

Espiritualidade como fator de proteção na adolescência

DC SBP nº 65 (04/09/2026) comparado com AAP (Reaching Teens, GLAD-PC, Blueprint de prevenção do suicídio), NICE NG134/NG225 e Royal College of Psychiatrists, SEMA/AEP (Espanha), SIP (Itália), Harvard (Human Flourishing Program) e Johns Hopkins, além das revisões que o próprio documento cita.

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck · Departamento SBP: GT Saúde e Espiritualidade em Pediatria

Atualização SBP: DC nº 65 de 04/09/2026 · Análise: setembro de 2026

Resumo com convergências e divergências entre a atualização da Sociedade Brasileira de Pediatria e AAP, NICE, AEP, Sociedade Italiana de Pediatria, Harvard (Boston Children's) e Johns Hopkins Children's Center. [Documento original da SBP](#) (acervo, associados) · [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que a SBP recomenda
2. Posição das referências internacionais
3. Concordâncias e discordâncias
4. Síntese
5. Fontes

EM RESUMO

O DC nº 65 é uma revisão narrativa curta (quatro páginas de texto). Parte da crise de saúde mental juvenil — no Brasil, 15–25% dos adolescentes com sintomas depressivos — e apresenta a **espiritualidade**, entendida como busca de propósito, conexão e significado, com ou sem religião, como "um dos mais robustos fatores protetores da saúde mental". Organiza as evidências em quatro campos: **saúde mental e suicídio**, **substâncias e dependência digital**, **conduta** (delinquência, sexo de risco) e **imagem corporal**. Sustenta o argumento com neuroimagem (córtex mais espesso e regulação do eixo HPA), com a metanálise longitudinal de Koh e VanderWeele (*JAMA Psychiatry*, 2026) sobre uso nocivo de álcool e drogas e com revisões sistemáticas recentes. Conclui que a espiritualidade é "recurso complementar às abordagens terapêuticas convencionais" e que o profissional deve reconhecê-la e valorizá-la. As referências internacionais concordam com a **direção** da associação e com o papel complementar, mas não com a **intensidade**: as próprias metanálises citadas mostram efeitos **modestos**, em estudos majoritariamente **transversais**, e o estudo de neuroimagem foi feito em **adultos**. O título promete "aplicabilidade", mas o documento **não traz como abordar o tema na consulta**, os **limites éticos** (não prescrever religião, respeitar quem não crê) nem os **efeitos adversos** do conflito religioso — especialmente em jovens LGBTQIA+, nos quais a religiosidade pode se associar a mais ideação suicida.

1. O que a SBP recomenda

Documento: DC nº 65, 04/09/2026, 6 p. GT Saúde e Espiritualidade em Pediatria (coord. e relatora Lelia Cardamone Gouvea; reladoras Aida de Fátima Thomé Barbosa Gouvêa e Tatiana Coelho Jacomini; membros Ana Rosa Airão e Moacir de Araujo Lima). Declara uso de IA generativa (OpenEvidence, Gemini) para busca de artigos e revisão de linguagem.

TEMA	CONTEÚDO
Conceito	Espiritualidade = busca intrínseca de propósito, conexão e significado, independentemente de filiação religiosa
Neurobiologia	Estudos de Columbia (Miller, <i>JAMA Psychiatry</i> 2014; livro <i>The Awakened Brain</i> , 2021): espessamento cortical parietal e occipital em quem valoriza a espiritualidade; regulação do eixo HPA e do cortisol
Saúde mental e suicídio	UNICEF: 1 em 7 adolescentes com transtorno mental; Brasil: sintomas depressivos em 15–25%; espiritualidade como "preditor negativo crucial" do suicídio (West, <i>JAACAP Open</i> 2025); bem-estar espiritual inversamente associado à ideação suicida
Substâncias	Metanálise longitudinal (Koh...VanderWeele, <i>JAMA Psychiatry</i> 2026); afiliação religiosa protege contra início do uso (Rosmarin 2023); "recurso preventivo de baixo custo e alta eficácia"
Dependência digital	Revisão sistemática (Dossi 2022): religiosidade/espiritualidade protegem contra uso problemático de internet
Conduta	Metanálise de religiosidade e delinquência (Johnson 2022); retardo da iniciação sexual
Imagem corporal	Estudo turco (Baltaci 2024): desloca a autovalorização de padrões estéticos para valores internos
Conclusão	Fator de proteção multidimensional; recurso complementar; o profissional deve reconhecer e valorizar essa dimensão

Não aborda: como perguntar sobre espiritualidade na consulta (nenhuma ferramenta — SSHADESS, F.A.V.O.R.E.C.E.R., FICA, HOPE); **limites éticos** (não fazer proselitismo, não prescrever religião, respeitar ausência de crença e diversidade); **coping religioso negativo** e conflito espiritual; riscos em **jovens LGBTQIA+** em contextos religiosos não acolhedores; natureza observacional das evidências, tamanho de efeito, confundimento e causalidade reversa; integração com rastreio (PHQ-A, ASQ) e tratamento da depressão e do risco de suicídio; encaminhamento a capelania ou líderes religiosos. Parte das evidências citadas vem de **adultos** (Miller 2014, Mosqueiro 2021, Vuzic 2022) e de um livro de divulgação.

2. Posição das referências internacionais

REFERÊNCIA	DOCUMENTO E ANO	POSIÇÃO RESUMIDA
EUA — AAP	AAP — <i>Reaching Teens</i>, 2ª ed.: cap. 20 "Spirituality and Resilience in Adolescence" e cap. 32 SSHADESS (Ginsburg); GLAD-PC — Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (Pediatrics 2018); AAP/AFSP — Blueprint for Youth Suicide Prevention (2022)	A AAP trata a espiritualidade como força a ser explorada na entrevista psicossocial baseada em forças (SSHADESS inclui espiritualidade), não como intervenção a recomendar. O cuidado da depressão e do suicídio segue rastreio universal ≥ 12 anos (PHQ-A; ASQ) e tratamento baseado em evidência. O HEEADSS 3.0 original (Klein 2014) não tem domínio de espiritualidade
EUA — evidência de referência	Chen Y, VanderWeele TJ — Am J Epidemiol 2018;187:2355; Koh HK...VanderWeele TJ — JAMA Psychiatry 2026;83:363; West T et al. — JAACAP Open 2025;3:347; Aggarwal S et al. — BMC Psychiatry 2023;23:729; Miller L et al. — JAMA Psychiatry 2014;71:128	Chen 2018 (coorte de ~7 mil jovens, idade basal ~15 anos): frequência religiosa semanal → menos maconha (RR 0,83) e iniciação sexual precoce (RR 0,65); sintomas depressivos modestamente menores, sem efeito sobre diagnóstico de depressão . Koh 2026 (55 estudos, 540 mil participantes, sem análise específica de adolescentes): espiritualidade RR 0,87 para uso nocivo de substâncias. West 2025 (61 estudos, 10–25 anos): 49 transversais e 7 longitudinais ; 67% protetores, 8% de risco, 16% nulos; resultados equivocos em LGBTQIA+ . Aggarwal 2023: bem-estar espiritual × depressão $r = -0,15$; saliência religiosa sem efeito; coping religioso negativo tende a mais depressão ; intervenções de baixa qualidade. Miller 2014: 103 adultos de 18–54 anos , estudo transversal
Reino Unido — NICE / RCPsych	NICE NG134 — Depression in children and young people (2019); NICE NG225 — Self-harm (2022); Royal College of Psychiatrists — PS03/2013 Spirituality and religion in psychiatry	NICE: grupos de fé aparecem apenas entre recursos de apoio que a família pode buscar; exige competência cultural ; tratamento da depressão = psicoterapia (TCC, TIP, familiar) ± fluoxetina. RCPsych: explorar crenças de forma cuidadosa e rotineira , respeitando também a ausência de crença ; não usar a posição profissional para proselitismo nem para enfraquecer a fé; limites à autorrevelação; colaborar com capelães
Espanha — SEMA / AEP	Hidalgo Vicario MI — La entrevista clínica y el examen físico del adolescente (Pediatria Integral 2022)	A Sociedade Espanhola de Medicina da Adolescência propõe o roteiro F.A.V.O.R.E.C.E.R. , cujo "R" é religião, espiritualidade e apoios — ferramenta prática para a consulta. Sem posicionamento específico da AEP localizado
Itália — SIP / SIMA	Documentos SIP sobre saúde mental do adolescente (2020)	Nenhum posicionamento sobre espiritualidade na adolescência localizado; foco em rastreio e acesso a serviços de saúde mental
Harvard — Human Flourishing Program	Human Flourishing Program (VanderWeele); Harvard Chan — Religious upbringing and adult health	Grupo de onde vêm Chen 2018 e Koh 2026. Recomenda perguntar e, para quem já tem uma tradição, incentivar quando apropriado ; oferecer outras formas de apoio comunitário a quem não é religioso — sem prescrição uniforme
Johns Hopkins	Johns Hopkins — Spiritual care services	Capelania e cuidado espiritual integrados (inclusive em cuidados paliativos pediátricos); sem diretriz de saúde do adolescente sobre o tema
Evidência de risco	Lytle MC et al. — Am J Prev Med 2018;54; Gibbs JJ, Goldbach J — Arch Suicide Res 2015;19; Sloan RP — trend uniting religion and medicine (Columbia)	Em jovens gays, lésbicas e em questionamento, maior importância da religião associou-se a mais ideação suicida (o inverso dos heterossexuais); conflito religioso dobrou a chance de tentativa de suicídio em jovens LGBT. Sloan: causalidade não estabelecida e risco de coerção quando o médico "recomenda" religião

3. Concordâncias e discordâncias

TEMA	SBP	AAP	NICE/RCPsych	SEMA/AEP	SIP	HARVARD (HFP)	J. HOPKINS	LEITURA
Associação protetora	"Um dos mais robustos" fatores	Força a explorar	Recurso de apoio	Apoio	—	Protetora, modesta	Cuidado espiritual	Concordância na direção; divergência na intensidade
Força da evidência	Não discute	—	—	—	—	Reconhece confundimento	—	Omissão: efeitos modestos, maioria transversal
Neuroimagem como argumento	Central	Não usa	Não usa	Não usa	—	Não usa	—	Singularidade; estudo em adultos
Ferramenta de anamnese	Nenhuma	SSHADESS	Exploração rotineira	F.A.V.O.R.E.C.E.R.	—	Perguntar	Capelania	Lacuna prática
Limites éticos	Ausentes	—	Sem proselitismo; respeitar quem não crê	—	—	Incentivar só quem crê	—	Lacuna
Coping negativo / LGBTQIA+	Ausente	—	—	—	—	—	—	Omissão relevante (Aggarwal, West, Lytle, Gibbs)
Integração com rastreio e tratamento	"Complementar"	PHQ-A, ASQ, tratamento	Psicoterapia ± fluoxetina	—	Serviços	—	—	Concordância no papel complementar; SBP não detalha
Capelania / líderes religiosos	Não cita	—	Colaborar com capelães	—	—	Comunidade	Capelania	Lacuna

4. Síntese

O DC nº 65 tem mérito ao trazer para o pediatra uma dimensão que a adolescência costuma esconder e que várias referências tratam como força a explorar — a AAP no roteiro SSHADESS, a medicina do adolescente espanhol na F.A.V.O.R.E.C.E.R., o Royal College of Psychiatrists na recomendação de explorar crenças de forma rotineira. Todas concordam que espiritualidade e religiosidade se associam a menos uso de substâncias, iniciação sexual mais tardia e menos sintomas depressivos. A divergência está na **leitura das evidências**. O documento chama a espiritualidade de "um dos mais robustos fatores protetores", mas as próprias revisões que cita mostram outra coisa: correlação de $-0,15$ com depressão, efeito nulo da saliência religiosa, risco relativo de 0,87 para uso nocivo de substâncias, e uma literatura em que só 7 de 61 estudos sobre suicídio são longitudinais. O dado de neuroimagem, apresentado como correlato em adolescentes, vem de 103 adultos. Falta, sobretudo, o que o título promete: **aplicabilidade**. O documento não diz como perguntar, não estabelece limites — o RCPsych é explícito em vedar o proselitismo e em respeitar quem não tem crença — e silencia sobre o lado adverso: o **coping religioso negativo** e o **conflito entre fé e identidade**, que em jovens LGBTQIA+ se associam a mais ideação e tentativas de suicídio. Para o pediatra, a mensagem prática mais segura é a das

referências: perguntar com respeito, reconhecer a espiritualidade como recurso quando ela existe e é acolhedora, identificar quando ela é fonte de sofrimento — e nunca substituir o rastreio e o tratamento baseados em evidência.

OBSERVAÇÕES CRÍTICAS

1. **Perguntar, não prescrever:** incluir a espiritualidade na entrevista psicossocial (ex.: "O que te dá sentido ou força nos momentos difíceis? Você tem alguma crença ou comunidade que te apoia?"), dentro de roteiros como SSHADESS ou F.A.V.O.R.E.C.E.R.; respeitar quem não tem crença.
2. **Sem proselitismo:** o pediatra não recomenda religião nem expõe a própria fé como conduta; incentiva a prática apenas quando ela já é significativa para o adolescente e a família.
3. **Identificar sofrimento espiritual:** culpa, medo de punição, rejeição pela comunidade, conflito entre fé e orientação sexual ou identidade de gênero — são **fatores de risco** para depressão e suicídio e pedem acolhimento e encaminhamento.
4. **Não substitui rastreio nem tratamento:** manter PHQ-A e perguntas de risco de suicídio (ASQ) a partir dos 12 anos e tratamento baseado em evidência (psicoterapia ± fluoxetina).
5. **Trabalhar em rede:** capelania hospitalar, líderes comunitários e grupos de jovens podem ser recursos, com o consentimento do adolescente.

5. Fontes

- SBP. Espiritualidade como fator de proteção na adolescência: evidências e aplicabilidade. Documento Científico nº 65, GT Saúde e Espiritualidade em Pediatria, 04/09/2026. sbp.com.br
- American Academy of Pediatrics. Reaching Teens: Strength-Based, Trauma-Sensitive, Resilience-Building Communication Strategies, 2ª ed. Zuckerbrot RA et al. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC). Pediatrics 2018;141:e20174081. AAP/AFSP. Blueprint for Youth Suicide Prevention (2022). Klein DA et al. HEEADSSSS 3.0. Contemporary Pediatrics 2014.
- Chen Y, VanderWeele TJ. Associations of religious upbringing with subsequent health and well-being from adolescence to young adulthood. Am J Epidemiol 2018;187:2355–64.
- Koh HK et al. Spirituality and harmful or hazardous alcohol and other drug use: a meta-analysis of longitudinal studies. JAMA Psychiatry 2026;83:363–78.
- West T et al. Systematic review: a 25-year global publication analysis of the role of spirituality and religiosity in suicidal risk assessment in adolescents. JAACAP Open 2025;3:347–78.
- Aggarwal S et al. 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.
- Miller L et al. Neuroanatomical correlates of religiosity and spirituality: a study in adults at high and low familial risk for depression. JAMA Psychiatry 2014;71:128–35.
- NICE. NG134 — Depression in children and young people (2019); NG225 — Self-harm (2022). Royal College of Psychiatrists. Recommendations for psychiatrists on spirituality and religion (PS03/2013).
- Hidalgo Vicario MI. La entrevista clínica y el examen físico del adolescente. Pediatría Integral 2022.
- Lytle MC et al. Association of religiosity with sexual minority suicide ideation and attempt. Am J Prev Med 2018;54(5). Gibbs JJ, Goldbach J. Religious conflict, sexual identity, and suicidal behaviors among LGBT young adults. Arch Suicide Res 2015;19(4). Sloan RP et al. Should physicians prescribe religious activities? N Engl J Med 2000;342:1913–6.
- Harvard T.H. Chan School — Human Flourishing Program. Johns Hopkins Medicine — Spiritual care services.

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.