência na formação. Este estudo se justifica pelo número expressivo de profissionais em todo o mundo que não consideram a necessidade de se servir de parâmetros clínicos para realizar esta diferenciação e pelos consequentes riscos de erro diagnóstico e de iatrogenia. Desse modo, o estudo contribuirá para o enriquecimento do debate científico acerca da inclusão da temática saúde, religiosidade e espiritualidade na formação do psicólogo.

A instituição responsável pela pesquisa é a Universidade Federal da Bahia, através do Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos. O pesquisador responsável, André Bomfim Dias, é mestrando sob orientação do prof. Dr. Luís Augusto Vasconcelos da Silva e do prof. Marcus Welby Borges Oliveira.

Sua participação será voluntária, isto é, você deve decidir se participará ou não do estudo. Ela consistirá em responder a um questionário estruturado - com questões abertas e fechadas. Você possui o direito de recusar-se a responder ou desistir de participar e retirar seu consentimento, a qualquer momento. Se você não quiser participar, não haverá qualquer penalidade ou interferência em seus estudos, seja na relação com o pesquisador ou com a instituição.

Esta pesquisa obedece às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos presentes na Resolução CNS Nº 466/2012 e 510/2016. As respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, assegurando sua privacidade uma vez que o nome será substituído por um código. As informações fornecidas por você farão parte de trabalhos apresentados e publicados em congressos, revistas ou livros, com garantia do seu anonimato.

Qualquer dúvida ou esclarecimento você poderá entrar em contato com o pesquisador André Bomfim Dias, residente à Rua do Cipreste, 372, Ed. Mar do Havaí, ap. 502, Caminho das Árvores, Salvador-BA, por meio do telefone (71) 99204-8348 e e-mail: andrebomfimdias@hotmail.com; ou com os orientadores prof. Dr. Luís Augusto Vasconcelos da Silva através do e-mail: gugavascon@gmail.com e prof. Dr. Marcus Welby Borges Oliveira através do e-mail: mwelbybo@gmail.com. Você poderá fazer contato com o pesquisador, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto, a qualquer momento.

As informações decorrentes dessa pesquisa ficarão guardadas sob tutela do prof. Dr. Luís Augusto Vasconcelos da Silva por 05 (cinco) anos, na sala 209 do PAF V, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Campus de Ondina da UFBA, situado à Rua Barão de Jeremoabo, s/n, Salvador. Solicito autorização para, após esse período, manter as informações em um banco de dados para posteriores estudos. Você não terá nenhum custo pela participação ou quaisquer compensações financeiras.

Os riscos oferecidos pela pesquisa são mínimos, considerando o desconforto e/ou constrangimento que o participante poderá sentir ao compartilhar seus conhecimentos, opiniões e experiências. Se você necessitar de algum tipo de avaliação ou cuidados de saúde, por se sentir prejudicado, por causa da pesquisa, terá assistência junto ao Serviço Médico Universitário Rubens Brasil (SMURB) desta universidade. Este estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem (CEPEE) da Universidade Federal da Bahia (parecer nº. 3.951.919), situado à Rua Augusto Viana, S/N, Campus do Canela, CEP 40110-060, cujo contato é através do telefone (71) 3283-7615 e e-mail: cepee.ufba@ufba.br. O CEPEE é o local em que esclarecimentos também poderão ser prestados caso necessário.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E PÓS-ESCLARECIDO

Eu declaro para fins e direitos que após ter sido esclarecido sobre o conteúdo da pesquisa intitulada: CONHECIMENTOS E DISCURSOS DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA DA UFBA RELACIONADOS À DIFERENCIAÇÃO ENTRE EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS E/OU ESPIRITUAIS E SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS e os seus respectivos objetivos, riscos e benefícios, concordo em participar do estudo respondendo ao questionário. Não fui submetido(a) a nenhuma coação e não restam quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado. Reafirmo que a minha participação é voluntária, foi uma decisão livre, não sofrendo nenhuma interferência dos pesquisadores e que não estou sendo remunerado (a) por este ato, podendo retirar meu consentimento do presente estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou penalização à minha pessoa. Estou ciente que terei acesso aos dados registrados, que estes poderão ser apresentados para publicação em congressos e/ou revistas científicas, desde que assegurado o sigilo da identidade, e que os pesquisadores estarão à disposição para elucidar quaisquer dúvidas que possam me ocorrer antes, durante e após a pesquisa.

Li e aceito o Termo de Consentimento

Outro: _____

ANEXO A

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTOS E DISCURSOS DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA DA UFBA RELACIONADOS À DIFERENCIAÇÃO ENTRE EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS E/OU ESPIRITUAIS E SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS

Pesquisador: ANDRE BOMFIM DIAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 28856919.5.0000.5531

Instituição Proponente: Universidade Federal da Bahia - UFBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.951.919

Apresentação do Projeto:

O estudo proposto analisará necessidades formativas de estudantes maiores de 18 anos do curso de psicologia da UFBA relacionadas à avaliação de experiências de conteúdo religioso. Este será um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa no qual será utilizado um questionário para investigar concepções relacionadas à avaliação de experiências religiosas e/ou espirituais, para avaliar o treinamento recebido e identificar a relevância atribuída ao treinamento desta competência. As respostas às questões objetivas serão contabilizadas em número absoluto e porcentagem. Será utilizada estatística descritiva. As respostas às questões abertas serão submetidas à Análise de Conteúdo de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar necessidades formativas de estudantes do curso de psicologia da UFBA relacionadas à avaliação de experiências de conteúdo religioso.

Objetivo Secundário:

- Identificar possíveis relações dos estudantes com a religião e a religiosidade;
- Analisar signos e sentidos utilizados para distinguir experiências de conteúdo religioso

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

Continuação do Parecer: 3.951.919

saudáveis de patológicas;

- Identificar concepções associadas à relevância do desenvolvimento desta competência na formação;
- Analisar o conteúdo dos enunciados, verificando a presença ou não de idéias relacionadas à estigmatização das experiências religiosas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos oferecidos pela pesquisa são mínimos, considerando o desconforto e/ou constrangimento que o entrevistado poderá sentir ao compartilhar seus conhecimentos, opiniões e experiências. Visando minimizá-los, será inicialmente apresentado à pessoa convidada a participar da pesquisa o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, através do qual será informado que, caso aceite participar da pesquisa, esta participação será voluntária, que se você não quiser participar, não haverá qualquer penalidade ou interferência em seus estudos, seja na relação com o pesquisador ou com a instituição, que ela terá a liberdade de desistir a qualquer momento ao longo da pesquisa, sem prejuízo algum, que seu nome não será identificado em nenhum de nossos relatórios ou publicações que resultarão deste estudo, sendo para este fim utilizado um número ou nome fictício, que todas as medidas necessárias para a garantia do seu anonimato serão adotadas e que caso necessite de algum tipo de avaliação ou cuidados de saúde, por se sentir prejudicado, por causa da pesquisa, terá assistência junto ao Serviço Médico Universitário Rubens Brasil (SMURB) desta universidade.

Benefícios: Esta pesquisa contribuirá para o enriquecimento do debate científico acerca da inclusão da temática saúde, religiosidade e espiritualidade na formação do psicólogo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa vinculado ao Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (EISU), na linha de pesquisa em Qualidade de Vida e Promoção da Saúde na Universidade. A proposta visa preencher uma lacuna no conhecimento científico atual sobre o tema, uma vez que, em buscas realizadas no PePSIC, SCIELO ou Google Acadêmico não foram identificadas publicações acerca da formação do psicólogo brasileiro para avaliação de experiências religiosas e/ou espirituais. No Repositório Institucional da UFBA online não foram localizados estudos com alunos do curso de psicologia sobre o tópico saúde e

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

Continuação do Parecer: 3.951.919

espiritualidade.

Estima-se que os resultados deste trabalho colaborem para o debate acerca da ampliação dos estudos sobre saúde e espiritualidade na UFBA e em outras universidades brasileiras, haja vista a necessidade de formação de profissionais de saúde mental com uma melhor compreensão da experiência humana, capazes de utilizar recursos clínicos eficazes e comprometidos com a humanização da assistência à saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A proponente anexa na Plataforma Brasil os seguintes arquivos contendo os termos obrigatórios:

- Informações Básicas do Projeto;
- TCLE;
- BROCHURA - Projeto de pesquisa;
- Orçamento informando que a pesquisa terá financiamento próprio;
- Cronograma;
- Folha de Rosto assinada sem carimbo de identificação da responsável (instituição proponente) e também não consta a Unidade onde a proposta esta vinculada;
- Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável assinada pelo pesquisador responsável e orientadores;
- Solicitação de campo;
- Anuência do campo assinada pela Diretora do Instituto de Psicologia;
- Termo de Concordância com o Projeto de Pesquisa (assinado pelo orientador e pelo orientando) ;
- Declaração que não iniciará a coleta até a aprovação pelo comitê;
- Instrumentos de coleta de dados: questionário;
- Termo de confidencialidade;
- Termo de autorização da instituição proponente: Instituto de Humanidades Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC);
- Termo de autorização da Instituição coparticipante – intitula o Instituto de Psicologia como instituição coparticipante;

Recomendações:

Encaminhar relatório parcial e ou final da pesquisa ao CEP, como notificação, via Plataforma Brasil,

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

**UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA**



Continuação do Parecer: 3.951.919

conforme cronograma, e publicizar resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A presente proposta visa necessidades formativas de estudantes do curso de psicologia em instituição pública, podendo contribuir para a formação de futuros profissionais da área. Atende a aspectos éticos e bioéticos emanados das resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Considerações Finais a critério do CEP:

Colegiado homologa parecer de aprovação emitido pelo relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1408060.pdf	10/02/2020 10:45:27		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	10/02/2020 10:44:01	ANDRE BOMFIM DIAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.doc	10/02/2020 10:43:41	ANDRE BOMFIM DIAS	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	04/02/2020 21:28:02	ANDRE BOMFIM DIAS	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	04/02/2020 21:27:45	ANDRE BOMFIM DIAS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	19/12/2019 13:57:54	ANDRE BOMFIM DIAS	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_do_pesquisador.jpg	26/11/2019 12:52:49	ANDRE BOMFIM DIAS	Aceito
Outros	Solicitacao_de_campo.jpg	26/11/2019 12:51:57	ANDRE BOMFIM DIAS	Aceito
Outros	Declaracao_concordancia_com_projeto.jpg	26/11/2019 12:51:04	ANDRE BOMFIM DIAS	Aceito
Outros	Declaracao.jpg	26/11/2019 12:50:28	ANDRE BOMFIM DIAS	Aceito
Outros	Resposta_a_solicitacao_de_anuenciad.jpg	26/11/2019 11:49:22	ANDRE BOMFIM DIAS	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.pdf	26/11/2019 11:48:03	ANDRE BOMFIM DIAS	Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade.jpg	26/11/2019 11:38:06	ANDRE BOMFIM DIAS	Aceito

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 3.951.919

Outros	Declaracao_de_autorizacao.jpg	26/11/2019 11:37:38	ANDRE BOMFIM DIAS	Aceito
Outros	Termo_de_autorizacao.jpg	26/11/2019 11:16:56	ANDRE BOMFIM DIAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 03 de Abril de 2020

Assinado por:

**Daniela Gomes dos Santos Biscarde
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ANEXO B

outlook.live.com/mail/0/archive/id/AQMkADAwATE2ZTEwLWY3YTUtMjM1MC0wMAItMDAKAEYAAAPMFenXymMUQa1ECmioCbmrBwDvJuckTKZLQJ5det9B59qzA...

Outlook Pesquisar Reunir-se Agora

Nova mensagem Responder Excluir Lixo Eletrônico Limpar Mover para Categorizar

Pastas
Caixa de Entrada 37751
Lixo Eletrônico 39
Rascunhos 258
Itens Enviados 1
Itens Excluídos
Arquivo Morto
Anotações
Histórico de Conversa
Nova pasta
Grupos
Novo grupo

Atualizar para o Microsoft 365 com Recursos premium do Outlook

← ENC: [NUFEN] Agradecimento pela Submissão

AD André Bomfim Dias
Ter, 28/04/2020 01:30
Para: Marcus Welby Borges Oliveira; Luís Augusto Vasconcelos

De: Adelma Pimentel <noreply.ojs@scielo.org>
Enviado: terça-feira, 28 de abril de 2020 01:27
Para: André Bomfim Dias
Assunto: [NUFEN] Agradecimento pela Submissão

André Bomfim Dias,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "AVALIAÇÃO CLÍNICA DE EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS: CONCEPÇÕES DE SAÚDE, FORMAÇÃO E PRÁTICA PROFISSIONAL" para Revista Nufen: Phenomenology and interdisciplinarity. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:
<http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/nufen/author/submission/20464>
Login: abdias

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Adelma Pimentel
Revista Nufen: Phenomenology and interdisciplinarity
Dra. Kamilly Vale - Editora Geral

submission-pepsic.scielo.br/index.php/nufen/authorDashboard/submission/20464

Revista Nufen: Phenomenology and interdisciplinarity Tarefas 0 Português (Brasil) Ver o Site abdias

20464 / Dias et al. / AVALIAÇÃO CLÍNICA DE EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS: CONCEPÇÕES DE SAÚDE, FORMAÇÃO E PRÁTICA PROFISSIONAL.doc Biblioteca da Submissão

Submissões

Fluxo de Trabalho Publicação

Submissão Avaliação Edição de Texto Editoração

Arquivos da Submissão Q Buscar

87528-1	lucivaldo-araujo, AVALIAÇÃO CLÍNICA DE EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS - CONCEPÇÕES DE SAÚDE, FORMAÇÃO E PRÁTICA PROFISSIONAL.doc	April 28, 2020	Texto do Artigo
---------	---	----------------	-----------------

Baixar Todos os Arquivos

Discussão da pré-avaliação Adicionar comentários

Nome	De	Última resposta	Respostas	Fechado
Comments for the Editor	abdias 2020-04-28 01:27 AM	-	0	<input type="checkbox"/>

Windows Digite aqui para pesquisar 21:51 11/08/2021

ANEXO C



CERTIFICADO DE ACEITE PARA PUBLICAÇÃO

Data Submissão: **08/09/2021**

Data Aprovação: **11/09/2021**

Certificado N°: **210906010**

A Editora Científica Digital declara para os devidos fins que o artigo "PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA ACERCA DAS EXPERIÊNCIAS RELIGIOSAS UMA REFLEXÃO SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL" de autoria de André Bomfim Dias, Luís Augusto Vasconcelos Da Silva, Marcus Welby-borges, Wellington Zangari foi aprovado e ACEITO pelo nosso Conselho Editorial e encontra-se no prelo para ser publicado como um capítulo de livro.

Reinaldo Cardoso

Editor-Geral (11) 229/0001-791

