Direitos humanos, bioética e espiritualidade na atenção integral à saúde do paciente[1]

Derechos humanos, bioética y espiritualidad en la atención integral a la salud del paciente

Human rights, bioethics and spirituality in comprehensive patient health care

Cristiane Ribeiro Assis[2]
Mestranda, PPG em Direito da Saúde, Universidade Santa Cecília, Santos, SP, Brasil
ORCID: https://orcid.org/0009-0006-5159-8673

Renata Salgado Leme[3]
Doutora, PPG em Direito da Saúde, Universidade Santa Cecília, Santos, SP, Brasil
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2298-9975

RESUMO: Contextualização: no início da História da Humanidade havia nítida interconexão entre a ciência e a religião. Contudo, acontecimentos na sociedade ocidental moderna criaram uma cisão entre ambos e a segmentação no cuidado ao paciente. **Problema:** estudos demonstram que a falta de atenção às necessidades espirituais do paciente leva a uma insatisfação com o atendimento recebido. Também comprovam que o suporte às suas crenças está correlacionado com melhores desfechos de saúde. **Objetivo:** compreender a correlação e os benefícios da integração da espiritualidade no cuidado do paciente, avaliar se há respaldo nos Direitos Humanos e na Bioética que assegure sua prática, além do treinamento de profissionais. **Método:** pesquisa exploratória a partir da análise de publicações sobre o tema disponíveis na literatura científica de qualidade. **Resultado:** Observou-se que em ambientes onde a espiritualidade é um aspecto relevante existe melhor qualidade de vida, melhor saúde e maior longevidade. A espiritualidade tem valor reconhecido pela OMS para a qualidade de vida do indivíduo e respaldo nos Direitos Humanos e Bioética para sua atenção. Assim, já existem no Brasil, leis e políticas de saúde para sua implementação e prática. **Conclusões:** Numa sociedade onde os Direitos Humanos e a Bioética prevalecem, é fundamental assegurar a autonomia e os anseios do indivíduo, tornando inconcebível ofertar ao paciente uma assistência que se baseie apenas em seus aspectos biológicos. Contudo, apesar das leis e políticas de saúde existentes, a dimensão espiritual ainda é negligenciada no cuidado à saúde dos pacientes. Não só devido ao preconceito e a desinformação, mas também a necessidade de novos estudos que demonstrem a eficácia da espiritualidade como fator preditor de riscos à saúde do indivíduo. Entretanto, os achados do presente artigo demonstram que existem benefícios suficientes amparando a importância da espiritualidade do paciente e a capacitação do profissional de saúde para essa prática.

Palavras-chave: Direitos Humanos. Bioética. Espiritualidade. Integralidade em Saúde, Políticas de Saúde.

[1] Esse trabalho foi apresentado originalmente no VI Congresso Internacional de Direito da Saúde e XII Congreso Iberoamericano de Derecho Sanitario, realizado em 16, 17, 18 e 19 de outubro de 2024 na Universidade Santa Cecília (UNISANTA). Em função da recomendação de publicação da Comissão Científica do Congresso, fez-se a presente versão.

[2] Graduação na Faculdade de Medicina pela Universidade Lusíadas. Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Guilherme Álvaro. Especialização em Medicina Fetal pela Clínica Conceptus, pós-graduação em Perícia Médica pelo IBCMED. Preceptora do Internato em |Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de Ribeirão Preto – Campus Guarujá. Docente coordenadora do internato em Saúde da Mulher da Faculdade de Medicina da Universidade São Judas – Campus Cubatão. Mestrando em Direito da Saúde na Universidade Santa Cecília.

[3] Graduação na Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas pela Universidade de São Paulo. Graduação em Direito na Universidade Católica de Santos. Mestrado em Direito na Universidade de São Paulo. Doutorado em Direito na Universidade de São Paulo. Doutorado em Direito Reconhecido pela Direção-Geral do Ensino Superior de Portugal. Professora titular da Universidade Santa Cecília, na Graduação da Faculdade de Direito, na Graduação da Faculdade de Relações Internacionais e no Programa de Mestrado de Direito da Saúde: Membro da Comissão de Direito da Saúde da OAB Santos.

DOI: 10.5281/zenodo.14262456

RESUMEN: *Con**textualización:** en los inicios de la Historia de la Humanidad existió una clara interconexión entre ciencia y religión. Sin embargo, los acontecimientos en la sociedad occidental moderna han creado una brecha entre los dos y la segmentación de la atención al paciente. **Problema:** Los estudios muestran que la falta de atención a las necesidades espirituales del paciente conduce a la insatisfacción con la atención recibida. También demuestran que el apoyo a sus creencias se correlaciona con mejores resultados de salud. **Objetivo:** comprender la correlación y los beneficios de integrar la espiritualidad en el cuidado del paciente, evaluar si existe un apoyo en Derechos Humanos y Bioética que garantice su práctica, además de la formación de profesionales. **Método:** investigación exploratoria basada en el análisis de las publicaciones sobre el tema disponibles en la literatura científica de calidad. **Resultados:** Se observó que en ambientes donde la espiritualidad es un aspecto relevante, hay una mejor calidad de vida, mejor salud y mayor longevidad. La espiritualidad tiene un valor reconocido por la OMS para la calidad de vida del individuo y es respaldada por los Derechos Humanos y la Bioética para su atención. Así, en Brasil ya existen leyes y políticas sanitarias para su implementación y práctica. **Conclusiones:** En una sociedad donde prevalecen los Derechos Humanos y la Bioética, es fundamental garantizar la autonomía y los deseos del individuo, haciendo inconcebible ofrecer al paciente una atención basada únicamente en sus aspectos biológicos. Sin embargo, a pesar de las leyes y políticas de salud existentes, la dimensión espiritual todavía se descuida en la atención médica del paciente. No solo por los prejuicios y la desinformación, sino también por la necesidad de nuevos estudios que demuestren la efectividad de la espiritualidad como predictor de riesgos para la salud del individuo. Sin embargo, los hallazgos del presente artículo demuestran que existen beneficios suficientes para apoyar la importancia de la espiritualidad del paciente y la formación de los profesionales de la salud para esta práctica.*

Palabras clave: *Derechos Humanos. Bioética. Espiritualidad. Integralidad en Salud, Políticas de Salud.*

ABSTRACT: Contextualization: *at the beginning of the Human Hystory there was a clear interconnection between science and religion. However, events in modern Western society have created a rift between them and the segmentation of patient care. **Problem:** Studies show that the lack of attention to the spiritual needs of the patient leads to dissatisfaction with the care received. They also prove that support for their beliefs is correlated with better health outcomes. **Objective:** to understand the correlation and benefits of integrating spirituality in patient care, to evaluate whether there is support in Human Rights and Bioethics that ensures its practice, in addition to the training of professionals. **Method:** exploratory research based on the analysis of publications on the subject available in the quality scientific literature. **Results:** It was observed that in environments where spirituality is a relevant aspect, there is a better quality of life, better health and greater longevity. Spirituality has a value recognized by the WHO for the quality of life for the individual and is supported by Human Rights and Bioethics for its attention. Thus, there are already laws and health policies in Brazil for their implementation and practice. **Conclusions:** In a society where Human Rights and Bioethics prevail, it is essential to ensure the autonomy and desires of the individual, making it inconceivable to offer the patient care that is based only on their biological aspects. But, despite existing health laws and policies, the spiritual dimension is still neglected in patient health care. Not only due to prejudice and misinformation, but also the need for new studies that demonstrate the effectiveness of spirituality as a predictor of risks to the individual's health. However, the findings of the present article demonstrate that there are sufficient benefits to support the importance of the patient's spirituality and the training of health professionals for this practice.*

Keywords: *Human Rights. Bioethics. Spirituality. Integrality in Health, Health Policies.*

Introdução

Desde os primórdios, a História da Humanidade demonstra uma interconexão entre os conceitos de Deus e natureza. Na tentativa de compreender e dominar o ambiente em que estava inserido, o conhecimento humano buscava correlacionar suas observações a forças e inteligências que extrapolavam sua capacidade de compreensão e manipulação.

Porém, na sociedade ocidental moderna, acontecimentos históricos, como Inquisição, queda do Feudalismo, Iluminismo e surgimento do Capitalismo, respaldados

DOI: 10.5281/zenodo.14262456

pelas filosofias newtoniana e cartesiana, ocasionaram a separação entre ciência e religião. Esse fato foi necessário para possibilitar avanços científicos e tecnológicos que permaneciam obscurecidos por crenças e dogmas de algumas religiões.

Na Europa Ocidental e Estados Unidos, o processo de modernização industrial foi comandado pela lógica da ciência e racionalidade técnica, resultando no que se pode chamar em um conforto mínimo para a maioria da população, ocasionando o fenômeno secularização e o afastamento do imaginário social da forma religiosa de organizar a subjetividade. Porém, na América Latina essa modernização não teve um efeito claramente positivo para a maioria da população. Pelo contrário, aumentou significativamente a desigualdade social e a subalternidade. Por essa razão, o processo de substituição da mentalidade religiosa por uma visão centrada na razão e na lógica foi muito menor. Apesar das intensas mudanças econômicas e sociais em países como o Brasil, a população continua com uma visão e necessidade religiosa muito profunda (Vasconcelos, 2006).

Em sua evolução, a Ciência acabou levando a uma fragmentação e especialização das diversas áreas de conhecimento, produzindo indivíduos cada vez mais focados em seus interesses, com o propósito de deter a maior quantidade possível de conhecimento a respeito deles. Na saúde, isso levou a uma segmentação no cuidado ao paciente. Para muitos, religião e ciências permanecem incompatíveis e antagônicas.

Contudo, estudos demonstram que a falta de atenção às necessidades espirituais do paciente leva a uma insatisfação com o atendimento recebido (Koenig, 2018). Surge, então, a necessidade de compreender o paciente de maneira integral, consolidando os conhecimentos adquiridos ao longo da História. Mas, para conseguir agregar os benefícios existentes em práticas aparentemente antagônicas, é fundamental encontrar os pontos em comum que elas defendem, para que, então, através do respeito mútuo, construam uma realidade que seja capaz de unificar ações.

Este artigo tem, por objetivo, compreender as repercussões da atenção à espiritualidade do paciente sobre sua saúde. Também procuramos analisar de que forma os Direitos Humanos e a Bioética propiciam a conexão e coexistência entre Ciência e Espiritualidade, viabilizando a assistência integrativa ao paciente e criação de leis e políticas de saúde que amparem essa prática.

Para tanto, realizamos uma pesquisa exploratória a partir da análise de publicações relacionadas a espiritualidade na Saúde, Direitos Humanos e Bioética disponíveis no Google Acadêmico, Pubmed, Scielo, literatura científica de qualidade e documentos oficiais. Para a construção do texto, realizou-se a análise do conteúdo encontrado, com o objetivo de buscar os sentidos contidos nos documentos e demais materiais coletados. Para cada tema analisado na pesquisa, foram criadas categorias por aproximação de afinidade temática, com o intuito de melhor compreensão dos achados em questão.

Direitos humanos, espiritualidade e atenção à saúde

A Declaração Universal dos Diretos Humanos (DUDH) foi proclamada e adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, por meio da resolução 217 A (III) em 10 de dezembro de 1948. Caracteriza-se como marco na história dos direitos humanos por contar com a participação de representantes de diferentes origens jurídicas e culturais de todas as regiões do mundo em sua elaboração. O corpo principal desse comitê era

DOI: 10.5281/zenodo.14262456

formado por nove pessoas de influência na época, como diplomatas e juristas, e era liderado por Eleonor Roosevelt, embaixadora dos EUA na Organização das Nações Unidas (ONU).

Surge da perplexidade das nações mundiais após a Segunda Guerra Mundial, marcada por episódios como o Holocausto e o lançamento das bombas atômicas sobre duas cidades japonesas e possui como propósito reconhecer e proteger a dignidade de todos os seres humanos. Entre outras coisas, sugere que seus Países-Membros se comprometeram a promover o respeito universal aos direitos e liberdades fundamentais do ser humano e a observância a eles, visto que a compreensão comum dos mesmos é da mais alta importância para o pleno cumprimento desse compromisso (ONU, 1948).

O conteúdo da Declaração Universal dos Direitos Humanos é a unificação do que se espera de melhor para a humanidade. Espera-se que seus países membros, esforcem-se, por meio do ensino e da educação, por promover o respeito a esses direitos e liberdades, e, pela adoção de medidas progressivas de caráter nacional e internacional (ONU, 1948)

Em seu artigo 18º, a DUDH afirma que "todo ser humano tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião; esse direito inclui a liberdade de mudar de religião ou crença e a liberdade de manifestar essa religião ou crença pelo ensino, pela prática, pelo culto em público ou em particular" (ONU, 1948). Assim, a DUDH estabelece uma relação direta entre os direitos fundamentais dos homens e as suas crenças, buscando evitar o domínio das crenças hegemônicas de forma violenta, que desrespeitem outras crenças ou sistemas culturais minoritários (Donato et al. 2019).

Porém, a relação entre espiritualidade e direitos humanos é um tema muito mais complexo e multifacetado, despertando o interesse de estudiosos e pensadores ao redor do mundo. Além de um direito que deve ser assegurado a todo ser humano, a espiritualidade, em sua busca por uma conexão com o divino pode influenciar a forma como o indivíduo enxerga e defende os direitos básicos de todos os seres humanos, independente se sua crença. A busca pela dignidade humana é um princípio fundamental tanto na espiritualidade quanto nos direitos humanos. Ambos possuem como objetivo garantir que cada indivíduo seja tratado com respeito, justiça e igualdade (Donato et al. 2019).

Apesar da multiplicidade de crenças, é possível conciliar as diferentes visões espirituais na defesa dos direitos humanos por meio do diálogo inter-religioso, do respeito mútuo e da busca por pontos em comum, como a valorização da vida, da dignidade humana e da paz. Entre os princípios espirituais comuns que sustentam os direitos humanos podemos citar o amor ao próximo, a empatia, a solidariedade, a não violência e o reconhecimento da interconexão entre todos os seres (Donato et al. 2019).

A Constituição Brasileira de 1988 define os direitos e deveres dos cidadãos brasileiros e teve como inspiração a Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU. Em seu artigo 196, estabelece que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Com o objetivo de assegurar esse direito à população, os artigos seguintes, de 197 a 200 visam estruturar, estabelecer responsabilidades e obrigações, organizar o financiamento e orientar sobre a complementariedade do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1998).

DOI: 10.5281/zenodo.14262456

Já em 19/9/1990 foi assinada a Lei nº 8080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo, então, o SUS (Brasil, 1990).

A atenção à saúde, segundo Matta e Moresini, refere-se à organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população, podendo ser expressa tanto em políticas, como também nos programas e serviços de saúde, as quais devem ser congruentes com os Princípios e as Diretrizes do SUS (Matta; Morisini, 2009).

A Associação Americana dos Hospitais (AHA), em substituição à *Declaração de Direitos dos Pacientes*, publica a brochura *Parceria de Assistência ao Paciente* com o propósito de informar os pacientes sobre o que eles devem esperar durante sua estadia hospitalar em relação aos seus direitos e responsabilidades. Apesar da importância que a espiritualidade possui na relação saúde/doença ser subjetiva para cada indivíduo, é evidente que em momentos extremos, como a necessidade de internação hospitalar, fazem com que o paciente valorize mais essa dimensão. Cientes dessa importância, na seção *compreendendo os seus objetivos e valores de cuidados de saúde* da brochura destaca ao paciente que caso possuametas e valores de cuidados de saúde ou crenças espirituais que são importantes para o seu bem-estar, eles serão levados em conta tanto quanto possível durante toda a sua estadia no hospital. Orienta, ainda, a importância do paciente certificar-se de que seu médico, sua família e sua equipe de atendimento conheçam seus desejos (AHA, 2003).

Em 2000, a Lei Federal nº 9.982/2000 sobre *Assistência Religiosa nas Entidades Hospitalares Públicas e Privadas, e nos Estabelecimentos Prisionais Civis e Militares* veio regulamentar essa prática, dispondo a respeito da prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares. Em seu artigo 1º, a lei assegura aos religiosos de todas as confissões o acesso aos hospitais da rede pública ou privada, assim como aos estabelecimentos prisionais civis ou militares, para dar atendimento religioso aos internados, desde que respeitado o consentimento do pacienteou com seus familiares no caso de doentes que já não mais estejam no gozo de suas faculdades mentais (Brasil, 2000).

Tal atenção se faz importante quando estudos científicos demonstram que: (1) 75 a 90% dos pacientes gravemente doentes relatam necessidades espirituais ou religiosas durante a hospitalização, (2) mais de 70% dessas necessidades espirituais são atendidas minimamente ou não são atendidas pelo sistema de cuidados de saúde (incluindo capelães), e (3) pesquisas de satisfação dos pacientes indicam que a abordagem de necessidades espirituais durante a hospitalização está entre a menor colocação no ranking de todos os indicadores de cuidados clínicos e maior necessidade de melhoria de qualidade (Koenig, 2018).

Profissionais de saúde, mesmo quando não religiosos, podem ajudar avaliando brevemente cada paciente para identificar crenças religiosas ou espirituais que podem influenciar na assistência médica ou interferir na recuperação da doença. O médico está idealmente posicionado para obter uma breve história espiritual. Vale destacar que ao profissional de saúde não religioso cabe apenas fazer uma breve avaliação de triagem, deixando para um capelão treinado assistir aos problemas que surgirem durante essa avaliação (Koenig, 2018).

DOI: 10.5281/zenodo.14262456

Bioética, espiritualidade e formação do profissional de saúde

São inegáveis os avanços científicos e tecnológicos na área da saúde que ocorreram no século passado. Destacam-se, entre muitos, a descoberta do antibiótico em 1928, a fusão dos átomos em 1940 e a descoberta da dupla hélice de DNA em 1953. A década de 1970 foi o período em que tais avanços intensificaram-se e ao mesmo tempo passaram a ser questionados quanto ao seu aspecto ético (UTIs, transplantes, diagnóstico de morte, fertilização, diagnóstico pré-natal) (de Souza et al., 2012)

Diante das dúvidas e questionamentos ocasionados pelos avanços científicos, surge a bioética, um neologismo oriundo da ética. No termo bioética, um legado deixado por Van Rensselaer Potter, por meio da obra *Bioethics: bridge to the future*, "bio" representaria os conhecimentos biológicos, e "ética", os conhecimentos dos princípios e valores humanos perante as descobertas da sociedade científica e tecnológica. Assim, o que na ética é estudado, na moral praticado, na deontologia obrigado, na bioética é problematizado (de Souza et al., 2012).

Na bioética da relação médico-paciente ocorre o conflito entre o emocional e o racional; o maior desgaste do profissional médico muitas vezes não se deve ao número de horas trabalhadas, mas à intensidade emocional com que vivencia todos os seus atos, pois os mesmos envolvem tratar da vida, honra e saúde de outra pessoa. Contudo, na prática médica atual, este conflito é desconhecido tanto pelo médico quanto pela sociedade. (de Souza et al., 2012). Diante desse contexto, negligenciar a dimensão espiritual no atendimento à saúde pode comprometer ainda mais não só o profissional quanto a qualidade do atendimento por ele oferecido.

Na formação do profissional de saúde, particularmente o médico, o ensino da bioética vem atendendo apenas às exigências do modelo biomédico. Como relata Frijot Capra, o alicerce conceitual da moderna medicina científica, baseado na rigosa divisão entre e corpo e mente da filosofia de Descartes, é constituído por uma concepção mecanicista e fragmentada do corpo humano, em que a doença é vista como um mau funcionamento de uma das partes dessa máquina, fazendo com que ela precise ser consertada pelo médico (Capra, 2012).

Priorizando o biológico em detrimento dos aspectos subjetivos que podem envolver o adoecimento, ocorre em desenvolvimento crescente de especialidades e subespecialidades, com formação de profissionais voltados principalmente para o diagnóstico e tratamento de porções segmentadas do corpo humano, focando o processo de cura na utilização acentuada de medicamentos e cirurgias (Batista, 2010) . Permanecem negligenciados aspectos existenciais e espirituais do paciente.

A bioética e a espiritualidade, quando integradas na assistência ao paciente, proporcionam o exercício do sensato equilíbrio entre o cuidado da insuficiência orgânica e o alívio do sofrimento, gerando o conforto ao paciente (de Souza et al., 2012).

O novo Código de Ética Médica (CEM), apresenta um grande avanço com relação ao seu antecessor, ao admitir a finitude da vida, orientando de que forma deve ser a assistência médica diante desse contexto (CFM, 2019). Até então, a morte do paciente caracterizava o fracasso no profissional na cura e manutenção da vida humana. Entretanto, no que concerne à espiritualidade, evolui muito pouco, diferente do código de ética médica de outros países como Canadá, Austrália, México, Portugal e Argentina.

DOI: 10.5281/zenodo.14262456

Todos eles referem o direito do paciente de receber conforto religioso e/ou espiritual .(de Souza et al., 2012).

De maneira semelhante, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, aclamada em outubro de 2005 na Conferência Geral da UNESCO, apresenta logo em sua introdução a importância de uma visão integral do indivíduo, contemplando a dimensão espiritual. Afirma que a diversidade cultural, é necessária à humanidade e, neste sentido, constitui património comum da humanidade. Destaca que a identidade da pessoa tem dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais (UNESCO, 2005).

Para que seja colocada em prática tal modelo de atenção ao indivíduo, faz-se necessário o trabalho em conjunto de dois elementos: as Universidades e o Estado. O primeiro (Universidade) é o elemento formador, com a responsabilidade de oferecer à sociedade profissionais qualificados cientificamente e com sólida formação ética e profissional. Já o segundo (Estado), deve disciplinar e fiscalizar os cursos responsáveis pela formação desses profissionais, garantindo a que os egressos estejam aptos a atender integralmente às necessidades da população e coibindo aqueles sem adequada qualificação (de Souza et al., 2012).

A Associação Americana de Faculdades de Medicina (American Association of Medical Colleges – AAMC) endossou a a necessidade de treinar estudantes de medicina para incorporar as crenças e práticas espirituais, religiosas e culturais no atendimento de pacientes em uma variedade de contextos clínicos e reconheceu que a própria espiritualidade, crença e práticas culturais do profissional podem afetar as maneiras de se relacionar e oferecer cuidados para os pacientes (AAMC, 1999). Seguindo essas orientações, um estudo realizado em 115 das 122 faculdades de Medicina credenciadas pela AAMC indicou que, em 2010, 90% delas indicaram possuir “cursos” ou “conteúdo de um curso existente” de espiritualidade e saúde em seu currículo. Contudo, em apenas 7% das instituições esse era um curso obrigatório. (Koenig et al., 2010).

Em pesquisa realizada no Brasil sobre o assunto, das 180 (47,7%) faculdades de medicina, apenas 86 responderam. Os resultados indicaram que 10,4% das Escolas Médicas brasileiras possuem cursos dedicados de religiosidade/espiritualidade (R/E) e 40,5% possuem cursos ou conteúdos sobre espiritualidade e saúde. Apenas duas escolas médicas têm cursos de R/E que envolvem treinamento prático e três escolas têm cursos de R/E que ensinam a conduzir uma história espiritual. Apesar de poucas escolas médicas brasileiras possuírem cursos que tratam especificamente de R/E, a maioria dos diretores médicos (54%) afirmou acreditar que a relação R/E é importante o suficiente para ser ensinada em suas escolas (Lucchetti et al., 2012).

Contudo, por falta de treinamento, a maioria dos profissionais de saúde não se sentem à vontade para falar com os pacientes sobre o assunto; não entendem por que deveriam destinar um tempo precioso para coletar essas informações; não sabem como e quando coletar um histórico espiritual; têm medo de quanto tempo vai demorar; não sabem o que fazer com as informações obtidas e não sabem como responder às perguntas do paciente (Koenig, 2018).

DOI: 10.5281/zenodo.14262456

Espiritualidade na atenção à saúde

A 37ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, ocorrida em 1983, é considerada por alguns pesquisadores como o evento fundador dos debates sobre espiritualidade no âmbito da instituição. Durante aquele evento, representantes de 22 países encaminharam uma proposta de resolução à Assembleia, solicitando a consideração do fator espiritualidade como elemento determinante para a saúde humana. O encaminhamento não foi acolhido sem resistências. O médico M. Savel'ev, delegado da União Soviética, e eleito para esse debate como porta voz dos países "em que a igreja está separada do Estado", embora não tenha se contraposto ao reconhecimento da importância que a dimensão espiritual tem na saúde das pessoas em alguns dos Estados membros da OMS, não subscreveu a resolução e ainda destacou "que o diretor geral [da OMS] encontrará dificuldades em considerar aspectos religiosos na elaboração e no desenvolvimento de programas de atenção primária" (Toniol, 2020).

O problema colocado pelo delegado soviético dava indícios daquilo que seria a condição para o estabelecimento da espiritualidade como uma categoria legítima em sua interface com saúde na OMS: demarcar sua diferença em relação à religião. Assim, as relações entre religião e espiritualidade no âmbito da OMS pode ser sintetizada a partir do seguinte contraste: enquanto a espiritualidade é um lado da pessoa, a religião é uma doutrina que pode ou não ser seguida. O coletivo religioso que se forma pela via da cultura ou da adesão, contrasta com o fundamento espiritual da pessoa, forjado na natureza humana (Toniol, 2020).

Tendo considerado o relatório da direção geral [da OMS] sobre a dimensão espiritual para o 'Programa saúde para todos no ano 2000' e acompanhando as indicações do Comitê executivo sobre a resolução EB73.R3, a assembleia, reconheceu que a dimensão espiritual tem um papel importante na motivação das pessoas em todos os aspectos de sua vida,,estimulando atitudes saudáveis e devendo ser considerada como um fator que define o que seja saúde. Também convida todos seus Estados-membros a incluírem essa dimensão em suas políticas nacionais de saúde, definindo-a conforme os padrões culturais e sociais locais (OMS, 1984)

Então, em 1999, em uma das reuniões da assembleia mundial de saúde, uma proposta de Emenda Constitucional recomendou que "espiritualidade" fosse incorporada como uma das dimensões da saúde humana sugerindo, assim, que sua definição passasse a ser: "saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade." Apesar de ainda não aprovada por todos os membros da ONU, essa proposta teve consequências extensas, se tornando chave para que a espiritualidade, uma vez considerada uma dimensão da saúde humana, fosse instituída como um direito em outros documentos da OMS e também em políticas nacionais de saúde (WHO, 1999).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Qualidade de Vida como a percepção de um indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Na década de 1980, a OMS iniciou o processo de desenvolvimento do WHOQOL (World Health Organization Quality of Life), instrumento para medir aspectos multidimensionais da qualidade de vida em diferentes culturas e contextos, indo além das medidas tradicionais de saúde. O WHOQOL tem sido amplamente utilizado em pesquisas acadêmicas, avaliações de políticas de saúde e estudos de intervenções para melhorar a

DOI: 10.5281/zenodo.14262456

qualidade de vida, proporcionando uma base de dados comparável globalmente (WHO, 1995).

O instrumento WHOQOL-100 consiste em cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais(Fleck,2000). A inclusão da espiritualidade como uma dimensão reconhece a sua importância significativa na experiência humana e na percepção individual de qualidade de vida, independentemente de contextos culturais ou religiosos específicos.

Assim como ocorre com ética e moral, espiritualidade e religiosidade não são sinônimos. A definição, compreensão e distinção de ambos é essencial para a viabilização de estudos e pesquisas. A etimologia da palavra religião vem do lati – *religare*, cujo significado é "re-unir", ou seja, "re-ligar" o homem à sua "essência divina", que se estabelece como sendo um sistema organizado de crenças, práticas rituais símbolos delineados para facilitar a proximidade com o sagrado e o transcendente (Castilho; Cardoso, 2015). Um dos maiores pesquisadores no assunto da atualidade, o médico Harold Koenig, define a religiosidade como crença e prática ritualística de uma religião, seja na participação em um ambiente de cunho religioso ou no ato de rezar ou orar (Koenig, 2012).

A religião estabelece dogmas, doutrina e rituais próprios, envolvendo preceitos morais e éticos, criando, assim, um sistema específico voltado e vinculado ao Ser ou Força Suprema. Geralmente está associada a uma comunidade que compartilha crenças e comportamentos, oferece ao indivíduo um apoio e significado da vida além da realidade terrena e material. Embora institucionalizada, pode fomentar e enriquecer a espiritualidade (de Souza et al., 2012).

A palavra espiritualidade derivou do latim *spiritus*, significando a parte essencial da pessoa, que controla a mente e o corpo; a etimologia da palavra espiritualidade significa sopro de vida e, o termo está relacionado ao significado da vida e à razão de viver (Castilho; Cardoso, 2015). Assim, a espiritualidade consiste em uma relação pessoal com o objeto transcendente (Deus ou Poder Superior), o metafísico, em que a pessoa busca significados e propósitos fundamentais da vida e que pode ou não envolver a religião (Koenig, 2012). É uma sensação de que algo nos transcende e que, portanto, dá um sentido àquilo que fazemos e que somos. Trata-se de uma forma implícita de tratar dimensões profundas da subjetividade sem incluir necessariamente a religiosidade (de Souza et al., 2012).

Em seu livro *Espiritualidade para Céticos*, o filósofo norte-americano Robert Solomon destaca que notou estar confundindo espiritualidade e religião, e com o pior da religião, o que o levava a agrupar as duas por medos e preconceitos que carregava desde a infância. Relata que, por hipocrisia moralista e aversão, rejeitou erroneamente o que agora percebe ser uma dimensão essencial da vida. Defende que "a espiritualidade pode ser separada tanto do sectarismo vicioso quanto de banalidades irrefletidas". Compreende então a espiritualidade como o amor bem pensado à vida (Solomon, 2003)

Nos primórdios da civilização humana, a religiosidade/espiritualidade (R/E) sempre foi um mecanismo de cura e promoção da saúde. Com os avanços científicos, fez-se necessário abandonar alguns dos conhecimentos místicos associados à cura, sem, contudo, excluir completamente a espiritualidade da essência do indivíduo (Borges et al., 2017).

DOI: 10.5281/zenodo.14262456

Contudo, tais avanços, apesar das inquietações ocasionadas, acabaram distanciando a ciência da espiritualidade, colocando-a na posição de tabu. Na busca pela melhor compreensão e investigação da mente humana e seus processos, visando oferecer ao indivíduo instrumentos para a manutenção da saúde mental, muitos estudiosos defendiam que a crença e a religião não possuíam embasamento científico, podendo ser comparados a uma falha cerebral (Borges et al., 2017).

Para Sigmund Freud, por exemplo, a religião consistia em uma neurose, justificando todos os comportamentos transcendentes como mecanismos de defesa ou afins (Borges et al., 2017). Porém, apesar de manter relações com grandes estudiosos da área, Viktor Frankl, ao sistematizar a Logoterapia e a Análise Existencial, se mostra contrário a visão corrente do homem em busca do prazer e do poder. Nascido em Viena no ano 1905, desde criança preocupava-se com questões acerca da existência, da vida e da morte. Fez Medicina, elegendo a Neurologia e Psiquiatria como áreas de atuação. Foi prisioneiro nos campos de concentração da 2ª Guerra Mundial, vivenciando o sofrimento e a iminência da morte. Com base em suas vivências e observações, criou a Logoterapia, defendendo que a mesma, apesar de não procurar invalidar descobertas sérias e legítimas de pioneiros com Freud, Adler, Pavlov, Watson ou Skinner, defendia que "o homem não pode ser considerado como apenas uma criatura cujo interesse fundamental é satisfazer as pulsões de gratificar instintos ou (...) reconciliar o id, ego e o superego". Também não acreditava que a presença humana poderia ser entendida como resultado de condicionamentos ou de reflexões condicionadas. Ao contrário, defendia que o homem era um ser em busca de sentido (Frankl, 1991).

Assim, a Logoterapia integra e inclui o que, diante dos avanços científicos, acabou por ser excluído, ou seja, a dimensão espiritual e busca de sentido, apresentando, portanto, um novo paradigma antropológico existencial interativo. A busca por um sentido consiste na motivação primária, sendo esse sentido específico para cada pessoa em cada situação, de acordo com valores experimentados (Souza et al., 2021) .

Atualmente, a instantaneidade das informações e dos meios de comunicação fragilizam os relacionamentos interpessoais e a riqueza da reflexão, gerando um individualismo carente de partilha e compromisso com o outro. São valorizados o ter, o aqui, o agora e o quadrimotor: ciência – técnica – indústria – lucro (de Souza et al., 2012).

Como defende o filósofo Zygmunt Bauman, vivemos em uma sociedade líquida moderna, em que "as condições sob as quais agem seus membros mudam num tempo mais curto do que aquele necessário a consolidação em hábitos e rotinas, das formas de agir" (Bauman, 2021), ampliando, assim, as inquietações e ansiedades humanas.

Diante da sociedade contemporânea do ter e do visível, analisar a mente humana através da perspectiva de Frankl permite uma compreensão mais clara de como essa postura tem desencadeado cada vez mais transtornos mentais como depressão e ansiedade. A busca de um sentido para a vida, que entendemos como espiritualidade, tem se demonstrado cada vez mais benéfico a saúde dos indivíduos.

O crescente interesse das ciências médicas pela relação entre saúde e espiritualidade já foi constatado e repercutido por alguns trabalhos (Hill; Pargament, 2003). Como indicadores globais do impacto desse campo, basta mencionar a consolidação de programas de pós-graduação sobre o tema em centros de pesquisas das universidades de Columbia, Duke, Harvard e Yale, além do vultuoso aumento no número de publicações dedicadas ao assunto em periódicos científicos e a oferta regular de cursos

DOI: 10.5281/zenodo.14262456

sobre a temática em universidades da Europa, Estados Unidos e América Latina. Nesse quadro, o Brasil ocupa, reconhecidamente, um lugar de destaque, tendo se consolidado como um dos países com maior concentração de publicações acadêmicas sobre o tema (Lucchetti; Lucchetti, 2014).

As pesquisas demonstram que um ambiente onde a religiosidade e a espiritualidade são aspectos relevantes observa-se melhor qualidade de vida (Levin et al., 1996 e Sawatzky et al., 2005) , melhor saúde (Gillum; Ingram, 2006 e Hummer et al. 1999 e King D E et al. 2002 e Sephton et al. 2001 e Tartaro et al. 2005), maior longevidade (Chida et al., 2009; Mccullough et al., 2000; Powell et al., 2003) e menor necessidade de atendimento médico (Boscaglia et al., 2005 e Koenig et al. ,1998 e Smith et al., 2003). Como nos orienta Harold Koenig, "é urgente a necessidade de se traduzir os resultados dessas pesquisas em rápida expansão, de maneira que possam ser aplicadas à beira do leito pelos mais variados tipos de profissionais de saúde" (Koenig, 2013)

Contudo, muitos países desenvolvidos e em desenvolvimento, incluindo o Brasil, passam por secularização, processo pelo qual a religião deixa de ser o aspecto cultural agregador. Apesar dos inúmeros achados sobre os efeitos benéficos da espiritualidade na saúde do indivíduo, nem sempre é fácil e cômodo falar de espiritualidade na saúde, tendo em vista a amplitude do tema, seu caráter subjetivo inerente ao imaginário popular e a cobrança da sociedade aos profissionais devido à estreita relação de legitimidade entre saúde e ciência (Smeke, 2011)

Isso tem direcionado o atendimento médico em um sentido contrário a R/E que é característica significante da imensa maioria da população. Essa secularização pode estar direcionando os pacientes rumo a uma necessidade cada vez maior do tradicional atendimento médico biológico. Uma menor R/E está inversamente correlacionada com alcoolismo e abuso de drogas, delinquência, criminalidade e gravidez na adolescência, entre outros agravos sociais. Tudo isso acarretará em uma despesa cada vez maior para a saúde pública (Koenig, 2013).

Integralidade na atenção à saúde e políticas públicas

A integralidade na saúde procura romper o padrão de fragmentação no cuidado ao paciente, seguindo a recomendação da OMS e seu instrumento de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) que a compreende saúde do indivíduo como é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade.

Assim, ao incorporar a integralidade como princípio norteador para estruturar a política de Estado para saúde, objetiva-se orientar a organização dos serviços nessa área e fortalecer o propósito de criar um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade. Nesse contexto, a inserção da integralidade aos princípios orientadores das práticas de saúde, valoriza a subjetividade humana, possibilitando o diálogo e a inserção das diversas formas de ação em saúde (Castilho; Cardoso, 2015).

A compreensão do sujeito a partir do seu modo de se relacionar com a vida pode trazer contribuições significativas na compreensão social da demanda dos usuários do sistema de saúde, potencializando, assim, o cuidado ao indivíduo e suas necessidades (Castilho; Cardoso, 2015)

DOI: 10.5281/zenodo.14262456

Contudo, um estudo investigativo de 65 políticas públicas apresentadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e disponíveis para pesquisa apontou uma abordagem sutil e não explicativa sobre espiritualidade na assistência integrativa, demonstrando assim uma necessidade de ampliação da discussão sobre o assunto, uma vez que as práticas dos profissionais da saúde são embasadas no ideário proposto pelas políticas públicas de saúde (Castilho; Cardoso, 2015).

Um estudo nacional, onde foi avaliada uma amostra representativa da população brasileira (3007 participantes) constatou que apenas 5% dos brasileiros declaram não ter religião (Moreira-Almeida et al., 2010). Esse dado é semelhante a mais recente pesquisa sobre o assunto na população brasileira realizada pelo IBGE em 2010, onde apenas 15 milhões (8,8%) dos quase 170 milhões de habitantes do país não relatam vínculo a grupos religiosos. Não mais do que 616 mil dessas pessoas (0,36%) afirmaram serem ateus IBGE (2011). Ainda nessa pesquisa, demonstrou-se que 83% dos entrevistados consideraram a religião muito importante para a sua vida e 37% frequentavam algum serviço religioso pelo menos uma vez por semana (Moreira-Almeida et al., 2010).

Um estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS) investigou 5.087 pessoas em 18 países, e, dentre os países cristãos fora da África, o Brasil teve a maior porcentagem de entrevistados que indicaram ser "moderadamente" ou "extremamente" religiosos (WHOQOL SRPB Group, 2006). Segundo o Censo 2022, no Brasil existem mais templos religiosos do que escolas e hospitais somados. De acordo com a análise, são 580 mil locais de devoção a diferentes tipos de religião ante 264 mil instituições de ensino e 264 mil unidades de saúde, que juntos totalizam 512 estabelecimentos (IBGE, 2023).

A Constituição Federal de 1988 aponta o atendimento integral à saúde como uma das diretrizes do SUS e, desde então, a integralidade vem sendo colocada como questão central nas políticas governamentais, em programas de intervenção e em todo discurso do movimento sanitário. A integralidade no contexto do SUS pode ser vista como uma imagem-objetivo com vários sentidos que reúne três conjuntos: (1) a integralidade como traço da boa medicina, (2) como modo de organizar as práticas e (3) como respostas governamentais a problemas específicos de saúde. A integralidade consiste em uma resposta ao sofrimento da pessoa que procura ajuda no serviço de saúde, tendo o cuidado para que ela não seja reduzida ao sistema biológico (Castilho; Cardoso, 2015).

A grande dificuldade consiste em treinar o profissional de saúde para que torne cada vez mais constante a integralidade em sua prática. Com relação à dimensão espiritualidade, preconceito e desinformação podem dificultar ainda mais a atenção à necessidade do paciente. Com o objetivo de sanar essa dificuldade, em seu livro *Espiritualidade no Cuidado com o Paciente,* o Dr. Harold Koenig, de maneira clara e sucinta, traz informações e técnicas práticas para a implementação da atenção à espiritualidade do paciente. Discorre, inclusive, sobre os limites e barreiras que essa prática pode apresentar, destacando, ademais, a importância de detectar se a espiritualidade está promovendo um efeito prejudicial no processo de cura do paciente (Koenig, 2018).

Também faz parte da integralidade, a Educação Popular em Saúde. Sua metodologia é voltada para o desenvolvimento de uma pedagogia direcionada ao ser humano inserido em seu contexto de vida. Trabalha pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos nos processos de participação popular, através de formas coletivas de

DOI: 10.5281/zenodo.14262456

aprendizado e de investigação, promovendo a análise clínica sobre a realidade e as estratégias de luta e de enfrentamento (Batista, 2010).

A Educação Popular em Saúde busca melhores condições de vida e de saúde , sendo mediada pelo diálogo, pela valorização do saber popular, pela construção da conscientização e da autonomia do indivíduo e da coletividade. Essa forma de educar pode ser percebida como um modelo alternativo ao paradigma biomédico, ainda hegemônico na atualidade (Batista, 2010).

Cabe destacar que, atualmente, há um processo de institucionalização da educação popular em saúde nas práticas desenvolvidas na atenção básica, mediante a estratégia da Saúde da Família. Instituído em 2009, o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde foi criado com objetivos voltados ao fortalecimento da luta pelo direito à saúde e em defesa do sistema Único de Saúde, como também direcionados à construção de bases pedagógicas para a transformação das práticas de educação em saúde desenvolvidas, fortalecendo a autonomia da população e a relação fraterna e solidária entre gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde (Batista, 2010).

Em 2013, o Ministério da Saúde publicou uma portaria que institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2013). Tal documento contribui para o aprofundamento do sentido da integralidade em saúde, a partir da valorização dos projetos pessoais e coletivos como parte fundamental da estruturação do cuidado (Castilho; Cardoso, 2015).

Profissionais e pesquisadores do assunto, compreendendo os benefícios da espiritualidade do paciente, vem atuando na promoção do debate sobre o tema no campo da saúde coletiva no Brasil (Vasconcelos, 2006).

No campo da saúde, a educação popular tem sido utilizada como uma estratégia de superação do grande fosso cultural existente entre os serviços de saúde e o saber dito científico e a dinâmica de adoecimento e cura do mundo popular (Vasconcelos, 2009). Nesse sentido, ressalta-se a relevância da presença da espiritualidade no trabalho em saúde realizado com enfoque na metodologia da educação popular em saúde, visto que a espiritualidade é uma força capaz de auxiliar o indivíduo, a família e a comunidade, a melhor superar as dificuldades da vida, como também as doenças que vivenciam, proporcionando um melhor enfrentamento da realidade cotidiana (Batista, 2010).

Considerações finais

Numa sociedade pautada pelos princípios dos Direitos Humanos e da Bioética, a autonomia e os anseios do indivíduo passam a ser prioridade. Sendo assim, é inconcebível ofertar ao paciente uma assistência que se baseie apenas em seus aspectos biológicos. Nas últimas décadas, principalmente após a Constituição de 1988, cada vez mais a assistência à saúde tem observado e cuidado dos aspectos psicológicos e sociais daqueles que procuram por ajuda.

Contudo, apesar dos benefícios demonstrados em trabalhos científicos sobre o auxílio do suporte espiritual na saúde da pessoa, essa dimensão ainda é negligenciada e desamparada quando sob os cuidados dos profissionais da saúde. Contribuem para essa postura, não só o preconceito e a desinformação, como também a ausência de treinamentos e políticas públicas que habilitem o profissional a direcionar sua atenção à

DOI: 10.5281/zenodo.14262456

essas necessidades, tão fundamentais quanto qualquer outra e de extrema relevância, particularmente na população do nosso país. Também se fazem necessários novos estudos que demonstrem, não só seu aspecto protetor, mas a comprovação de sua eficácia como fator preditor de riscos à saúde do indivíduo. Assim, seria possível o surgimento de um novo paradigma na prática da saúde. Entretanto, os achados do presente artigo demonstram que existem benefícios suficientes amparando a importância da atenção à espiritualidade do paciente e capacitação do profissional de saúde para essa prática.

Referências

AAMC. Contemporary issues in medicine--medical informatics and population health: report II of the Medical School Objectives Project. **Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges**, v. 74, n. 2, p. 130–41, 1999.

AHA. The Paciente Care Partnership. Disponível em: <https://www.aha.org/system/files/2018-01/aha-patient-care-partnership.pdf>. Acesso em: 24/6/2024.

Batista, P. A valorização da espiritualidade nas práticas de educação popular em saúde desenvolvidas na atenção básica. **RECIIS**, v. 4, n. 3, 2010.

Bauman, Z. **Vida Líquida**. 2a ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

Borges, P. P.; Ferreira, R. S.; de Sousa, I. D. T. A saúde permeada pela espiritualidade. **Multitemas**, v. 22, n. 51, 2017.

Boscaglia, N.; Clarke, D. M.; Jobling, T. W.; Quinn, M. A. The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. **International Journal of Gynecological Cancer**, v. 15, n. 5, p. 755–761, 2005.

Brasil. **Lei Nº 8.080**. Brasília, DF, 1990.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. , 1998. Brasília, DF: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

Brasil. LEI No 9.982 - Prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares. , 14. jul. 2000. Brasília: Diário Oficial da União.

Brasil. PORTARIA Nº 2.761. **Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS)**, 19. nov. 2013. Brasília: Ministério da Saúde.

Capra, F. **O Ponto de Mutação: a Ciência, a Sociedade e a Cultura Emergente**. 30º ed. Cultrix, 2012.

Castilho, C.; Cardoso, P. Espiritualidade, Religiosidade e Religião nas Políticas Públicas de Saúde: um olhar para a integralidade. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**,, v. 3, n. 1, p. 28–39, 2015.

CFM. **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 , modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019** . Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

Chida, Y.; Steptoe, A.; Powell, L. H. Religiosity/Spirituality and Mortality. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 78, n. 2, p. 81–90, 2009.

Donato, N.; Vilarim, F.; Gomes, E. Justiça social, interculturalidade, espiritualidade e Direitos Humanos: apontamentos e contextos. **Caderno da Escola Superior de Gestão Pública, Política, Jurídica e Segurança**, v. 2, n. 2, 2019.

DOI: 10.5281/zenodo.14262456

Fleck, M. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33–38, 2000.

Frankl, V. **Em Busca de Sentido: um psicólogo no campo de concentração**. 60º ed. Editora Vozes, 1991.

Gillum, R. F.; Ingram, D. D. Frequency of Attendance at Religious Services, Hypertension, and Blood Pressure: The Third National Health and Nutrition Examination Survey. **Psychosomatic Medicine**, v. 68, n. 3, p. 382–385, 2006.

Hill, P.; Pargament, K. I. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. **American Psychologist**, v. 58, n. 1, p. 64–74, 2003.

Hummer, R. A.; Rogers, R. G.; Nam, C. B.; Ellison, C. G. Religious involvement and U.S. adult mortality. **Demography**, v. 36, n. 2, p. 273–85, 1999.

IBGE. **CENSO DEMOGRÁFICO 2010 Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro, 2011.

IBGE. **CENSO DEMOGRÁFICO 2022**. 2023.

Khayat, M. **Spirituality in the Definition of Health The World Health Organization's Point of View**. 1998.

King D E; Mainous, A. G.; Pearson, W. S. C-Reactive Protein, Diabetes, and Attendance at Religious Services. **Diabetes Care**, v. 25, n. 7, p. 1172–1176, 2002.

Koenig, H. **Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade**. Porto Alegre (RS): editora L&PM, 2012.

Koenig, H. **Espiritualidade no Cuidado como Paciente: Por Que, Como, Quando e O Quê**. 3º ed. São Paulo: FE Editora, 2018.

Koenig, H. G.; George, L. K.; Peterson, B. L. Religiosity and Remission of Depression in Medically Ill Older Patients. **American Journal of Psychiatry**, v. 155, n. 4, p. 536–542, 1998.

Koenig, H. G.; Hooten, E. G.; Lindsay-Calkins, E.; Meador, K. G. Spirituality in Medical School Curricula: Findings from a National Survey. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 40, n. 4, p. 391–398, 2010.

Levin, J. S.; Markides, K. S.; Ray, L. A. Religious Attendance and Psychological Well-Being in Mexican Americans: A Panel Analysis of Three-Generations Data. **The Gerontologist**, v. 36, n. 4, p. 454–463, 1996.

Lucchetti, G.; Lucchetti, A.; Espinha, D.; et al. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. **BMC medical education**, v. 12, p. 78, 2012.

Lucchetti, G.; Lucchetti, A. L. G. Spirituality, Religion, and Health: Over the Last 15 Years of Field Research (1999–2013). **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 48, n. 3, p. 199–215, 2014.

Matta, G.; Morisini, M. Atenção à Saúde. .

Mccollough, M. E.; Hoyt, W. T.; Larson, D. B.; Koenig, H. G.; Thoresen, C. Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. **Health Psychology**, v. 19, n. 3, p. 211–222, 2000.

Moreira-Almeida, A.; Pinsky, I.; Zaleski, M.; Laranjeira, R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 37, n. 1, p. 12–15, 2010.

DOI: 10.5281/zenodo.14262456

OMS. A37/33. **Arquivos OMS**, 1984.

ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2023/10/PT-UDHR-v2023_web.pdf?__cf_chl_rt_tk=Ou6LzwYS7VVrZjCFUg0Q1JEncgIl.NyN9aNyJ5kKt7k-1714066382-0.0.1.1-1770 - Acesso em 25 abr 2024, 1948a.

ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos - resolução 217 A III. **Assembleia Geral da ONU**, 1948b.

Powell, L. H.; Shahabi, L.; Thoresen, C. E. Religion and spirituality: Linkages to physical health. **American Psychologist**, v. 58, n. 1, p. 36–52, 2003.

Sawatzky, R.; Ratner, P. A.; Chiu, L. A Meta-Analysis of the Relationship Between Spirituality and Quality of Life. **Social Indicators Research**, v. 72, n. 2, p. 153–188, 2005.

Sephton, S. E.; Koopmann, C.; Schaal, M.; Thoresen, C.; Spiegel, D. Spiritual Expression and Immune Status in Women with Metastatic Breast Cancer: An Exploratory Study. **The Breast Journal**, v. 7, n. 5, p. 345–353, 2001.

Smeke, E. Espiritualidade e atenção primária à saúde, contribuições para a prática cotidiana. In: E. Vasconcelos (Org.); **A espiritualidade no trabalho em saúde**. p.341–369, 2011. São Paulo: Hucitec.

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, 2003.

Solomon, R. C. **Espiritualidade para céticos: paixão, verdade cósmica e racionalidade no século XXI**. 1º ed. Civilização Brasileira, 2003.

Souza, A. M.; Aita, K. M. S. C.; Corrêa, V. A. C. A compreensão da pessoa biopsicossocial e espiritual como recurso aos cuidados integrais: Direitos Humanos assegurados no planejamento e ações em saúde coletiva. **Saúde Coletiva: avanços e desafios para a integralidade do cuidado**. p.208–223, 2021. Editora Científica Digital.

de Souza, V.; Pessini, L.; Hossne, W. S. Bioética, religião, espiritualidade e a arte do cuidar na relação médico-paciente . **Rev. Bioethikos**, v. 6, n. 2, p. 181–190, 2012.

Tartaro, J.; Luecken, L. J.; Gunn, H. E. Exploring Heart and Soul: Effects of Religiosity/Spirituality and Gender on Blood Pressure and Cortisol Stress Responses. **Journal of Health Psychology**, v. 10, n. 6, p. 753–766, 2005.

Tomiol, R. et al. **Espiritualidade Institucionalizada: Políticas públicas, usos clínicos e pesquisas médicas na legitimação da espiritualidade como fator de saúde**. Campinas/ SP: UNICAMP - FAPESP, 2020.

UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. , 2005. Paris: Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura UNESCO.

Vasconcelos, E. **A espiritualidade no trabalho em saúde** . 2º ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

Vasconcelos, E. Espiritualidade na educação popular em saúde. **Cadernos CEDES**, v. 29, n. 79, p. 323–333, 2009.

WHO. WHOQOL (World Health Organization Quality of Life). **World Health Organization**, 1995. Disponível em: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-100/docs/default-source/publishing-policies/whoqol/portuguese-brazil-whoqol-100>. Acesso em: 24/6/2024.

WHO. World Health Organization Amendments to the Constitution A52/24 [Internet].1999. . p.4, 1999. New York: **World Health Organization**. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA52/ew24.pdf>. Acesso em: 23/6/2024.

DOI: 10.5281/zenodo.14262456

WHOQOL SRPB GROUP. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. **Social Science & Medicine**, v. 62, n. 6, p. 1486–1497, 2006.

Informação bibliográfica deste texto, conforme a NBR 6023:2018 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT):

ASSIS, Cristiane Ribeiro; LEME, Renata Salgado. Direitos humanos, bioética e espiritualidade na atenção integral à saúde do paciente. **UNISANTA Law and Social Science**, Vol. 13, N. 2 (jul./dez. 2024), pp. 152-168. ISSN: 2317-1308.

Recebido em 11/10/2024
Aprovado em 28/10/2024

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt-br

DOI: 10.5281/zenodo.14262456