Espiritualidade na atenção à saúde: avaliação da aplicabilidade prática e limites ético-normativos

Espiritualidad en el cuidado de la salud: evaluación de la legislación y aplicabilidad práctica

Spirituality in health care: evaluation of legislation and practical applicability

Alexandre Rocha Almeida de Moraes[1]
Doutor, PPG em Direito da Saúde, Universidade Santa Cecília, Santos, SP, Brasil

Cristiane Ribeiro Assis[2]
Mestranda, PPG em Direito da Saúde, Universidade Santa Cecília, Santos, SP, Brasil

RESUMO: O estudo analisa a relação entre espiritualidade e saúde, destacando seu crescente reconhecimento na prática clínica contemporânea. Historicamente, a ciência ocidental afastou-se da religiosidade, priorizando o modelo biomédico e fragmentado de cuidado. Contudo, pesquisas recentes indicam que a atenção às dimensões espirituais pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida, adesão ao tratamento e bem-estar dos pacientes. Esse cenário tem impulsionado recomendações de organismos internacionais e nacionais para incluir a espiritualidade na formação médica e nos serviços de saúde, ainda que permeada por limites éticos e normativos. **Objetivo**: compreender as repercussões da espiritualidade sobre a saúde, avaliar a legislação vigente e discutir a aplicabilidade prática dessa abordagem no contexto brasileiro. **Método**: realizou-se pesquisa qualitativa, descritiva e aplicada, baseada em revisão bibliográfica e documental. Foram examinados artigos publicados entre 1994 e 2024 em bases como PubMed, SciELO e LILACS, além de documentos oficiais da OMS, ONU e normas nacionais. A metodologia incluiu análise crítica e categorização temática, buscando evidências consistentes e atualização conceitual. **Resultados**: revelaram associação positiva entre espiritualidade e saúde física e mental, incluindo menor incidência de depressão, ansiedade, doenças cardiovasculares e neurodegenerativas, além de maior longevidade e apoio psicossocial. Também se constatou que cerca de 15% dos indivíduos vivenciam a espiritualidade de forma negativa, com impacto adverso em seus desfechos de saúde. No Brasil, apesar de avanços legais, como a Lei nº 9.982/2000 e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, persistem lacunas na formação médica e na aplicação prática, sobretudo pelo despreparo e resistência de profissionais. **Conclusão**: conclui-se que a espiritualidade pode ser integrada de modo legítimo e benéfico ao cuidado integral, desde que respeitados a laicidade do Estado, a autonomia do paciente e os marcos ético-jurídicos, assegurados pelo consentimento informado e por uma formação profissional adequada.

Palavras-chave: Espiritualidade; Integralidade em Saúde; Políticas de Saúde; Limites éticos e normativos. Consentimento.

---

[1] Promotor de Justiça do Ministério Público do Estado de São Paulo. Mestre e Doutor em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. É professor da Graduação e Pós-Graduação da PUC/SP e da UNISANTA. Professor do Mestrado em Direito da Saúde (UNISANTA), professor de diversos cursos de pós-graduação, dentre os quais a Escola Superior do Ministério Público de São Paulo e da Escola Paulista da Magistratura. Autor de obras jurídicas, dentre as quais, Direito Penal: Parte Geral (Fórum), Direito Penal do Inimigo e Direito Penal Racional (Editora Juruá) e Criminologia (Juspodvum).

[2] Mestranda, PPG em Direito da Saúde, Universidade Santa Cecilia, Santos/SP, Brasil. Médica ginecologista e obstetra com área de atuação em Medicina Fetal (FEBRASGO/ABM). Docente em Obstetrícia e Saúde da Mulher (UNAERP e USJT). Mestrando em Direito da Saúde (UNISANTA).

***RESUMEN**: El estudio analiza la relación entre espiritualidad y salud, destacando su creciente reconocimiento en la práctica clínica contemporánea. Históricamente, la ciencia occidental se apartó de la religiosidad, priorizando el modelo biomédico y fragmentado de atención. Sin embargo, investigaciones recientes indican que la atención a las dimensiones espirituales puede contribuir a la mejora de la calidad de vida, la adherencia al tratamiento y el bienestar de los pacientes. Este escenario ha impulsado recomendaciones de organismos internacionales y nacionales para incluir la espiritualidad en la formación médica y en los servicios de salud, aunque permeada por límites éticos y normativos. **Objetivo:** comprender las repercusiones de la espiritualidad en la salud, evaluar la legislación vigente y discutir la aplicabilidad práctica de este enfoque en el contexto brasileño. **Método:** se realizó una investigación cualitativa, descriptiva y aplicada, basada en revisión bibliográfica y documental. Se examinaron artículos publicados entre 1994 y 2024 en bases como PubMed, SciELO y LILACS, además de documentos oficiales de la OMS, ONU y normas nacionales. La metodología incluyó análisis crítico y categorización temática, buscando evidencias consistentes y actualización conceptual. **Resultados:** revelaron asociación positiva entre espiritualidad y salud física y mental, incluyendo menor incidencia de depresión, ansiedad, enfermedades cardiovasculares y neurodegenerativas, además de mayor longevidad y apoyo psicosocial. También se constató que cerca del 15% de los individuos viven la espiritualidad de forma negativa, con impacto adverso en sus resultados de salud. En Brasil, a pesar de avances legales como la Ley nº 9.982/2000 y la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias, persisten lagunas en la formación médica y en la aplicación práctica, sobre todo por la falta de preparación y resistencia de profesionales.**Conclusión:** se concluye que la espiritualidad puede integrarse de manera legítima y beneficiosa al cuidado integral, siempre que se respeten la laicidad del Estado, la autonomía del paciente y los marcos ético-jurídicos, asegurados por el consentimiento informado y una formación profesional adecuada.*

***Palabras clave:** Espiritualidad; Integralidad en Salud; Políticas de Salud; Límites éticos y normativos; Consentimiento.*

***ABSTRACT:**The study analyzes the relationship between spirituality and health, highlighting its growing recognition in contemporary clinical practice. Historically, Western science distanced itself from religiosity, prioritizing the biomedical and fragmented model of care. However, recent research indicates that attention to spiritual dimensions can contribute to improved quality of life, treatment adherence, and patient well-being. This context has driven recommendations from international and national organizations to include spirituality in medical training and healthcare services, although bounded by ethical and regulatory limits. **Objective:** to understand the repercussions of spirituality on health, evaluate current legislation, and discuss the practical applicability of this approach in the Brazilian context. **Method:** a qualitative, descriptive, and applied study was carried out, based on bibliographic and documentary review. Articles published between 1994 and 2024 were examined in databases such as PubMed, SciELO, and LILACS, as well as official documents from WHO, UN, and Brazilian regulations. The methodology included critical analysis and thematic categorization, seeking consistent evidence and conceptual updating. **Results:** findings revealed a positive association between spirituality and physical and mental health, including lower incidence of depression, anxiety, cardiovascular and neurodegenerative diseases, as well as greater longevity and psychosocial support. It was also found that about 15% of individuals experience spirituality in a negative way, with adverse impact on health outcomes. In Brazil, despite legal advances such as Law No. 9.982/2000 and the National Policy on Integrative and Complementary Practices, gaps remain in medical training and practical application, mainly due to lack of preparation and professional resistance. **Conclusion:** it is concluded that spirituality can be legitimately and beneficially integrated into comprehensive care, provided that the secular nature of the State, patient autonomy, and ethical-legais frameworks are respected, safeguarded through informed consent and adequate professional training.*

***Keywords:** Spirituality; Comprehensive Healthcare; Health Policies; Ethical and Regulatory Limits; Consent.*

Introdução

A história da humanidade sempre apresentou algum tipo de interconexão entre crenças, religiosidade, culto a divindades, espiritualidade 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.

Contudo, a sociedade ocidental moderna passou a assistir uma espécie de separação entre religiosidade e ciência. Fatos históricos, como a Santa Inquisição, a queda do Feudalismo, o Iluminismo e o surgimento do Capitalismo, respaldados pelas filosofias newtoniana e cartesiana, propulsionaram a separação entre ciência e religião como espécie de saída inevitável para a construção de uma ciência racional e mais humanista (Gasparini, 2011).

Sem restrições dogmáticas, a ciência avançou rapidamente em suas descobertas e ocorreu 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 espécie segmentação no cuidado ao paciente (Koenig, 2018).

A busca pelo domínio e controle das descobertas e informações, passou a ser comum correlacionar o ainda desconhecido com crença e misticismo. Assim, a religião e a fé foram banidas da ciência (Gasparini, 2011) e, logicamente, se distanciaram as práticas médicas e de cuidados com a saúde.

A maioria dos profissionais de saúde, no processo de especialização, devido a quantidade significativa de novas descobertas por parte da Ciência, focaram sua atenção nos aspectos biológicos, ou seja, materiais, sendo certo que a perda da visão integral do paciente associada à desatenção às suas necessidades espirituais, especialmente nos momentos mais críticos, fez com que surgisse, em muitos momentos, um sentimento de insatisfação com o atendimento recebido ou uma espécie de sensação, ainda que inconsciente, de incompletude quanto ao atendimento recebido (Koenig, 2018).

Avaliando esse assunto, um estudo de Koenig de 2018 sustenta que: a) 75 a 90% dos pacientes gravemente doentes relatam necessidades espirituais ou religiosas durante a hospitalização; b) mais de 70% dessas necessidades espirituais não foram satisfatoriamente atendidas pelo sistema de cuidados de saúde (incluindo capelãos); c) 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.

Diante dessa demanda, observa-se um crescente interesse das ciências médicas pelo resgate de uma interrelação entre saúde e espiritualidade, que já foi constatado e repercutido por alguns trabalhos (Sawatzky, 2005; Lenin, 1996; Tartaro, 2005; Gillum, 2006; Hummer, 1999; Sephton, 2001; King, 2002; Chida, 2009; Mccollough, 200; Powell, 2003).

Em resposta a essa necessidade, a Association of American Medical Colleges (AAMC), Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) recomendam que questões espirituais sejam

abordadas no atendimento clínico e na educação de profissionais de saúdem (Puchalski, 1998).

Baseado nas evidências já constatadas, organizações internacionais (Organização Mundial de Saúde, American College of Physicians, World Psychiatry Association, North American Nursing Diagnosis Association, American Medical Association) e brasileiras (Associação Brasileira de Psiquiatria, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Associação Brasileira de Educação Médica) já incluem esse assunto em seus eventos e/ou publicações, que irão nortear a prática clínica dos profissionais de saúdemn (Lucchetti, 2023).

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, 2014).

O presente estudo tem por objetivo compreender as repercussões da atenção à espiritualidade do paciente sobre sua saúde e avaliar a legislação vigente sobre o assunto.

Apesar dos reconhecidos benefícios da espiritualidade no cuidado integral à saúde, sobretudo no acolhimento emocional e na promoção do bem-estar dos pacientes, seu uso no contexto médico precisa ser cuidadosamente delimitado por princípios éticos e normas jurídicas.

Diante disso, propõe-se discutir até que ponto a abordagem espiritual pode ser legitimamente integrada à prática médica sem violar a autonomia do paciente, a laicidade do Estado e os direitos fundamentais, questionando quais são os limites ético-jurídicos que garantem que essa dimensão subjetiva do cuidado não se torne uma forma de imposição ou desvio da conduta profissional.

1 Aspectos éticos e legais: da formação profissional ao consentimento informado

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.

Aliás, o art. 196 expressamente assevera que ser 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 e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A integralidade no contexto do SUS pode ser vista como uma imagem-objetivo com vários sentidos que reúne três conjuntos: a integralidade como traço da boa medicina, como modo de organizar as práticas e 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 (Castilo, 2015).

Discutir, portanto, que no contexto do melhor tratamento – acessível à todos -, possa se incluir um aspecto de espiritualidade inclui enfrentar também alguns limites éticos, a começar pela autonomia do paciente.

Isso porque o paciente tem o direito de escolher se quer ou não incluir aspectos espirituais em seu tratamento. A abordagem espiritual deve sempre respeitar as crenças do paciente ou até mesmo a ausência de qualquer fé ou crença.

No mesmo sentido, qualquer intervenção baseada em espiritualidade deve ser previamente conversada e consentida, especialmente se envolver práticas religiosas ou terapias não convencionais. Em outras palavras, o profissional de saúde não pode impor suas crenças ao paciente e, logicamente, seria antiético usar o espaço clínico para evangelização ou influência religiosa.

Em suma, as práticas espirituais sugeridas não devem causar danos, atrasar tratamentos médicos tradicionais ou substituir terapias comprovadamente eficazes.

Haverá, ademais, limites jurídicos, tanto no que diz respeito à liberdade religiosa (Constituição Federal, art. 5º, VI), quanto ao direito à privacidade e e intimidade (art. 5º, X).

Garante-se o direito à liberdade de crença e culto, tanto ao profissional quanto ao paciente; porém, o espaço clínico é laico e deve ser neutro quanto à religião. Discussões sobre espiritualidade devem acontecer apenas com a permissão do paciente, em ambiente seguro e com respeito à privacidade.

Para além do Código de Ética Médica (CFM) que proíbe o médico de "utilizar sua posição para obter vantagem pessoal ou para influenciar convicções filosóficas, religiosas, morais ou políticas do paciente", a laicidade do Estado exige que hospitais públicos e instituições de saúde devem respeitar a laicidade e não promover nenhuma religião específica.

Resta, portanto, o questionamento: quando, então, a espiritualidade pode ser integrada?

Se o paciente demonstra abertura e desejo de integrar sua espiritualidade ao tratamento, com o auxílio de profissionais como capelães hospitalares, que atuam de forma ética, respeitosa e complementar à medicina e em cuidados paliativos, onde a espiritualidade pode ser fundamental no apoio emocional.

Vale ressaltar que, para o escopo do presente artigo, a Lei Federal nº 9.982/2000 que disciplina a 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 declara que:

> aos religiosos de todas as confissões assegura-se o acesso aos hospitais da rede pública ou privada, bem como aos estabelecimentos prisionais civis ou militares, para dar atendimento religioso aos internados, desde que em comum acordo com estes, ou com seus familiares no caso de doentes que já não mais estejam no gozo de suas faculdades mentais (Brasil, 2000).

Em 2006, o Ministério da Saúde aprovou a portaria 971 (Brasil, 2006), criando o Plano Nacional de Políticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que tem por objetivos: a) incorporar e implementar as PIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; b) contribuir ao aumento da

resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; c) promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades; d) estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

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. 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 (Castilo, 2015).

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 um 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 indivíduo que busca por assistência em saúde.

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

Apesar de promissoras e necessitando de mais estudos sobre o assunto, as pesquisas atuais demonstram apenas os fatores mediador e de enfrentamento da espiritualidade na atenção à saúde. Ainda assim, os benefícios observados justificam, por exemplo, sua incorporação e implementação a perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, na atenção básica.

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, 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, 2010).

Em pesquisa realizada no Brasil sobre 'Saúde e Espiritualidade' (S/E) no currículos das escolas médicas brasileiras em 2011, das 180 faculdades de medicina, apenas 86 (47,7%) 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, 2012).

Em 2021, novamente se pesquisou informações sobre a incorporação do conteúdo de 'Saúde e Espiritualidade' nos currículos médicos nas então 342 escolas médicas brasileiras. Os representantes de 150 (43,9%) delas preencheram o formulário on-line. Observou-se um aumento no conteúdo de S/E nas escolas médicas brasileiras (de 40% em 2011 para 65,5% em 2021). Em 21% das faculdades existe uma disciplina específica sobre S/E, sendo obrigatória em 6,7% delas e optativa em 14,3%. Em 27,5% o assunto é abordado em ligas academicas e em 36,3% está vinculado à outras discuplinas. A maioria dos representantes das escolas de medicina concordou que essa questão é importante na formação médica e que mais espaço no currículo é necessário. No entanto, eles também observaram várias barreiras, como a falta de conhecimento dos professores de Medicina sobre o assunto, a falta de tempo e o fato do tema não ser incluído nos planos de ensino (Lucchetti, 2023).

No Brasil, para orientar em âmbito nacional a organização dos currículos nas Instituições de Ensino Superior (IES), o Ministério da Educação e Cultura (MEC) criou as Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (MEC, 2022). Esses documentos determinam os elementos norteadores do processo ensino-aprendizagem-avaliação na área da medicina. Apesar de orientar a formação do profissional médico com atenção integral à saúde do paciente, com respeito às suas necessidades individuais e coletivas, até sua última em emenda publicada em 2022, ainda não há nenhuma recomendação específica sobre a atenção a necessidades espirituais do paciente.

Aliás, vale ressaltar que o Conselho Federal de Medicina, através da Portaria CFM n° 68.2025, oficializa a composição atualizada da Comissão de Saúde e Espiritualidade que passa a contar com sete membros do próprio CFM e nove especialistas convidados, dentre os quais o pesquisador Alexander Moreira de Almeida (CFM, 2025).

A medida reforça o interesse institucional do CFM em discutir e aprofundar o diálogo entre saúde e espiritualidade, sempre dentro dos marcos éticos e científicos.

Fato é que diante da crescente valorização do cuidado integral na medicina, tornou-se essencial definir o conceito de espiritualidade de forma ampla e inclusiva, que respeite as diferentes expressões religiosas — ou mesmo a ausência delas — presentes entre os pacientes.

Ao compreender espiritualidade como uma dimensão humana que pode envolver valores, significados, conexão com o sagrado ou com algo maior, independentemente de uma religião institucionalizada, o profissional de saúde está mais preparado para acolher o paciente em sua totalidade. Essa abordagem favorece um atendimento mais empático, ético e personalizado, promovendo maior conforto, confiança e adesão ao tratamento, especialmente em momentos de sofrimento ou vulnerabilidade.

2 Espiritualidade na atenção à saúde

A definição de espiritualidade pode ser um dos maiores desafios do pesquisador que se propõe a estudar sobre o assunto.

O Dicionário Houaiss descreve espiritualidade como 1. característica do que tem ou revela atividade religiosa ou mística 2. comportamento de alguém ou de algo devotado aos valores e prazeres não materiais, vida espiritual (Houaiss, 2019).

Enquanto a primeira descrição restringe essa característica a alguém relacionado a eventos religiosos ou místicos, a segundo, de maneira mais ampla, caracteriza a espiritualidade como algo relacionado a valores e satisfações não materiais, podendo ou não se vincular a rituais, dogmas e crenças restritas às religiões.

Os estudos sobre espiritualidade têm demonstrado que, apesar de estar vinculada há crenças e hábitos das mais diversas religiões, não é uma característica automática ou exclusiva delas.

É certo que a espiritualidade é um conceito amplo e complexo que varia sua compreensão de acordo com diferentes origens culturais, religiosas e acadêmicas.

Nesse contexto, há um debate notável na busca por um significado mais preciso do termo espiritualidade, e quanto à possibilidade de encontrar um único consenso universal capaz de definir para este conceito (Sena, 2021). Algumas questões surgem, como o fato de que a espiritualidade muitas vezes estar ligada ou se sobrepor a outros conceitos importantes, como religião/religiosidade e bem estar/ emoções positivas (Sena, 2021).

Historicamente, o termo espiritualidade foi usado para descrever as práticas de pessoas que dedicaram suas vidas a serviços religiosos ou a exemplificar os ensinamentos de suas tradições de fé. Somente nas últimas décadas, a espiritualidade foi separada da

religiosidade como um conceito distinto, mesmo que alguns estudos ainda se referiam a este campo de pesquisa usando o termo Religiosidade/Espiritualidade (Sena, 2021).

Um dos pioneiros da ciência moderna a estudar a influência das crenças do indivíduo sobre sua saúde, o psiquiatra Harold Koenig, destaca em seu livro *Handbook of Religion and health: a century of research reviewed* que religião consiste em sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar o acesso ao sagrado (Deus, força maior, verdade suprema); já a religiosidade se refere ao quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma determinada religião (Stroppa, 2008).

Ademais, ele descreve que a espiritualidade se refere a uma busca pessoal de compreensão relacionada a questões existenciais maiores (por exemplo, o fim e o sentido da vida) e suas relações com o sagrado e/ou transcendente. Esse processo não necessariamente resulta no desenvolvimento de práticas religiosas ou na formação de comunidades religiosas (Taunay, 2012). Apesar dessa distinção teórica, em muitas das suas pesquisas usa os termos religiosidade e espiritualidade como sinônimos, podendo em alguns momento causa confusão entre eles (Koenig, 2012).

Com o objetivo de investigar as definições de espiritualidade no campo da saúde para compreender este conceito, uma revisão sistemática analisou as definições de espiritualidade publicadas em periódicos científicos encontrados no PubMed até outubro de 2020.

Nela, seus autores propõem ser a espiritualidade uma característica dinâmica do indivíduo humano, expressa através de crenças, práticas e experiências na busca de conexão com algo que promove significado e pessoal crescimento, levando ao desenvolvimento de valores e sentimentos internos positivos (Sena, 2021).

Outros estudos têm revelado que as crenças da pessoa estão correlacionadas com desfechos de saúde. Em geral, indivíduos com maior espiritualidade apresentam menos sintomas depressivos e ansiosos (Koenig, 2007; Lucchetti, 2021), melhor qualidade de vida em desfechos psiquiátricos (Bonelli, 2013; Koenig, 2009) e em taxa de mortalidade (Lucchetti, 2019), melhor adesão ao tratamento (AmaraL, 2024), entre outros achados.

Apesar da maioria das evidências serem positivas e promissoras, é importante salientar que cerca de 15% dos indivíduos utilizarão suas crenças de forma negativa (ou seja, de forma disfuncional), questionando o amor de Deus e nutrindo um sentimento de que Deus estaria castigando e punindo por passar por tudo aquilo (Herbert, 2009). Esse sofrimento religioso e espiritual pode, por outro lado, levar a piores desfechos em saúde, estando associado a maior mortalidade e piores marcadores de saúde mental, devendo ser considerado pelo profissional de saúde (Pargament, 2001).

Para melhor compreensão do assunto, faz-se necessário analisar alguns dos principais estudos sobre a relação entre a atenção à espiritualidade na saúde do paciente e a forma como as associações médicas têm se comportado diante desses achados.

Um estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS) investigou 5.087 pessoas em 18 países, e observou-se que o Brasil teve entre 80 a 90% dos entrevistados afirmando serem “moderadamente” ou “extremamente” religiosos (WHOQOL, 2006).

Ao pesquisar as características da religião na população brasileira, em 2010, o IBGE constatou que apenas 15 milhões (8,8%) dos mais 190 milhões de habitantes do país não relatam vínculo a grupos religiosos. Não mais do que 616 mil pessoas (0,36%)

afirmaram serem ateus. Na população total do país naquele ano, as religiões com o maior número de adeptos estão os católicos (64,6%), os evangélicos (22,1%) e os espíritas (2%) (IBGE, 2010).

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 pesquisa, nas últimas décadas, vem crescendo substancialmente no campo da Saúde e Espiritualidade (S/E), observando-se uma influência significativa das crenças espirituais e religiosas nos resultados de saúde física e mental. Lucchetti et al publicaram um artigo no qual realizou-se uma busca na base de dados Pubmed, utilizando o método booleano com os termos *spiritual* ou *religious*. Essa expressão foi usada para abranger todas as palavras-chave e referências relacionadas. Como resultado, constatou-se que aproximadamente 30.000 artigos foram publicados neste campo de pesquisa de 1999 a 2013 na base de dados PubMed (Prodanov, 2013).

Apesar de cerca de 85% da população mundial se identificar como religiosa ou espiritual, a influência da espiritualidade e da religião sobre o cérebro humano ainda é pouco estudada pela neurociência.

Aliás, em artigo publicado na revista Nature, Patrick McNamara, William Newsome, Brie Linkenhoker & Jordan Grafman defendem a necessidade urgente de criar um campo rigoroso e interdisciplinar chamado "neurociência da religião", com o objetivo de compreender, e não promover ou criticar, os mecanismos neurais por trás das crenças e práticas espirituais (Mcnamara, 2025).

Historicamente, fatores como o receio de parecer anticientífico, ou de promover determinada religião, contribuíram para a escassez de pesquisas nessa área. No entanto, estudos recentes com técnicas de neuroimagem, estimulação cerebral e o uso de substâncias psicodélicas vêm revelando que experiências religiosas e espirituais envolvem múltiplas regiões do cérebro ligadas à cognição social, regulação emocional, percepção de si e conexão com os outros.

Além disso, a compreensão desses processos pode ter aplicações importantes, como o tratamento de dor, dependência química, e até mesmo o entendimento de como crenças religiosas podem, em alguns casos, evoluir para radicalização. O artigo conclui que a investigação científica da espiritualidade é essencial para entender o funcionamento do cérebro e o comportamento humano em um mundo onde os padrões de religiosidade estão mudando rapidamente, especialmente entre os jovens.

Como se vê, são diversos estudos e pesquisas nesse sentido, razão pela qual é crucial entender como elas têm se intensificado como alternativos no cenário nacional.

2.2 Pesquisas sobre a espiritualidade no contexto brasileiro

O objeto de discussão – compreender as repercussões da atenção à espiritualidade do paciente sobre sua saúde – em caso de se revelar benéfico, depende dos limites éticos e normativos impostos pela legislação e, em especial, o cuidado na eventual

implantação de uma política pública ou de atuação na prática clínica que atente com a ideia de Estado laico, liberdade de crença e livre consentimento informado do paciente.

Pesquisadores desenvolveram uma análise qualitativa da literatura, onde, por consenso, formularam a seguinte pergunta norteadora da pesquisa "qual a avaliação da legislação e aplicabilidade prática da espiritualidade na atenção à saúde do paciente?".

Através da *Revisão de Hipóteses*, buscou-se o "remontar o caminho percorrido por outrem a fim de apresentar uma aplicação ainda mais precisa" (Lamy, 2020). Já com as *Definições,* procurou-se "tomar ideias armazenadas na linguagem (em teorias ou em textos de outros pensadores e cientistas), retificando-as, renovando-as, circunscrevendo-as em noções, conceitos ou definições" (Lamy, 2020). Utilizou-se, ainda, a *Renovação*, que "visa recompor ou revigorar teorias clássicas pela tradução em linguagem mais atual, mais clara ou mais apropriada para o momento" (Lamy, 2020).

Em resumo, quanto à sua natureza, trata-se de uma pesquisa qualitativa aplicada, com o objetivo de ser descritiva, cujos procedimentos baseiam-se em pesquisa bibliográfica (Prodanov, 2013).

A estratégia utilizada permitiu localizar artigos e documentos que avaliassem em quais situações observam-se benefícios no apoio às necessidades espirituais do paciente, qual a legislação vigente no Brasil e no mundo a respeito da sua implantação na atenção à saúde e como integrar esse aspecto à formação dos profissionais e sua prática clínica.

A busca foi realizada nas seguintes bases de dados: PubMed; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); Scoentific Eletronic Library Online (SciELO); Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR); Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Também foram pesquisados documentos oficiais nos arquivos digitais da Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização das Nações Unidas (ONU), Governo do Brasil, pela sua relevância e abrangência na área de saúde e ciências sociais.

Os pesquisadores selecionaram os textos de forma independente, os quais foram inseridos no estudo após consenso. Foram utilizadas palavras-chave da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e suas combinações e o operador booleano "AND", que permitiram modular a busca da melhor informação. Assim, foram utilizados os seguintes descritores válidos: espiritualidade, assistência integral à saúde, integralidade em saúde, política de saúde, legislação federal, direitos humanos e bioética.

Para a inclusão dos textos, foram estabelecidos os seguintes critérios: 1) artigos relacionados à atenção a espiritualidade no cuidado à saúde; 2) publicados entre 1994 e 2024; 3) estarem disponíveis na forma completa; 4) publicados em revistas científicas indexadas nas bases de dados selecionadas; 5) estudos quantitativos, qualitativos e reflexivos; 6) publicações em português ou inglês.

O critério de exclusão foi imposto naqueles trabalhos que não estavam em inglês ou português, que não se encaixavam no período proposto e que não relacionasse a relação da espiritualidade na medicina.

Para a construção do texto, utilizou-se o Mendeley como ferramenta de gerenciamento de referências.

A análise crítica qualitativa dos documentos foi realizada com o objetivo de compreender as informações contidas nos documentos e demais materiais coletados de

forma a crítica, realizando a categorização dos temas abordados por aproximação de afinidade temática, para melhor compreensão dos resultados em questão, buscando a síntese das principais conclusões. Visando a ética em pesquisa, objetivou-se a correta citação das fontes e o respeito aos direitos autorais.

Registre-se que o presente estudo não foi submetido a nenhuma Comissão de Ética em Pesquisa (CEP), pois segundo o artigo 1º, inciso III da Resolução 510 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), por fazer uso de informações de domínio público, não precisa ser registrada ou avaliada por um (CNS, 2016).

Pesquisadores desenvolveram uma análise qualitativa da literatura, onde, por consenso, formularam a seguinte pergunta norteadora da pesquisa "qual a avaliação da legislação e aplicabilidade prática da espiritualidade na atenção à saúde do paciente?".

Dentre os inúmeros estudos realizados sobre espiritualidade e saúde (Koenig, 2012), vale ressaltar uma revisão sistemática de mais de 3000 publicações que detectou que aproximadamente 80% delas são estudos que avaliam o tema e sua relação com saúde mental.

A análise começa buscando compreender a correlação entre a espiritualidade e o enfrentamento de adversidades. Sobre esse tópico, entre os 3000 estudos avaliados, foram localizados 454 estudos nos quais se observou que a espiritualidade ajudou as pessoas a lidarem com uma ampla gama de doenças ou uma variedade de situações estressantes (Koenig, 2012).

Isso inclui enfrentar doenças médicas gerais, dor crônica, doença renal, diabetes, doença pulmonar, câncer, doenças cardíacas/cardiovasculares, doenças dentárias, problemas de visão, distúrbios neurológicos, HIV/AIDS, lúpus eritematoso sistêmico, síndrome do intestino irritável, doença musculoesquelética, sobrecarga do cuidador, doença psiquiátrica, luto, problemas de fim de vida, estresse geral, catástrofes naturais, guerra ou atos de terrorismo e outras diversas situações adversas da vida. Na esmagadora maioria dos 454 estudos, as pessoas relataram que a espiritualidade foi útil (Koenig, 2012).

Na avaliação do impacto da espiritualidade nos aspecto biológicos da saúde do indivíduo, observou-se que ambientes onde essa característica é estimulada observa-se menor ocorrência de doença cardíaca coronariana, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, infecção por HIV, taxa de neoplasias graves e queixas de dores e sintomas somáticos. Também constatou-se maior prevenção de demência e Doença de Alzheimer, além de melhor imunidade, função endócrina, condicionamento físico e longevidade (Koenig, 2012).

Já na análise da repercussão nos aspectos psicossocias, foi possível observar menor ocorrência de depressão, ansiedade, além de menor abuso de substâncias lícitas (álcool e cigarro) e ilícitas. Foram registrados menores taxas de delinquência, crime e instabilidade conjugal.

Por outro lado, foi maior a incidência de emoções positivas, como bem-estar, felicidade, esperança, otimismo, significado e propósito, autoestima e senso de controle, além de mais frequentes traços positivos de caráter como altruímo, voluntariado, perdão gratidão, bondade e compaixão. Também foi mais frequente a presença de apoio e investimento social (Koenig, 2012).

Em seu artigo 18º, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) estabeleceu 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, 2019).

Entre as mais importantes instituições de saúde, o interesse pela espiritualidade do indivíduo na sua saúde não é recente. Em 1983, ocorreu a 37ª Assembleia geral da Organização Mundial de Saúde, o debate sobre espiritualidade adquiriu outros contornos, deixando de estar disperso em menções que assinalam sua ausência na Organização para se tornar pauta oficial na agenda do principal encontro da instituição (Toniol, 2017a). Assim, é considerada por alguns pesquisadores como o evento fundador dos debates sobre espiritualidade no âmbito da instituição (Toniol, 2017b).

O pesquisador Toniol relata que:

> 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, tampouco 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, 2017b).

Prossegue ainda, destacando que:

> 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, cuja importância da sua diferenciação foi citada acima. Assim, as relações entre religião e espiritualidade no âmbito da OMS podem ser sintetizadas a partir do seguinte contraste: enquanto a espiritualidade é um lado da pessoa, a religião é uma doutrina que pode ou não ser seguida (Toniol, 2017b).

O ano seguinte, em 1984, levando em consideração o relatório da direção geral [da OMS] sobre a espiritualidade para o 'Programa saúde para todos no ano 2000' e acompanhando as indicações do Comitê executivo sobre a resolução EB73.R3, a assembleia:

> *Reconhece* que a dimensão espiritual tem um papel importante na motivação das pessoas em todos os aspectos de sua vida. *Afirma* que essa dimensão não somente estimula atitudes saudáveis, mas também deve ser considerada como um fator que de ne o que seja saúde. *Convida* todos seus Estados-membros a incluírem essa dimensão em suas políticas nacionais de saúde, definindo-a conforme os padrões culturais e sociais locais (grifos originais) (Donato, 2019).

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 qualidade de vida, proporcionando uma base de dados comparável globalmente (OMS, 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 (OMS, 1995). A inclusão da espiritualidade como uma necessidade do indivíduo reconhece a sua importância significativa na experiência humana e na percepção individual de qualidade de vida, independentemente de contextos culturais ou religiosos específicos.

Avaliando as religiões com o maior número de seguidores em nosso país, vemos que a primeira buscando compreender, aplicar e divulgar a influência das crenças religiosas na saúde do indivíduo foi a católica. Segundo a Federação Internacional das Associações Médicas Católicas (FIAMC), a primeira associação de médicos católicos foi fundada na França em 1884, durante o pontificado do Papa Leão XIII. Em 2024, a A FIAMC era composta por cerca de 80 Associações Nacionais de Médicos Católicos de todo o mundo.

Seus objetivos da são (FIAMC, 2024): a) Coordenar os esforços das Associações Médicas Católicas no estudo e difusão dos princípios cristãos em todo o mundo; b) Promover o desenvolvimento das Associações Médicas Católicas em todos os países, a fim de ajudar o Médico Católico no seu desenvolvimento moral e espiritual, bem como no seu progresso técnico; c) Participar no desenvolvimento geral da profissão médica e promover a saúde e o trabalho social, de acordo com o Magistério da Igreja Católica; d) Dedicar-se ao estudo dos problemas médico-éticos e da sua solução prática e teórica; e) Estabelecer modelos de cooperação em saúde e pastoral com os países em desenvolvimento.

Em 1968, foi fundada a Associação Médico Espírita (AME) de São Paulo, com o objetivo de disseminar comunicações técnicas e experiências entre pesquisadores, profissionais de saúde e estudantes em diferentes áreas do conhecimento relacionadas à espiritualidade e sua implicação na saúde. Inicialmente composta apenas por médicos, em1980, abraça também outras classes de profissionais liberais interessados na Área da Saúde ou em pesquisas afins, mantendo a exigência de que sejam espíritas kardecistas.

Essa proposta inovadora dissemina-se pelo país até que em 1995 foi criada a Associação Médico-Espírita do Brasil com o intuito de agregar todas as AMEs existentes. Em 2024 fazem parte dessa instituição 70 AMEs estaduais e regionais (AMESP, 2024).

Já entre os evangélicos, em 1994 foi criada a associação Médicos de Cristo (MDC), formada por profissionais e estudantes cristãos evangélicos da área da saúde, que tem como principal objetivo a promoção da saúde integral, considerando o homem em suas dimensões física, mental, espiritual e social. Buscando cumprir tais objetivos Médicos de Cristo se apoia em 4 pilares: a) chamado - pespertar estudantes e profissionais cristãos da área da saúde para o sentido vocacional de sua atuação, a serviço do Reino de

Deus, na prática de uma assistência integral à saúde; b) comunhão - promover a amizade e a cooperação entre estudantes e profissionais cristãos da área da saúde, por meio de encorajamento mútuo, oração e aprendizado; c) capacitação - capacitar estudantes e profissionais cristãos da área da saúde para serem testemunhas de Cristo em todos seus campos de atuação; d) serviço - contribuir com a sociedade em temas relacionados à saúde, bem como apoiar e desenvolver projetos missionários no Brasil e no mundo, em parcerias com igrejas, agências e instituições que atuem especialmente em áreas de vulnerabilidade social (MDC, 2024).

A associação Médicos de Cristo é filiado ao ICMDA (International Christian Medical & Dental Association), HCFI (Healthcare Christian Fellowship International) e RENAS (Rede Evangélica Nacional de Ação Social).

Entre as sociedades médicas, em 2011, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) incluiu pela primeira vez a espiritualidade no seu Congresso Científico. No ano seguinte, foi criado o Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular (GEMCA). Em 2014, foi fundada a Comissão de Estudos e Pesquisa em Espiritualidade e Saúde Mental da Associação Brasileira de Psiquiatria.

Em 2015, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia abordou o tema Espiritualidade em um curso de atualizações. A partir de 2016, o assunto Espiritualidade se tornou mais presente na Sociedade Brasileira de Pediatria, particularmente associado a cuidados paliativos, chamando a atenção a formação de uma Comissão de Espiritualidade na sua regional de Rondônia.

Por fim, como mencionado, não obstante ser relevante à academia, à classe médica e científica discutirem essa intersecção, não é possível, contudo, ignorar que a Constituição Federal, assim como as normas éticas que disciplinam a atividade médica e de saúde traçam limites para sua integração e aplicação, sempre com o devido consentimento informado.

3 Do consentimento informado

Na época da Grécia Antiga, a Medicina Científica Ocidental era exercida sob a ética das virtudes preconizadas pela escola hipocrática, que se pauta na velha tradição do paternalismo clínico, na qual o paciente não decide nada, obedece ao médico, com a convicção de que este, autoridade, procura, segundo o seu critério técnico, o seu bem.

Contudo, a partir do século XX, o avanço da cultura dos direitos humanos e o vertiginoso desenvolvimento tecnológico da medicina clínica determinaram o fim da relação médico-paciente paternalista. Com as descobertas científicas, a prática médica que até então era contemplativa, pouco útil e relativamente ineficaz, tornou-se intervencionista, resolutiva, mas potencialmente perigosa, surgindo, assim, as seqüelas as iatrogênicas, objeto hoje de grandes preocupações dentro e fora da profissão médica (Brandão, 1999).

O consentimento informado (CI) é o processo no qual um profissional de saúde educa um paciente sobre os riscos, benefícios e alternativas de um determinado procedimento ou intervenção. O paciente deve ser competente para tomar uma decisão voluntária sobre se deve se submeter ao procedimento ou intervenção (Shah, 2024). É condição indispensável da relação médico-paciente contemporânea.

Parte integrante do atual exercício da medicina, o consentimento informado constitui um direito moral dos pacientes. Ele integra autonomia, capacidade, voluntariedade, informação, esclarecimento e o próprio consentimento. Entre esses elementos, a informação é um dos mais importantes, e por isso deve ser clara, objetiva e em linguagem compatível com o entendimento individual de cada paciente. Quanto à forma de fornecimento das informações, pode ser oral ou por escrito, desde que haja certeza da compreensão dos dados, por ser elementar para a validade do consentimento (Shah, 2024).

Em seus artigos 46 e 59, o Código de Ética Médico, determina que os médicos brasileiros estão impedidos de executar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos sem o devido e adequado esclarecimento ao paciente, com finalidade de obter seu livre consentimento, salvo, é claro, se estiver em iminente perigo de vida (CFM, 2018).

Um estudo avaliando a compreensão dos pacientes sobre as informações oferecidas no consentimento informado demonstrou que em uma situação ideal, para melhor entendimento, os pacientes deveriam ter melhor nível de escolaridade, com habitualidade para a leitura, facilidade de acesso à internet e boas condições financeiras. Contudo, ciente que a prática médica envolve o atendimento de indivíduos de todas as classes, orienta ao profissional observar a condição de cada um dos doentes, entender as suas limitações de compreensão, ler junto com eles, um a um, o termo, procurando explicar todos os pontos. Recomenda nunca delegar à enfermeira ou à secretária, ou mesmo a um aluno a obtenção do termo de consentimento. Orienta que a única forma de se ter certeza de que se atingiu o objetivo é pedir ao doente que conte, com suas palavras o que será feito, o que se espera e que tipo de complicações poderão existir (Biondo-Simões, 2007).

Há o entendimento jurídico francamente majoritário de que o CI deva ser escrito. Como ensina o desembargador do Tribunal de Justiça da Bahia e professor de Direito Paulo Furtado: “Em Direito, costuma-se dizer que os autos são o mundo do juiz. O que não está nos autos não está no mundo. Dentro deste contexto, imprescindível a comprovação do consentimento e a prova da informação”. Ainda nesta mesma linha, o jurista Miguel Kfouri Neto afirma: “O CI insere-se no âmbito dos direitos humanos fundamentais. Deverá ser documentado e registrado, sob pena de o profissional ver-se impossibilitado de provar a efetiva obtenção do assentimento do enfermo – fato que também poderá redundar em conseqüências gravosas, no âmbito da responsabilidade civil”. E continua Miguel Kfouri Neto: “Aqui, de nada valerá ao profissional alegar a exigüidade do contato com o enfermo, nas “consultas relâmpago” patrocinadas pelo SUS. Com a saúde não se pode transigir. É dever imposto ao médico, por imperativo ético-moral, informar o paciente e dele obter adesão livre e espontânea à terapêutica recomendada” (Brandão, 1999).

A Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 10/96 decidiu que “o médico deve esclarecer o paciente sobre as práticas diagnósticas e terapêuticas, conforme preceitua o Código de Ética Médica, não sendo considerada obrigatória a fixação do termo escrito, mas admite que tal consentimento possa ser registrado pelo médico no prontuário” (Brandão, 1999).

Com a criação o Plano Nacional de Políticas Integrativas e Complementares (PNPIC), em 2006, pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006), a atenção à espiritualidade do paciente passou a ser uma possibilidade no tratamento oferecido no SUS. Contudo,

mesmo não sendo uma prática exclusiva do médico, deve ser informada e esclarecida ao paciente, respeitando sempre sua autonomia para aceitar ou não esse tipo de assistência e obtendo-se o consentimento informado.

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. Além disso, mesmo que protocolos sobre o assunto sejam criados, um estudo (Cabana, 1999) demonstra que os médicos possuem dificuldade em seguir os mesmos devido a três principais razões: a) falta de conhecimento e familiaridade com o assunto; b) discordância com as evidências científicas, falta de expectativa nos resultados e desfechos, falta de confiança na própria capacidade de coletar as informações; c) falta de capacidade em conciliar sua prática às necessidades do paciente, falta de tempo e/ou recursos, crenças limitantes, limitação logística e receio de julgamento pelos seus colegas.

Assim, é fundamental encontrar formas para a divulgação dos resultados científicos encontrados na formação e atualização do profissional da saúde, familiarizando os mesmos com sua significância na assistência integral ao paciente.

Considerações finais

Como apresentado, a maioria significativa da população brasileira possui alguma crença religiosa, não obstante o fato de que a espiritualidade não seja exclusiva da prática ou crença religiosas.

Estudos demonstram que a prática religiosa, quando associada a espiritualidade, ou seja, crenças, práticas e experiências na busca de conexão com algo que promove significado e pessoal crescimento, levando ao desenvolvimento de valores e sentimentos internos positivos, possui benefícios evidentes na qualidade de vida, saúde e bem-estar das pessoas.

Apesar de seguir o modelo de Estado Laico, a Constituição Federal de 1988, inspirada na Declaração Universal do Direitos Humanos, garante ao brasileiro e estrangeiro que aqui se encontre, a liberdade e respeito às suas crenças religiosa e, esse direito deve se estender à atenção integral de sua saúde, outro direito assegurado pela Carta Magna e definido como um dever do Estado.

A Constituição Federal de 1988 assegura tanto a liberdade religiosa quanto a neutralidade das instituições públicas, impondo ao profissional de saúde o dever de respeitar as convicções individuais do paciente, sem jamais impor crenças pessoais. Nesse cenário, o consentimento informado torna-se uma ferramenta essencial para garantir que o acolhimento da espiritualidade no cuidado clínico seja feito de forma consciente, livre e esclarecida, resguardando a autonomia do paciente e a integridade da relação terapêutica.

Diante dos achados relevantes de estudos cientificamente sérios, nos quais o Brasil se destaca como um dos países com maior concentração de publicações acadêmicas sobre

o tema, é cada vez maior a aceitação e atenção às necessidades espirituais do paciente na prática clínica orientada por instituições e associações de saúde no Brasil e no mundo.

Vale ressaltar que não existe evidências de estudos clínicos demonstrando que o paciente se tornar religioso leva à melhora na saúde. Uma saúde melhor é consequência não intencional da crença do paciente, devendo a mesmo ser apoiada, mas não imposta ao paciente. Assim, seguindo os preceitos da boa prática clínica, a incorporação da atenção às necessidades espirituais do paciente deve ser informada e esclarecida ao paciente, respeitando sempre sua autonomia para aceitar ou não esse tipo de assistência e obtendo-se o consentimento informado.

Também merece atenção o fato de que, apesar dos benefícios demonstrados em trabalhos científicos sobre o auxílio do suporte espiritual na saúde da pessoa, essa característica ainda é negligenciada e desamparada pelos profissionais da saúde. Contribuem para essa postura, não só o preconceito e a desinformação, como também a ausência de treinamentos que habilitem os profissionais e gestores da saúde a direcionar sua atenção à essas necessidades.

Também se fazem necessários novos estudos que demonstrem, não só seu aspecto protetor, mas a comprovação da eficácia da espiritualidade como fator preditor de riscos à saúde do indivíduo, possibilitando, assim, o surgimento de um novo paradigma na prática da saúde.

Integrar a espiritualidade de forma ética requer, portanto, não apenas sensibilidade do profissional, mas também respeito aos marcos legais e institucionais que regem a prática médica.

Para que a espiritualidade seja abordada de forma ética e efetiva, é essencial incluir o tema na formação em saúde, preparando os profissionais para lidar com essa dimensão humana com competência e sensibilidade.

Referências

AAMC. (1999). 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*, *74*(2), 130–141.

Amaral, R. C., Brito, E. N. D., & Brandão, U. R. (2024). Relevância da religiosidade e da espiritualidade na medicina. *Research, Society and Development*, *13*(2), e3313244448. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://doi.org/10.33448/rsd-v13i2.44448

AMESP. Associação Médico Espírita de São Paulo, quem somos [Internet]. [Acesso em 24 de novembro de 2024]. Disponível em: https://www.amesaopaulo.org.br/quem-somos/

Batista P. A valorização da espiritualidade nas práticas de educação popular em saúde desenvolvidas na atenção básica. RECIIS. 2010 Sep 30;4(3). [Acesso em 14 de abril de 2025]; Disponível em: https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/667/1315

Biondo-Simões M de LP, Martynetz J, Ueda FMK, Olandoski M. Compreensão do termo de consentimento informado. Rev Col Bras Cir [Internet]. junho de 2007;34(3):183–8. [Acesso em 14 de abril de 2054]. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rcbc/a/M8pG9FhBhvbTGsngJc6jTdr/?format=pdf&lang=pt

Bonelli RM, Koenig HG. Mental Disorders, Religion and Spirituality 1990 to 2010: A Systematic Evidence-Based Review. J Relig Health. 2013 Jun 19;52(2):657–73. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-013-9691-4

Brandão J. CFM. 1999 [Acesso em: 27 de outubro de 2024]. Consentimento informado na prática médica. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/artigos/consentimento-informado-na-pratica-medica

Brasil. Lei nº 9.982 - Prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 2000 [Acesso em 23 de outubro de 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9982.htm

Brasil. Portaria 971 - Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde [Internet]. Ministério da Saúde; 2006 [Acesso em: 6 de julho de 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html

Brasil. Portaria nº 2.761 [Internet]. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [Acesso em: 23 de outubro de 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html

Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PAC, et al. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? JAMA. 1999 Oct 20;282(15):1458. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/192017

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

Castilo 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. 8 de janeiro de 2015;3(1). [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em:https://www.redalyc.org/journal/4979/497950372005/html/

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 . Conselho Federal de Medicina* [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://cem.cfm.org.br/templates/g5_helium/images/cem/pdf/codigo.pdf?5cc88fbf

Chida Y, Steptoe A, Powell LH. Religiosity/Spirituality and Mortality. Psychother Psychosom. 2009;78(2):81–90. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://doi.org/10.1159/000190791

Chow, H. H. E., Chew, Q. H., & Sim, K. (2021). Spirituality and religion in residents and inter-relationships with clinical practice and residency training: a scoping review. *BMJ Open*, *11*(5), e044321. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044321

CNS - Conselho Nacional de Saúde. Resolução 510 (2016). [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf

De Souza, V., Pessini, L., & Hossne WS. (2012). Bioética, religião, espiritualidade e a arte do cuidar na relação médico-paciente . *Rev. Bioethikos*, *6*(2), 181–190. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/94/a7.pdf

Donato, N., Vilarim, F., & Gomes, E. (2019). Justiça Social, Interculturalidade, Espiritualidade e Direitos Humanos: apontamentos e contextos. *Caderno Da Escola Superior de Gestão Pública, Política, Jurídica e Segurança*, *2*(2). [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://www.cadernosuninter.com/index.php/ESGPPJS/article/view/1141

FIAMC. Federação Internacional das Associações Médicas Católicas [Internet]. [Acesso em: 27 de novembro de 2025]. Disponível em: https://www.fiamc.org/

Gasparini, E. O divórcio entre a Ciência e a Religião. Anais do III Encontro Nacional do GT História Das Religiões e das Religiosidades – ANPUH - Questões teórico metodológicas no estudo das religiões e religiosidades. IN: Revista Brasileira de História das Religiões. Maringá (PR) v. III, n.9, jan/2011. ISSN 1983 - 2859. [Acesso em 17 de março de 2024]. Disponível em: https://livrozilla.com/doc/494715/o-divórcio-entrea-ciência-e-a-religiâo.

Gillum RF, Ingram DD. Frequency of Attendance at Religious Services, Hypertension, and Blood Pressure: The Third National Health and Nutrition Examination Survey. Psychosom Med. maio de 2006;68(3):382–5. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://journals.lww.com/bsam/abstract/2006/05000/frequency_of_attendance_at_religious_services,.5.aspx

Hebert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R., & Scheier, M. (2009). Positive and Negative Religious Coping and Well-Being in Women with Breast Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, *12*(6), 537–545. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://doi.org/10.1089/jpm.2008.0250

Houaiss A, Villar M. Minidicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia, editor. São Paulo: Moderna; 2019.

Hummer RA, Rogers RG, Nam CB, Ellison CG. Religious involvement and U.S. adult mortality. Demography. 1999 May;36(2):273-85. PMID: 10332617. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10332617/

IBGE. Censo Demográfico 2010 Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência [Internet]. Rio de Janeiro; 2011. [Acesso em 26 de junho de 2024]. Disponível em : http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtm.

IBGE. Censo Demográfico 2022. 2023. [Acesso em 26 de junho de 2024]. Disponível em: ttps://censo2022.ibge.gov.br

King DE, Mainous AG, Pearson WS. C-Reactive Protein, Diabetes, and Attendance at Religious Services. Diabetes Care. 1º de julho de 2002;25(7):1172–6. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em:https://diabetesjournals.org/care/article/25/7/1172/21641/C-Reactive-Protein-Diabetes-and-Attendance-at

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

Koenig HG, Hooten EG, Lindsay-Calkins E, Meador KG. Spirituality in Medical School Curricula: Findings from a National Survey. The International Journal of Psychiatry in Medicine. 18 de dezembro de 2010;40(4):391–8. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://doi.org/10.2190/PM.40.4.c

Koenig HG. Religion and Depression in Older Medical Inpatients. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2007 Apr;15(4):282–91. DOI: 10.1097/01.JGP.0000246875.93674.0c [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://www.ajgponline.org/article/S1064-7481(12)60450-3/abstract.

Koenig HG. Religion, Spirituality, and Health: Research and Clinical Implications. ISRN Psychiatry. 2012 Dec 16;2012:1–33. DOI: 10.5402/2012/278730. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.5402/2012/278730

Koenig HG. Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. The Canadian Journal of Psychiatry. 2009 May 1;54(5):283–91. DOI: 10.1177/070674370905400502. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674370905400502?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed

Lamy, M. *Metodologia da Pesquisa: Técnicas de Investigação, Argumentação e Redação* (2nd ed.). MatrioskaEditora; 2020, p. 84-94

Levin JS, Markides KS, Ray LA. Religious Attendance and Psychological Well-Being in Mexican Americans: A Panel Analysis of Three-Generations Data. Gerontologist. 1º de agosto de 1996;36(4):454–63. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://doi.org/10.1093/geront/36.4.454

Lucchetti G, Lucchetti ALG, Koenig HG. Impact of Spirituality/Religiosity on Mortality: Comparison With Other Health Interventions. EXPLORE. 2011 Jul;7(4):234–8. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1550830711001029?via%3Dihu

Lucchetti G, Lucchetti A, Espinha D, de Oliveira L, Leite J, Koenig H. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. BMC Med Educ. 2012 Aug 18;12:78. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-12-78

Lucchetti G, Lucchetti ALG. Spirituality, Religion, and Health: Over the Last 15 Years of Field Research (1999–2013). The International Journal of Psychiatry in Medicine. 2014 Oct 9;48(3):199–215. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/PM.48.3.e?url_ver=Z39.882003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed

Lucchetti G, Koenig HG, Lucchetti ALG. Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current scientific evidence. World J Clin Cases. 2021 Sep 16;9(26):7620–31. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8462234/pdf/WJCC-9-7620.pdf

Lucchetti G, de Araujo Almeida PO, Martin EZ, Góes LG, Cotta KCG, Lima AC, et al. The current status of "spirituality and health" teaching in Brazilian medical schools: a nationwide survey. BMC Med Educ. 20 de março de 2023;23(1):172. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10029158/pdf/12909_2023_Article_4153.pd

Lucchetti, Giancarlo (2023). "Saúde e Espiritualidade": das evidências científicas para a prática clínica. Horizonte 20 (63):206202-206202. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://periodicos.pucminas.br/horizonte/article/view/30816/20841

MDC. Médicos de Cristo - o que é MDC? [Internet]. 1994 [Acesso em 27 de novembro de 2024]. Disponível em: https://medicosdecristo.com.br/site/o-que-e-o-mdc/

MEC. (2022). Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf

McCollough ME, Hoyt WT, Larson DB, Koenig HG, Thoresen C. Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. Health Psychology. 2000;19(3):211–22. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/2000-03769-001

McNamara, P., Newsome, W., Linkenhoker, B., & Grafman, J. (2024). Neuroscientists must not be afraid to study religion. *Nature*, *631*, 25–27. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://www.nature.com/articles/d41586-024-02153-7

ONU. (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos. [Acesso em 25 de abril de 2024]. 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

OMS. WHOQOL (World Health Organization Quality of Life). In *WORLD HEALTH ORGANIZATION*. 1995. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-100/docs/default-source/publishing-policies/whoqol/portuguese-brazil-whoqol-100

Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious Struggle as a Predictor of Mortality Among Medically Ill Elderly Patients. Arch Intern Med. 2001 Aug 13;161(15):1881. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/751558

Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE. Religion and spirituality: Linkages to physical health. American Psychologist. janeiro de 2003;58(1):36–52. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/2003-02034-004

Prodanov, C., & Freitas, E. (2013). *Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas de Pesquisa e do Trabalho Acadêmico* (2nd ed.). Feevale. p. 51.

Puchalski CM, Larson DB. Desenvolver currículos em espiritualidade e medicina. Medicina acadêmica: jornal da Associação de Faculdades de Medicina Americanas. 1998; 73:970–974. DOI: 10.1097/00001888-199809000-00015. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://journals.lww.com/academicmedicine/abstract/1998/09000/developing_curricula_in_spirituality_and_medicine.15.aspx

Sawatzky R, Ratner PA, Chiu L. A Meta-Analysis of the Relationship Between Spirituality and Quality of Life. Soc Indic Res. junho de 2005;72(2):153–88. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/27522199

Sena MA de B, Damiano RF, Lucchetti G, Peres MFP. Defining Spirituality in Healthcare: A Systematic Review and Conceptual Framework. Front Psychol. 2021 Nov 18;12. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8637184/pdf/fpsyg-12-756080.pdf

Sephton SE, Koopmann C, Schaal M, Thoresen C, Spiegel D. Spiritual Expression and Immune Status in Women with Metastatic Breast Cancer: An Exploratory Study. Breast J. setembro de 2001;7(5):345–53. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em:

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1524-4741.2001.20014x

Shah P, Thornton I, Turrin D, Hipskind JE. Informed Consent [Internet]. 2024 [Acesso em 27 de outubro de 2024]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430827/

Stroppa, A., & Moreira-Almeida, A. (2008). Religiosidade e Saúde. In M. Salgado & G. Freire (Eds.), *Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina* (pp. 427–443). [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://www.espiritualidades.com.br/Artigos/M_autores/MOREIRA-ALMEIDA_Alexander_et_STROPPA_Andre_tit_Religiosidade_e_Saude.pdf

Tartaro J, Luecken LJ, Gunn HE. Exploring Heart and Soul: Effects of Religiosity/Spirituality and Gender on Blood Pressure and Cortisol Stress Responses. J Health Psychol. 1º de dezembro

de 2005;10(6):753–66. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://doi.org/10.1177/1359105305057311

Taunay TCD, Gondim F de AA, Macêdo DS, Moreira-Almeida A, Gurgel L de A, Andrade LMS, et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo). 2012;39(4):130–5. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rpc/a/4cfvHfcWjTRfWNVpVnrT6hj/

Toniol, R. (2017)a. Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. *Anuário Antropológico*, *v.42 n.2*, 267–299. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://doi.org/10.4000/aa.2330

Toniol, R. (2017)b. O que faz a espiritualidade? *Religião & Sociedade*, *37*(2), 144–175. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0100-85872017v37n2cap06.

WHOQOL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. Soc Sci Med. 2006 Mar;62(6):1486–97. [Acesso em 14 de abril de 2025]. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953605004181?via%3Dihub

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

MORAES, Alexandre Rocha Almeida de; ASSIS, Cristiane Ribeiro. Espiritualidade na atenção à saúde: avaliação da aplicabilidade prática e limites ético-normativos. **UNISANTA Law and Social Science**, Vol. 14, N. 2 (jul./dez. 2025), pp. 01-23. ISSN: 2317-1308.

Recebido em 26/04/2025

Aprovado em 15/08/2025

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