



**EBSERH**  
HOSPIITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA  
RESIDÊNCIA EM PSIQUIATRIA**

**VALQUÍRIA ALVES SOUZA**

**IMPACTO DE INTERVENÇÕES RELIGIOSAS NA MELHORIA CLÍNICA DE  
PACIENTES COM SINTOMAS DEPRESSIVOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E  
METANÁLISE**

**UBERLÂNDIA  
2025**

VALQUÍRIA ALVES SOUZA

**IMPACTO DE INTERVENÇÕES RELIGIOSAS NA MELHORIA CLÍNICA DE  
PACIENTES COM SINTOMAS DEPRESSIVOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E  
METANÁLISE**

Trabalho de conclusão de Residência Médica apresentado ao Programa de Residência da Universidade Federal de Uberlândia. Como exigência parcial, para obtenção do título de especialista em médico psiquiatra

Prof. Dra. Luana Araújo Macedo Scalia

UBERLÂNDIA - MG 2025



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE MEDICINA



## ATA

Às 20 horas do dia 15 de janeiro de 2026, de forma online no GoogleMeet, reuniu-se em sessão pública, a Banca Examinadora de defesa do Trabalho de Conclusão de Residência Médica (TCRM) intitulado como “IMPACTO DE INTERVENÇÕES RELIGIOSAS NA MELHORIA CLÍNICA DE PACIENTES COM SINTOMAS DEPRESSIVOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE” de autoria do(a) residente: **Valquíria Alves Souza**.

A Banca examinadora foi composta por:

- 1) Luana Araújo Macedo Scalia - Orientadora
- 2) Luan Souza Vieira
- 3) Luiz Márcio Lima

Dando início aos trabalhos, o(a) presidente concedeu a palavra ao(a) residente para exposição de seu trabalho por 25 (vinte e cinco) minutos, mais ou menos 5 (cinco) minutos. A seguir, o(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(as) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) residente por, no máximo, 15 minutos cada. Terminada a arguição que se desenvolveu dentro dos termos regulamentares, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final de **10 pontos**, considerando o(a) residente **Aprovada**.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista, conforme determina a RESOLUÇÃO CONFAMED Nº 45, DE 16 DE ABRIL DE 2024.

O Certificado de Conclusão de Residência Médica será expedido após o cumprimento dos demais requisitos, conforme a legislação vigente da CNRM e normas da COREME-UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que, após lida e considerada em conformidade, foi assinada pela Banca Examinadora.

Assinaturas:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

## RESUMO

**Introdução:** Intervenções religiosas têm sido propostas como estratégias culturalmente adaptadas para o manejo da depressão em adultos. No entanto, a evidência disponível permanece heterogênea, dificultando conclusões consistentes sobre sua eficácia clínica. **Objetivos:** Avaliar o impacto de intervenções religiosas na redução de sintomas depressivos em adultos. **Método:** foram incluídos ensaios clínicos randomizados que investigaram intervenções religiosas em adultos com sintomas depressivos. Foram excluídos estudos observacionais, relatos de caso, revisões, ensaios com intervenções de espiritualidade sem referência religiosa explícita, estudos conduzidos em populações com doenças graves e/ou crônicas, bem como amostras predominantemente compostas por outros transtornos mentais (psicoses, transtornos por uso de substâncias, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos alimentares). As buscas foram realizadas nas bases PubMed/MEDLINE, Embase e Cochrane Library, com atualização até 13 de maio de 2025. O risco de viés foi avaliado por meio da ferramenta RoB 2, considerando os domínios de randomização, desvios das intervenções pretendidas, dados de desfecho ausentes, mensuração do desfecho e relato seletivo. A síntese dos dados combinou análise descritiva e metanálise, utilizando modelo de efeitos aleatórios (DerSimonian–Laird) e a diferença média padronizada (SMD) como medida de efeito. **Resultados:** Foram incluídos 10 ensaios clínicos randomizados, totalizando 531 participantes. As intervenções religiosas consistiram predominantemente em psicoterapias com incorporação explícita de elementos religiosos, incluindo práticas litúrgicas como oração e recitação. A metanálise demonstrou um efeito global estatisticamente significativo em favor das intervenções religiosas ( $SMD = -1,20$ ;  $IC95\% -1,84$  a  $-0,56$ ;  $p < 0,05$ ), com elevada heterogeneidade entre os estudos ( $I^2 = 90\%$ ). O risco de viés foi classificado como de algumas preocupações a alto em múltiplos domínios, especialmente nos domínios de mensuração dos desfechos e dados de desfecho ausentes. Apesar das limitações metodológicas, o conjunto das evidências sugere que intervenções religiosas podem reduzir sintomas depressivos em adultos, particularmente quando culturalmente congruentes e comparadas a cuidados usuais ou controles passivos. O grau de certeza da evidência foi classificado como moderado, de acordo com o sistema GRADE. **Conclusões:** Intervenções religiosas mostraram efeito benéfico na redução de sintomas depressivos em adultos. Contudo, a heterogeneidade dos estudos e limitações metodológicas indicam a necessidade de ensaios maiores, e padronizados para ampliar os resultados encontrados nessa revisão e metanálise. Registro no PROSPERO: CRD420251168272.

**Palavras-chave:** Intervenções religiosas. Pacientes com sintomas depressivos. Revisão sistemática e metanálise.

**Abstract:** Abstract: Introduction: Religious interventions have been proposed as culturally adapted strategies for managing depression in adults. However, the available evidence remains heterogeneous, making it difficult to draw consistent conclusions about their clinical effectiveness. Objectives: To evaluate the impact of religious interventions on reducing depressive symptoms in adults.. **Methods:** Randomized controlled trials investigating religious interventions in adults with depressive symptoms were included. Observational studies, case reports, reviews, trials with spirituality interventions without explicit religious reference, studies conducted in populations with serious and/or chronic illnesses, as well as samples predominantly composed of other mental disorders (psychoses, substance use disorders, post-traumatic stress disorder, obsessive-compulsive disorder, and eating disorders) were excluded. The searches were conducted in the PubMed/MEDLINE, Embase, and Cochrane Library databases, updated until May 13, 2025. The risk of bias was assessed using the RoB 2 considering the domains of randomization, deviations from intended interventions, missing outcome data, outcome measurement, and selective reporting. Data synthesis combined descriptive analysis and meta-analysis, using a random-effects model (DerSimonian–Laird) and the standardized mean difference (SMD) as a measure of effect. **Results:** Ten randomized controlled trials were included, totaling 531 participants. Religious interventions consisted predominantly of psychotherapies with explicit incorporation of religious elements, including liturgical practices such as prayer and recitation. Meta-analysis demonstrated a statistically significant overall effect in favor of religious interventions ( $SMD = -1.20$ ; 95% CI -1.84 to -0.56;  $p < 0.05$ ), with high heterogeneity among studies ( $I^2 = 90\%$ ). The risk of bias was classified as some concern to high in multiple domains, especially in the domains of outcome measurement and missing outcome data. Despite methodological limitations, the body of evidence suggests that religious interventions can reduce depressive symptoms in adults, particularly when culturally congruent and compared to usual care or passive controls. The degree of certainty of the evidence was classified as moderate, according to the GRADE system. **Conclusions:** Religious interventions show a beneficial effect in reducing depressive symptoms in adults. However, the heterogeneity of the studies and methodological limitations indicate the need for larger, standardized trials to expand on the results found in this review and meta-analysis. Registration in PROSPERO: CRD420251168272.

**Descriptors:** Religious interventions. Patients with depressive symptoms. Systematic review and meta-analysis.

## **Sumário**

INTRODUÇÃO	6
METODOLOGIA	8
FONTES DE INFORMAÇÃO E ESTRATÉGIA DE BUSCA	8
SELEÇÃO DOS ESTUDOS	8
AVALIAÇÃO DO RISCO DE VIÉS	9
MEDIDAS DE EFEITO	9
SÍNTESE DOS DADOS	10
CERTEZA DA EVIDÊNCIA	10
RESULTADOS	11
CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS	13
INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS E DE MENSURAÇÃO DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS	14
TIPOS DE INTERVENÇÃO	15
AVALIAÇÃO DO RISCO DE VIÉS	16
METANÁLISE	21
<i>Síntese Estatística</i>	27
<i>Exploração da Heterogeneidade</i>	28
<i>Avaliação do Viés de Relato</i>	29
<i>Certeza da Evidência (GRADE)</i>	29
DISCUSSÃO	30
CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS	33

## **INTRODUÇÃO**

A depressão constitui um dos transtornos mentais de maior impacto global, figurando entre as principais causas de anos vividos com incapacidade e prejuízo funcional (World Health Organization, 2023; Ferrari *et al.*, 2022). Estimativas recentes indicam que mais de 330 milhões de pessoas vivem com transtornos depressivos, com aumento observado durante e após a pandemia de COVID-19 (WHO, 2023). Na América Latina, uma meta-análise identificou prevalência ao longo da vida de 12,6% (Errazuriz *et al.*, 2023). No Brasil, dados populacionais apontam crescimento da depressão autorreferida, atingindo 10,2% da população adulta (Brito *et al.*, 2022).

Apesar da existência de tratamentos eficazes, barreiras culturais, estruturais e socioeconômicas ainda limitam o acesso a cuidados especializados em saúde mental, sobretudo em países de média renda como o Brasil. Nesses contextos, intervenções culturalmente sensíveis, de baixo custo e com elevada aceitabilidade social tornam-se alternativas promissoras para ampliar o acesso ao tratamento.

A Organização Mundial da Saúde reconhece a religiosidade e a espiritualidade como dimensões relevantes da qualidade de vida e da experiência humana (World Health Organization, 2023). Associações psiquiátricas internacionais reforçam que esses domínios influenciam a forma como indivíduos vivenciam o adoecimento, buscam apoio e aderem a tratamentos. Assim, recomendam que psiquiatras avaliem de maneira rotineira as crenças religiosas e espirituais de seus pacientes, mantendo postura ética e evitando qualquer forma de proselitismo (Cook, 2011; Almeida *et al.*, 2018).

Os conceitos de religião e espiritualidade não são estáticos; variam ao longo do tempo e entre culturas. A religião costuma ser entendida como um sistema organizado de crenças, práticas e valores compartilhados, que orienta a relação do indivíduo com o sagrado ou o transcendente. Seus componentes incluem práticas públicas e privadas, experiências místicas, enfrentamento religioso, apoio social religioso e participação comunitária (Koenig; VanderWeele; Peteet, 2023). A espiritualidade, por sua vez, refere-se à busca por significado, propósito e conexão com o transcendente, podendo ou não envolver tradições religiosas formais (Koenig, VanderWeele, Peteet, 2023; Pargament, 2010).

Diversas evidências demonstram que a ampliação de recursos psicológicos, como resiliência, regulação emocional, reestruturação cognitiva e autoaceitação, se associa à redução dos sintomas depressivos (Nwaogu, Chan, 2022; Sherif *et al.*, 2023; Ungar *et al.*, 2020; Aggarwal *et al.*, 2023). Dentro desse campo a religiosidade pode funcionar como um recurso psicossocial que favorece enfrentamento adaptativo, redução de estresse e maior suporte social (Kasen *et al.*, 2012; Braam, Koenig, 2019; Smith, McCullough, Poll, 2003; Lucchetti, Koenig, Lucchetti, 2021). Revisões amplas mostram que maior envolvimento religioso-espiritual se associa consistentemente a menores taxas de depressão (Koenig, 2021; Bonelli, Koenig, 2013; Lim, Putnam, 2010).

Entretanto, embora exista vasta literatura observacional sobre religiosidade e sintomas depressivos, os estudos que investigam intervenções religiosas estruturadas voltadas ao tratamento da depressão permanecem escassos. Além de reduzidos em número, esses estudos apresentam grande heterogeneidade metodológica, diferenças culturais substanciais e predominância de pesquisas conduzidas fora da América Latina, o que limita a generalização dos achados (Munira; Liamputong; Viwattanakulvanid, 2025).

Diante dessas lacunas, esta revisão sistemática teve como objetivo avaliar o impacto de intervenções religiosas na melhoria clínica de pacientes com sintomas depressivos.

## **METODOLOGIA**

Esta revisão sistemática foi conduzida de acordo com as diretrizes PRISMA (2020) e com as recomendações do Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (2023). O protocolo foi registrado no PROSPERO (CRD420251168272).

A pergunta da revisão foi estruturada segundo o acrônimo PICO, com foco no impacto de intervenções religiosas explícitas na redução de sintomas depressivos em adultos, conforme os critérios de elegibilidade:

**População (P):** adultos (de 18 a 60 anos), com diagnóstico clínico de transtorno depressivo ou autorrelato de sintomas depressivos. Foram excluídas amostras com Psicose, Transtorno bipolar, Transtorno por uso de substâncias, Transtorno de Estresse Pós-Traumático - TEPT ou outras condições psiquiátricas primárias; bem como populações com doenças clínicas graves como diagnóstico principal.

**Intervenção (I):** intervenções estruturadas com conteúdo religioso explícito (ex.: psicoterapias com elementos religiosos, orações estruturadas, leitura de textos sagrados).

**Comparador (C):** controles ativos (em que o grupo de comparação recebe uma intervenção alternativa, tratamento padrão ou placebo psicológico) ou controles passivos (em que o grupo aguarda tratamento ou não recebe intervenção específica para o estudo).

**Desfecho (O):** sintomas depressivos mensurados por instrumentos psicométricos.

### **Fontes de Informação e Estratégia de Busca**

As buscas foram realizadas nas bases PubMed/MEDLINE, Embase e Cochrane Library, sendo atualizadas pela última vez em 13/05/2025.

A estratégia de busca combinou descritores MeSH/DeCS, termos-livres e operadores booleanos. Todas as estratégias integrais de busca estão disponibilizadas em Anexo, conforme recomendado pelo PRISMA.

### **Seleção dos Estudos**

As referências recuperadas foram exportadas para o EndNote Web Basic (Clarivate Analytics) para identificação e remoção de duplicatas. O processo de seleção ocorreu em duas fases, por dois avaliadores independentes: triagem de títulos e resumos, com exclusão dos inelegíveis. Foi realizada leitura de texto completo com os mesmos critérios de inclusão e

exclusão da etapa anterior. Todas as etapas do processo de seleção estão descritas no Diagrama de fluxo (na seção de resultados). Para cada momento da seleção dos estudos foram aplicados alguns testes de relevância. Para leitura dos títulos era necessária presença de termos que identificassem pacientes psiquiátricos, saúde mental, transtornos mentais ou termos afins e religiosidade.

Para leitura dos resumos foi necessário confirmar se os participantes eram pacientes com sintomas depressivos, adultos, submetidos a intervenções religiosas, tendo como objetivo resultados na melhora clínica de tais pacientes. Na leitura dos textos completos confirmou-se os critérios de inclusão já citados e também o acesso ao arquivo completo. Em todas as etapas foram excluídas revisões de literatura, revisões sistemáticas e metanálises, protocolos, resumos de congressos, editoriais, cartas, recomendações e estudos qualitativos.

### **Extração de Dados**

A extração foi realizada por dois revisores independentes por meio de formulário padronizado, incluindo: país, características gerais dos estudos, tamanho da amostra, detalhes da intervenção religiosa e do comparador, instrumentos de avaliação e resultados quantitativos (médias e desvios-padrão), dos desfechos relacionados aos sintomas de depressão: diminuição dos sintomas, tipo de intervenção religiosa, tempo de intervenção, tipo de participantes (religiosos, não religiosos e amostras mistas).

### **Avaliação do Risco de Viés**

O risco de viés foi avaliado por dois revisores utilizando a ferramenta Cochrane Risk of Bias 2 (RoB 2), considerando os cinco domínios: processo de randomização, desvios das intervenções pretendidas, dados ausentes, mensuração do desfecho e seleção do resultado relatado. Cada domínio foi classificado como baixo risco, algumas preocupações ou alto risco de viés. As divergências entre os revisores foram resolvidas por consenso.

### **Medidas de Efeito**

A metanálise utilizou a diferença de médias padronizada (SMD) como medida de efeito, calculada a partir das médias e desvios-padrão dos escores pós-intervenção dos grupos intervenção e controle.

Nos estudos que reportaram apenas a média e o erro padrão da média (SE), o desvio padrão foi estimado utilizando a fórmula:  $DP_{estimado} = SE \times \sqrt{n}$

## Síntese dos Dados

Foi realizada uma síntese descritiva para todos os estudos incluídos, com descrição das intervenções, contexto e direção dos efeitos sobre sintomas depressivos.

A metanálise incluiu estudos com dados quantitativos suficientes para cálculo do SMD, utilizando médias e DPs do pós-intervenção (com conversão de EP para DP quando necessário). As análises foram realizadas no RevMan 5.4.1, sendo a heterogeneidade avaliada usando o  $I^2$  com base na estatística Q do teste de Cochran e utilização do método de efeito aleatório, com apresentação dos resultados por meio de gráficos de floresta. Análises de subgrupos (tipos de intervenção, tempo de intervenção e tipos de participantes) foram realizadas com o objetivo de compreender melhor os resultados.

## Certeza da Evidência

A certeza da evidência foi avaliada utilizando a abordagem GRADE (The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation), considerando delineamento do estudo, limitações metodológicas (risco de viés), inconsistência (Variação da estimativa de efeito, sobreposição dos IC95%, heterogeneidade estatisticamente significante ( $p < 0.05$ ) e valor de  $I^2$ ), evidência indireta (generalidade da questão PICO), imprecisão (N no mínimo com 400 participantes, estimativa do efeito favorável à intervenção e não cruza a linha central), viés de publicação, magnitude de efeito, gradiente dose-resposta e fatores de confusão residuais.

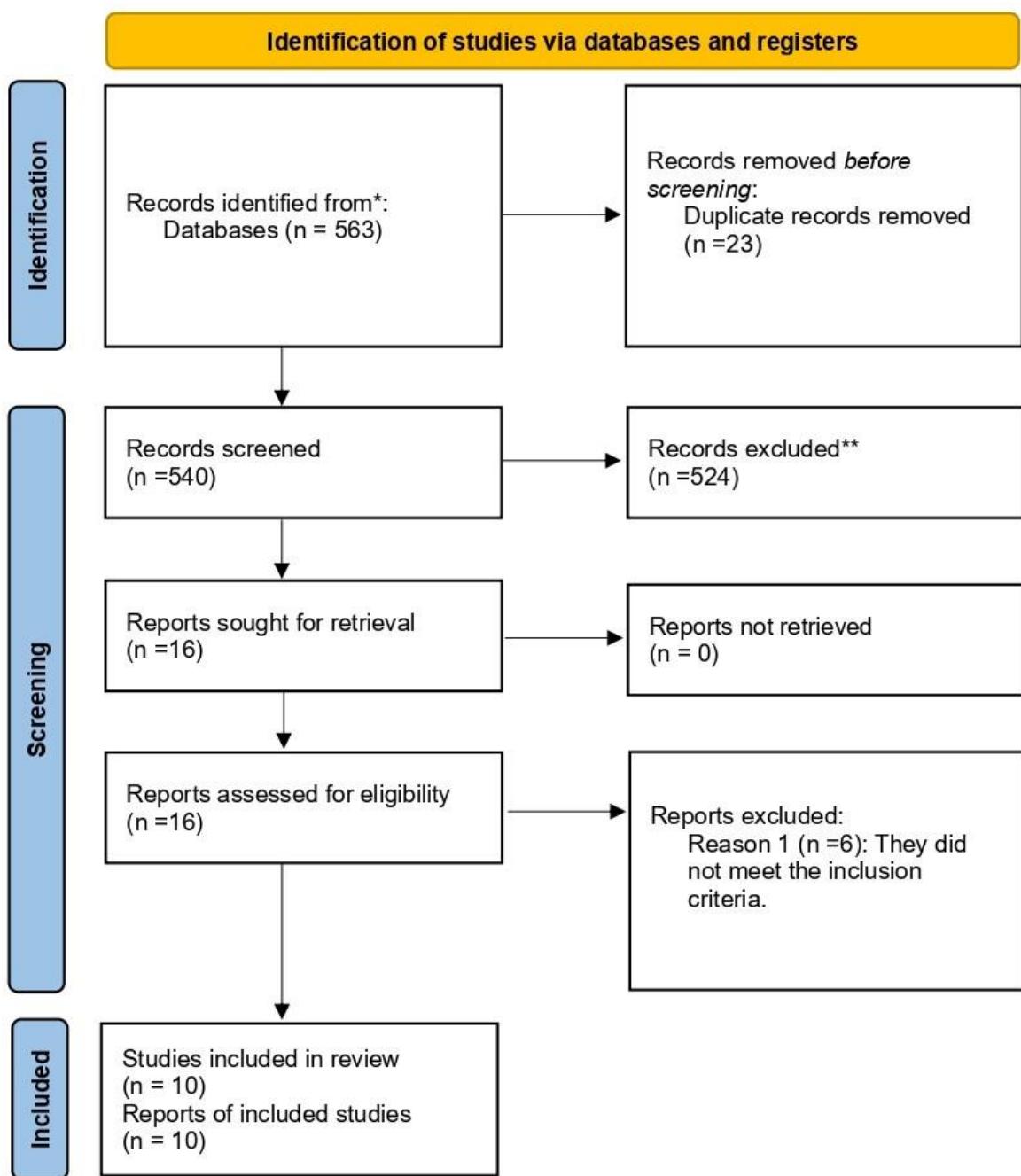
## RESULTADOS

A busca identificou inicialmente 563 registros, conforme a Tabela 1. Após a remoção de duplicados (23), restaram 540 referências para triagem de títulos. Destes, 498 foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade. Na etapa de triagem por resumos, outros 26 estudos foram excluídos, permanecendo 16 registros para avaliação de texto completo. Após leitura integral, 6 artigos atenderam a todos os critérios de inclusão. A busca manual adicionou 4 estudos, totalizando 10 ensaios clínicos randomizados incluídos na síntese desta revisão. O diagrama de fluxo PRISMA (Figura 1) apresenta o processo completo de seleção.

**Tabela 1.** Resultados das buscas nas bases de dados

Bases de dados	Estratégia de buscas	Resultados
PubMed	("Standard of Care" OR "usual care" OR "treatment as usual" OR "Waiting Lists" OR "wait* list*" OR "Control Groups" OR Psychotherapy OR "Cognitive Behavioral Therapy" OR "conventional treatment" OR "secular intervention*" OR "non-religious intervention*") and (Depression OR "Depressive Disorder" OR "Depressive Symptoms") and (Religion OR "Pastoral Care" OR Prayer OR "Religion and Medicine" OR "religious intervention*" OR "faith-based intervention*" OR "spiritual intervention*" OR "religious therap*" OR "faith-based therap*") and ("Treatment Outcome" OR "Psychiatric Status Rating Scales" OR "Severity of Illness Index" OR "symptom* reduction" OR "symptom* improvement" OR "treatment response" OR remission OR "Beck Depression Inventory" OR "BDI" OR "Hamilton Depression Rating Scale" OR "HAM-D" OR "PHQ-9")	193
Embase	("Standard of Care" OR "usual care" OR "treatment as usual" OR "Waiting Lists" OR "wait* list*" OR "Control Groups" OR Psychotherapy OR "Cognitive Behavioral Therapy" OR "conventional treatment" OR "secular intervention*" OR "non-religious intervention*") and (Depression OR "Depressive Disorder" OR "Depressive Symptoms") and (Religion OR "Pastoral Care" OR Prayer OR "Religion and Medicine" OR "religious intervention*" OR "faith-based intervention*" OR "spiritual intervention*" OR "religious therap*" OR "faith-based therap*") and ("Treatment Outcome" OR "Psychiatric Status Rating Scales" OR "Severity of Illness Index" OR "symptom* reduction" OR "symptom* improvement" OR "treatment response" OR remission OR "Beck Depression Inventory" OR "BDI" OR "Hamilton Depression Rating Scale" OR "HAM-D" OR "PHQ-9")	295

Cochrane	( "Standard of Care" OR "usual care" OR "treatment as usual" OR "Waiting Lists" OR "wait* list*" OR "Control Groups" OR Psychotherapy OR "Cognitive Behavioral Therapy" OR "conventional treatment" OR "secular intervention*" OR "non-religious intervention*") and (Depression OR "Depressive Disorder" OR "Depressive Symptoms") and (Religion OR "Pastoral Care" OR Prayer OR "Religion and Medicine" OR "religious intervention*" OR "faith-based intervention*" OR "spiritual intervention*" OR "religious therap*" OR "faith-based therap*") and ("Treatment Outcome" OR "Psychiatric Status Rating Scales" OR "Severity of Illness Index" OR "symptom* reduction" OR "symptom* improvement" OR "treatment response" OR remission OR "Beck Depression Inventory" OR "BDI" OR "Hamilton Depression Rating Scale" OR "HAM-D" OR "PHQ-9")	75
	<b>Total</b>	<b>563</b>



**Figura 1.** Diagrama de fluxo

Fonte: PRISMA (2020).

### Características Gerais dos Estudos Incluídos

Foram incluídos 10 ensaios clínicos randomizados, publicados entre 1992 e 2022, com participantes de 18 anos ou mais, de ambos os sexos, envolvendo 531 participantes com

diagnóstico formal de Transtorno Depressivo (Azhar, Varna, 1995; Propst *et al.*, 1992; Razali *et al.*, 1998; Boelens *et al.*, 2009; Rafique, Anjum, Raheem, 2017; Tulbure *et al.*, 2018) ou selecionados por autorrelato e escores elevados em escalas de depressão (Chida, Schrempft, Steptoe, 2015; Fereydouni, Forstmeier, 2022; Saged *et al.*, 2022; Wiffen, 2014).

Os estudos foram conduzidos em sete países (Malásia, Estados Unidos, Japão, Romênia, Irã, Paquistão e Reino Unido), em contextos diversos. Sete estudos foram conduzidos em contexto ambulatorial (Azhar, Varna, 1995; Propst *et al.*, 1992; Razali *et al.*, 1998; Chida, Schrempft, Steptoe, 2015; Boelens *et al.*, 2009; Saged *et al.*, 2022; Fereydouni, Forstmeier, 2022), dois em ambiente totalmente on-line (Tulbure *et al.*, 2018; Wiffen, 2014) e um em enfermaria psiquiátrica (Rafique; Anjum; Raheem, 2017).

As intervenções variaram quanto ao conteúdo religioso (psicoterapia estruturada com referências religiosas ou práticas devocionais). A duração das intervenções variou de 4 semanas a aproximadamente 26 semanas, com frequência predominantemente semanal (1-2 sessões/semana). Os desfechos foram avaliados no pós-tratamento e alguns estudos realizaram segmentos/acompanhamentos. Os instrumentos de avaliação incluíram escalas heteroaplicadas e autorrelatadas, e os comparadores foram heterogêneos, abrangendo controles ativos, TCC não religiosa, lista de espera, tratamento usual e condições mínimas de apoio.

## **Instrumentos Diagnósticos e de Mensuração dos Sintomas Depressivos**

Cinco ensaios incluíram populações diagnosticadas formalmente com transtornos depressivos. A maior parte citou o uso de DSM/SCID (Propst *et al.*, 1992; Razali *et al.*, 1998; Boelens *et al.*, 2009; Azhar, Varna, 1995; Tulbure *et al.*, 2018), e Rafique, Anjum e Raheem (2017) mencionaram uma população internada em enfermaria de Psiquiatria por transtorno depressivo. Os autores Chida, Schrempft e Steptoe (2015), Fereydouni e Forstmeier (2022), Saged *et al.* (2022) e Wiffen (2014) selecionaram participantes a partir de triagens de amostras submetidas a escalas psicométricas de sintomas depressivos. As escalas utilizadas foram HRSD, BDI, CES-D, PHQ-9, DASS-42. A escala HRSD foi utilizada em Azhar e Varna (1995), Propst *et al.* (1992), Razali *et al.* (1998) e Boelens *et al.* (2009); em Razali *et al.* (1998) foi aplicada por avaliadores com cegamento (heteroaplicada). As escalas autorrelatadas foram: BDI/BDI-II empregada em Propst *et al.* (1992), Tulbure *et al.* (2018), Fereydouni e Forstmeier (2022), Saged *et al.* (2022) e Rafique, Anjum e Raheem (2017); em Rafique, Anjum e Raheem (2017) médias e DP foram calculados a partir dos dados individuais; CES-D: utilizada em

Chida, Schrempf e Steptoe (2015); PHQ-9: utilizada em Wiffen (2014); DASS-42 (subescala depressão): utilizada em Fereydouni e Forstmeier (2022).

## **Religiosidade da Amostra**

A mensuração e o papel da religiosidade variaram substancialmente entre os estudos. Azhar e Varna (1995) e Razali *et al.* (1998) aplicaram questionários religiosos estruturados para selecionar muçulmanos altamente religiosos. Propst *et al.* (1992) exigiu fé cristã declarada e aplicou escalas formais; Wiffen (2014) incluiu apenas cristãos praticantes e utilizou o DUREL, indicando religiosidade intrínseca elevada; Boelens *et al.* (2009) não descreve de forma literal que altos níveis de religiosidade eram critério de inclusão para o estudo. No entanto, fica claro que os participantes foram selecionados em contexto fortemente religioso de forma intencional, apesar de escalas específicas para medir religiosidade não terem sido empregadas, mas sim escalas que mensuram espiritualidade.

Considerou-se também como amostra religiosa aquelas sem mensuração formal com escalas específicas, mas com autorrelato e contexto cultural. Fereydouni e Forstmeier (2022), Saged *et al.* (2022) e Rafique, Anjum e Raheem (2017) descreveram os participantes como muçulmanos de forma generalizada, sem descrição de uso de instrumentos ou questionários para aferir o nível de religiosidade. Considerou-se amostras mistas onde houve inclusão de religiosos e não religiosos. Chida, Schrempf e Steptoe (2015) incluíram religiosos e não religiosos, classificando apenas por afiliação autorrelatada; Tulbure *et al.* (2018) aplicou DUREL e religiosidade intrínseca para estratificação, mas o estudo não exigia religiosidade como critério, portanto, configurou uma amostra mista. Neste estudo, pacientes com altos níveis de religiosidade foram estratificados para o grupo que avaliou intervenção religiosa x controle e os com pouca religiosidade para o grupo TCC não religiosa x controle.

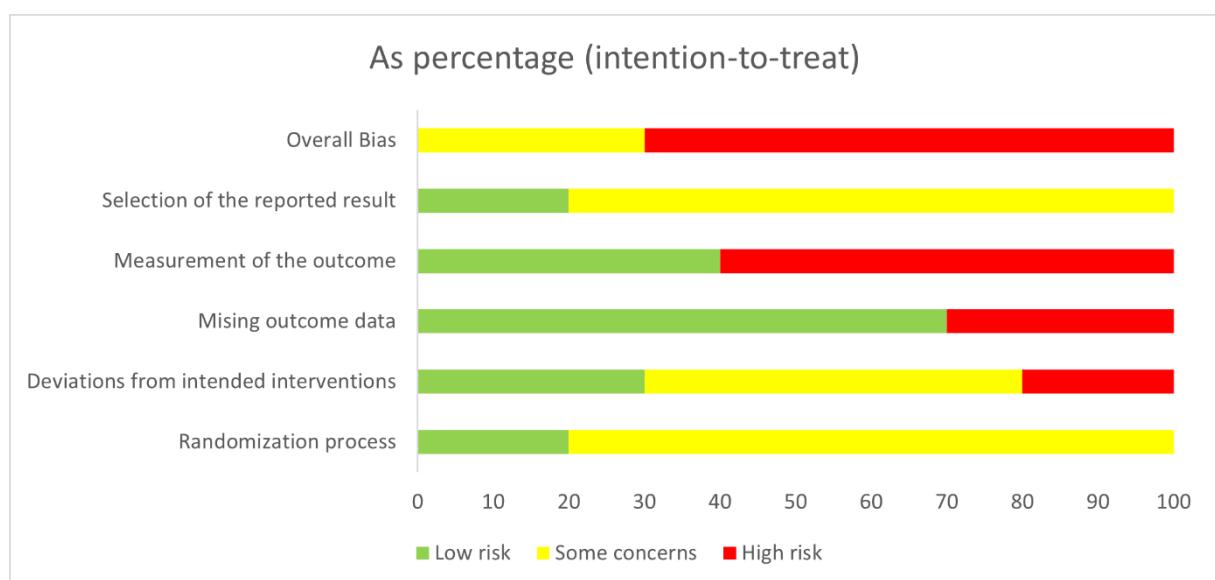
## **Tipos de Intervenção**

As intervenções aplicadas foram divididas em dois grupos: psicoterapêuticas com elementos religiosos e devocionais puras (práticas litúrgicas). Os estudos que aplicaram intervenções psicoterapêuticas com elementos religiosos foram: islâmicas (Azhar, Varna, 1995; Razali *et al.*, 1998; Saged *et al.*, 2022; Fereydouni, Forstmeier, 2022), cristãs (Propst *et al.*, 1992; Wiffen, 2014; Tulbure *et al.*, 2018) e multiconfessionais (Chida; Schrempf; Steptoe, 2015). Os estudos que aplicaram intervenções devocionais puras foram: Boelens *et al.* (2009)

(oração pessoa-a-pessoa) e Rafique, Anjum e Raheem (2017) (escuta ritualizada da Surah Al-Rehman). As intervenções estão descritas na Tabela 2.

## Avaliação do risco de viés

A análise de viés foi realizada pela plataforma RoB 2, por revisores independentes, considerando 5 domínios. Nenhum estudo apresentou “baixo risco global”; três foram classificados como “médio risco de viés” (Azhar, Varna, 1995; Propst *et al.*, 1992; Rafique, Anjum, Raheem, 2017) e sete como “alto risco de viés” (Razali *et al.*, 1998; Chida, Schrempf, Steptoe, 2015; Tulbure *et al.*, 2018; Boelens *et al.*, 2009; Fereydouni, Forstmeier, 2022; Wiffen, 2014; Saged *et al.*, 2022). As causas mais frequentes de viés foram: randomização pouco detalhada (D1), ausência de controle ativo equivalente (D2), perdas amostrais sem análise ITT (D3), uso de desfechos autorrelatados sem cegamento (D4), ausência de protocolo pré-registrado e multiplicidade analítica (D5). Essas limitações reduzem a certeza da evidência e ajudam a explicar a elevada heterogeneidade entre estudos. A heterogeneidade dos instrumentos, especialmente o uso de escalas autorrelatadas sem cegamento do avaliador, contribui para o aumento do risco de viés na mensuração (RoB2 – D4) e para a inconsistência observada na metanálise.



**Figura 2.** Análise do risco de viés por domínios

Fonte: Cochrane's Review Manager - RevMan (2025).



**Figura 3.** Análise do risco de viés dos estudos incluídos

Fonte: Cochrane's Review Manager - RevMan (2025).

**Tabela 2.** Tipos de intervenções

Estudo	Formato da intervenção / conteúdo religioso	Componentes	Frequência e duração	Controle
Azhar e Varma (1995) (Malásia)	Estrutura psicoterapêutica baseada na religião islâmica.	Discussão de temas religiosos, leitura de versos do Alcorão, Hadiths, orientação de estilo de vida conforme o exemplo do Profeta e incentivo à oração.	Semanal 15-20 semanas 15-20 Sessões Duração de 45 minutos	Ativo / Psicoterapia de suporte na mesma frequência e duração do grupo de estudo. Tratamento farmacológico usual quando necessário. OBS: o grupo de estudo recebeu a intervenção religiosa e a psicoterapia de suporte.
Razali <i>et al.</i> (1998) (Malásia)	Estrutura psicoterapêutica baseada na religião islâmica.	Discussão estruturada de valores islâmicos, crenças sobre sofrimento e destino; oração, leitura do Alcorão, adoção da Sunnah.	Semanal nas primeiras 4 semanas, Quinzenal até 12 semanas, 15-20 Mensal até 26 semanas	Ativo / Psicoterapia de suporte na mesma frequência (ambos os grupos receberam). Tratamento farmacológico usual quando necessário. OBS: o grupo de estudo recebeu a intervenção religiosa e a psicoterapia de suporte.
Saged <i>et al.</i> (2022) (Malásia)	Estrutura psicoterapêutica baseada na religião islâmica.	Discussão de temas religiosos aplicados à vida do paciente. Leitura de versículos do Alcorão. Leitura de Hadith Incentivo à oração ( <i>salat</i> ). Mudanças de estilo de vida com base no “exemplo do Profeta”.	2 vezes por semana 15 semanas 30 sessões no total Duração de 60 min	Ativo / Grupo controle recebeu o <i>Energy Path Programme</i> - foi equivalente em formato e duração ao grupo de estudo.
Chida, Schrempf e Steptoe (2015) (Japão)	Estrutura psicoterapêutica baseada em religião / Doutrina Happy Science.	Doutrina Happy Science; discussão de temas sobre causalidade, reencarnação, sabedoria; amor altruista; autorreflexão.	Semanal 5 semanas Duração de 90 minutos	Ativo / O grupo controle participou de encontros grupais com frequência e duração equivalentes às sessões do grupo intervenção. Contudo, o conteúdo foi centrado em tópicos psicoeducativos gerais e

				discussões grupais neutras, sem elementos espirituais, devocionais ou doutrinários.
Tulbure <i>et al.</i> (2018) (Romênia)	Terapia cognitiva comportamental com elementos religiosos em formato online / Cristã.	Reestruturação cognitiva baseada no uso de versículos bíblicos, exercícios.	Semanal 9 semanas	Ativo / TCC secular, sem conteúdo religioso, com a mesma frequência e duração que o grupo com intervenção religiosa.
Wiffen (2014) (Reino Unido)	Terapia cognitiva comportamental com elementos religiosos em formato online) / Cristã.	Curso <i>on-line</i> de 8 módulos de TCC com conteúdo bíblico disponibilizado por 8 semanas, sem frequência obrigatória. O material era autocondicionado, permitindo que os participantes acessassem os conteúdos no próprio ritmo.	8 módulos disponibilizados por 8 semanas. Cada módulo liberado semanalmente Frequência: autocondicionado, intervenção não tinha uma frequência fixa, pois se tratava de um curso on-line autocondicionado ( <i>self-paced</i> ) adaptado do programa.	Passivo / Lista de espera, após 8 semanas, o grupo controle recebeu acesso ao curso.
Propst <i>et al.</i> (1992) (EUA)	Terapia cognitiva comportamental com elementos religiosos / Cristã.	Reestruturação cognitiva, uso de versículos, exercícios, integração racional religioso para as técnicas, argumentos teológicos para desafiar crenças distorcidas.	18 sessões 50 minutos, 3 meses duração	Ativo Mesma duração e tempo. TCC não religiosa Aconselhamento pastoral Lista de espera.
Fereydouni e Forstmeier (2022) (Irã)	Logoterapia baseada na religião islâmica.	Sentido de vida, valores, exercícios logoterápicos; Integração de ensinamentos religiosos: Alcorão, Hadiths, valores espirituais islâmicos. Conceitos de “provação”, “sabedoria divina” e “misericórdia”, reflexões sobre fé; uso de metáforas religiosas; evocação de relatos espirituais.	Semanal 12 semanas Duração de 120 minutos	Ativo (mínimo) / Grupo controle recebeu 5 sessões de discussões sobre temas neutros.

Boelens <i>et al.</i> (2009) (EUA)	Prática litúrgica (explicitamente religiosa) / Cristã.	Oração pessoa-a-pessoa por uma clériga acerca de traumas, perdão e bênçãos.	Semanal 6 sessões Formato: presencial, individual Condutor: intercessor treinado (não terapeuta).	Passivo / Lista de espera.
Rafique, Anjum e Raheem (2017) (Paquistão)	Prática litúrgica (explicitamente religiosa) / Islâmica.	Recitação Surah Al-Rehman Recitação/escuta da Surah.	Diariamente 4 semanas Duração de 22 minutos, duas vezes ao dia	Ativo / O grupo controle recebeu música de relaxamento, em sessões diárias duas vezes ao dia (22 minutos cada), durante quatro semanas, com intensidade e duração idênticas ao grupo intervenção.

## **Metanálise**

Para a construção da metanálise foram utilizadas as médias (M) e desvios-padrão (DP) dos dados pós aplicação da intervenção, conforme Tabela 3. Por conseguinte, recorreu-se ao software Cochrane's Review Manager (RevMan) versão 5.4.1. O modelo de efeito aleatório foi empregado para a análise dos dados. Todos os estudos foram incluídos na metanálise (Propst *et al.*, 1992; Razali *et al.*, 1998; Boelens *et al.*, 2009; Azhar, Varna, 1995; Tulbure *et al.*, 2018; Fereydouni, Forstmeier, 2022; Wiffen, 2014; Rafique, Anjum, Raheem, 2017; Chida, Schrempf, Steptoe, 2015; Saged *et al.*, 2022). Todos utilizaram escalas com direção positiva para a medição do desfecho, ou seja, quanto maior o valor, maior a gravidade da depressão (HRSD, CES-D, PHQ 9 e BDI).

**Tabela 3.** Média e desvio padrão dos dados de pós intervenção

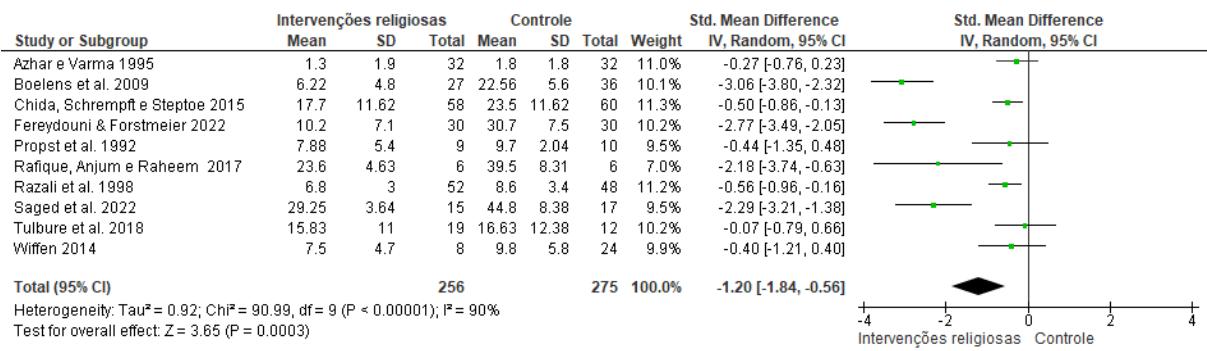
Autores	Grupo de paciente	Tipos de intervenção	Tempo de intervenção	Escala	Média	DP
Propst <i>et al.</i> (1992)	Intervenção	RCT-NT (TCR + T. Não Religioso)	3 meses	HRSD	7,88	5,4
Propst <i>et al.</i> (1992)	Controle	NRCT-NT (TCNR + T. Não Religioso)	3 meses	HRSD	9,7	2,04
Razali <i>et al.</i> (1998)	Intervenção	Psicoterapia Religiosa-Sociocultural	3 meses	HRSD	6,8	3
Razali <i>et al.</i> (1998)	Controle	Tratamento Padrão	3 meses	HRSD	8,6	3,4
Boelens <i>et al.</i> (2009)	Intervenção	Oração	6 semanas	HRSD	6,22	4,8
Boelens <i>et al.</i> (2009)	Controle	Não receberam nada	6 semanas	HRSD	22,56	5,6
Azhar e Varma (1995)	Intervenção	Psicoterapia religiosa	6 meses	HRSD	1,3	1,9
Azhar e Varma (1995)	Controle	Psicoterapia	6 meses	HRSD	1,8	1,8
Tulbure <i>et al.</i> (2018)	Intervenção	(R-Terapia Cognitivo Comportamental	9 semanas	BDI-II	16,63	12,38
Tulbure <i>et al.</i> (2018)	Controle	(C-CBT)	9 semanas	BDI-II	15,83	11
Fereydouni e Forstmeier (2022)	Intervenção	Logoterapia Sensível ao Espiritual Islâmico	12 semanas	BDI-II	10,2	7,1
Fereydouni e Forstmeier (2022)	Controle	Intervenção de suporte mínima	12 semanas	BDI-II	30,7	7,5
Wiffen (2014)	Intervenção	TCC Integrada Espiritualmente	8 semanas	PHQ-9	7,5	4,7
Wiffen (2014)	Controle	Lista de espera	8 semanas	PHQ-9	9,8	5,8

Rafique, Anjum e Raheem (2017)	Intervenção	Ouvir Surah Al-Rehman	4 semanas	BDI-II	23,6	4,63
Rafique, Anjum e Raheem (2017)	Controle	Ouvir músicas de relaxamento	4 semanas	BDI-II	39,5	8,31
Chida, Schrempf e Steptoe (2015)	Intervenção	HSC Psicoterapia (Geral)	3 meses	CES-D	17,7	11,62
Chida, Schrempf e Steptoe (2015)	Controle	Usual Care (Geral)	3 meses	CES-D	23,5	11,62
Saged et al. (2022)	Intervenção	RSAFI abordagem psicoterapêutica fundamentada na religião islâmica	15 semanas	BDI	29,25	3,64
Saged et al. (2022)	Controle	"Energy Path Programme"	15 semanas	BDI	44,8	8,38

Algumas particularidades merecem destaque. No estudo de Chida, Schrempf e Steptoe (2015), calculou-se o desvio padrão a partir do erro padrão. No estudo de Rafique, Anjum e Raheem (2017), os valores de média e desvio padrão foram calculados a partir das pontuações individuais de cada participante da pesquisa.

## Análise Geral

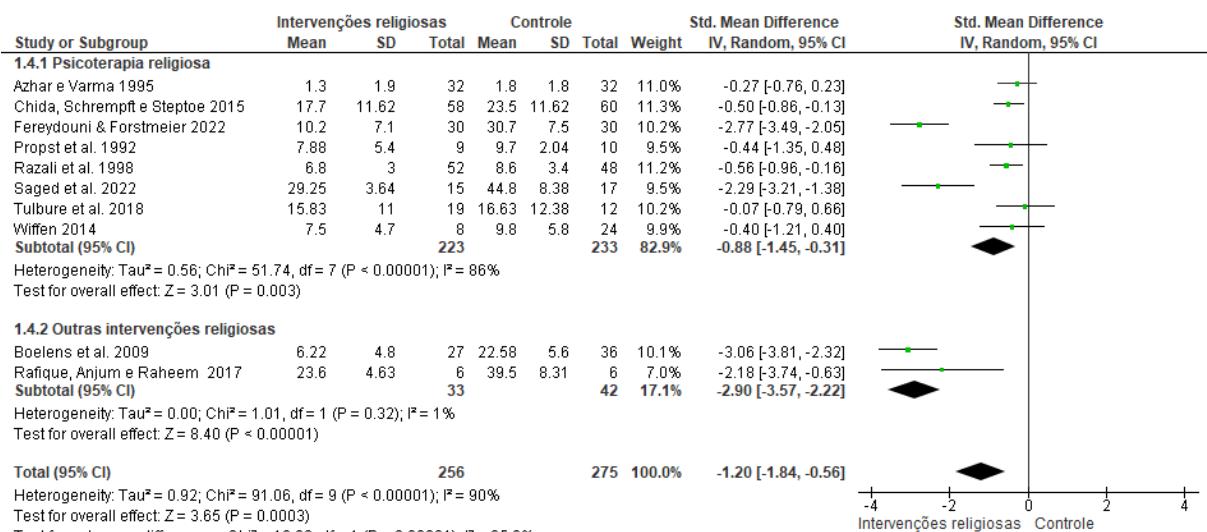
A heterogeneidade dos estudos pode ser constatada tendo por base o tempo de intervenção, o tipo de instrumento utilizado para medir o desfecho, o tipo de intervenção religiosa, entre outros fatores. Apesar das diferenças entre os estudos, optou-se pela realização de uma metanálise.



**Figura 4.** Redução da Depressão no grupo intervenção e grupo controle - Análise geral

A análise do efeito das intervenções na depressão indicou que houve uma redução de (SMD = -1,20, IC 95%: -1,84 a -0,56,  $p < 0,05$ ;  $I^2 = 90\%$ ), no grupo que recebeu as intervenções religiosas em comparação com os grupos controle, conforme ilustrado na Figura 4. Nesse sentido, os achados sugerem um sinal consistente de benefício das intervenções religiosas como ferramenta para a redução dos sintomas depressivos, cuja magnitude permanece incerta em razão da elevada heterogeneidade e limitações metodológicas dos estudos.

### Tipo de Intervenção Religiosa



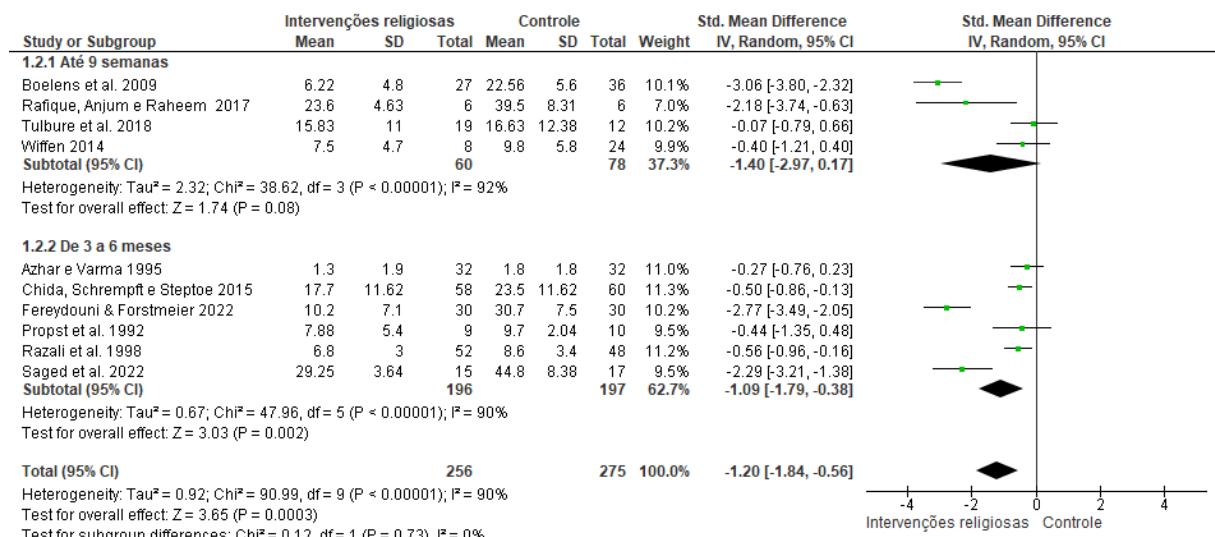
**Figura 5.** Redução da Depressão no grupo intervenção e grupo controle - Análise por tipo de intervenção religiosa

A análise do efeito do tipo de intervenção religiosa na depressão indicou que o grupo de participantes submetido a intervenções religiosas do tipo Oração e Leitura de Alcorão obteve maior redução da pontuação quando comparado ao grupo controle (SMD = -2,90, IC 95%: -3,57 a -2,22,  $p < 0,05$ ;  $I^2 = 1\%$ ), conforme ilustrado na Figura 5. Em relação ao grupo de

participantes submetido à psicoterapia religiosa, a redução da pontuação permanece também maior no grupo de intervenção quando comparado ao grupo controle, com redução estatisticamente significativa ( $SMD = -0,88$ , IC 95%: -1,45 a -0,31,  $p < 0,05$ ;  $I^2 = 86\%$ ). Conclui-se, então, que intervenções religiosas do tipo Oração e Leitura de Alcorão apresentaram maiores tamanhos de efeito, dentro do conjunto específico de estudos incluídos, na redução de sintomas depressivos quando comparadas à psicoterapia religiosa. Devendo esses resultados ser interpretados com extrema cautela devido a limitações metodológicas relevantes.

## Tempo de Intervenção

Para realizar a terceira análise foram agrupados estudos com intervenção de até 9 semanas (Boelens *et al.*, 2009; Rafique, Anjum, Raheem, 2017; Tulbure *et al.*, 2018; Wiffen, 2014) e estudos que realizaram intervenções por um período que variou entre 3 a 6 meses (Azhar, Varna, 1995; Chida, Schrempf, Steptoe, 2015; Fereydouni, Forstmeier, 2022; Propst *et al.*, 1992; Razali *et al.*, 1998; Saged et al., 2022).

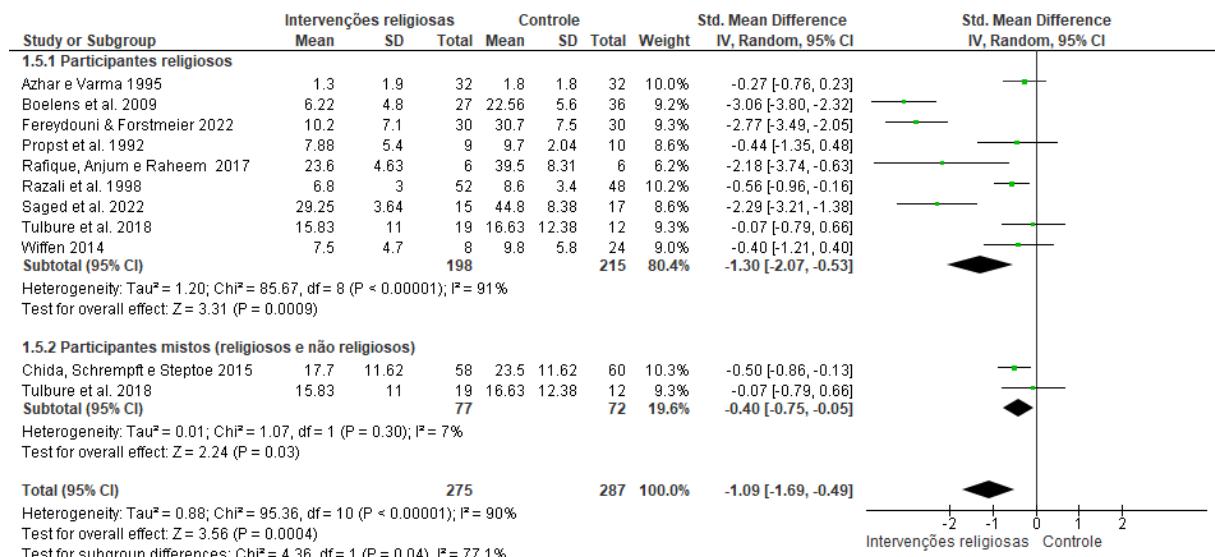


**Figura 6.** Redução da Depressão no grupo intervenção e grupo controle - Análise por tempo de intervenção

A análise por tempo de intervenção foi realizada com o objetivo exploratório de avaliar se intervenções religiosas, por sua congruência cultural, poderiam estar associadas a uma resposta mais precoce. Observou-se que o subgrupo com avaliação até 9 semanas apresentou um efeito numericamente maior ( $SMD = -1,40$ ; IC 95%: -2,97 a 0,17;  $p > 0,05$ ), porém sem significância estatística e com elevada heterogeneidade ( $I^2 = 92\%$ ). O subgrupo avaliado entre

3 e 6 meses mostrou efeito estatisticamente significativo ( $SMD = -1,09$ ; IC 95%: -1,79 a -0,38;  $p < 0,05$ ), também com alta heterogeneidade ( $I^2 = 90\%$ ). No entanto, o teste de diferença entre subgrupos não indicou diferença estatisticamente significativa entre os períodos de intervenção ( $\chi^2 = 0,12$ ;  $p = 0,73$ ;  $I^2 = 0\%$ ), não sendo possível concluir que a duração da intervenção modere o efeito observado.

## Religiosidade dos participantes



**Figura 7.** Redução da Depressão no grupo intervenção e grupo controle - Participantes religiosos e amostra mista (Religiosos e não religiosos)

Na análise do efeito da religiosidade do participante, observou-se entre participantes religiosos uma diferença significativa entre os grupos de intervenção e controle ( $SMD = -1,30$ ; IC 95%: -2,07 a -0,53;  $p < 0,05$ ;  $I^2 = 91\%$ ), conforme ilustrado na Figura 7. Entre participantes da amostra mista (religiosos e não religiosos), a diferença entre os grupos também foi estatisticamente significativa, porém de menor magnitude ( $SMD = -0,40$ ; IC 95%: -0,75 a -0,05;  $p < 0,05$ ;  $I^2 = 7\%$ ). Esses achados sugerem que a religiosidade dos participantes pode estar associada à moderação do efeito das intervenções religiosas, embora não seja possível inferir causalidade, especialmente em razão da elevada heterogeneidade observada no subgrupo de participantes religiosos.”

## GRADE (The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)

A força da evidência (Figura 8) para a análise realizada entre as Intervenções religiosas e a Depressão foi considerada moderada, tendo como motivos o alto risco de viés geral, a não sobreposição dos IC95%, heterogeneidade estatisticamente significativa ( $p<0,05$ ) com valor de  $I^2= 90\%$  e presença de viés de publicação, que pode ser observado no Gráfico de Funil exposto no Quadro 1 a seguir.

**Quadro 1.** The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation - GRADE

Avaliação de certeza						
Desfecho: Depressão						
Participantes (estudos) Seguimento	Risco de viés	Inconsistência	Evidência indireta	Imprecisão	Outras considerações	Certeza geral das evidências
531 (10 ECRs)	grave <sup>a</sup>	grave <sup>b</sup>	não grave	não grave	Viés de publicação altamente suspeito <sup>c</sup> . Forte associação entre a Intervenção e o Efeito. Todos os potenciais fatores de confusão reduziriam o efeito demonstrado.	⊕⊕⊕○ Moderada <sup>a,b,c</sup>

Fonte: GRADE (2025).

Legenda: a. O risco de viés geral pode ser observado em 06 estudos e nos outros 03 estudos, o risco de viés foi considerado com algumas preocupações. b. Há variação na sobreposição dos IC95%; Heterogeneidade estatisticamente significativa ( $p<0,05$ ); Valor de  $I^2= 90\%$ . c. Existe assimetria no Gráfico de Funil, o que revela presença de viés de publicação.

## Síntese Estatística

A metanálise foi conduzida utilizando o modelo de efeitos aleatórios (DerSimonian–Laird), com estimativa padronizada do efeito por diferença de médias padronizada (SMD, Hedges g). Com base nos 10 ensaios clínicos incluídos, o efeito combinado indicou redução maior dos sintomas depressivos no grupo de intervenções religiosas, em comparação com os

controles (SMD = -1,20, IC 95%: -1,84 a -0,56,  $p < 0,05$ ;  $I^2 = 90\%$ ), demonstrando um sinal consistente de benefício. Importa destacar que a magnitude das estimativas padronizadas não deve ser interpretada literalmente como efeito clínico, pois reflete a combinação de instrumentos distintos, controles assimétricos, variabilidade estrutural entre os ensaios. Assim, a direção consistente do benefício é mais robusta do que a magnitude literal do efeito, cujo valor absoluto permanece incerto.

A heterogeneidade global foi extremamente elevada ( $I^2 = 90\%$ ;  $p < 0,001$ , teste Q de Cochran), refletindo forte variabilidade entre os estudos em relação ao tipo de intervenção religiosa, duração, características da amostra e instrumentos utilizados para avaliação dos sintomas depressivos. Quanto à direção do efeito, a maioria dos estudos favoreceram as intervenções religiosas. Intervenções devocionais (como oração, recitação e leitura de textos sagrados) apresentaram os maiores tamanhos de efeito, com baixa heterogeneidade interna, enquanto psicoterapias religiosas demonstraram efeito significativo, porém de magnitude menor e acompanhadas de elevada heterogeneidade, indicando importante variação metodológica entre os ensaios.

### **Exploração da Heterogeneidade**

A heterogeneidade foi examinada de forma quantitativa e qualitativa. O tipo de intervenção emergiu como a principal fonte de variação, com intervenções devocionais apresentando efeito muito maior (SMD = -2,90, IC 95%: -3,57 a -2,22,  $p < 0,05$ ;  $I^2 = 1\%$ ) do que psicoterapias religiosas (SMD = -0,88, IC 95%: -1,45 a -0,31,  $p < 0,05$ ;  $I^2 = 86\%$ ). A duração da intervenção também foi explorada como possível fonte de heterogeneidade, observando-se que intervenções breves ( $\leq 9$  semanas) apresentaram efeito numericamente maior, porém não estatisticamente significativo (SMD = -1,40, IC 95%: -2,97 a 0,17,  $p > 0,05$ ;  $I^2 = 92\%$ ), quando comparadas a intervenções mais longas (3-6 meses), efeito estatisticamente significativo, porém de menor magnitude (SMD = -1,09, IC 95%: -1,79 a -0,38,  $p < 0,05$ ;  $I^2 = 90\%$ ). No entanto, o teste de diferença entre subgrupos (variável tempo) não indicou diferença estatisticamente significativa entre as durações de intervenção. Adicionalmente, o contexto cultural e o nível de religiosidade das amostras mostraram-se associados aos resultados, com populações altamente religiosas apresentando, em média, efeitos de maior magnitude em comparação às populações mistas, devendo tais achados ser interpretados com cautela.

Cabe ressaltar que os estudos incluídos utilizaram diferentes tipos de comparadores,

variando de controles passivos a intervenções ativas, o que pode contribuir para a heterogeneidade observada. Ensaios com maior risco de viés, incluindo randomização inadequada, ausência de protocolo e falta de cegamento, mostraram efeitos maiores, um padrão já descrito na literatura sobre intervenções psicoterapêuticas e espirituais. Esses fatores, em conjunto, explicam a heterogeneidade extrema observada.

### **Avaliação de Viés de Relato**

O risco de relato seletivo foi considerado moderado a elevado. Essa avaliação decorre da ausência de pré-registro para a maioria dos estudos, da presença de divergências entre desfechos mencionados nos métodos e aqueles reportados nos resultados, do uso de múltiplas análises secundárias sem justificativa e da ausência de dados completos em alguns ensaios.

### **Certeza da Evidência (GRADE)**

A certeza da evidência para o desfecho “redução dos sintomas depressivos” foi avaliada pelo método GRADE, resultando em classificação final de certeza moderada. Houve rebaixamento por risco de viés devido à presença de múltiplos estudos classificados como alto risco e por inconsistência, em razão da heterogeneidade alta. Não houve rebaixamento por imprecisão ou indiretividade, dado que os intervalos de confiança não foram excessivamente amplos e as intervenções estavam diretamente relacionadas à pergunta da revisão. De modo geral, embora os efeitos sejam consistentemente favoráveis às intervenções religiosas, a magnitude real do benefício permanece incerta.

## DISCUSSÃO

A presente revisão sistemática avaliou o efeito de intervenções religiosas ou com base religiosa na redução de sintomas depressivos em adultos. A síntese dos dez ensaios clínicos randomizados incluídos demonstrou que tais intervenções tendem a produzir redução na gravidade dos sintomas depressivos. Embora exista heterogeneidade quanto ao tipo de intervenção, instrumentos de mensuração e contextos culturais observou-se um padrão consistente de benefício em linha com achados de outras revisões (Marques *et al.*, 2022; Gonçalves *et al.*, 2015).

Um achado relevante desta revisão diz respeito à religiosidade de base das amostras incluídas. Em grande parte dos ensaios, os participantes apresentavam elevada religiosidade intrínseca, e essa congruência cultural mostrou-se associada a efeitos de maior magnitude na redução dos sintomas depressivos, especialmente em populações predominantemente religiosas quando comparadas a amostras mistas submetidas a intervenções religiosas. Esses achados são compatíveis com a hipótese de que intervenções culturalmente congruentes possam favorecer maior responsividade terapêutica, embora devam ser interpretados com cautela, particularmente em razão da elevada heterogeneidade observada entre os estudos.

Essa característica, segundo a literatura, favorece o engajamento e a responsividade terapêutica (Dein, 2018; Captari *et al.*, 2018). Por outro lado, essa predominância pode limitar a validade externa, pois é preciso cautela ao generalizar os resultados para populações com baixa religiosidade. Do ponto de vista da congruência/inclusão cultural é plausível que intervenções religiosamente orientadas sejam particularmente eficazes em contextos em que a religião é parte constitutiva da identidade do paciente. No contexto brasileiro, onde mais de 90% da população declara pertencer a uma religião e a religiosidade é frequentemente utilizada como estratégia de enfrentamento emocional, essa perspectiva culturalmente informada é particularmente interessante (IBGE, 2010). Assim, embora a maior parte dos ensaios analisados tenha sido conduzida em países islâmicos ou em populações cristãs de outros contextos, há forte substrato para considerar que as intervenções estudadas têm elevada aplicabilidade no cenário clínico brasileiro, sobretudo em contextos em que a religiosidade do paciente é considerada um aspecto importante de identidade (Monteiro *et al.*, 2020).

As intervenções avaliadas variaram entre práticas com estrutura psicoterapêutica e práticas litúrgicas. Foram identificados quatro ensaios com TCC adaptada a conteúdos cristãos (Propst *et al.*, 1992; Boelens *et al.*, 2009; Tulbure *et al.*, 2018; Wiffen, 2014). Essas intervenções mantêm a estrutura da TCC: psicoeducação, identificação de padrões automáticos,

reestruturação cognitiva e tarefas comportamentais, integrando elementos religiosos, como escrituras, passagens bíblicas, oração e discussão sobre temas sensíveis como culpa, perdão e valores espirituais. A literatura sugere que essa integração mantém a eficácia da TCC original, ao mesmo tempo em que aumenta a aderência e o significado para pacientes religiosos (Captari *et al.*, 2018).

Fereydouni e Forstmeier (2022) aplicaram uma intervenção baseada na logoterapia, abordagem criada por Viktor Frankl, centrada na busca de sentido como mecanismo central para a melhora do sofrimento existencial e da depressão. Nesse ensaio, a logoterapia foi integrada a elementos islâmicos e demonstrou redução significativa dos sintomas depressivos. Azhar e Varna (1995), Razali *et al.* (1998) e Saged *et al.* (2022) integraram a religião islâmica no escopo psicoterapêutico, mas não se ancoraram explicitamente em uma abordagem psicoterapêutica reconhecida. Isso compromete a comparabilidade com intervenções baseadas em formatos estruturados, embora não invalide a utilidade clínica observada.

O estudo de Chida, Schrempf e Steptoe (2015) utilizou um formato grupal baseado na religião *Happy Science*, movimento japonês fundado em 1986 por Ryuho Okawa, cujas crenças incluem a existência de El Cantare, uma entidade suprema, a síntese entre Buddha e Deus, forte ênfase em leis mentais, autoaperfeiçoamento e reencarnação. Nesse ensaio, diferentemente dos anteriores, havia uma população não religiosa significativa, e os resultados mostraram redução de sintomas depressivos após a intervenção. No entanto, esses achados devem ser interpretados com cautela porque, diferente dos outros ensaios, os autores incluíram indivíduos de múltiplas religiões, oferecendo um programa não congruente com a identidade religiosa dos participantes classificados como religiosos, o que dificulta a comparabilidade com ensaios nos quais a intervenção era totalmente alinhada às crenças do paciente.

Somente Rafique, Anjum e Raheem (2017) e Boelens *et al.* (2009) trouxeram intervenções puramente religiosas. Em Rafique, Anjum e Raheem (2017) foi realizada a recitação ritualizada da Surah Al-Rahman, capítulo do Alcorão tradicionalmente recitado como prática devocional associada à cura e gratidão. Em Boelens *et al.* (2009) a intervenção consistiu em oração presencial, individual, conduzida por uma clériga leiga. Ambos os estudos apresentaram efeitos robustos, mas devem ser interpretados com cautela devido a fragilidades metodológicas, como alto risco de viés, amostras pequenas, falta de cegamento e seguimento limitado. Contudo, esses achados são consistentes com evidências de que práticas devocionais e oração podem reduzir estresse, aumentar esperança e modular respostas fisiológicas (Mahmodi, Sayehmiri, 2018; Wachholtz, Pargament, 2005).

Os mecanismos que explicam os desfechos positivos da integração de elementos religiosos na redução de sintomas depressivos não estão totalmente esclarecidos. A literatura contemporânea aponta múltiplos mecanismos potenciais por meio dos quais práticas religiosas podem contribuir para a melhora dos sintomas depressivos. Koenig, Vanderweele e Peteet (2023) sugerem que crenças religiosas podem dar sentido às experiências, evocar sentimentos positivos e orientar comportamentos socialmente aceitáveis. No domínio cognitivo, intervenções religiosamente integradas utilizam reestruturação cognitiva ancorada em crenças religiosas e espirituais, ampliando o repertório de enfrentamento e favorecendo mudanças em esquemas disfuncionais (Captari *et al.*, 2018). O enfrentamento religioso positivo, confiança em Deus, busca de apoio transcendente, resignificação do sofrimento, está associado a maior resiliência e menor vulnerabilidade depressiva (Pargament, 2010; Koenig, 2021; Monteiro *et al.*, 2020).

Práticas devocionais (oração, recitação, meditação religiosa) podem reduzir a ativação autonômica e aumentar relaxamento (Wachholtz; Pargament, 2005). Na revisão de Haverkamp *et al.* (2025) foram encontradas evidências de convergência entre orações religiosas e correlatos neurais associados ao módulo de mentalização do apego, incluindo a rede de modo padrão e áreas da teoria da mente; postulou-se que a crença em Deus pode funcionar psicologicamente como uma figura de apego interno, promovendo segurança, regulação emocional e redução de estresse.

## **Limitações**

A interpretação dos achados exige cautela. Desde a fase de busca observou-se heterogeneidade nas definições de “intervenções espirituais” e “intervenções religiosas”, o que dificultou a seleção dos estudos. Alguns ensaios incluíram participantes apenas com base em escores de depressão, sem diagnóstico clínico estruturado, aumentando heterogeneidade clínica. Ademais, a impossibilidade de cegar participantes e aplicadores, característica intrínseca às intervenções religiosas, eleva o risco de viés, especialmente quando desfechos autorrelatados predominam. A variabilidade na intensidade, formato e duração das intervenções dificulta determinar se os efeitos derivam do conteúdo religioso, da estrutura psicoterapêutica ou da dose total da intervenção. Ensaios *on-line* apresentaram altos índices de abandono, e grupos-controle passivos ou não equivalentes tendem a superestimar efeitos. Achados positivos em estudos com controles ativos equivalentes fortalecem a hipótese de um efeito específico,

mas ensaios com controles fracos exigem cautela. Tais limitações contribuíram para a classificação moderada da certeza da evidência (GRADE).

### **Sugestões para Pesquisas Futuras**

Futuras pesquisas deveriam priorizar protocolos pré-registrados uso de escalas heteroaplicadas com avaliadores cegos, amostras maiores e diversas e ensaios multicêntricos. É necessária investigação sobre moderadores, como afiliação religiosa, religiosidade intrínseca e práticas espirituais cotidianas. Há lacuna significativa de estudos latino-americanos, um campo especialmente relevante para o Brasil. Padronização e rigor metodológico são essenciais para compreender se elementos religiosos contribuem de forma específica para a melhora da depressão, além de efeitos não específicos do *setting* terapêutico.

## **CONCLUSÃO**

Do ponto de vista clínico e ético, os dados desta revisão sustentam que intervenções religiosas ou religiosamente integradas, quando voluntárias/desejadas e culturalmente alinhadas às crenças do paciente, podem ser incorporadas ao cuidado em saúde mental, como complemento ao tratamento convencional. Considerando a centralidade da religiosidade em sociedades como a brasileira, esses achados reforçam a importância de que profissionais de saúde mental avaliem sistematicamente essa dimensão e considerem, caso seja do interesse do paciente, a possibilidade de integrar elementos religiosos ao plano terapêutico. Ensaios futuros, mais robustos e metodologicamente rigorosos são necessários para refinar essas conclusões, elucidar mecanismos específicos de ação e estabelecer recomendações clínicas mais precisas sobre o papel das intervenções religiosas no tratamento do transtorno depressivo.

## **REFERÊNCIAS**

- AGGARWAL, S.; WRIGHT, J.; MORGAN, A.; PATTON, G.; REAVLEY, N. Religiosidade e espiritualidade na prevenção e no manejo da depressão e ansiedade em jovens: uma revisão sistemática e meta-análise. *BMC Psychiatry*, v. 23, p. 729, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05091-2>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-023-05091-2>. Acesso em: 12 nov. 2025.

ALMEIDA, A. M.; SHARMA, A.; RENSBURG, B. V. J.; VERHAGEN, P. J.; CHRISTOPHER, C. C.; ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE PSIQUIATRIA. Posicionamento da

Associação Mundial de Psiquiatria sobre espiritualidade e religiosidade em psiquiatria. *Debates em Psiquiatria*, v. 8, n. 2, p. 6-8, 30 abr. 2018. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/309/278>. Acesso em: 25 set. 2025.

AZHAR, M. Z.; VARMA, S. L. Religious psychotherapy in depressive patients. *Psychotherapy & Psychosomatics*, v. 63, n. 3-4, p. 165-173, 1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7624461/>. Acesso em: 15 out. 2025.

BOELENS, P. A.; REEVES, R. R.; REPLOGLE, W. H.; KOENIG, H. G. A randomized trial of the effect of prayer on depression and anxiety. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, v. 39, n. 4, p. 377-392, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20391859/>. Acesso em: 14 nov. 2025.

BONELLI, R. M.; KOENIG, H. G. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *J Relig Health*, v. 52, n. 2, p. 657-73, jun. 2013. DOI: 10.1007/s10943-013-9691-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23420279/>. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRAAM, A. W.; KOENIG, H. G. Religion, spirituality and depression in prospective studies: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, v. 257, p. 428-438, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.063>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032718330647?via%3Dihub>. Acesso em: 12 nov. 2025.

BRITO, V. C. A.; BELLO-CORASSA, R.; STOPA, S. R.; SARDINHA, L. M. V.; DAHL, C. M., VIANA, M. C. Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, spe1, p. e2020006, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200006.especial>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/YJthwW4VYj6N59BjdS94FJM/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2025.

CAPTARI, L. E.; HOOK, J. N.; HOYT, W.; DAVIS, D. E.; MCELROY-HELTZEL, S. E.; WORTHINGTON, E. L. JR. Integrating clients' religion and spirituality within psychotherapy: A comprehensive meta-analysis. *J Clin Psychol*, v. 74, n. 11, p. 1938-1951, 2018. DOI: 10.1002/jclp.22681. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30221353/>. Acesso em: 10 nov. 2025.

CHIDA, Y.; SCHREMPFT, S.; STEPTOE, A. A Novel Religious/Spiritual Group Psychotherapy Reduces Depressive Symptoms in a Randomized Clinical Trial. *Journal of Religion and Health*, v. 55, n. 5, p. 1495-1506, 2015. DOI 10.1007/s10943-015-0113-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26320001/>. Acesso em: 12 nov. 2025.

COOK, C. C. H. Recommendations for Psychiatrists on Spirituality and Religion. *Position Statement PS03/2011*, ago. 2011. Royal College of Psychiatrists. Disponível em: [https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/mental-health/treatments-and-wellbeing/spirituality-and-mental-health/spirituality-and-mental-health-recommendations-for-psychs-ps03-2013.pdf?sfvrsn=5b642840\\_4](https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/mental-health/treatments-and-wellbeing/spirituality-and-mental-health/spirituality-and-mental-health-recommendations-for-psychs-ps03-2013.pdf?sfvrsn=5b642840_4). Acesso em: 25 set. 2025.

DEIN, S. Against the Stream: religion and mental health - the case for the inclusion of religion and spirituality into psychiatric care. *BJPsych Bull*, v. 42, n. 3, p. 127-129, jun. 2018.

DOI: 10.1192/bjb.2017.13. Disponível em:  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6048728/>. Acesso em: 10 set. 2025.

ERRAZURIZ, A. et al. Prevalence of depressive disorder in the adult population of Latin America: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Regional Health – Americas*, v. 26, p. 100587, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37701460/>. Acesso em: 15 out. 2025.

FERRARI, A. et al. Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, v. 9, n. 2, p. 137-150, 2022.

FEREYDOUNI, S.; FORSTMEIER, S. Uma forma islâmica de logoterapia no tratamento de sintomas de depressão, ansiedade e estresse em estudantes universitários no Irã. *Journal of Religion and Health*, v. 61, n. 1, p. 139-157, 2022. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2022-23040-001>. Acesso em: 15 out. 2025.

GONÇALVES, J. P. B.; LUCCHETTI, G.; MENEZES, P. R.; VALLADA, H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychological Medicine*, v. 45, n. 14, p. 2937-2949, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26200715/>. Acesso em: 15 nov. 2025.

HAVERKAMP, E.; OLSMAN, E.; ĆURČIĆ-BLAKE, B.; VILA RAMÍREZ, V.; ALEMAN, A.; KET, J. C. F.; SCHAAP-JONKER, H. The convergent neuroscience of Christian prayer and attachment relationships in the context of mental health: a systematic review. *Front Psychol.*, v. 16, p. 1569514, jun. 2025. DOI: 10.3389/fpsyg.2025.1569514. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2025.1569514/full>. Acesso em: 13 out. 2025.

IBGE. Censo 2010. Amostra Religião. Brasília-DF, 2010. Disponível em:  
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/22107?detalhes=true>. Acesso em: 12 out. 2025.

KASEN, S.; WICKRAMARATNE, P.; GAMEROFF, M. J.; WEISSMAN, M. M. Religiosidade e resiliência em pessoas com alto risco de depressão grave. *Psychological Medicine*, v. 42, n. 3, p. 509-519, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291711001516>. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/religiosity-and-resilience-in-persons-at-high-risk-for-major-depression/677D9479F1B7099787C3468635AD9D80>. Acesso em: 20 nov. 2025.

KOENIG, H. G. Mechanisms: Religion's impact on mental health. In: MOREIRA-ALMEIDA, A.; MOSQUEIRO, B. P.; BHURGRA, D. (eds.). *Spirituality and mental health across cultures*. Oxford-Inglaterra: Oxford University Press, 2021. p. 129-146. Disponível em: <https://academic.oup.com/book/35499/chapter-abstract/304497610?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 18 set. 2025.

KOENIG, H. G.; VANDERWEELE, T.; PETEET, J. R. *Handbook of Religion and Health*. 3. ed. New York: Oxford Academic, 2023. Disponível em:  
<https://academic.oup.com/book/55201>. Acesso em: 25 set. 2025.

LIM, C.; PUTNAM, R. D. Religion, Social Networks, and Life Satisfaction. *American Sociological Review*, v. 75, n. 6, p. 914-933, 2010. Disponível em:  
<https://www.asanet.org/wp->

<content/uploads/savvy/images/journals/docs/pdf/asr/Dec10ASRFeature.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2025.

LUCCHETTI, G.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, A. L. G. Spirituality, religiousness, and mental health: a review of the current scientific evidence. *World Journal of Clinical Cases*, v. 9, n. 26, p. 7620-7631, 2021. DOI: <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i26.7620>. Disponível em: <https://www.wjgnet.com/2307-8960/full/v9/i26/7620.htm>. Acesso em: 12 out. 2025.

MAHMODI, Z.; SAYEHMIRI, K. The effect of attitude and prayer-related behaviors on depression: a systematic review. *Int J Epidemiol Res.*, v. 5, n. 1, p. 34-39, 2018. DOI: 10.15171/ijer.2018.08. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/325676232\\_The\\_Effect\\_of\\_Attitude\\_and\\_Prayer-Related\\_Behaviors\\_on\\_Depression\\_A\\_Systematic\\_Review](https://www.researchgate.net/publication/325676232_The_Effect_of_Attitude_and_Prayer-Related_Behaviors_on_Depression_A_Systematic_Review). Acesso em: 10 nov. 2025.

MARQUES, A.; IHLE, A.; SOUZA, A.; PERALTA, M.; DE MATOS, M. G. Religious-based interventions for depression: A systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Journal of Affective Disorders*, v. 309, p. 289-296, 2022. DOI: 10.1016/j.jad.2022.04.126. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35500682/>. Acesso em: 11 out. 2025.

MONTEIRO, D. D. *et al.* Espiritualidade/religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão. *Bol. Acad. Paul. Psicol.*, São Paulo, v. 40, n. 98, p. 129-139, jun. 2020. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2020000100014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000100014&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 03 dez. 2025

MUNIRA, L.; LIAMPUTTONG, P.; VIWATTANAKULVANID, P. Effects of Coping, Affirmation, Resilience, and Empowerment (CARE) Program on depression, mental health literacy, and coping skills among people with depression in Indonesia: a mixed methods study. *Asian Journal of Social Health and Behavior*, v. 8, n. 2, p. 66-73, abr./jun. 2025. DOI: [https://doi.org/10.4103/shb.shb\\_201\\_24](https://doi.org/10.4103/shb.shb_201_24). Disponível em: [https://journals.lww.com/shbh/fulltext/2025/04000/effects\\_of\\_coping,\\_affirmation,\\_resilience,\\_and.3.aspx](https://journals.lww.com/shbh/fulltext/2025/04000/effects_of_coping,_affirmation,_resilience,_and.3.aspx). Acesso em: 22 out. 2025.

NWAOGU, J. M.; CHAN, A. P. C. O impacto das estratégias de enfrentamento e da resiliência individual na ansiedade e depressão entre supervisores de construção. *Buildings*, v. 12, p. 2148, 2022.

PARGAMENT, K. I. Religion and Coping: the current state of knowledge. In: FOLKMAN, S. (ed.). *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of stress, health, and coping*. Reino Unido: Oxford University Press, 2010. p. 269-288.

PROPST, L. R.; OSTROM, R.; WATKINS, P.; DEAN, T.; MASHBURN, D. Comparative Efficacy of Religious and Nonreligious Cognitive-Behavioral Therapy for the Treatment of Clinical Depression in Religious Individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 60, n. 1, p. 94-103, 1992. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1556292/>. Acesso em: 13 set. 2025.

RAFIQUE, R.; ANJUM, A.; RAHEEM, S. S. Efficacy of Surah Al-Rehman in Managing Depression in Muslim Women. *Journal of Religion and Health*, v. 58, n. 2, p. 516-526, 2017. DOI 10.1007/s10943-017-0492-z. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28900859/>. Acesso em: 17 out. 2025.

RAZALI, S. M.; HASANAH, C. I.; AMINAH, K.; SUBRAMANIAM, M. Religious-sociocultural psychotherapy in patients with anxiety and depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 32, n. 6, p. 867-872, 1998. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10084352/>. Acesso em: 10 nov. 2025.

SAGED, A. A. G.; SA'ARI, C. Z.; ABDULLAH, M. b.; AL-RAHMI, W. M.; ISMAIL, W. M.; ZAIN, M. I. A. ALSHEHRI, N. b. A. b. M. The Effect of an Islamic-Based Intervention on Depression and Anxiety in Malaysia. *Journal of Religion and Health*, v. 61, n. 1, p. 79-92, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34981449/>. Acesso em: 10 out. 2025.

SHERIF, Y.; AZMAN, A. Z. F.; AWANG, H.; MOKHTAR, S. A.; MOHAMMADZADEH, M.; ALIMUDDIN, A. S. Effectiveness of life skills intervention on depression, anxiety and stress among children and adolescents: a systematic review. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, v. 30, n. 3, p. 42-59, jun. 2023. DOI: <https://doi.org/10.21315/mjms2023.30.3.4>. Disponível em: [http://www.mjms.usm.my/MJMS30032023/MJMS30032023\\_04.pdf](http://www.mjms.usm.my/MJMS30032023/MJMS30032023_04.pdf). Acesso em: 19 nov. 2025.

SMITH, T. B.; MCCULLOUGH, M. E.; POLL, J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, v. 129, n. 4, p. 614-636, jul. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.4.614>. *Psychological Bulletin*, v. 129, n. 4, p. 614-636, jan. 2003.

TULBURE, B. T.; ANDERSSON, G.; SĀLĀGEAN, N.; PEARCE, M.; KOENIG, H. G. Religious versus Conventional Internet-based Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *J Relig Health*, v. 57, n. 5, p. 1634-1648, out. 2018. DOI: 10.1007/s10943-017-0503-0. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29067598/>. Acesso em: 12 nov. 2025.

UNGAR, M. *et al.* Resilience and mental health: how multisystemic processes contribute to positive outcomes. *The Lancet Psychiatry*, v. 7, n. 5, p. 441-448, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30434-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30434-1). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2215036619304341?via%3Dihub>. Acesso em: 12 out. 2025.

WACHHOLTZ, A. B.; PARGAMENT, K. I. Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation, and relaxation on spiritual, psychological, cardiac, and pain outcomes. *J Behav Med.*, v. 28, n. 4, p. 369-84, ago. 2005. DOI: 10.1007/s10865-005-9008-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16049627/>. Acesso em: 23 out. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Depression*. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Acesso em: 25 set. 2025.