

# Princípios da Religiosidade e Espiritualidade na Medicina

Enfoque na Prática Cardiovascular

## EDITORES

Roni Arley Silva Duque

Glauco Franco Santana

Sônia Francisca de Souza

Luiz Guilherme Passaglia

Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas

Sociedade Mineira de Cardiologia

Alguns direitos reservados. Este livro está disponível sob a licença *Creative Commons: Atribuição-NãoComercial-Compartilhável* (CC BY-NC-AS; <https://br.creativecommons.net/licencas/>). Sob os termos desta licença, você pode ler, salvar, adaptar e redistribuir esta obra para fins não comerciais, desde que o conteúdo seja devidamente citado, conforme indicado abaixo. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida para fins comerciais, por qualquer meio, sem a prévia autorização da Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG (SBC/MG), reconhecida no estado de Minas Gerais como Sociedade Mineira de Cardiologia. Em qualquer uso do conteúdo deste livro, não deve haver nenhuma sugestão de que a SBC/MG endossa qualquer organização, produto ou serviço específico. Não é permitido o uso do logotipo da SBC/MG. Quaisquer opiniões, descobertas, conclusões ou recomendações expressas nesta publicação não refletem necessariamente as opiniões de qualquer organização ou entidade que forneceu apoio ao projeto.

Citação deste livro: Duque RAS, Santana GF, Souza SF, Passaglia LG, Freitas OGA, Editores. Princípios da Religiosidade e Espiritualidade na Medicina: Enfoque na Prática Cardiovascular. Belo Horizonte, MG; Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG; 2025. ISBN: 978-65-5278-277-9. DOI: 10.70271/250620.1751.

**Editora:** Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG

**Editores:** Roni Arley Silva Duque  
Glauco Franco Santana  
Sônia Francisca de Souza  
Luiz Guilherme Passaglia  
Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas

**Autores:** Glauco Franco Santana  
José Carlos da Costa Zanon  
José Maria Peixoto  
José Resende de Castro Júnior  
Marconi Gomes da Silva  
Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas  
Roni Arley Silva Duque  
Sônia Francisca de Souza

**Ilustrações:** A2B Comunicação e Editores

**Diagramação:** A2B Comunicação

**Revisão de português:** Idianara Lira Navarro

**Audiobook:** Hud Erik Silva Duque

**Colaboradores:** Mônica Moreira Santiago Freire  
Ezequiel Pereira da Costa

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

S678p Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG.  
Princípios da Religiosidade e Espiritualidade na Medicina [livro eletrônico]: Enfoque na Prática Cardiovascular / Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG; editores Roni Arley Silva Duque... [et al.]. – Belo Horizonte, MG: Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG, 2025.

Formato: PDF  
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  
Modo de acesso: World Wide Web  
Inclui bibliografia  
ISBN 978-65-5278-277-9  
DOI 10.70271/250620.1751

1. Medicina. 2. Religiosidade e espiritualidade. 3. Cardiologia. I. Duque, Roni Arley Silva. II. Santana, Glauco Franco. III. Souza, Sônia Francisca de. IV. Passaglia, Luiz Guilherme. V. Freitas, Odilon Gariglio Alvarenga de. VI. Título.

CDD 215

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422



Sociedade Mineira de  
**Cardiologia**



**Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG**  
Av. João Pinheiro, nº: 129, sala: 406 - Centro  
Belo Horizonte / Minas Gerais / Brasil - CEP: 30130-180  
E-mail: [contato@smc.org.br](mailto:contato@smc.org.br) | [www.smc.org.br](http://www.smc.org.br)

## Religiosidade e Espiritualidade na Saúde Mental / Cuidado Psiquiátrico e Práticas Espirituais para a Saúde



**Audiobook / Streaming**  
O capítulo está disponível  
no formato de áudio.

**Clique e Acesse**

**Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas**  
**Roni Arley Silva Duque**  
**José Carlos da Costa Zanon**




### 3.3.1. Religiosidade e Espiritualidade na Saúde Mental e Cuidado Psiquiátrico

A relação entre religiosidade e espiritualidade (R/E) e saúde mental/física remonta há tempos antigos, inclusive observada na famosa frase em latim “*orandum est ut sit mens sana in corpore sano*” (deve-se pedir em oração que se tenha mente sã num corpo sã). Essa frase aparece na obra *Sátiras* (na *Sátira X - A Vaidade dos Desejos Humanos*, linha 356) de *Decimus Iunius Iuvenalis* (Décimo Júnio Juvenal), que viveu entre o final do século I e o início do século II d.C. Neste ponto do texto, o autor discutia sobre o que as pessoas deveriam desejar na vida, valorizando a saúde mental e física como os bens mais importantes e alcançáveis pela espiritualidade.<sup>1,2</sup>

Ao longo da Idade Média e até a Revolução Francesa, os médicos eram frequentemente clérigos e as instituições religiosas eram as responsáveis por licenciar os médicos para exercer a medicina. No entanto, nos séculos XIX e XX, esse envolvimento religioso particularmente no campo da psiquiatria foi visto como negativo e responsável por alguns dos piores momentos da medicina, incluindo internações em massa por histeria/neurose, abusos em hospitais

psiquiátricos e o surgimento da dita “insanidade religiosa” (teoria na qual a religião era a causa primária ou contribuinte para a insanidade). Tudo isso levou a uma separação entre religião e medicina, com atitudes negativas em relação à abordagem de crenças religiosas/espirituais (Re/Es) na prática clínica e a consideração de que recursos Re/Es eram nocivos/patológicos. Nos tempos modernos, a religião e a psiquiatria começaram a se separar. Isso foi incentivado pelo psiquiatra Sigmund Freud em suas obras “*Atos Religiosos e Práticas Obsessivas*”, “*Psicanálise e Religião*”, “*Futuro de uma Ilusão*” e “*Moisés e o Monoteísmo*”. Essas obras deixaram um legado que influenciaria a prática da psiquiatria (especialmente a psicoterapia) e levaria a uma verdadeira cisma entre religião e assistência à saúde mental. Uma revisão sistemática (1993) do conteúdo religioso do DSM-III-R demonstrou que quase um quarto de todos os casos de doença mental utilizava a religião em lembretes, advertências e exemplos ilustrativos de casos, indicando uma insensibilidade cultural na interpretação da religião.<sup>3-7</sup>

Apesar das visões e opiniões negativas de muitos profissionais de saúde mental, a partir da década de 70, ocorreu uma mudança do cenário devido à realização de pesquisas científicas demonstrando que a R/E estava geralmente

Freitas OGA – Minascor Centro Médico (Belo Horizonte - MG).   
Duque RAS – Hospital Universitário Ciências Médicas (Belo Horizonte - MG).   
Zanon JCC – Universidade Federal de Ouro Preto (Ouro Preto - MG).   
E-mail: contato@smc.org.br

Citar como: Duque RAS, Santana GF, Souza SF, Passaglia LG, Freitas OGA, Editores. *Princípios da Religiosidade e Espiritualidade na Medicina: Enfoque na Prática Cardiovascular*. Belo Horizonte, MG; Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG; 2025. ISBN: 978-65-5278-277-9. DOI: 10.70271/250620.175111.

associada a uma melhor saúde mental. Indivíduos com uma conexão significativa com práticas Re/Es podem apresentar resultados positivos em tratamentos psicoterápicos quando as intervenções abordam especificamente as dimensões da religião e da espiritualidade.<sup>3-5</sup>

Nas últimas décadas, há uma crescente conscientização acadêmica, médica e da população sobre a relevância da R/E em relação à saúde, inclusive com a Organização Mundial de Saúde (OMS), reconhecendo a espiritualidade como uma dimensão da qualidade de vida dos indivíduos. Nas últimas décadas, várias associações psiquiátricas mundiais (p. ex.: Brasil, Reino Unido, EUA, Índia e África do Sul) criaram seus departamentos especializados e/ou sobre R/E e têm publicado cada vez mais recomendações e posicionamentos a favor da incorporação da R/E na prática clínica:<sup>8-10</sup>

- Em 1990, a *American Psychiatric Association* (APA) publicou uma diretriz sobre possíveis conflitos entre os compromissos religiosos dos psiquiatras e a prática psiquiátrica, que enfatizava a necessidade de os psiquiatras respeitarem as crenças dos seus pacientes e alertava contra a imposição das crenças dos psiquiatras aos mesmos.<sup>11</sup>

- Em 2013, o *Royal College of Psychiatrists* publicou um posicionamento afirmando o valor da R/E como parte da boa prática clínica e fornecendo orientações e esclarecimentos sobre como abordar a R/E em benefício do paciente.<sup>12</sup>

- Em 2016, a *World Psychiatric Association* publicou um posicionamento oficial (“*Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry*”) recomendando a integração da R/E na pesquisa, treinamento e prática clínica em saúde mental.<sup>8</sup>

- Em 2017, a *German Association for Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics* publicou um posicionamento no qual recomendava que os psiquiatras abordassem as dimensões Re/Es no atendimento psiquiátrico de maneira sensível, ética e centrada no paciente.<sup>13</sup>

- Em 2023, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) publicou uma diretriz sobre a integração da espiritualidade na prática clínica, recomendando a inclusão rotineira da anamnese/história espiritual (A/HE) no atendimento à saúde mental.<sup>14</sup>

Embora as evidências científicas da relação

entre R/E e saúde mental e as recomendações para ocorrer a integração da avaliação da R/E à prática clínica/psiquiátrica, a mesma permanece como um grande e persistente desafio. Estudo transversal sobre religião/espiritualidade e prática clínica (2016) com 484 psiquiatras brasileiros revelou que 67,4% tinha afiliação religiosa, a maioria (76,8%) considerava muito e/ou razoavelmente importante avaliar a R/E do paciente, mas 55,5% não costumavam fazê-lo por medo de ultrapassar limites éticos (30,2%), falta de treinamento para a abordagem (22,3%) e falta de tempo (16,3%).<sup>15</sup>

Outro estudo visando analisar o perfil Re/Es de 592 psiquiatras brasileiros verificou sua influência nas atitudes e comportamentos na prática clínica, além de observar a existência de duas classes distintas, de acordo com suas visões de R/E: profissionais mais religiosos (58,61%), investigam a R/E do paciente de forma mais frequente e detalhada; e os menos religiosos (41,39%), composto predominantemente por homens, profissionalmente mais experientes e de maior nível de formação acadêmica (mestrado ou doutorado) tendem a desconsiderar esse aspecto.<sup>16</sup>

A Diretriz da ABP sobre a integração da espiritualidade na prática clínica em saúde mental apresentou dados relevantes quanto à A/HE:<sup>14</sup>

1) Principais barreiras percebidas para sua incorporação na prática psiquiátrica: preocupações éticas; falta de tempo e de treinamento; preocupações sobre causar sofrimento ou exacerbar a psicopatologia; necessidade de amplo conhecimento sobre religião e diversas origens culturais; preocupações sobre resultados negativos para a saúde mental resultantes de crenças ou práticas de R/E. O documento apresentou argumentação ampla e recomendações detalhadas de como proceder para vencer essas barreiras.

2) evidências científicas para a realização (todas com nível de evidência 2): melhora da satisfação com o tratamento recebido; e melhora da frequência ou adesão a tratamentos; aumento do bem-estar psicológico, da qualidade de vida e redução de sintomas psicológicos negativos; o treinamento da anamnese espiritual melhora a capacidade de avaliação espiritual na assistência à saúde.

3) recomendações quanto a A/HE no contexto da saúde mental: a avaliação da R/E deve ser rotineiramente realizada e centrada no

paciente, não prescritiva nem proselitista, ser culturalmente sensível às crenças, práticas e visões de mundo do paciente; o objetivo principal é criar um ambiente aberto e respeitoso onde os pacientes possam compartilhar crenças, preocupações e perspectivas sobre R/E; usar perguntas abertas e centradas no paciente; a investigação inicial de R/E pode começar avaliando os interesses sociais, comunitários e pessoais do paciente; a investigação deve ser flexível e adaptada às respostas, observando

pistas verbais e não verbais; as entrevistas breves são viáveis e fornecem informações úteis para triagem, avaliações com tempo limitado e iniciais.

A forma e conteúdo da A/HE realizada por médicos clínicos foi abordada nos capítulos 2.2 e 2.3 deste livro. Entretanto, a ABP lançou uma recomendação de adequação da anamnese, incluindo uma exploração mais detalhada de tópicos específicos de R/E em pacientes em consultas psiquiátricas (Tabela 1).<sup>14</sup>

**Tabela 1** — Perguntas utilizadas na anamnese/história espiritual em saúde mental.<sup>14</sup>

Tipo de pergunta	Explorar
De rotina, para um breve A/HE	1) Você é uma pessoa espiritualizada ou religiosa? Ou você tem alguma crença religiosa ou espiritual? Conte-me mais sobre isso. 2) Até que ponto a religião ou a espiritualidade são importantes na sua vida? 3) Você faz parte de uma comunidade religiosa ou espiritual? 4) A religião ou a espiritualidade são fontes importantes de força para você lidar com o estresse ou as dificuldades da vida? Ou: Quais são as suas fontes de força para lidar com as dificuldades ou o estresse da vida? Você tem alguma crença ou prática que o ajude a lidar com a situação?*/**
<b>Para explorar tópicos específicos de R/E quando necessário:</b>	
Crenças sobre o significado e a vida	- O que lhe dá significado ou propósito?*
	- Quais são suas crenças em relação à morte?*
Prática particular	- Você tem alguma prática religiosa pessoal ou particular, como meditar, rezar, tocar ou cantar música sacra ou ler as escrituras? Elas são úteis?*/**
Prática organizada	- Você tem alguma prática religiosa comunitária, como pertencer a uma tradição religiosa, participar de cultos, rituais, cultos, peregrinações, retiros, ajudar outras pessoas ou participar de um grupo de estudo? Elas são úteis?*/** - Se não, você estaria interessado em se envolver em uma comunidade religiosa ou espiritual?**)
Relacionamento com a comunidade	- Você recebe apoio ou tem dificuldades com sua comunidade religiosa?*
Experiências espirituais	- Você já teve alguma experiência espiritual? Que significado você atribuiu a essas experiências?*
Relacionamento com Deus/transcendente, lutas R/E e coping	- Você acredita em Deus ou em algum poder transcendente ou superior?*
	- Se sim, como é Deus?*
	- Suas crenças e práticas de R/E apoiam seu bem-estar e saúde mental ou dificultam lidar com alguma parte do seu tratamento?*/**
	- Você se vê lutando com preocupações sobre Deus ou suas crenças espirituais?*
	- Você se sente amado, aceito, com senso de pertencimento, perdoado, mais próximo de Deus ou rejeitado, culpado, envergonhado, com medo e mais distante de Deus?*/**
	- Você tem alguma necessidade de R/E em sua vida que não está sendo atendida?**)
Integrando a R/E ao tratamento	- Você acredita que suas práticas e crenças de R/E podem apoiar sua recuperação? Se sim, como?*
	- Você tem perguntas sobre R/E que gostaria de explorar? Existe alguém que se importa com você e com quem você pode conversar sobre sua vida espiritual?*
	- Se houver algo que possa ajudá-lo, mas você não consegue acessar, como posso ajudá-lo a ter acesso? É importante que você saiba que:
	a) Você pode conversar com seus líderes religiosos e envolvê-los em seu tratamento.*
	b) Vários tratamentos atuais consideram questões de R/E, como programas de 12 passos para abuso de álcool e substâncias, intervenções baseadas em atenção plena para lidar com estresse, ansiedade e depressão, e psicoterapia integrada espiritual e religiosamente.*

R/E = religiosidade/espiritualidade; A/HE = história espiritual. \* Pergunta baseada na avaliação do Royal College of Psychiatrists. \*\* Pergunta baseada na Spiritual Assessment Interview.

Traduzido e adaptado de: Mosqueiro et al. *Brazilian Psychiatric Association guidelines on the integration of spirituality into mental health clinical practice: Part 1. Spiritual history and differential diagnosis.*<sup>14</sup>

Atualmente, as evidências científicas mais relevantes sobre a relação entre a abordagem da R/E e intervenções Re/Es no tratamento de transtornos psiquiátricos são referentes a:<sup>4,17</sup>

- **Depressão:** é o transtorno mental mais prevalente, sendo que no tratamento dos sintomas depressivos, as práticas e crenças religiosas frequentemente não são consideradas. Entretanto, estudos demonstram que níveis maiores de R/E estão geralmente associados a menores sintomas depressivos e, em comparação com terapias convencionais/outras terapias usuais, as intervenções baseadas na R/E apresentam resultados superiores. A diretriz da *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) recomenda a integração de Re/Es no tratamento, adaptações culturais e religiosas de psicoterapias baseadas em evidências, quando disponíveis e apropriadas, com base em sua eficácia demonstrada.<sup>18-20</sup>

- **Ansiedade:** os estudos apresentam resultados mistos (positivos e negativos). Em relação aos efeitos positivos, pessoas com níveis maiores de R/E apresentaram menor prevalência de sintomas de ansiedade, além de relatarem maior satisfação com a vida e bem-estar psicológico.<sup>20-22</sup>

- **Suicídio:** níveis maiores de R/E estão geralmente associados a uma menor probabilidade de suicídio. Entretanto, as dimensões desadaptativas e angustiantes da R/E (exemplo: conflitos religiosos) correlacionam-se com maior probabilidade de suicídio.<sup>23-25</sup>

- **Transtorno por uso de substâncias:** níveis maiores de R/E estão geralmente associados a um menor consumo de substâncias indevidas. Tratamento de terapia cognitivo-comportamental culturalmente adaptado à Re/Es pode auxiliar na abstinência de curto prazo.<sup>26-28</sup>

- **Transtorno psicótico:** delírios religiosos estão associados a um prognóstico ruim. Crenças religiosas não psicóticas estão geralmente associadas a melhores resultados.<sup>29,30</sup>

- **Transtorno obsessivo-compulsivo:** poucos estudos com resultados mistos (positivos e negativos).<sup>1,32</sup>

- **Transtorno bipolar:** poucos estudos. Níveis maiores de R/E estão geralmente associados a melhores resultados do tratamento.<sup>33,34</sup>

- **Transtorno de estresse pós-traumático:** a R/E pode servir como proteção contra o estresse pós-traumático, aumentando geralmente o aprimoramento das capacidades cognitivas e emocionais.<sup>35,36</sup>

- **Transtornos alimentares:** poucos estudos com resultados mistos (positivos e negativos).<sup>37</sup>

Não existe um mecanismo único que explique os efeitos da R/E (positivos e negativos) na saúde mental. A R/E é geralmente associada a virtudes humanas (p. ex.: perdão, altruísmo, gratidão) e construtos psicológicos que podem tanto colaborar para uma boa saúde mental, como ser gatilho e causa de transtornos mentais (TM). Quanto aos fatores biológicos que podem influenciar o desenvolvimento e o curso dos TM, estudos preliminares identificaram que: níveis mais altos de R/E estão associados a taxas mais altas do fator neurotrófico derivado do cérebro; a autotranscendência está associada à maior disponibilidade do transportador de serotonina nos núcleos do rafe do tronco encefálico; foram relatadas correlações entre R/E e atividade de genes ligados à dopamina, serotonina, transportadores vesiculares e ocitocina.<sup>4,38,39</sup>

Médicos clínicos que realizam a abordagem da R/E durante suas consultas costumam observar situações e informações que causam suspeita de um transtorno mental subjacente, que causam sofrimento significativo e/ou que impactam negativamente a psiquê do paciente. Nesses casos, é recomendado o encaminhamento para uma avaliação psiquiátrica completa, pois a colaboração entre profissionais de diferentes áreas garante uma abordagem integral da saúde do paciente. Alguns dos principais motivos para o encaminhamento são: necessidade de adequada diferenciação entre experiências espirituais e sintomas psiquiátricos; suspeita da comorbidade entre condições Re/Es e TM levando a exacerbação de sintomas, interpretação distorcida de eventos e sofrimento psíquico (p. ex.: culpa religiosa, conflitos de fé; *coping* negativo); necessidade de condutas e terapêuticas psiquiátricas avançadas, específicas para a necessidade e tratamento do paciente.<sup>17,40,41</sup>

O psiquiatra também desempenha um papel crucial nas equipes de cuidados paliativos, tendo como foco principal o bem-estar emocional e mental dos pacientes e seus familiares. Sua colaboração e compartilhamento de expertise

com a equipe contribuem para um plano de cuidados integral e centrado no paciente, inclusive quanto às questões Re/Es. Suas principais atividades incluem:<sup>14,40,42-44</sup>

- Avaliação e diagnóstico psiquiátrico de transtornos mentais (p. ex.: depressão, ansiedade, delirium, transtorno de estresse pós-traumático) que podem surgir ou ser exacerbados nas doenças graves e pelo processo de finitude. Ele também colabora para distinguir se os sintomas são primariamente de ordem física, manifestações de um transtorno psiquiátrico e/ou efeitos colaterais de medicações.

- Investigação e intervenção no sofrimento psíquico, buscando reduzir o sofrimento emocional, o impacto da doença na saúde mental e a melhoria da capacidade de enfrentamento do paciente.

- Intervenção e tratamento psiquiátrico: o suporte psicoterapêutico individual, familiar ou em grupo, adaptado às necessidades Re/Es específicas do paciente, são fundamentais para o bem-estar e estabilização emocional. Esse suporte pode incluir terapia de apoio, terapia cognitivo-comportamental (TCC) focada no enfrentamento, terapia existencial, bem como outras modalidades específicas ao quadro/doença do paciente.

- Manejo otimizado de medicamentos psicotrópicos (antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos etc.) considerando as condições clínicas do paciente, interações medicamentosas, possíveis efeitos colaterais e objetivos de cuidado paliativo.

- Auxílio nas intervenções não farmacológicas através de orientações e estratégias para o controle da insônia, agitação e ansiedade, incluindo técnicas de relaxamento, atenção plena e psicoeducação.

- Intervenção adequada para as situações de crise emocional grave, ideação suicida, agitação psicomotora grave e/ou reações de luto complicadas.

- Contribuição quanto aos aspectos éticos e legais, avaliando a capacidade do paciente para tomar decisões conscientes sobre seu tratamento, especialmente em relação a questões de saúde mental. Além disso, garante que as intervenções psiquiátricas respeitem a autonomia, os valores Re/Es e as preferências do paciente, bem como, contribui na discussão de dilemas éticos relacionados ao prolongamento desproporcional

de cuidados em pacientes em fase terminal.

Outro ponto extremamente relevante é o de que as doenças cardiovasculares (DCV) e TM são, respectivamente, a primeira e a segunda doenças mais prevalentes em países de alta renda. Existem fortes evidências epidemiológicas da relação entre o TM e DCV e que essa associação é um fator de prognóstico negativo para ambas as condições. Diante disto, ocorrerá frequentemente a colaboração interdisciplinar entre psiquiatras e cardiologistas para atingir os melhores resultados dos tratamentos.<sup>45-47</sup>

Há evidências emergentes de que doenças mentais graves e DCV compartilham vários mecanismos comportamentais, biológicos e genéticos. Estudos demonstram que pessoas com TM graves (depressão, esquizofrenia e transtorno bipolar) têm maior prevalência de comportamentos e condições de risco cardiovascular modificáveis e o dobro da taxa de mortalidade cardiovascular em relação à população geral. Pacientes com TM, mesmo quando leves, geralmente apresentam uma maior prevalência de fatores de risco para DCV, como tabagismo, dieta inadequada e falta de exercícios. Também têm maior risco de infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral, entretanto com menor chance de serem submetidos a procedimentos intervencionistas em comparação com a população geral. Adicionalmente, tanto os cardiologistas quanto os psiquiatras poderão recorrer a intervenções Re/Es que auxiliam o controle dos fatores de risco cardiovascular, conforme apresentado no capítulo 4.1. sobre prevenção deste livro.<sup>45,48,49</sup>

### 3.3.2. Práticas Espirituais para a Saúde

#### 3.3.2.1. Oração

A palavra “oração” é derivada do latim e formada pela junção de *orare* (falar, dizer) e *oratio* (palavra, discurso, súplica, prece). Quanto a seu aspecto religioso, é uma prática milenar multidimensional (física, emocional, espiritual, conceitual e social), praticada em

privado ou em grupo, transcende o campo físico/material e permite a conexão consigo mesmo, os outros e com o sagrado/divino. De uma perspectiva teocêntrica, a oração é, simplesmente, a comunicação com Deus. Nas tradições religiosas judaica, cristã e islâmica, é feita para expressar gratidão e se aproximar de Deus. Sua prática é vista como natural (quase instintiva) e sagrada. Para muitos indivíduos, é a sua principal ou única prática religiosa. Somente a partir de 1980, a oração passou a ser estudada rotineiramente no contexto da saúde/doença.<sup>50</sup>

Em termos da R/E, é considerada uma estratégia cognitiva/comportamental utilizada como intervenção terapêutica complementar necessária para uma assistência integral à saúde. A oração promove um *coping* religioso/espiritual positivo nos processos de transição da saúde e/ou doença, propiciando bem-estar, conforto,

esperança, uma conexão com uma dimensão sagrada/transcendente e a possibilidade de vivenciar uma solidariedade ritual. É importante notar que os aspectos cognitivos e comportamentais da oração estão frequentemente interligados, pois os pensamentos e crenças (cognição) podem levar a comportamentos de oração e a prática regular da oração (comportamento), pode influenciar os processos cognitivos, inclusive sobre o modo de pensar sobre si, o mundo e desafios enfrentados.<sup>50-52</sup>

A oração é considerada uma intervenção da R/E particularmente importante no cuidado espiritual de pacientes em sofrimento, com doenças crônicas graves e em cuidados paliativos. Entretanto, sua utilização requer respeito obrigatório às crenças religiosas, à percepção do sentido da vida e à vontade manifesta do paciente.<sup>50-52</sup>

**Tabela 2** – Tipos de oração e fatores para variação da experiência do ato de orar.<sup>51-55</sup>

Tipos de Oração*		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Petição:</b> pedir algo para si mesmo.</li> <li>2. <b>Intercessão:</b> pedir algo para os outros (p. ex.: saúde; bem-estar).</li> <li>3. <b>Adoração:</b> dar honra ou louvor a Deus.</li> <li>4. <b>Confissão:</b> expressar arrependimento ou tristeza por um erro cometido.</li> <li>5. <b>Lamentação:</b> clamar em angústia pedindo por perdão e misericórdia.</li> <li>6. <b>Invocação:</b> convocar ou pedir para que a presença de Deus se manifeste.</li> <li>7. <b>Ação de graças:</b> oferecer gratidão a Deus por suas ações, pela vida e pelo bem-estar.</li> <li>8. <b>Meditativa:</b> contemplar temas espirituais e a relação do divino com a humanidade.</li> <li>9. <b>Conversacional/Coloquial:</b> conversar informalmente com Deus sobre assuntos do dia a dia, buscando orientação e conselho ou expressando gratidão.</li> <li>10. <b>Ritual:</b> recitar ou ler orações conhecidas e/ou memorizadas (p. ex.: Pai-Nosso).</li> </ol>		
Fatores de Influência	Experiência de Menor Intensidade	Experiência de Maior Intensidade
<b>Quantidade</b>	Pouca; duração mais curta e menos frequente.	Muita; duração mais longa e mais frequente.
<b>Estilo</b>	Livre, com poucas regras.	Limitada, com muitas regras.
<b>Propósito</b>	Para o eu interior, buscando mudança de humor ou perspectiva de vida.	Externo (buscando mudanças exteriores) e/ou em intenção a outra pessoa.
<b>Alvo da Oração</b>	Distante, abstrato e indireto (p. ex.: paz do mundo ou falecidos).	Engajado, distinto e ativo (p. ex.: cura de um amigo ou familiar querido; força para resistir a tratamento).
<b>Local/Atenção</b>	Privada, indivíduo pouco atento.	Privada e/ou pública com atenção/dedicação.
<b>Atitude</b>	Dúvida, ressentimento, descrença e distração.	Humildade, confiança, devoção, focado e ordeiro.
<b>Emoções/Sentimentos</b>	Desesperança, ansiedade e tristeza.	Gratidão, amor, compaixão, esperança, sinceridade e autenticidade.
<b>Estrutura Social</b>	Proposta por grupo social, sociedade civil, estado (ou autoridade política) ou equipe de trabalho.	Voluntária, proposta pela família e/ou instituições religiosas.

\*Estes tipos de oração foram os mais frequentemente referidos em artigos originais e de revisão e na própria observação dos autores do livro, embora existam muitos outros tipos de orações realizadas nas mais diversas religiões.

Existe uma série de esquemas de classificação das orações descritos na literatura científica. As tipologias tradicionais se concentraram nas razões/intenções pelas quais as pessoas oram, bem como no conteúdo das orações (p. ex.: petição, invocação, ação de graças, dedicação, súplica, intercessão, confissão, penitência e orações de bênção). Independentemente da classificação utilizada, é importante atentar que existem fatores associados à variação da intensidade da experiência de orar (Tabela 2).<sup>51-55</sup>

Um dos grandes desafios na comparação dos resultados de pesquisas envolvendo a oração na R/E é a multiplicidade das formas de oração investigadas/utilizadas: primitiva; ritual; helenística; filosófica; pessoal; silenciosa; verbal; oração em local público; meditativa; profética; coloquial (conteúdo livre); textos religiosos/ritualísticos; leitura das escrituras etc. Também, os vários tipos de oração não são mutuamente excludentes, podendo ser integrados e/ou associados, dependendo das necessidades e circunstâncias de cada indivíduo. Outro ponto frequente de limitação das pesquisas é que existe a concepção popular de que, quando alguém está doente a ponto de precisar de orações, o caso é grave (inclusive terminal), podendo causar apreensão nos pacientes e até mesmo piorar seu estado mental, disposicional e de bem-estar.<sup>55-57</sup>

É importante ressaltar que a oração é uma experiência pessoal, subjetiva e que não existe uma única forma “correta” de orar. A experiência de orar será mais intensa quando a oração for autêntica, feita com um nível sustentado de concentração interna, de maneira ininterrupta e busque conforto e significado para o indivíduo. Na literatura médica, as duas orações mais utilizadas são: de intercessão, na qual não há contato direto ou envolvimento entre os indivíduos que estão implorando (intercessores) e aqueles que são o alvo/receptores da oração; de petição, na qual o pedido é para si.<sup>58</sup>

A pertinência e a indicação da oração como terapêutica complementar (TC) para um paciente, bem como de outras formas adicionais de intervenção Re/Es, devem ser baseadas nas informações obtidas durante uma consulta que inclua a anamnese espiritual. Na anamnese, é importante questionar os pacientes sobre suas práticas de oração, os ambientes nos quais oram e se sentem mais

conectados ao divino/transcendente, além dos resultados de experiências anteriores. Como discutido anteriormente nos capítulos 2.2, 2.4 e 3.1 deste livro, o médico deve respeitar a autonomia e as crenças do paciente/família, manter uma postura ética e compassiva, não pode prescrever e nem utilizar a oração no lugar de tratamentos convencionais e, é impedido de impor suas próprias crenças, vontade e/ou convicções. Caso opte por indicar essa TC, deve-se apresentar ao paciente/família os potenciais benefícios da oração, assumir o papel de facilitador ao acesso de orientação para realização da oração (p. ex.: capelão, líder religioso) e auxiliar a tornar o ambiente adequado para a prática (se possível em espaço inter-religioso ou pelo menos reservado, sem ruídos e interrupções) que foi descrito no capítulo 3.2. sobre capelania.<sup>51</sup>

Neste contexto, a colaboração interprofissional (médicos com líderes religiosos e/ou conselheiros espirituais), principalmente nos ambientes hospitalares, pode garantir que o paciente receba o devido apoio. Geralmente, os líderes religiosos (sacerdotes, pastores, rabinos e irmãs) e/ou conselheiros espirituais (capelães hospitalares, terapeutas espirituais) fornecerão informações práticas e rituais das orações específicas de cada fé, que ressoam com as crenças, cultura, valores e necessidades. Também podem ensinar sobre textos de orações tradicionais, os momentos apropriados para orar e os significados associados às diferentes formas de oração.<sup>52</sup> Em relação à participação do capelão na orientação da oração e aplicação da mesma como TC, essa só deve ocorrer após autorização consentida e de livre escolha do paciente, cabendo ao médico realizar o acompanhamento da prestação das orientações, bem como a evolução e os resultados desse cuidado espiritual.

Uma situação relativamente frequente é a de pacientes manifestarem desejo e/ou convidarem a equipe de saúde (incluindo o médico) a realizarem uma oração (prece/reza) com ele. A participação do médico na oração é aceitável quando: o pedido tenha partido espontaneamente do paciente; o médico não se sinta desconfortável, obrigado ou contrariando sua opção religiosa, pois conforme parecer nº: 38/2025 (6 de março de 2025) do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas

Gerais, “cabe a cada profissional, baseado na sua opção religiosa, realizar ou não a prece/reza ou oração junto a seu paciente”. Também é recomendável que a condução da oração seja feita pelo próprio paciente ou por um capelão/líder religioso. Durante a oração, o médico poderá recitar parte ou toda a oração se ela for decorrente de fé sincera e sem inibir a participação do paciente. Entretanto, caso não possa orar sinceramente, deve limitar-se a escutar respeitosamente a oração.<sup>59</sup>

Os principais fatores que influenciam a experiência de orar são:<sup>52,54-57,60</sup>

- **Quantidade (frequência/duração):** a frequência de orar indica o quanto a oração é onipresente, rotineira, enraizada na vida e no comportamento de um indivíduo. As mulheres, os adultos, os frequentadores de igrejas e indivíduos civicamente engajados são as pessoas mais propensas a orar. Muitos estudos vinculam a frequência da oração à saúde e a comportamentos saudáveis ao longo da vida. Embora a duração da oração reflita sua força/domínio no curso do momento de vida de um indivíduo, seus benefícios à saúde dependem de outros fatores adicionais. A quantidade de orações, por si só, tende a não estar relacionada a atitudes e comportamentos sociais.

- **Estilo:** o estilo de oração ajuda a determinar se a oração/comunicação com o sobrenatural/divino foi realmente feita de modo adequado, legitimando tanto a prática quanto o praticante. Embora o simbolismo de cada estilo de oração varie entre religiões e culturas, o significado abrangente permanece consistente, representando a maneira ideal de um indivíduo demonstrar sua fé e confirmando sua prática para a comunidade.

- **Propósito:** refere-se à motivação racional de realizar uma oração e o que se espera alcançar da experiência de orar. O propósito também se conecta às partes afetivas e tradicionais da oração, impactando nos resultados atingidos, independentemente dos fatores de estilo ou quantidade.

- **Alvo da oração:** o “foco da oração” pode influenciar significativamente seu impacto e as respostas psicológicas/espirituais. Direcionar uma oração à entidade divina envolve frequentemente a busca por orientação, força e sabedoria, reforçando a crença em um

poder benevolente e orientador do universo. Concentrar a oração nas necessidades, dificuldades ou crescimento pessoal pode encorajar a autorreflexão, a introspecção e uma compreensão mais profunda do próprio “eu interior”. Entretanto, direcionar a oração para expressar gratidão pelas bênçãos e aspectos positivos da vida pode promover apreço, contentamento e gratidão.

- **Local:** pode influenciar tanto a experiência espiritual quanto o bem-estar mental. Fatores como a sacralidade do espaço (p. ex.: igrejas, templos, mesquitas ou sítios naturais considerados sagrados), o conforto pessoal (p. ex.: segurança; intimidade; sensação de conexão) e o apoio da comunidade de fé (p. ex.: rituais coletivos; conexão social; senso de pertencimento) podem potencializar os impactos positivos da oração.

- **Atenção:** o indivíduo deliberadamente muda seu foco de atenção/consciência para uma realidade diferente a fim de se comunicar com o divino, atingindo uma experiência transcendente.

- **Atitude:** confere à oração maior poder e impacto na espiritualidade. Uma atitude sincera e autêntica, envolvendo genuinamente crenças e sentimentos, promove uma conexão mais profunda com o divino / transcendente. A atitude de engajamento respeitoso honra a natureza sagrada da oração e o objeto de devoção. Também, orar com uma atitude de amor e compaixão, tanto por si quanto pelos outros, amplia a conexão espiritual e promove um senso de unidade e interconexão.

- **Emoções/sentimentos:** indivíduos em oração podem experimentar o contato divino/transcendental como um estado emocional. Fontes teóricas variadas consideram que orar acarreta emoções tanto positivas (edificantes) mas também, em certos casos, negativas (produzindo ansiedade e medo). Quando o relacionamento com o divino se mostra positivo, geralmente ocorre um profundo senso de segurança e significado da vida.

- **Estrutura social:** influencia significativamente a experiência de orar. As instituições sociais, como família, organizações religiosas e sistemas educacionais, transmitem crenças e valores, moldando a compreensão e a abordagem do indivíduo em relação à oração. Líderes

e instituições religiosas frequentemente estabelecem estruturas teológicas que influenciam o propósito e o significado da oração. As comunidades religiosas oferecem redes de apoio social que podem encorajar e sustentar práticas individuais de oração.

Existem vários benefícios potenciais da oração para a saúde e a doença, interligados à R/E sendo os principais: redução do estresse e ansiedade (através de mecanismos como o foco da atenção, a reestruturação cognitiva e a sensação de apoio espiritual); melhora do bem-estar emocional (maior senso de esperança, otimismo, conforto e paz interior); melhor *coping* religioso-espiritual positivo (melhores resultados de saúde mental e física); impacto em parâmetros fisiológicos (redução da pressão arterial, da frequência cardíaca e da frequência respiratória); melhora da qualidade de vida (geralmente através do aumento do senso de significado e propósito de vida); maior adesão a tratamentos de saúde e adoção estilos de vida mais saudáveis (p. ex.: evitar o tabagismo, consumo de álcool).<sup>52,54,56,60</sup>

Uma questão frequente que os médicos enfrentam são as expectativas e reações do paciente/família aos resultados de uma oração, principalmente quando envolvem doenças agudas e/ou graves/terminais. Geralmente, as orações de petição, de intercessão e, em alguns casos, também as orações rituais, estão associadas a níveis maiores de expectativa, ansiedade e de desejo de atendimento da prece.<sup>54,61,62</sup>

A percepção do resultado de uma oração é complexa e multifacetada, envolvendo dimensões subjetivas, crenças individuais, a interação entre a fé e os possíveis desfechos observados, inclusive quanto à saúde. Na perspectiva da espiritualidade, o paciente pode interpretar uma oração como atendida quando: ocorre melhora do estado de saúde e/ou cura; apresenta sensação de conforto, aceitação, paz ou força interior, mesmo que sua condição física não tenha alterado; sente o recebimento de clareza mental, discernimento ou orientação/ajuda divina sobre decisões relacionadas ao tratamento, à vida e/ou ao enfrentamento da doença; sente a experiência de eventos sincrônicos tais como receber apoio inesperado de outras pessoas ou ter acesso a recursos que

facilitaram o tratamento e/ou o bem-estar; experimenta uma transformação pessoal e espiritual com mudanças das perspectivas sobre a vida/valores e/ou um fortalecimento da fé (mesmo sem uma cura física direta). Nessa perspectiva, os pacientes/familiares podem reforçar comportamentos positivos (associados à esperança, gratidão e dignidade), apresentar redução do estresse mental/ansiedade, adotar comportamentos protetores (otimismo, autocontrole e convivência social) e reforço dos laços de fé (oração, participação de cultos/ritos religiosos e prática da caridade).<sup>63-65</sup>

Entretanto, as reações às orações não atendidas e as racionalizações decorrentes, inclusive quanto às dissonâncias cognitivas, podem envolver: diminuição da religiosidade (parcial ou significativa); não alteração da religiosidade; aumento da religiosidade (parcial ou significativa). Muito dessas reações estará associada a experiências prévias, afiliação religiosa, motivação religiosa intrínseca e/ou extrínseca, a visão de Deus/divino como fonte de amor e/ou punitivo, compreensão da esperança pessoal, traços de autoestima e crenças sobre a vida após a morte. O médico deve auxiliar o paciente na compreensão de que a oração é um recurso de apoio e/ou tratamento complementar que geralmente influencia positivamente o bem-estar emocional e psicológico, mas não substitui o tratamento convencional ou mesmo “uma cura para todos os males”. Nas reações emocionais mais severas/autodestrutivas, é recomendável investigar a concomitância com distúrbios psicológicos/psiquiátricos (p. ex.: hipocondria, transtorno do pânico e transtornos de ansiedade e depressão) e contar com o auxílio de um psiquiatra.<sup>66-68</sup>

Embora nos últimos anos tenha ocorrido um aumento de pesquisas para testar empiricamente os efeitos da oração na saúde/doença e sua eficácia como estratégia de enfrentamento, ainda não há um consenso sobre qual escala e/ou ferramenta de medida deva ser usada. Existe uma série de métodos utilizados para investigar diferentes aspectos da oração, incluindo até questionários sobre a religiosidade humana (considerada uma das dimensões da oração). Os métodos mais comumente usados são:

1) Variável única: é uma das maneiras mais simples de investigar a oração. A mais comumente

realizada é quanto à frequência de orar, através da pergunta “Com que frequência você ora ou medita?” e cujas respostas são pontuadas pela escala Likert de oito pontos, variando de 1 (nunca) a 8 (mais de uma vez por dia). Outras três variáveis muito estudadas (de forma única ou associadas) são o alvo da oração (ou o “foco da oração”), estilo e o propósito.

2) Multidimensional: medidas de item único não capturam completamente a natureza da oração devido à mesma ser um fenômeno complexo. As principais escalas são: *Prayer Functions Scale* (PFS) composta de 58 itens e utilizada para medir a frequência com que as pessoas usam a oração para funções específicas de enfrentamento; *Prayer Types Scale* (PTS) com 15 itens, mede os comportamentos de oração (falar, ouvir, sentir ou pensar) e quatro subescalas (oração coloquial, meditativa, peticionária e ritual); *Prayer Thoughts* (PT) que consiste em oito subescalas para medir os vários tipos de oração de várias tradições religiosas (exame, descanso, sacramental, intercessão, lágrimas, sofrimento, radical e petição); *Prayer Inventory* (PI) com 24 itens, buscando medir a extensão nas quais os participantes se envolvem em quatro tipos de oração (religiosa, peticionária, meditativa e psicológica); *Multidimensional Prayer Inventory* (MPI) composta de 15 itens, medindo cinco tipos de oração (adoração, confissão, ação de graças, súplica e recepção) indicados como os mais característicos da tradição judaico-cristã; *Prayer Importance Scale* (PIS), com seis itens para avaliar a importância subjetiva da oração na vida de um indivíduo (persistência e a prioridade).

3) Papel do coping religioso-espiritual: existem escalas que avaliam o *coping* e que incluem itens específicos sobre a oração sendo a principal a *Religious Coping Scale* (RCOPE) composta por 105 itens, com subescalas que medem tanto o *coping* positivo (oração de busca por parceria com o divino, reinterpretação benevolente) quanto o *coping* negativo (oração de raiva com Deus, sentimento de abandono divino).

4) Avaliação qualitativa: algumas pesquisas, especialmente aquelas que buscam uma compreensão mais detalhada da experiência da oração, podem utilizar-se de entrevistas (com perguntas abertas sobre a experiência da oração, seu significado, como a pessoa ora e os efeitos que

percebe). A análise do conteúdo das respostas é complexa e sem propriedades psicométricas.

Um dos grandes pontos de discussão científica é quanto ao papel da oração de intercessão na redução de complicações intra e após cirurgias de revascularização miocárdica. Até 2006, pelo menos dois estudos constataram que orações de intercessão traziam benefícios, mas outros dois concluíram que não havia benefícios. Esses e outros estudos anteriores foram criticados por limitações metodológicas e quanto à interpretação dos resultados. O *Study of the Therapeutic Effects of Intercessory Prayer* (STEP), estudo multicêntrico com pacientes cristãos (em 6 hospitais dos EUA) observou que a oração de intercessão (por si só) não teve efeito na incidência de complicações de eventos graves/mortalidade, mas o grupo com a certeza de receber oração de intercessão (pacientes mais idosos, maior proporção do sexo masculino e maior prevalência de várias comorbidades) apresentou uma maior incidência de complicações (RR: 1,14; IC95%: 1,02-1,28). Esse achado foi considerado um claro revés para aqueles que acreditam no poder da oração e considerados um não atendimento às preces. Entretanto, muitos pesquisadores questionam o papel do alvo da oração (neste estudo, um desconhecido) por poder impactar os aspectos emocionais e espirituais envolvidos no orar e se isso influenciaria na intensidade da experiência, a sua eficácia e mesmo se respeitou as crenças dos pacientes. Todos esses dados reforçam a necessidade de que estudos futuros sobre oração e saúde sejam interdisciplinares (médicos, psicólogos e teólogos), abordando as diversas crenças religiosas e a religiosidade intrínseca do paciente.<sup>67,69,70</sup>

Algumas publicações relevantes abordam a oração em relação à R/E nos pacientes com DCV:

- Um estudo randomizado controlado em 74 pacientes xiitas (idade média de 48,69±10,87 anos; 63,5% homens) com insuficiência cardíaca (IC) nas classes II e III da *New York Heart Association* (NYHA) foi conduzido para determinar o efeito de um programa de cuidado espiritual na resiliência através de intervenções para melhorar e corrigir as quatro dimensões da comunicação humana (com Deus, outros, consigo mesmo e a criação) mediante orações

e súplicas, leitura do Alcorão e terapia de oração (para melhorar a autoestima, o perdão, a natureza, o agradecimento, baseada na meditação por meio de um livro de orações). As dimensões de competência individual ( $F=12,85$ ;  $p=0,001$ ), tolerância à emoção negativa ( $F=8,71$ ;  $p=0,005$ ) e pontuação total de resiliência dos pacientes ( $F=7,78$ ;  $p=0,007$ ) aumentaram significativamente.<sup>71</sup>

- Um estudo randomizado, controlado, duplo cego com 79 pacientes brasileiros (idade média de 56,73 anos; 63,3% homens) portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise buscando avaliar o efeito da oração (súplica cristã, sem invocação de santos, baseada no Salmo 138, falando da onisciência divina e realizada em três momentos distintos) demonstrou que: no grupo intervenção houve redução significativa da pressão arterial sistólica (de 145,9 para 136,9;  $p<0,001$ ) e diastólica (de 86,1 para 82,8;  $p<0,001$ ), frequência cardíaca (de 75,6 para 71,4;  $p<0,001$ ) e respiratória (de 18,5 para 17,2;  $p<0,001$ ); na comparação entre os grupos, foi encontrada redução significância da FC e FR no grupo intervenção.<sup>72</sup>

- Um estudo transversal utilizando os dados da coorte prospectiva - *Jackson Heart Study* (JHS), em 2.967 adultos afro-americanos (idade média de 54,0±12,3 anos; 65,7% mulheres), analisando a associação com os indicadores *Life's Simple7* (LS7) da *American Heart Association* observou que a oração privada foi associada a maior probabilidade de atingir níveis intermediários/ideais para dieta (RR: 1,12; IC95%: 1,03-1,22) e redução do tabagismo (RR: 1,24; IC95%: 1,12-1,39); a espiritualidade total foi associada a maiores chances de atingir níveis intermediários/ideais de atividade física (RR: 1,11; IC95%: 1,02-1,21) e redução do tabagismo (RR: 1,36; IC95%: 1,21-1,53).<sup>73</sup>

### 3.3.2.2. Meditação

A palavra meditação originou-se dos verbos em latim *meditari* (pensar, ponderar) e *meditatio* (refletir, contemplar). É importante considerar que a palavra também foi adotada na língua francesa e no inglês e que seu conceito foi evoluindo para abranger “um ato de contemplação” associado a diversas

práticas espirituais voltadas à clareza mental e emocional. O surgimento da prática da meditação remonta a 1.500 a.C., associada a filosofias e religiões orientais. Atualmente o termo “meditação” refere-se a práticas de controle mental e emocional em diversos contextos religiosos, incluindo o cristianismo e o islamismo, mas é mais frequentemente aplicado às tradições espirituais orientais da Índia, Tibete, China e Japão (hinduísmo, budismo, taoísmo e jainismo).<sup>74-76</sup>

Na medicina, Cardoso *et al.* propuseram a definição de meditação como: “um procedimento que deve abranger uma técnica específica, claramente definida, envolvendo relaxamento psicofísico/muscular em algum momento durante o processo e relaxamento lógico; é um estado necessariamente autoinduzido, usando uma habilidade de autofoco (denominada “âncora”).<sup>77</sup>

A meditação baseia-se no controle da atenção, envolvendo desviar temporariamente a atenção do mundo exterior com silenciamento e a harmonização dos pensamentos, a fim de se concentrar no tema escolhido para meditar. Existem diferentes práticas de meditação: as que passam especificamente por tradições religiosas; aquelas que buscam conexão com a espiritualidade sem conotação religiosa; as que se propõem a ser um treinamento puramente mental, desvinculado de uma proposta religiosa/espiritual. A meditação pode ser dividida em relação às práticas/tradições religiosas envolvidas (orientais e ocidentais) e como uma técnica terapêutica moderna (ocidental).<sup>75</sup>

- No hinduísmo, é representada pelo *ekāgratā* (concentração em um único ponto), *prāṇayāma* (controle da respiração) e visualização *Kula* (foco nos *chakras*).

- No budismo, as práticas mais comuns são a meditação sobre o imundo (visualização de um cadáver em decomposição), *Samatha* (meditação de permanência na calma), *Vipassana* (meditação de percepção direta) e *Koan* (reflexão sobre afirmações paradoxais).

- No taoísmo envolve o cultivo interior (meditação apofática), *Fuqi* (ingestão de energia *qi*) e *Neidan* (“alquimia interna”).

- No jainismo, as principais práticas são a *Samayika* (atingindo a equanimidade através de períodos de quietude), a *Preksha Dhyana*

(meditação com foco na observação de mudanças sutis no corpo, na respiração, na consciência e nas emoções), *Anupreksha* (doze contemplanções; envolve reflexões sobre a impermanência, a solidão, a compaixão e outros temas para desenvolver o desapego e estados emocionais positivos) e *Cara Bhavana* (quatro contemplanções para a construção do caráter).

- No cristianismo, é praticada através da oração do coração (repetição contínua de uma breve oração), contemplanção da luz divina (meditação na luz de Deus), *Lectio Divina* (técnicas variadas focadas nas escrituras sagradas) e leitura devocional (leitura de textos religiosos e/ou Bíblia para reflexão).

- No islamismo, as práticas meditativas expandem elementos da oração ritual, tais como *Dhikr* (repetição de palavras que louvam e glorificam Alá), *Muraqaba* (contemplanção do coração “interior”), *Sama’* (meditação em música religiosa) e *Taffakur* (reflexão intencional sobre a grandeza de Alá).

- No judaísmo, é feita mediante permutação de letras (técnica de combinação de letras hebraicas), recitação *Merkabah* (recitação de nomes angelicais) e *Hitbodedut* (foco em emoções religiosas intensas).

- Quanto à terapêutica complementar, ela envolve técnicas de relaxamento (com foco na contração e relaxamento dos músculos), meditação transcendental (recitação de mantras) e terapias baseadas em atenção plena (*mindfulness*) com foco no fluxo da consciência. A atenção plena será abordada no próximo tópico deste capítulo, devido às suas características e técnicas próprias.

Em relação às pesquisas científicas, a meditação vem despertando interesse crescente entre os profissionais de saúde e tem sido dividida em: meditação de concentração (focada em um objeto); atenção plena (direcionada à percepção dos conteúdos que emergem na mente); contemplativa (integra ambos os tipos anteriores). Quanto aos efeitos da meditação, eles se dividem em: mudanças duradouras (terapêuticas); na pessoa (traços); experiências imediatas durante a prática da meditação (estados). Embora tenha ocorrido aumento significativo de publicações sobre o papel da meditação no tratamento de doenças, muitas pesquisas têm sido inconclusivas e prejudicadas

por uma série de limitações metodológicas, inclusive devido a ampla gama de práticas denominadas “meditação”, com diferentes conteúdos e indicações, envolvendo várias tradições (religiosa, espiritual ou ausentes) e até mesmo pela falta de uma taxonomia definitiva.<sup>78,79</sup>

Nos países ocidentais, a meditação é adotada tanto como uma prática espiritual, quanto como intervenção terapêutica complementar “mente-corpo”. A Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva o reconhecimento, a inclusão e a utilização das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PICs) nos sistemas de saúde em todos os países. Desde 2018, no Brasil, a meditação foi incorporada como uma das 29 PICs ofertadas no Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>79,80</sup>

O Ministério da Saúde do Brasil firmou uma parceria com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME-OPAS-OMS) e com o Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIN) para o desenvolvimento de Mapas de Evidências sobre PICs (ME-PICs), buscando descrever, de forma concisa, diferentes intervenções e seus desfechos de saúde inclusive em relação à meditação e doenças cardiovasculares (DCV). O ME-PICs de 2021 e o de 2022 demonstraram que a meditação em pacientes com DCV levou à: redução da obesidade, da compulsão alimentar; da pressão arterial sistólica e diastólica; glicemia; hemoglobina glicada (HbA1c) e do número de hospitalizações; melhora da qualidade de vida e aumento à tolerância ao exercício físico.<sup>81,82</sup>

Em 2017, a *American Heart Association* publicou um posicionamento oficial considerando a adoção da meditação como uma prática clínica complementar útil na redução do risco cardiovascular em indivíduos interessados nessa modificação do estilo de vida, devido ao baixo custo e aos mínimos riscos associados à prática, à sua ampla acessibilidade e aos potenciais benefícios (ainda a serem confirmados por estudos adicionais).<sup>76</sup>

Estudos neurofisiológicos e neuroanatômicos demonstram que a meditação pode ter efeitos duradouros no cérebro, fornecendo alguma plausibilidade biológica para consequências benéficas no estado basal fisiológico e no risco cardiovascular.

No que se refere ao risco cardiovascular, alguns estudos sugeriram um possível benefício em relação à resposta fisiológica ao estresse, cessação do tabagismo, redução da pressão arterial, resistência à insulina e síndrome metabólica, função endotelial, isquemia miocárdica induzível e nas prevenções primária e secundária de DCV.

Nos últimos anos, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) publicou diretrizes que abordaram a meditação e a R/E:

- Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular (2019) apresentou, como recomendações de práticas em espiritualidade e saúde: meditação, técnicas de relaxamento e combate ao estresse com grau de recomendação (GR): IIa e nível de evidência (NE): B; espiritualidade e religiosidade potencialmente aumentam sobrevida (GR: IIa, NE: B).<sup>83</sup>

- Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020) apresentou a meditação transcendental (GR: IIb, NE: B) como uma terapia comportamental para o controle/manejo do estresse, com possível redução dos níveis pressóricos sistólico e diastólico. Contudo, com necessidade de mais estudos para elucidar os mecanismos pelos quais a meditação reduz a PA.<sup>84</sup>

Outras revisões sobre os potenciais benefícios da meditação têm apresentado efeitos:<sup>74,82,85-87</sup>

- No sistema imunológico: diminuição nos níveis do fator nuclear *kappa*b (Nf-kb) e da proteína C reativa (PCR); redução da metilação dos genes do fator de necrose tumoral relacionados ao estresse psicossocial em mulheres.

- Genética: alguns estudos sugerem que a meditação afeta as células ao nível epigenético, aumentando o comprimento dos telômeros (cromossomos ligados à morte celular) e o nível de telomerase, levando ao aumento do tempo de vida celular.

- Hormonal e fisiologia dos órgãos: a prática pode provocar agudamente alterações do fluxo sanguíneo encefálico, na atividade eletroencefalográfica, modificação na concentração de neurotransmissores, redução da frequência cardíaca, queda do consumo de oxigênio e da produção de gás carbônico, redução da temperatura corporal, aumento no volume sanguíneo, redução no lactato sanguíneo, diminuição da resistência vascular periférica. A prática constante é associada à modificação dos níveis do hormônio tireo-estimulante e do

hormônio do crescimento.

- Saúde física: alguns estudos observaram redução da frequência cardíaca em repouso e redução do desejo de fumar; hipertensos em uso de anti-hipertensivos mostraram um melhor controle da pressão arterial sistólica; no diabetes e na hipertensão, ocorreu diminuição significativa no nível de LDL e expressão de genes inflamatórios (Nf-kb 2, homólogo A do oncogene viral da reticuloendoteliase aviária).

- RELA, e interleucina 1 B – IL1-B); redução da intensidade e frequência de crises dolorosas na fibromialgia e das condições inflamatórias crônicas, incluindo asma e artrite reumatoide.

- Saúde mental: os benefícios incluem o reforço emocional positivo com aumento da felicidade e humor; melhora no sono, foco e sinais de ansiedade; demonstrou diminuir o impacto de pensamentos e comportamentos suicidas e favorece a ampliação do contato social que auxilia a diminuir a solidão.

Embora a meditação pareça ser popularmente conhecida e aceita, sua utilização na R/E como uma terapêutica complementar só deve ser feita após uma consulta que envolva a anamnese espiritual. Nesta consulta, o médico avaliará as crenças e práticas Re/Es do paciente, como a espiritualidade influencia na sua saúde e enfrentamento de doenças, e tentará reconhecer se o paciente está buscando conforto espiritual e/ou modificação do seu estilo de vida.

Deve ser dada ao paciente autonomia completa sobre a decisão de praticar a meditação, sendo vedado ao médico qualquer forma de pressão ou coação para adotar alguma prática espiritual específica. Quando ocorre o aceite, a integração da meditação no plano de cuidados deve ser personalizada, respeitando e valorizando as práticas Re/Es do paciente. Devido à grande variedade de meditações, recomenda-se uma apresentação breve dos principais tipos/funções ao paciente, podendo incluir:<sup>40,75</sup>

- Meditação guiada utilizando gravações que conduzem o paciente por orações, pensamentos ou reflexões espirituais específicas de sua tradição.

- Meditação por repetição (mantra, *Dhikr* ou oração do coração): envolvendo a repetição de palavras, frases ou orações significativas para o paciente.

- Meditação contemplativa: focada na reflexão profunda sobre um tema espiritual, uma passagem

religiosa ou um aspecto divino/transcendente.

- Meditação de atenção plena, que pode ser adaptada para integrar a contemplação de textos sagrados ou temas espirituais.

- *Yoga e tai chi*: práticas que combinam movimento físico, respiração e meditação, podendo inclusive ter uma dimensão espiritual para alguns pacientes.

O Quadro 1 apresenta um exemplo ilustrativo de um diálogo médico, respeitoso e sensível, com uma sequência de falas envolvidas na abordagem

do paciente, incluindo a recomendação da meditação no contexto da espiritualidade. Alguns pontos importantes a serem considerados antes da recomendação da meditação:

- Verificar se a frequência/duração da meditação proposta está de acordo com a rotina, a disponibilidade e a condição de saúde do paciente.

- Preferir começar com sessões curtas e com aumento gradual, permitindo o monitoramento e ajustes conforme a experiência do paciente.

- Fornecer informações sobre recursos adicionais

**Quadro 1** – Diálogo médico ilustrando como abordar e recomendar a meditação para o paciente.

<b>Orientações gerais quanto ao diálogo médico com o paciente sobre a meditação*</b>
<b>Após a realização da anamnese espiritual e identificação da pertinência em recomendar a meditação como intervenção.</b>
<b>Falas do médico para o paciente:</b>
1º “Considerando sua profunda fé [especificar a fé, se conhecida] e seu relato de conexão espiritual, a meditação pode ser um complemento relevante ao seu tratamento e bem-estar.”
2º “A meditação envolve... [descrever brevemente o tipo/função]. Ela será um apoio para seu conforto, paz interior, qualidade de vida e... [especificar outros benefícios que sejam cientificamente comprovados para o caso do paciente]. A meditação não representa riscos adicionais para seu tratamento/doença [se tiver algum risco, apresentar].”
3º “A escolha/decisão de praticar a meditação é toda sua, não vai interferir em nenhum tratamento que já estamos fazendo e nem modificará a rotina de suas consultas.”
<b>Esclarecer todas as dúvidas do paciente até este ponto.</b>
<b>Caso o mesmo manifeste aceite livre e voluntário, prosseguir.</b>
4º “Sugiro que você experimente a meditação [p. ex.: contemplativa; ou outro tipo baseado na preferência do paciente] por... [p. ex.: 10-15 minutos diariamente], em um horário que seja tranquilo para você. Você pode se concentrar em... [p. ex.: passagens das escrituras que lhe trazem conforto ou em reflexões sobre a presença divina em sua vida].”
5º “Se desejar, podemos utilizar também o apoio de outros profissionais acostumados a orientar a realização da meditação, incluindo o grupo de oração meditativa em sua comunidade [se aplicável] ou mesmo gravações de meditações guiadas dentro de sua tradição religiosa.”
6º “Vamos conversar na nossa próxima consulta sobre como essa prática está impactando seu bem-estar emocional e espiritual, e podemos ajustar a abordagem conforme necessário.”
7º “Lembre-se de que a meditação é uma medida complementar e que não substitui seus tratamentos convencionais (tradicionais) que prescrevi.”
8º “Ficou com alguma dúvida? Precisa que repita alguma orientação?”

*\*Esse diálogo é apenas ilustrativo, abordando alguns dos aspectos básicos da orientação. Independente da meditação escolhida, o médico deverá estar familiarizado e adequadamente capacitado para sua indicação, acompanhamento e/ou orientação sobre a realização da mesma. A linguagem poderá requerer ajustes de modo a adequar ao paciente, inclusive quanto à sua religiosidade/espiritualidade.*

disponíveis, tais como grupos de meditação religiosa ou espiritual, aplicativos, gravações guiadas ou profissionais/professores qualificados em relação à meditação e/ou tradição religiosa do paciente.

- Verificar se o paciente precisará da participação e apoio de um familiar/cuidador para facilitar a prática da meditação (p. ex.: pacientes idosos; com limitações físicas etc.).
- Não criar expectativas em demasia e/ou promessas infundadas de resultados com a prática da meditação.

Em relação às pesquisas científicas sobre meditação, R/E e saúde, existe uma variedade de escalas e escores que permitem avaliar diferentes dimensões da intervenção, sendo as principais:<sup>15,79,85</sup>

1) Escalas específicas para as experiências meditativas (excluindo atenção plena): *States of Consciousness Questionnaire* (SOCQ) com utilização para avaliar diferentes estados de consciência, incluindo aqueles induzidos pela meditação; *Effects of Meditation Scale* (EOM) que avalia as experiências durante a meditação e seus efeitos na vida cotidiana, com subescalas que incluem aspectos cognitivos, emocionais e transcendentais; *Mystical Experience Questionnaire* (MEQ) que avalia experiências místicas que podem ocorrer durante a meditação.

2) Escalas de qualidade de vida: *Short Form Health Survey* (SF-36); *World Health Organization Quality of Life – Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs* (WHOQOL-SRPB).

3) Escalas de bem-estar espiritual: *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-being Scale* (FACIT-Sp); *Spiritual Well-Being Scale* (SWBS); WHOQOL-SRPB; *Daily Spiritual Experiences Scale* (DSES); *Spiritual Health and Life-Orientation Measure* (SHALOM); *Spiritual Transcendence Scale* (STS).

Algumas publicações relevantes abordam a meditação em relação à R/E nos pacientes com DCV:

- Revisão sistemática para descrever o efeito de estratégias cognitivo-comportamentais na dor, dispneia, fadiga e distúrbios do sono em pacientes com insuficiência cardíaca selecionou nove estudos com delineamento experimental, dos quais sete demonstraram melhora nos

resultados dos sintomas. Meditação, técnicas de relaxamento e imaginação guiada ou combinações dessas estratégias resultaram em menos dispneia e melhora da qualidade do sono. A qualidade de vida relacionada aos sintomas apresentou melhora com a meditação em comparação com o controle da atenção e condições de cuidados habituais.<sup>88</sup>

- Revisão integrativa utilizando os métodos descritos por Whitemore e Knafl, selecionando seis estudos (quatro artigos com amostras dos Estados Unidos, um do Brasil e um da Suécia), totalizando 320 participantes com insuficiência cardíaca (IC), observou que a prática de meditação melhorou significativamente a depressão ( $p<0,05$ ), o apoio social ( $p<0,05$ ), os fatores biofísicos e a qualidade de vida ( $p<0,05$ ), além de reduzir a carga de sintomas associados à IC.<sup>89</sup>

- Estudo randomizado e controlado com 201 participantes (idade média de 59,0 anos; 58,6% homens) afro-americanos, portadores de doença arterial coronariana, incluídos em programa de meditação transcendental e com acompanhamento médio de 5,4 anos apresentaram: 48% de redução de risco (RR: 0,52; IC95%: 0,29-0,92;  $p=0,025$ ) para desfechos primários (mortalidade por todas as causas, infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral); redução de 4,9 mmHg na pressão arterial sistólica (IC95%: -8,3 a -1,5 mmHg;  $p=0,01$ ); redução na expressão de raiva ( $p<0,05$ ).<sup>90</sup>

### 3.3.2.3. Atenção Plena (*Mindfulness*)

A atenção plena (do inglês, *mindfulness*; neste livro será adotado o termo em português como padrão) é uma forma de meditação originada no contexto da tradição budista (século V a.C.) e adaptada para o ocidente por Jon Kabat-Zinn (na *University of Massachusetts Medical Center*, 1979) como um programa destinado à redução de estresse em situações de dor e sofrimento. A palavra inglesa *mindfulness* foi escolhida como o termo mais próximo que capturava a essência do conceito budista *sati* (idioma Pali, língua original de Buda), que representa estar atento, atenção, memória, lembrar e recordar.<sup>91-93</sup>

Os conhecimentos e técnicas de atenção plena (AP) evoluíram, podendo atualmente ser definida como uma técnica específica de meditação centrada no autoconhecimento, não requerer nenhum sistema de crença religiosa/cultural específico, tem potencial para causar desenvolvimento pessoal e fortalecimento de qualidades saudáveis (gentileza e compaixão) e pode ser integrado em algumas terapias cognitivas comportamentais. Existe um potencial desenvolvimento espiritual na AP, mas geralmente não corresponde ao processo de construção Re/Es do paciente, sendo limitado a alguns tipos específicos de práticas em algumas tradições religiosas. Um exemplo desta situação é a prática do hesicasmo na tradição da igreja católica ortodoxa, correspondendo a um processo de retiro interior pela cessação dos sentidos, visando obter um conhecimento experimental de Deus.<sup>92-98</sup>

A AP é um processo cognitivo ativo de percepção de novidades e requer do indivíduo concentração intencional no momento presente, evitando e afastando os pensamentos, sentimentos e situações do cotidiano que causam sofrimento (sem julgamento ou preocupação com o futuro). A AP busca desenvolver os “entendimentos experienciais” que correspondem às compreensões que surgem durante a prática aplicada de observação direta da própria mente, do corpo e das emoções, em vez de aprendizado teórico através de explicações verbais ou intelectuais.<sup>92-96</sup>

Hoje, a AP envolve uma miríade de práticas e programas com ampla variedade de elementos, incluindo a associação a outras meditações, como aquelas que desenvolvem compaixão ou *insight*. Nos últimos anos, vários pesquisadores propuseram divisões e classificações para as práticas de meditação, enfatizando geralmente os mecanismos cognitivos subjacentes e suas aplicações. Entretanto, devido à complexidade da AP, não existe uma única forma de classificá-la. De uma maneira simplificada, a AP envolve quatro grupos de práticas de atenção plena (PAP):<sup>9-101</sup>

- 1) Cultivar a atenção ao momento presente, sendo uma experiência somática e sensorial.
- 2) Cultivar uma atitude não reativa, sem resistência e sem julgamentos em relação à experiência.
- 3) Cultivar hábitos mentais saudáveis e pró-sociais, como o desejo de aliviar o sofrimento

(compaixão).

4) Cultivar a capacidade de reconhecer e desconstruir experiências e vieses perceptivos, cognitivos e afetivos, compreendendo melhor a natureza da experiência e do experimentador (sabedoria).

Outro ponto relevante é que a PAP pode ter intenções distintas quanto à compreensão experiencial a ser alcançada:

- Como a experiência contribui para o sofrimento mental e o bem-estar.
- Compreensão da natureza mutável do corpo, da mente e dos fenômenos externos.
- Relação entre senso de identidade e sofrimento mental e bem-estar.
- Como estados mentais positivos e pró-sociais contribuem para o bem-estar. As três primeiras intenções são baseadas na tradição budista clássica em entender as causas do sofrimento mental e aliviá-lo: 1) *dukkha*, que significa insatisfação e sofrimento; 2) *anicca* (impermanência); 3) *anatta* (não-eu). A quarta intenção é baseada em estados mentais saudáveis budistas (*Brahmaviharas*): “bondade amorosa”, “compaixão”, “alegria” e “equanimidade”. É importante ressaltar que cada uma das quatro intenções, quando aplicadas aos quatro grupos, leva a diferentes tipos de entendimentos experienciais, os quais variam nas diversas práticas de AP existentes.<sup>93,99,100</sup>

Na medicina, as PAP são utilizadas como intervenções terapêuticas complementares que estimulam os indivíduos a promoverem sua consciência, o pensamento claro e o equilíbrio emocional, cultivando atitudes compassivas por meio de meditação, *yoga*, discussão em grupo e práticas contemplativas diárias. As PAP são comumente investigadas e associadas aos seguintes benefícios: diminuição da percepção e aumento da tolerância a quadros dolorosos; alívio de sintomas físicos associados a doenças e deficiências físicas; redução do estresse, ansiedade e/ou depressão; redução do uso de medicamentos (em especial analgésicos, ansiolíticos e/ou antidepressivos); redução dos transtornos de consumo de álcool e ao uso indevido de substâncias e prevenção de recaídas; melhoria da adesão aos tratamentos médicos; aprimoramento das estratégias de enfrentamento (*coping*) e da autogestão de doenças crônicas, graves e/ou terminais; maior motivação para mudanças no estilo

de vida (p. ex.: redução de peso, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo etc.); melhora da qualidade de vida; enriquecimento dos relacionamentos pessoais e da conexão social; melhoria do relacionamento médico-paciente-família; promoção de alterações em vias biológicas, tais como o sistema nervoso autônomo, função neuroendócrina e sistema imunológico (p. ex.: marcadores específicos de inflamação; imunidade celular; envelhecimento das células imunes).<sup>91,95,102-104</sup>

As PAP também tem sido utilizadas pelos próprios profissionais da área da saúde, em especial os médicos, para: melhorar o aprendizado, a concentração, o desempenho, a saúde mental e o bem-estar durante a formação médica (graduação e especialização); melhorar a satisfação com a atividade/prática profissional; melhorar o foco mental durante tarefas fisicamente extenuantes e desafiadoras (p. ex.: cirurgias); reduzir sensações negativas como o estresse, a intolerância, a impaciência, a raiva e a frustração; aumentar a resiliência ao *burnout*; estimular o envolvimento compassivo e a empatia com o paciente/família; aumentar a satisfação e o desempenho na realização de atividades técnicas/administrativas; estimular a produtividade acadêmica/científica; melhorar a qualidade de vida e a satisfação geral.<sup>105-107</sup>

As cinco principais técnicas de PAP (Tabela 3) têm objetivos clinicamente orientados: *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) e *Mindfulness-based Relapse Prevention* (MBRP) estão especificamente centradas no alívio de sintomas, pensamentos e/ou emoções negativas, desenvolvendo ou melhorando a forma de lidar com eles; *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) ajuda a promover a aceitação de sentimentos e pensamentos indesejados, desencorajando a evasão deles; a *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) busca reduzir comportamentos perigosos (p. ex.: comportamento suicida); tanto a DBT quanto a ACT ajudam os pacientes a controlarem seus sintomas; MBRP busca reduzir as taxas de recaída em indivíduos em recuperação de transtornos por uso de substâncias.<sup>75,108-121</sup>

É importante estar atento ao fato de que PAP estão em constante evolução, e novos programas e adaptações surgem regularmente sendo

alguns exemplos: *Mindfulness-Based Eating Awareness Training* (MB-EAT) para indivíduos desenvolverem uma relação mais saudável com a comida e a alimentação; *Mindfulness-Based Childbirth and Parenting* (MBCP) uma adaptação do MBSR para gestantes e pais, focando na consciência durante a gravidez, parto e parentalidade; *Mindfulness-Based Relationship Enhancement* (MBRE) utilizado para melhorar a comunicação e a intimidade em relacionamentos. A estrutura específica e a eficácia de cada PAP podem variar, devendo o médico escolher o programa para atender às necessidades do paciente, os objetivos, o contexto em que será aplicado e a capacidade de acompanhamento dos resultados.<sup>75,108-123</sup>

O uso de recursos e aplicações digitais para realização da meditação de AP está cada vez mais frequente, principalmente de maneira popular, sem a indicação/participação do médico. Entretanto, ainda são necessárias mais pesquisas científicas para testar a estrutura, efetividade, limitações e efeitos adversos dessa prática. Alguns exemplos de aplicativos são: *Headspace*<sup>®</sup>, *Calm*<sup>®</sup>, *Insight Timer*<sup>®</sup>, *Ten Percent Happier*<sup>®</sup>. Quanto à realização de cursos online de AP as principais plataformas são a *Coursera*<sup>®</sup>, *Udemy*<sup>®</sup> e *Mindful.org*<sup>®</sup>.<sup>124-126</sup>

Existem diversas escalas e instrumentos utilizados para avaliar/quantificar a AP, utilizadas principalmente em pesquisas: *Mindfulness Attention Awareness Scale* (MAAS); *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS); *Freiburg Mindfulness Inventory* (FMI; a versão brasileira é conhecida como FMI-Br); *Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised* (CAMS-R); *Southampton Mindfulness Questionnaire* (SMQ); *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ); *Toronto Mindfulness Scale* (TMS); *Experiences Questionnaire* (EQ); *Mindfulness/Mindlessness Scale* (MMS); *Philadelphia Mindfulness Scale* (PHLMS).

Essas escalas apresentam importantes diferenças conceituais, incluindo divergências sobre o que é, de fato, AP. A maioria se baseia na forma de autorrelato, possui diferentes contextos de aplicação (p. ex.: saúde, esportes, educação e vida cotidiana) está frequentemente direcionada às populações predominantemente urbanas, jovens, universitários e do sexo feminino. Além disso, exibem análises psicométricas variadas e

Tabela 3 — Principais práticas de atenção plena, sua estrutura/técnica e potenciais benefícios.<sup>75,108-121</sup>

Prática*	Benefícios	Estrutura/Técnica
<p><b>Redução do estresse baseada na atenção plena</b></p> <p><i>Mindfulness-based stress reduction (MBSR)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução do estresse e regulação emocional.</li> <li>• Melhoria na forma de lidar com doenças e dor crônica.</li> <li>• Autoconsciência e intercepção aprimoradas.</li> <li>• Foco e atenção aprimorados.</li> <li>• Aumento da sensação de calma e relaxamento.</li> <li>• Bem-estar físico e espiritual.</li> <li>• Melhora da qualidade do sono.</li> <li>• Melhora da função imunológica (indiretamente) pela redução do estresse.</li> <li>• Aumento do senso de significado e propósito.</li> <li>• Aumento da conexão e interconexão.</li> <li>• Cultivo da compaixão e da gentileza.</li> <li>• Maior aceitação e não julgamento.</li> <li>• Crescimento pessoal e autodescoberta.</li> <li>• Exploração da consciência transcendente (para alguns indivíduos).</li> </ul>	<p>As técnicas podem variar, mas normalmente envolvem um programa de oito semanas com:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sessões semanais, com duração aproximada de 2 a 2,5 horas/sessão.</li> <li>- Retiro silencioso de um dia inteiro, geralmente entre a 6ª e 7ª semana.</li> <li>- Meditação da atenção plena utilizando várias técnicas, como prestar atenção à respiração, sensações corporais, pensamentos e emoções.</li> <li>- Varredura corporal utilizando técnica de trazer consciência para diferentes partes do corpo.</li> <li>- Movimento consciente: realização de alongamento suave e exercícios semelhantes a <i>yoga</i> associados à atenção plena.</li> <li>- Instrução didática através de discussões e explorações de estresse, percepção e comunicação.</li> <li>- Prática domiciliar: espera-se que os participantes pratiquem a atenção plena diariamente em suas residências (por 45 minutos a uma hora).</li> </ul>
<p><b>Terapia cognitiva baseada em de atenção plena</b></p> <p><i>Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução do sofrimento psicológico.</li> <li>• Melhor regulação emocional.</li> <li>• Aumento da autoconsciência.</li> <li>• Melhora da capacidade em lidar com condições crônicas de saúde.</li> <li>• Potencial para mudanças fisiológicas positivas associadas à redução do estresse, como pressão arterial mais baixa e melhora da variabilidade da frequência cardíaca.</li> <li>• Melhora da qualidade do sono.</li> <li>• Melhora da função cognitiva.</li> <li>• Aumento da aceitação e não julgamento.</li> <li>• Cultivo da compaixão.</li> <li>• Senso de significado e propósito.</li> <li>• Conexão com o momento presente.</li> <li>• Potencial para experiências transcendentes.</li> </ul>	<p>Programa de 8 semanas com sessões semanais de 2 a 2,5 horas cada, ministradas em grupo (até 16 participantes) incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducação com fornecimento de informações sobre transtornos de humor e a relação entre pensamentos e sentimentos.</li> <li>- Prática diária domiciliar de exercícios de atenção plena (cerca de 45 a 60 minutos).</li> <li>- Discussão em grupo para compartilhamento de experiências e <i>insights</i>.</li> <li>- Aulas de acompanhamento (duração de 2 horas) realizadas na 6ª semana e no 6º mês após o programa, incluindo meditação, discussão sobre descobertas e dificuldades enfrentadas.</li> </ul>
<p><b>Terapia comportamental dialética</b></p> <p><i>Dialectical behavior therapy (DBT)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução do sofrimento emocional através do gerenciamento de emoções intensas como raiva, tristeza, ansiedade e vergonha.</li> <li>• Melhoria nas habilidades de enfrentamento.</li> <li>• Tolerância ao sofrimento sem recorrer a comportamentos prejudiciais.</li> <li>• Melhoria nas relações interpessoais.</li> <li>• Redução da automutilação e da ideação suicida.</li> <li>• Gerenciamento de outras condições de saúde mental: depressão; transtornos de ansiedade; transtornos alimentares; transtornos por uso de substâncias; transtorno de estresse pós-traumático.</li> <li>• Redução de taxas de hospitalização psiquiátricas.</li> <li>• Desenvolvimento da aceitação.</li> <li>• Estímulo para uma mente sábia.</li> <li>• Valorização e significado da vida.</li> <li>• Compaixão e interconexão.</li> </ul>	<p>Normalmente envolve quatro componentes principais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terapia individual correspondendo a uma sessão semanal focada em abordar os problemas específicos do paciente.</li> <li>- Grupo de treinamento com reunião semanal (geralmente de 1,5 a 2,5 horas) onde os participantes aprendem habilidades comportamentais específicas da atenção plena.</li> <li>- Acompanhamento por telefone (conforme necessário): os terapeutas podem oferecer orientações por telefone entre as sessões para ajudar os clientes a aplicar as habilidades da terapia em situações da vida real e prevenir crises.</li> </ul> <p>Adicionalmente, a equipe de terapeutas deve reunir-se regularmente para auto-apoio, mantendo a fidelidade ao tratamento e prevenir o esgotamento do terapeuta.</p>
<p><b>Terapia de aceitação e comprometimento</b></p> <p><i>Acceptance and commitment therapy (ACT)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução do sofrimento psicológico: transtornos de ansiedade, depressão, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático e dor crônica.</li> <li>• Maior tolerância ao sofrimento particularmente para indivíduos com dor crônica ou outras condições de saúde persistentes.</li> <li>• Melhoria da qualidade de vida.</li> <li>• Melhorias nos relacionamentos social, ocupacional e pessoal.</li> <li>• Mudanças comportamentais positivas que apoiam seu bem-estar e seus objetivos.</li> <li>• Desenvolvimento da aceitação.</li> <li>• Consciência do momento presente com um senso de conexão e apreciação pela vida.</li> <li>• Valores éticos, morais ou mesmo espirituais para guiar a vida.</li> <li>• Ação comprometida: agir em consonância com os próprios valores, mesmo diante da adversidade.</li> </ul>	<p>Frequentemente é aplicada como uma terapia individual. Também pode ser implementada em grupos, com estrutura tipicamente flexível e adaptada às necessidades dos indivíduos. Independente se individual ou em grupo, geralmente envolve:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercícios experienciais: envolver-se em práticas de atenção plena, metáforas e dramatizações para ajudar a vivenciar diretamente os processos da ACT.</li> <li>- Metáforas e analogias utilizando histórias e contos para ilustrar os principais conceitos da ACT e torná-los mais acessíveis.</li> <li>- Esclarecimento de valores através de atividades projetadas para ajudar os indivíduos a identificar seus valores essenciais em diferentes domínios da vida.</li> <li>- Experimentos comportamentais buscando testar novas maneiras de responder a pensamentos e sentimentos difíceis e se engajar em ações consistentes com seus valores.</li> <li>- Prática residencial da habilidades de atenção plena.</li> </ul>

Continua...

**Tabela 3 (Continuação) — Principais práticas de atenção plena, sua estrutura/técnica e potenciais benefícios.**<sup>75,108-121</sup>

Prática*	Benefícios	Estrutura/Técnica
<p><b>Prevenção de recaída baseada na atenção plena</b></p> <p><i>Mindfulness-based relapse prevention (MBRP)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensina os indivíduos a observar os desejos sem julgamentos e sem agir automaticamente.</li> <li>• Maior consciência dos gatilhos internos (pensamentos, emoções, sensações físicas) e externos (pessoas, lugares, situações) que podem desencadear recaídas.</li> <li>• Melhoria das habilidades de enfrentamento.</li> <li>• Melhor regulação emocional e maior tolerância ao estresse.</li> <li>• Redução das taxas de recaída em indivíduos em recuperação de diversos transtornos por uso de substâncias.</li> <li>• Aumento da confiança na capacidade de manter a sobriedade.</li> <li>• Redução dos sintomas de problemas de saúde mental concomitante (ansiedade e depressão).</li> <li>• Consciência do momento presente.</li> <li>• Incentivo a aceitação de experiências difíceis.</li> <li>• Não julgamento: aprender a observar pensamentos e sentimentos sem julgamento para promover uma sensação de paz interior e desapego.</li> <li>• Conexão com recursos internos para desenvolver um senso mais forte de resiliência.</li> <li>• Reavaliação de valores e a descoberta de um novo significado na vida.</li> </ul>	<p>Programa de 8 semanas que normalmente envolve:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sessões semanais em grupo com duração de 2 horas, facilitadas por terapeutas treinados.</li> <li>- Práticas de meditação de atenção plena.</li> <li>- Estratégias de prevenção de recaídas integrando técnicas cognitivo-comportamentais para identificar gatilhos pessoais, situações de alto risco e desenvolver planos de enfrentamento.</li> <li>- Exercícios experienciais e discussões em grupo para facilitar a aplicação das habilidades de atenção plena em cenários relacionados a recaídas e compartilhando experiências.</li> <li>- Prática domiciliar diária de atenção plena para integrar essas habilidades à vida cotidiana.</li> </ul>

*\* A seleção destas práticas foi baseada em informações obtidas em revisão da literatura e da própria observação dos autores do livro, mas existem outros tipos/programas de atenção plena. A estrutura/técnica de cada tipo de meditação pode variar de duração e conteúdo, dependendo da sua indicação e necessidades dos pacientes. Independentemente do tipo, o médico deverá estar familiarizado quanto às indicações dos mesmos, o acompanhamento e/ou encaminhamento para a equipe de apoio.*

ainda requerem mais pesquisas para otimizar a confiabilidade e criar formulários mais curtos.<sup>127-129</sup>

Embora as PAP sejam amplamente reconhecidas como benéficas e utilizadas em ambientes clínicos e hospitalares, não é incomum a ocorrência de reações desagradáveis durante os treinamentos (p. ex.: agitação, ansiedade, desconforto ou confusão). Entretanto, as reações são temporárias e consideradas como parte importante no processo psicoterapêutico de autoconhecimento e para ocorrência das mudanças. São raros os eventos adversos graves (crises de ansiedade, mania e de psicose), geralmente associados ao uso de técnicas de enfrentamento mal adaptativas, principalmente em pacientes hospitalizados por depressão, abuso de substâncias e dor crônica. São necessários mais estudos para a confirmação e a expansão dos conhecimentos sobre esses eventos adversos nessas situações.<sup>130-132</sup>

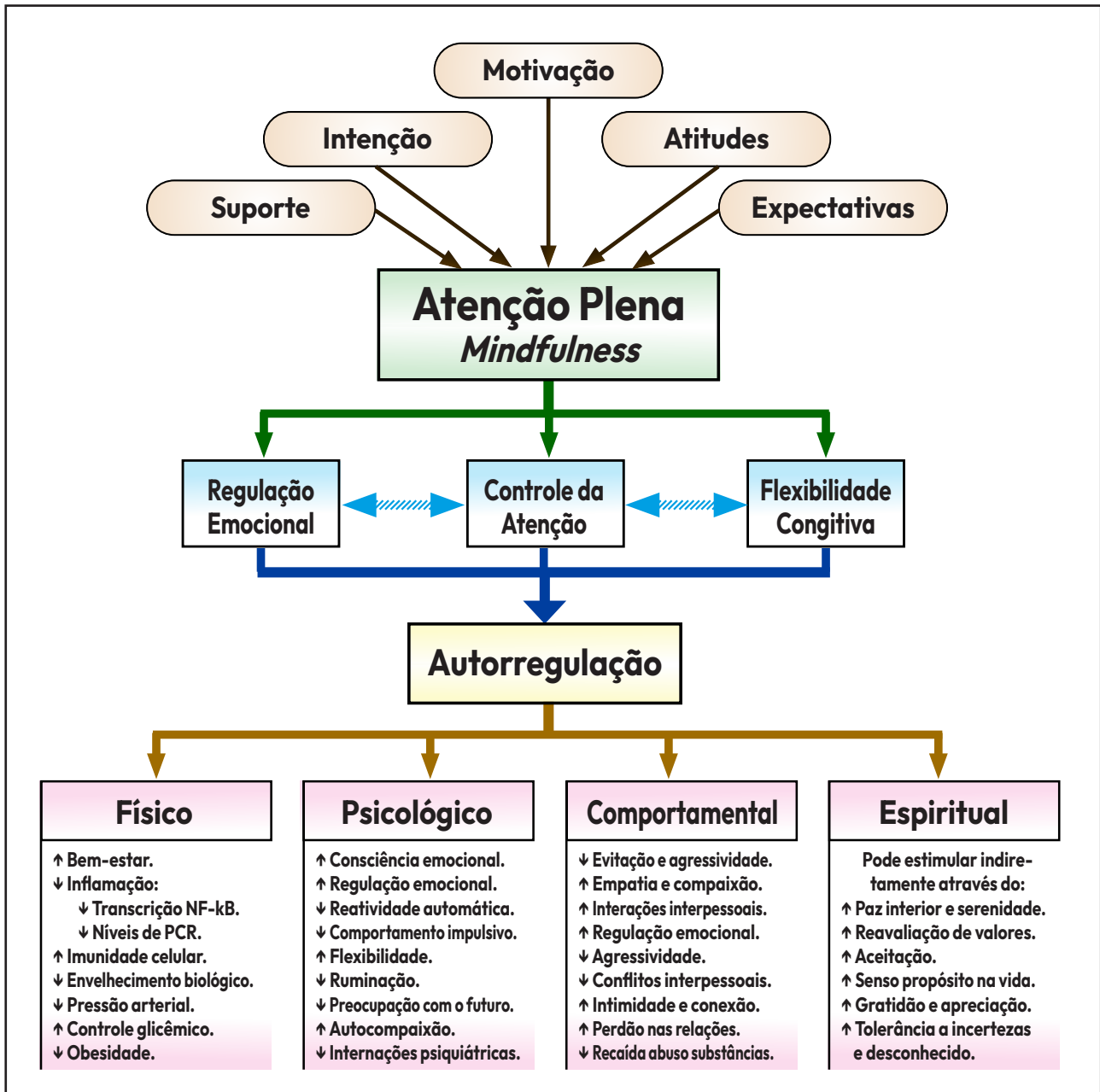
É essencial considerar que a PAP é uma terapêutica complementar que somente deve ser indicada após uma avaliação espiritual cuidadosa do indivíduo. O paciente deve ser claramente informado sobre a natureza da AP, seus potenciais benefícios e limitações, e que

ela não substituirá seu tratamento primário. A participação deve ser voluntária, respeitando sempre sua autonomia e decisão.

As PAP devem, preferencialmente, ser orientadas e acompanhadas por profissionais da área da saúde devidamente formados e treinados de modo a garantir a segurança, o respeito e a eficácia da prática. Geralmente são aplicadas por médicos (especialmente psiquiatras e médicos de família), psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas. A colaboração interdisciplinar entre os profissionais de saúde pode facilitar o acesso às PAP e otimizar os benefícios dos pacientes.

O Quadro 1 – “Diálogo médico ilustrando como abordar e recomendar a meditação para o paciente” apresentado no tópico 3.3.2.2, pode ser utilizada como um exemplo de como abordar a PAP com o paciente, respeitando as particularidades e indicações desse tipo específico de meditação.<sup>40,96,107,133</sup>

A Figura 1 apresenta os fatores motivacionais para a adoção da AP e a integração dos componentes principais envolvidos na prática, bem como alguns dos principais



**Figura 1 – Atenção plena – fatores motivacionais, componentes centrais da prática e principais efeitos e benefícios.**<sup>108,134–136</sup> ↑: aumentar/melhorar; ↓: diminuir/reduzir.

efeitos e benefícios em relação à parte física, psicológica, comportamental e espiritual (indiretamente).<sup>108,134–136</sup>

Existem evidências promissoras, mas ainda inconclusivas, de associações da AP com a saúde cardiovascular e controle de fatores de risco para DCV (especificamente hipertensão, diabetes, atividade física, tabagismo, obesidade e dieta). Os efeitos cardiovasculares das PAP atribuem-se ao:<sup>137–141</sup>

- Controle da atenção (p. ex.: melhora da capacidade de adesão aos tratamentos e

controle de fatores de risco para DCV tais como tabagismo, dieta, sedentarismo).

- Regulação das emoções (p. ex.: redução do estresse, ansiedade e depressão com adoção de uma postura positiva de enfrentamento).

- Autoconsciência (p. ex.: processamento autorreferencial com consciência de suas doenças e necessidade de tratamento).

Alguns estudos sobre pacientes com DCV e PAP:

- Um estudo clínico randomizado e controlado com 38 pacientes brasileiros (idade média de

56,2 anos; 65,8% homens) com IC crônica (classes I e II), avaliou o impacto de um programa de redução de estresse comparado ao atendimento multidisciplinar convencional, em dois centros especializados no Brasil. O período de coleta de dados ocorreu entre abril e outubro de 2019. Os participantes foram alocados nos grupos de intervenção ou controle. A intervenção aconteceu ao longo de 8 semanas e resultou em: redução significativa no estresse percebido (de  $22,8 \pm 4,3$  para  $14,3 \pm 3,8$  pontos;  $p < 0,001$ ); melhora significativa na qualidade de vida ( $p = 0,013$ ); da atenção plena ( $p = 0,041$ ); da qualidade do sono ( $p < 0,001$ ).<sup>142</sup>

- Uma metanálise revisando 1.507 artigos publicados de 2016 a 2018, selecionou 16 estudos ( $N = 1.476$ ; idade média de 56 anos; 40% mulheres) testando os efeitos de intervenções baseadas em AP em adultos com DCV. A PAP associou-se à melhores resultados psicológicos (menores níveis de ansiedade, depressão, sofrimento e estresse percebido:  $d + s = 0,49$  a  $0,64$ ) e redução da pressão arterial sistólica ( $d + s = 0,89$ ; IC95%:  $0,26 - 1,51$ ;  $k = 7$ ), mas não para a diastólica ( $d + s = 0,07$ ; IC95%:  $-0,47 - 0,60$ ;  $k = 6$ ). Com base nos achados, os autores consideraram que uma recomendação de PAP em pacientes com DCV poderia atingir indicação 2B (GR: 2; NE: B).<sup>143</sup>

- Uma meta-análise com 19 estudos clínicos randomizados investigando o efeito da PAP na pressão arterial (PA), incluindo monitoramento ambulatorial da PA (MAPA) e medida isolada da PA demonstrou: na MAPA, quedas significativas da PA sistólica total (24 horas) de  $-3,77$  mmHg (IC95%:  $-5,33$  a  $-2,21$ ) e queda da PA diastólica total (24 horas) de  $-2,18$  mmHg (IC95%:  $-4,28$  a  $-0,09$ ). Entre os estudos que avaliaram a medição isolada da PA foram observadas quedas significativas da PA sistólica de  $-5,09$  mmHg (IC95%:  $-6,34$  a  $-3,85$ ) e da PA diastólica de  $-2,57$  mmHg (IC95%:  $-3,36$  a  $-1,79$ ).<sup>144</sup>

### 3.3.3. Material Complementar/Interativo

Este livro possui material interativo adicional (científico, institucional, informativo etc.), que permitirá maior aprofundamento e aprendizado dos assuntos abordados neste capítulo. O conteúdo encontra-se no site institucional da

Sociedade Mineira de Cardiologia e da SBC e é acessível pela internet no link e/ou QR code apresentado a seguir:



Clique e Acesse

Visite o site da Sociedade Mineira de Cardiologia: fique por dentro das novidades, publicações, artigos, notícias, cursos etc.

## Referências Bibliográficas

**FREE** = Artigo disponível na íntegra, gratuitamente.

- Juvenal, Rudd N, Barr W. JUVENAL - The Satires. New York: Oxford University Press; 1999. ISBN: 9780192839459.
- Latin Library - William L. Carey: Decimvs lvnivs lvnvalis. Satvrae: Satura X (120 A.D.). Disponível: <https://www.thelatinlibrary.com/juvenal/10.shtml>.
- Knegtgering H, Bruggeman R, Spoelstra SK. Spirituality as a Therapeutic Approach for Severe Mental Illness: Insights from Neural Networks. Religions 2024;15:489. <https://doi.org/10.3390/rel15040489>. **FREE**
- Lucchetti G, Koenig HG, Lucchetti ALG. Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current scientific evidence. WJCC 2021;9:7620-31. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i26.7620>. **FREE**
- Bouwhuis-Van Keulen AJ, Koelen J, Eurelings-Bontekoe L, Hoekstra-Oomen C, Glas G. The evaluation of religious and spirituality-based therapy compared to standard treatment in mental health care: A multi-level meta-analysis of randomized controlled trials. Psychotherapy Research 2024;34:339-52. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2241626>. **FREE**
- Koenig HG. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. ISRN Psychiatry 2012;2012:1-33. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>. **FREE**
- Religious content in the DSM-III-R glossary of technical terms. AJP 1993;150:1884-5. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.12.1884>.
- Moreira-Almeida A, Sharma A, Van Rensburg BJ, Verhagen PJ, Cook CCH. WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. World Psychiatry 2016;15:87-8. <https://doi.org/10.1002/wps.20304>. **FREE**
- A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. Social Science & Medicine 2006;62:1486-97. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.001>.
- Dike CC, Briz L, Fadus M, Martinez R, May C, Milone R, et al. Religion, Spirituality, and Ethics in Psychiatric Practice. J Nerv Ment Dis 2022. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001505>.
- Guidelines Regarding Possible Conflict Between Psychiatrists' Religious Commitments and Psychiatric Practice. AJP 1990;147:542-542. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.4.542>.
- Cook CCH. Recommendations for Psychiatrists on Spirituality and Religion 2013. Disponível em: <https://durham-repository.worktribe.com/output/1608194> **FREE**

## Referências Bibliográficas (Continuação)

FREE = Artigo disponível na íntegra, gratuitamente.

13. Utsch M, Anderssen-Reuster U, Frick E, Gross W, Murken S, Schouler-Ocak M, et al. Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie: Positionspapier der DGPPN. *Spiritual Care* 2017;6:141–6. <https://doi.org/10.1515/spircare-2016-0220>. **FREE**
14. Mosqueiro BP, Costa MDA, Caribé AC, Oliveira E Oliveira FHA, Pizutti L, Zimpel RR, et al. Brazilian Psychiatric Association guidelines on the integration of spirituality into mental health clinical practice: Part 1. Spiritual history and differential diagnosis. *Brazilian Journal of Psychiatry* 2023. <https://doi.org/10.47626/1516-4446-2023-3056>.
15. Menegatti-Chequini MC, Gonçalves JPB, Leão FC, Peres MFP, Vallada H. A preliminary survey on the religious profile of Brazilian psychiatrists and their approach to patients' religiosity in clinical practice. *BJPsych Open* 2016;2:346–52. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.116.002816>. **FREE**
16. Menegatti-Chequini MC, Loch AA, Leão FC, Peres MFP, Vallada H. Patterns of religiosity and spirituality of psychiatrists in Brazil and the implications for clinical practice: a latent profile analysis. *BMC Psychiatry* 2020;20:546. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02929-x>. **FREE**
17. Frick E. Charting Spiritual Care: Psychiatric and Psychotherapeutic Aspects. In: Peng-Keller S, Neuhold D, editors. *Charting Spiritual Care*, Cham: Springer International Publishing; 2020, p. 171–80. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-47070-8\\_10](https://doi.org/10.1007/978-3-030-47070-8_10).
18. Lam RW, Kennedy SH, Adams C, Bahji A, Beaulieu S, Bhat V, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults: Réseau canadien pour les traitements de l'humeur et de l'anxiété (CANMAT) 2023 : Mise à jour des lignes directrices cliniques pour la prise en charge du trouble dépressif majeur chez les adultes. *Can J Psychiatry* 2024;69:641–87. <https://doi.org/10.1177/07067437241245384>. **FREE**
19. Marques A, Ihle A, Souza A, Peralta M, De Matos MG. Religious-based interventions for depression: A systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Journal of Affective Disorders* 2022;309:289–96. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.126>.
20. Serf H, Gulbahar Eren M, Meşe Tunç A, Üçgül K, Çevirne A. Effectiveness of spiritual and religious interventions in patients with cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Health Psychology* 2025;44:87–100. <https://doi.org/10.1037/hea0001415>.
21. Coelho-Júnior HJ, Calvani R, Panza F, Allegri RF, Picca A, Marzetti E, et al. Religiosity/Spirituality and Mental Health in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Front Med* 2022;9:877213. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.877213>. **FREE**
22. Aggarwal S, Wright J, Morgan A, Patton G, Reavley N. Religiosity and spirituality in the prevention and management of depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2023;23:729. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05091-2>. **FREE**
23. Webb J, Boye C. Self-Forgiveness and Self-Condensation in the Context of Addictive Behavior and Suicidal Behavior. *SAR* 2024; Volume 15:21–30. <https://doi.org/10.2147/SAR.S396964>. **FREE**
24. Goodwill JR, Hope MO. Religion and Suicide in Black Emerging Adults: Examining Pathways Through Hope and Meaning in Life. *J Youth Adolescence* 2024;53:1119–33. <https://doi.org/10.1007/s10964-023-01930-3>.
25. Van Den Brink B, Roodnat R, Rippe RCA, Cherniak AD, Van Lieshout K, Helder SG, et al. Religiosity, Spirituality, Meaning-Making, and Suicidality in Psychiatric Patients and Suicide Attempters: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Harv Rev Psychiatry* 2024;32:195–206. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000409>.
26. Beraldo L, Gil F, Ventriglio A, De Andrade AG, Da Silva AG, Torales J, et al. Spirituality, Religiosity and Addiction Recovery: Current Perspectives. *CDRR* 2019;11:26–32. <https://doi.org/10.2174/1874473711666180612075954>.
27. Volenik A. *Spiritual Principles of Alcoholics Anonymous*. *Psychiatr Danub* 2021;33:974–80. PMID: 35026830.
28. De Andrade VO, Monteiro BMM, De Souza VCRP, De Souza JCRP. A Systematic Review of Interventions Based on Judeo-Christian Principles for Patients with Substance Dependence. *J Relig Health* 2023;62:4316–33. <https://doi.org/10.1007/s10943-023-01830-7>.
29. Brito MA, Amad A, Rolland B, Geoffroy PA, Peyre H, Roelandt J-L, et al. Religiosity and prevalence of suicide, psychiatric disorders and psychotic symptoms in the French general population. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2021;271:1547–57. <https://doi.org/10.1007/s00406-021-01233-3>. **FREE**
30. Fares R, Rabil J-M, Haddad C, Helwe S, Khalil J, Kasrine Al Halabi C, et al. Religious hallucinations in Lebanese patients with schizophrenia and their association with religious coping. *BMC Res Notes* 2023;16:27. <https://doi.org/10.1186/s13104-023-06296-0>. **FREE**
31. Rakesh K, Arvind S, Dutt BP, Mamta B, Bhavneesh S, Kavita M, et al. The Role of Religiosity and Guilt in Symptomatology and Outcome of Obsessive Compulsive Disorder. *Psychopharmacol Bull* 2021;51:38–49. PMID: 34421143. PMID: PMC8374933.
32. Ayoub WAR, Dib El Jalbout J, Maalouf N, Ayache SS, Chalah MA, Abdel Rassoul R. Obsessive-Compulsive Disorder with a Religious Focus: An Observational Study. *JCM* 2024;13:7575. <https://doi.org/10.3390/jcm13247575>. **FREE**
33. Stroppa A, Colugnati FA, Koenig HG, Moreira-Almeida A. Religiosity, depression, and quality of life in bipolar disorder: a two-year prospective study. *Rev Bras Psiquiatr* 2018;40:238–43. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2365>. **FREE**
34. Jackson DC, McLawhorn DE, Slutzky AR, Glatf SJ, Daly RW. Bipolar Disorder, Religion, and Spirituality: A Scoping Review. *J Relig Health* 2022;61:3589–614. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01502-y>.
35. O'Garro K-GN, Koenig HG. Spiritually Integrated Cognitive Processing Therapy for Moral Injury in the Setting of PTSD: Initial Evidence of Therapeutic Efficacy. *J Nerv Ment Dis* 2023;211:656–63. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001686>.
36. Pearce M, Haynes K, Rivera NR, Koenig HG. Spiritually Integrated Cognitive Processing Therapy: A New Treatment for Post-traumatic Stress Disorder That Targets Moral Injury. *Glob Adv Health Med* 2018;7:2164956118759939. <https://doi.org/10.1177/2164956118759939>. **FREE**
37. Mitra B, Archer D, Hurst J, Lycett D. The Role of Religion, Spirituality and Social Media in the Journey of Eating Disorders: A Qualitative Exploration of Participants in the “TastelifeUK” Eating Disorder Recovery Programme. *J Relig Health* 2023;62:4451–77. <https://doi.org/10.1007/s10943-023-01861-0>. **FREE**
38. Phillips J, El-Gabalawi F, Fallon BA, Majeed S, Merlino JP, Nields JA, et al. Religion and Psychiatry in the Age of Neuroscience. *J Nerv Ment Dis* 2020;208:517–23. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001149>.
39. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Rev Bras Psiquiatr* 2014;36:176–82. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1255>. **FREE**
40. Peteeet JR, Peteeet JR, VanderWeele TJ. *Handbook of religion and health*. Third edition. New York, NY, United States of America: Oxford University Press; 2024.
41. Davis EB, Worthington EL, Schnitker SA, editors. *Handbook of Positive Psychology, Religion, and Spirituality*. Cham: Springer International Publishing; 2023. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-10274-5>. **FREE**
42. University Hospital Centre Zagreb, Department of Psychiatry, Zagreb, Croatia, Jakovljevic M. RESILIENCE, PSYCHIATRY AND RELIGION FROM PUBLIC AND GLOBAL MENTAL HEALTH PERSPECTIVE Dialogue and Cooperation in the Search for Humanistic Self, Compassionate Society and Empathic Civilization. *Psychiatr Danub* 2017;29:238–44. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-10274-5>.

## Referências Bibliográficas (Continuação)

FREE = Artigo disponível na íntegra, gratuitamente.

- doi.org/10.24869/psyd.2017.238.
43. Peteet JR, Zaben FA, Koenig HG. Integrating spirituality into the care of older adults. *International Psychogeriatrics* 2019;31:31–8. <https://doi.org/10.1017/S1041610218000716>.
  44. Rego F, Pereira C, Rego G, Nunes R. The Psychological and Spiritual Dimensions of Palliative Care: A Descriptive Systematic Review. *Neuropsychiatry* 2018;08. <https://doi.org/10.4172/Neuropsychiatry.1000370>. **FREE**
  45. Goldfarb M, De Hert M, Detraux J, Di Palo K, Munir H, Music S, et al. Severe Mental Illness and Cardiovascular Disease. *Journal of the American College of Cardiology* 2022;80:918–33. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.06.017>. **FREE**
  46. Nielsen RE, Banner J, Jensen SE. Cardiovascular disease in patients with severe mental illness. *Nat Rev Cardiol* 2021;18:136–45. <https://doi.org/10.1038/s41569-020-00463-7>.
  47. Cabral SDMR, Santos MMD. Cardiovascular Risk and Metabolic Syndrome in Individuals with Mental Disorders. *International Journal of Cardiovascular Sciences* 2019. <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20190027>. **FREE**
  48. Parlati ALM, Nardi E, Basile C, Paolillo S, Marzano F, Chirico A, et al. Cardiovascular disease and psychiatric disorders: An up-to date review. *Journal of Public Health Research* 2024;13:22799036241278817. <https://doi.org/10.1177/22799036241278817>. **FREE**
  49. Pinheiro MLSP, Tonaco LAB, Felisbino-Mendes MS, Velásquez-Meléndez JG, Malta DC, Moreira AD. Association between cardiovascular health and self-reported depression: 2019 National Health Survey. *Ciênc Saúde Coletiva* 2025;30:e08822023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232025304.08822023en>.
  50. Simão T, Caldeira S, De Carvalho E. The Effect of Prayer on Patients' Health: Systematic Literature Review. *Religions* 2016;7:11. <https://doi.org/10.3390/rel7010011>. **FREE**
  51. Froese P, Jones R. The Sociology of Prayer: Dimensions and Mechanisms. *Social Sciences* 2021;10:15. <https://doi.org/10.3390/socsci10010015>. **FREE**
  52. Hollywell C, Walker J. Private prayer as a suitable intervention for hospitalised patients: a critical review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 2009;18:637–51. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02510.x>.
  53. Jantos M, Kiat H. Prayer as medicine: how much have we learned? *Medical Journal of Australia* 2007;186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01041.x>.
  54. Newman DB, Nezek JB, Thrash TM. The dynamics of prayer in daily life and implications for well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 2023;124:1299–313. <https://doi.org/10.1037/pspp0000454>.
  55. Klitzman R. Typologies and Meanings of Prayer Among Patients. *J Relig Health* 2022;61:1300–17. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01220-x>.
  56. Ly AL, Saide AR, Richert RA. Perceptions of the Efficacy of Prayer and Conventional Medicine for Health Concerns. *J Relig Health* 2020;59:1–18. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0704-1>.
  57. Upenieks L. Unpacking the Relationship Between Prayer and Anxiety: A Consideration of Prayer Types and Expectations in the United States. *J Relig Health* 2023;62:1810–31. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01708-0>.
  58. Krucoff MW, Crater SW, Lee KL. From efficacy to safety concerns: A STEP forward or a step back for clinical research and intercessory prayer? *American Heart Journal* 2006;151:762–4. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2005.06.031>.
  59. Klitzman R. Doctor, Will You Pray for Me? Responding to Patients' Religious and Spiritual Concerns. *Academic Medicine* 2021;96:349–54. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003765>.
  60. Jors K, Büssing A, Hvidt NC, Baumann K. Personal Prayer in Patients Dealing with Chronic Illness: A Review of the Research Literature. *Evid.-Based Comp. Alt. Medicine* 2015;2015:1–12. <https://doi.org/10.1155/2015/927973>. **FREE**
  61. Smither JW, Walker AG. The Relationship between Core Self-Evaluations, Views of God, and Intrinsic/Extrinsic Religious Motivation. *Psychol Rep* 2015;116:647–62. <https://doi.org/10.2466/17.07.PRO.116k24w2>.
  62. Zimmer Z, Jagger C, Chiu C-T, Ofstedal MB, Rojo F, Saito Y. Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM - Population Health* 2016;2:373–81. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.04.009>. **FREE**
  63. Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious Coping Methods as Predictors of Psychological, Physical and Spiritual Outcomes among Medically Ill Elderly Patients: A Two-year Longitudinal Study. *J Health Psychol* 2004;9:713–30. <https://doi.org/10.1177/1359105304045366>. **FREE**
  64. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol* 2000;56:519–43. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200004\)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1).
  65. Johnson KA. God... Karma, Jinn, spirits, and other metaphysical forces. *Current Opinion in Psychology* 2021;40:10–4. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.08.001>.
  66. Vail KE, Arndt J, Abdollahi A. Exploring the Existential Function of Religion and Supernatural Agent Beliefs Among Christians, Muslims, Atheists, and Agnostics. *Pers Soc Psychol Bull* 2012;38:1288–300. <https://doi.org/10.1177/0146167212449361>.
  67. Riggio HR, Uhalt J, Matthies BK. Unanswered Prayers: Religiosity and the God-Serving Bias. *The Journal of Social Psychology* 2014;154:491–514. <https://doi.org/10.1080/00224545.2014.953024>.
  68. Parenteau SC, Hurd K, Wu H, Feck C. Attachment to God and Psychological Adjustment: God's Responses and Our Coping Strategies. *J Relig Health* 2019;58:1286–306. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00765-2>.
  69. Benson H, Dusek JA, Sherwood JB, Lam P, Bethea CF, Carpenter W, et al. Study of the Therapeutic Effects of Intercessory Prayer (STEP) in cardiac bypass patients: A multicenter randomized trial of uncertainty and certainty of receiving intercessory prayer. *American Heart Journal* 2006;151:934–42. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2005.05.028>.
  70. Dein S, Brown CG. Prayers for Sickness: What do people pray for and how do they deal with unanswered prayer? *F1000Res* 2024;13:156. <https://doi.org/10.12688/f1000research.145194.2>.
  71. Movahedimoghdam F, Naderi N, Shabani F, Fathollahi MS. Effect of Spiritual Care Program on Resilience in Patients with Heart Failure: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2022;27:266–73. [https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr\\_61\\_21](https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_61_21).
  72. Brasileiro TOZ, Prado AADO, Assis BBD, Nogueira DA, Lima RS, Chaves EDCL. Effects of prayer on the vital signs of patients with chronic kidney disease: randomized controlled trial. *Rev Esc Enferm USP* 2017;51. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016024603236>. **FREE**
  73. Brewer LC, Bowie J, Slusser JP, Scott CG, Cooper LA, Hayes SN, et al. Religiosity/Spirituality and Cardiovascular Health: AHA Life's Simple 7 in African Americans of the Jackson Heart Study. *JAHA* 2022;11:e024974. <https://doi.org/10.1161/JAHA.121.024974>. **FREE**
  74. Christopoulou E, Pavlopoulos V. A Review on Meditation: History, Transcendental Dimensions and Application in Psychology and Psychotherapy. *J Contemp Psychother* 2025. <https://doi.org/10.1007/s10879-025-09663-z>. **FREE**
  75. Farias M, Brazier D, Lalljee M, editors. *The Oxford Handbook of Meditation*. 1st ed. Oxford University Press; 2021. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198808640.001.0001>.
  76. Levine GN, Lange RA, BaireyMerz CN, Davidson RJ, Jamerson K, Mehta PK, et al. Meditation and Cardiovascular Risk Reduction: A Scientific Statement From the American Heart Association. *JAHA* 2017;6:e002218. <https://doi.org/10.1161/JAHA.117.002218>. **FREE**
  77. Cardoso R, De Souza E, Camano L, Roberto Leite J. Meditation in health: an operational definition. *Brain Research Protocols* 2004;14:58–60. <https://doi.org/10.1016/j.brainresprot.2004.09.002>.

## Referências Bibliográficas (Continuação)

FREE = Artigo disponível na íntegra, gratuitamente.

78. Cahn BR, Polich J. Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychological Bulletin* 2006;132:180–211. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.2.180>.
79. Thomas JW, Cohen M. A Methodological Review of Meditation Research. *Front Psychiatry* 2014;5. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00074>. **FREE**
80. Schlechta Portella CF, Ghelman R, Abdala V, Schweitzer MC, Afonso RF. Meditation: Evidence Map of Systematic Reviews. *Front Public Health* 2021;9:742715. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.742715>. **FREE**
81. Mapa de Evidências efetividade clínica das práticas integrativas e complementares para Doenças Cardiovasculares. Internet]. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS; junho 2022. Disponível: <https://mtci.bvsalud.org/pt/mapa-de-evidencias-terapias-complementares-e-integrativas-para-doencas-cardiovasculares/>.
82. Instituto de Saúde de São Paulo/Fiocruz Brasília/Instituto Veredas. Mapa de Evidências sobre Meditação e Mindfulness. Online]. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS; março 2021. Disponível: <https://mtci.bvsalud.org/pt/mapa-de-evidencias-sobre-meditacao-e-mindfulness/>.
83. Prêcoma DB, Oliveira GMM de, Simão AF, Dutra OP, Coelho-Filho OR, Izar MC de O, et al. Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2019. <https://doi.org/10.5935/abc.20190204>. **FREE**
84. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa AD de M, et al. Brazilian Guidelines of Hypertension - 2020. *Arq Bras Cardiol* 2021;116:516–658. <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>. **FREE**
85. Jamil A, Gutlapalli SD, Ali M, Oble MJP, Sonia SN, George S, et al. Meditation and Its Mental and Physical Health Benefits in 2023. *Cureus* 2023. <https://doi.org/10.7759/cureus.40650>.
86. Donelli Da Silveira A, Stein R. Terapias Alternativas com Base em Evidências que “Tocam o Coração”. *ABC Cardiol* 2019. <https://doi.org/10.36660/abc.20190719>. **FREE**
87. Saide OL, Albuquerque ECD, Vianna TCADSF. A meditação como técnica complementar no tratamento dos quadros ansiosos. *Debates Em Psiquiatria* 2017;7:44–9. <https://doi.org/10.25118/2236-918X-7-4-5>. **FREE**
88. Kwekkeboom KL, Bratzke LC. A Systematic Review of Relaxation, Meditation, and Guided Imagery Strategies for Symptom Management in Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs* 2016;31:457–68. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000274>.
89. Viveiros J, Chamberlain B, O’Hare A, Sethares KA. Meditation interventions among heart failure patients: An integrative review. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2019;18:720–8. <https://doi.org/10.1177/1474515119863181>.
90. Schneider RH, Grim CE, Rainforth MV, Kotchen T, Nidich SI, Gaylord-King C, et al. Stress Reduction in the Secondary Prevention of Cardiovascular Disease: Randomized, Controlled Trial of Transcendental Meditation and Health Education in Blacks. *Cardiovasc Quality and Outcomes* 2012;5:750–8. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.112.967406>. **FREE**
91. Gibson JE. Meditation and interoception: a conceptual framework for the narrative and experiential self. *Front Psychol* 2024;15:1393969. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1393969>.
92. Karl JA, Johnson FN, Bucci L, Fischer R. In search of mindfulness: a review and reconsideration of cultural dynamics from a cognitive perspective. *Journal of the Royal Society of New Zealand* 2022;52:168–91. <https://doi.org/10.1080/03036758.2021.1915804>.
93. Anālaya B. Adding historical depth to definitions of mindfulness. *Current Opinion in Psychology* 2019;28:11–4. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.09.013>.
94. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry* 1982;4:33–47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3).
95. Kopel J, Habermas GR. Neural Buddhism and Christian mindfulness in medicine. *Baylor University Medical Center Proceedings* 2019;32:308–10. <https://doi.org/10.1080/08998280.2019.1581525>. **FREE**
96. Azevedo MLD, Dutra-Thomé L, Menezes CB. Entendimento de Psicólogos Clínicos Brasileiros Sobre Mindfulness. *Psicol Cienc Prof* 2024;44:e260183. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003260183>.
97. Nicolaidis E, Delli E, Livanos N, Tampakis K, Vlahakis G. Science and Orthodox Christianity: An Overview. *Isis* 2016;107:542–66. <https://doi.org/10.1086/688704>. **FREE**
98. Lăcătuș A-N. Meditation and Hesychasm - a Transdisciplinary Approach. *LUMENPHS* 2020;8:105–12. <https://doi.org/10.18662/lumenphs/8.2/48>. **FREE**
99. Levit-Binnun N, Arbel K, Dorjee D. The Mindfulness Map: A Practical Classification Framework of Mindfulness Practices, Associated Intentions, and Experiential Understandings. *Front Psychol* 2021;12:727857. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.727857>. **FREE**
100. Valluri J, Gorton K, Schmer C. Global Meditation Practices: A Literature Review. *Holistic Nursing Practice* 2024;38:32–40. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000626>.
101. Gibson J. Mindfulness, Interoception, and the Body: A Contemporary Perspective. *Front Psychol* 2019;10:2012. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02012>. **FREE**
102. Park S, Sato Y, Takita Y, Tamura N, Ninomiya A, Kosugi T, et al. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Psychological Distress, Fear of Cancer Recurrence, Fatigue, Spiritual Well-Being, and Quality of Life in Patients With Breast Cancer—A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management* 2020;60:381–9. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.02.017>. **FREE**
103. Simkin DR, Black NB. Meditation and Mindfulness in Clinical Practice. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2014;23:487–534. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.03.002>.
104. Treves IN, Tello LY, Davidson RJ, Goldberg SB. The relationship between mindfulness and objective measures of body awareness: A meta-analysis. *Sci Rep* 2019;9:17386. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-53978-6>. **FREE**
105. Stephen AE, Mehta DH. Mindfulness in Surgery. *American Journal of Lifestyle Medicine* 2019;13:552–5. <https://doi.org/10.1177/1559827619870474>.
106. McConville J, McAleer R, Hahne A. The Effect of Mindfulness Training on Psychological Well-Being, Learning and Clinical Performance of Health Professional Students: A Systematic Review of Randomized and Non-randomized Controlled Trials. *EXPLORE* 2017;13:26–45. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2016.10.002>.
107. Epstein R. *Attending: medicine, mindfulness, and humanity*. New York: Scribner; 2017.
108. Schuman-Olivier Z, Trombka M, Lovas DA, Brewer JA, Vago DR, Gawande R, et al. Mindfulness and Behavior Change. *Harv Rev Psychiatry* 2020;28:371–94. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000277>.
109. Penberthy JK, König A, Gioia CJ, Rodríguez VM, Starr JA, Meese W, et al. Mindfulness-Based Relapse Prevention: History, Mechanisms of Action, and Effects. *Mindfulness* 2015;6:151–8. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0239-1>.
110. Grant S, Colaiaco B, Motala A, Shanman R, Booth M, Sorbero M, et al. Mindfulness-based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Addict Med* 2017;11:386–96. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000338>. **FREE**
111. Ramadas E, Lima MPD, Caetano T, Lopes J, Dixe MDA. Effectiveness of Mindfulness-Based Relapse Prevention in Individuals with Substance Use Disorders: A Systematic Review. *Behavioral Sciences* 2021;11:133. <https://doi.org/10.3390/bs1100133>.
112. Konstantinou P, Ioannou M, Melanthiou D, Georgiou K, Almas I, Gloster AT, et al. The impact of acceptance and commitment therapy (ACT) on quality of life and symptom improvement among chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2023;29:240–53. <https://doi.org/10.1016/j.cbs.2023.05.001>.

## Referências Bibliográficas (Continuação)

FREE = Artigo disponível na íntegra, gratuitamente.

- jcbs.2023.08.004.
113. Levin ME, Krafft J, Twhig MP. An Overview of Research on Acceptance and Commitment Therapy. *Psychiatric Clinics of North America* 2024;47:419–31. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.02.007>.
  114. Rizvi SL, Bitran AM, Oshin LA, Yin Q, Ruork AK. The State of the Science: Dialectical Behavior Therapy. *Behavior Therapy* 2024;55:1233–48. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.02.006>.
  115. Jones BDM, Umer M, Kiftur ME, Finkelstein O, Xue S, Dimick MK, et al. A systematic review on the effectiveness of dialectical behavior therapy for improving mood symptoms in bipolar disorders. *Int J Bipolar Disord* 2023;11:6. <https://doi.org/10.1186/s40345-023-00288-6>. **FREE**
  116. Frostadottir AD, Dorjee D. Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion, and Rumination in Clients With Depression, Anxiety, and Stress. *Front Psychol* 2019;10:1099. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01099>. **FREE**
  117. Tickell A, Ball S, Bernard P, Kuyken W, Marx R, Pack S, et al. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in Real-World Healthcare Services. *Mindfulness* 2020;11:279–90. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1087-9>. **FREE**
  118. Niazi A, Niazi S. Mindfulness-based stress reduction: A non-pharmacological approach for chronic illnesses. *North Am J Med Sci* 2011;3:20. <https://doi.org/10.4297/najms.2011.320>.
  119. Praissman S. Mindfulness-based stress reduction: A literature review and clinician's guide. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2008;20:212–6. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00306.x>.
  120. Zhang D, Lee EKP, Mak ECW, Ho CY, Wong SYS. Mindfulness-based interventions: an overall review. *British Medical Bulletin* 2021;138:41–57. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldab005>.
  121. Yavuz Sercekman M. Exploring the sustained impact of the Mindfulness-Based Stress Reduction program: a thematic analysis. *Front Psychol* 2024;15:1347336. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1347336>. **FREE**
  122. Zergani MJ, Taghdisi MH, Seirafi M, Malihialzackerin S, Kojidi HT. Mindfulness-based eating awareness training versus itself plus implementation intention model: a randomized clinical trial. *Eat Weight Disord* 2024;29:53. <https://doi.org/10.1007/s40519-024-01677-1>. **FREE**
  123. Findik E, Yılmaz Sezer N, Aker MN, Badur D. The effects of the Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Program (MBCP) on prenatal attachment, depression, stress, and anxiety in pregnant women: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders* 2025;376:341–6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.02.030>.
  124. Kwok G, Sharma A, Mandato I, Devine KA. Feasibility and Acceptability of a Meditation Mobile App Intervention for Adolescent and Young Adult Survivors of Childhood Cancer. *IJERPH* 2024;21:584. <https://doi.org/10.3390/ijerph21050584>. **FREE**
  125. Taylor H, Cavanagh K, Field AP, Strauss C. Health Care Workers' Need for Headspace: Findings From a Multisite Definitive Randomized Controlled Trial of an Unguided Digital Mindfulness-Based Self-help App to Reduce Healthcare Worker Stress. *JMIR Mhealth Uhealth* 2022;10:e31744. <https://doi.org/10.2196/31744>. **FREE**
  126. Huberty J, Green J, Glissmann C, Larkey L, Puzia M, Lee C. Efficacy of the Mindfulness Meditation Mobile App “Calm” to Reduce Stress Among College Students: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth* 2019;7:e14273. <https://doi.org/10.2196/14273>. **FREE**
  127. Silva Gherardi-Donato ECD, De Moraes VS, Esper LH, Guidorizzi Zanetti AC, Fátima Fernandes MND. Mindfulness Measurement Instruments: A Systematic Review. *Int J Psychiatr Res* 2020;3. <https://doi.org/10.33425/2641-4317.1066>.
  128. Park T, Reilly-Spong M, Gross CR. Mindfulness: a systematic review of instruments to measure an emergent patient-reported outcome (PRO). *Qual Life Res* 2013;22:2639–59. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0395-8>.
  129. Caletti E, Pagliari C, Vai B, Delvecchio G, Brambilla P. Which are the best questionnaires to longitudinally evaluate mindfulness skills in personality disorders? *Journal of Affective Disorders* 2020;277:169–74. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.009>.
  130. Burgess DJ, Calvert C, Bangertner A, Branson M, Cross LJS, Evans R, et al. Do mindfulness interventions cause harm? Findings from the Learning to Apply Mindfulness to Pain (LAMP) Pragmatic Clinical Trial. *Pain Medicine* 2024;25:S68–76. <https://doi.org/10.1093/pm/pnae056>.
  131. Binda DD, Greco CM, Morone NE. What Are Adverse Events in Mindfulness Meditation? *Glob Adv Health Med* 2022;11:2164957X221096640. <https://doi.org/10.1177/2164957X221096640>. **FREE**
  132. Creswell JD. Mindfulness Interventions. *Annu Rev Psychol* 2017;68:491–516. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>. **FREE**
  133. Azevedo MLD, Xavier MC, Menezes CB. Conhecimento, Recomendação e Uso de Mindfulness por Psicólogos Clínicos Brasileiros. *Psicol Cienc Prof* 2022;42:e237527. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003237527>.
  134. Malinowski P. Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation. *Front Neurosci* 2013;7. <https://doi.org/10.3389/fnins.2013.00008>. **FREE**
  135. Crane RS, Brewer J, Feldman C, Kabat-Zinn J, Santorelli S, Williams JMG, et al. What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychol Med* 2017;47:990–9. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003317>. **FREE**
  136. Black DS, Slavich GM. Mindfulness meditation and the immune system: a systematic review of randomized controlled trials. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2016;1373:13–24. <https://doi.org/10.1111/nyas.12998>. **FREE**
  137. Abdul Manan H, Mir IA, Humayra S, Tee RY, Vasu DT. Effect of mindfulness-based interventions on anxiety, depression, and stress in patients with coronary artery disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Psychol* 2024;15:1435243. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1435243>. **FREE**
  138. Taberero C, Gutiérrez-Domingo T, Steca P, Castillo-Mayén R, Cuadrado E, Rubio SJ, et al. Effectiveness of Mindfulness and Positive Strengthening mHealth Interventions for the Promotion of Subjective Emotional Wellbeing and Management of Self-Efficacy for Chronic Cardiac Diseases. *JPM* 2022;12:1953. <https://doi.org/10.3390/jpm12121953>. **FREE**
  139. Marino F, Failla C, Carrozza C, Ciminata M, Chilà P, Minutoli R, et al. Mindfulness-Based Interventions for Physical and Psychological Wellbeing in Cardiovascular Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Brain Sciences* 2021;11:727. <https://doi.org/10.3390/brainsci11060727>. **FREE**
  140. Nardi WR, Harrison A, Saadeh FB, Webb J, Wentz AE, Loucks EB. Mindfulness and cardiovascular health: Qualitative findings on mechanisms from the mindfulness-based blood pressure reduction (MB-BP) study. *PLoS ONE* 2020;15:e0239533. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239533>. **FREE**
  141. Loucks EB, Schuman-Olivier Z, Britton WB, Fresco DM, Desbordes G, Brewer JA, et al. Mindfulness and Cardiovascular Disease Risk: State of the Evidence, Plausible Mechanisms, and Theoretical Framework. *Curr Cardiol Rep* 2015;17:112. <https://doi.org/10.1007/s11886-015-0668-7>. **FREE**
  142. Cavalcante VN, Mesquita ET, Cavalcanti ACD, Miranda JSDS, Jardim PP, Bandeira GMDS, et al. Impacto de um Programa de Redução do Estresse, Meditação e Mindfulness em Pacientes com Insuficiência Cardíaca Crônica: Um Ensaio Clínico Randomizado. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2023;120:e20220768. <https://doi.org/10.36660/abc.20220768>. **FREE**
  143. Scott-Sheldon LAJ, Gathright EC, Donahue ML, Balletto B, Feulner MM, DeCosta J, et al. Mindfulness-Based Interventions for Adults with Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of Behavioral Medicine* 2020;54:67–73. <https://doi.org/10.1093/abm/kaz020>. **FREE**
  144. Shi L, Zhang D, Wang L, Zhuang J, Cook R, Chen L. Meditation and blood pressure: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Journal of Hypertension* 2017;35:696–706. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001217>.