

Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado*

Health, spirituality and ethics: patients' perceptions and comprehensive care

Gabriela Romano de Oliveira¹, José Fittipaldi Neto¹, Mariana Costa Salvi¹, Stéphanie Marques de Camargo², Janaina Lopes Evangelista³, Daniele Corcioli Mendes Espinha⁴, Giancarlo Lucchetti⁵

*Recebido da Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Estudos demonstram que a espiritualidade de um indivíduo pode influenciar no processo saúde-doença. Fundamentado nessa premissa, objetivou-se verificar como tem sido a abordagem das necessidades espirituais na relação profissional de saúde-paciente de acordo com os princípios da bioética.

MÉTODO: Realizou-se estudo transversal, em pacientes de um complexo hospitalar geral, que foram questionados quanto ao perfil religioso, conceitos de espiritualidade e percepção sobre a abordagem da espiritualidade realizada pelos médicos e demais profissionais de saúde.

RESULTADOS: Foram incluídos 101 sujeitos, que relataram altos níveis de religiosidade e sua grande influência na interrelação com a saúde. Destes, 84,2% acreditavam que “cuidar da saúde é também ser atendido nas suas necessidades espirituais/religiosas”; 81,1% consideravam que o profissional de saúde deveria reconhecer as crenças religiosas/espirituais como parte do plano terapêutico; 76,7% consideravam que “têm direito de ter suas necessidades espirituais/religiosas atendidas durante um atendimento médico ou internação” e 81,3% acreditavam que suas crenças religiosas ajudavam a compreender e lidar com o processo de saúde-doença.

No entanto, mais de 86% nunca havia sido questionado sobre suas crenças em atendimentos médicos.

CONCLUSÃO: Os resultados demonstram uma dicotomia entre os anseios dos pacientes sobre o tema espiritualidade/religiosidade e a conduta médica. Evidencia-se que muito pouco tem sido enfocado nos planos de cuidado em relação à questão da espiritualidade. As informações mostradas servem de subsídios para uma proposta de abordagem que contemple o cuidado integral do indivíduo e estimula os futuros profissionais a lidar com as crenças dos pacientes.

Descritores: Cuidado, Espiritualidade, Ética, Integralidade, Paciente, Saúde.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Studies have shown that an individual's spirituality can influence his/her health-disease process. Within this context, we evaluate how spirituality needs have been addressed in the relation between health professionals and patients, according to ethical principles.

METHOD: A cross-sectional study was carried out in patients from a general hospital, who were questioned about their religious aspects, their definition of spirituality and their perception of doctors' and other health care professionals' approach to spirituality.

RESULTS: One hundred and one patients were included who reported high levels of religiosity and high influence of religiosity in their inter-relationship with health. From these patients, 84.2% believed that “Health care is also to be attended in their spiritual and religious needs”; 81.1% believed that health care professionals should recognize religious/spiritual beliefs as part of the treatment plan; 76.7% reported that “they have the right to have their spiritual/religious needs addressed during a medical consultation or hospitalization”, and 81.3% reported that their religious beliefs helped them to understand and cope with the health-disease process. Nevertheless, more than 86% of patients have never been questioned about their religious/spiritual beliefs in a medical consultation.

CONCLUSION: These results demonstrate a dichotomy between patients' desires and medical management regarding spirituality and religiosity. These results show that very little information has been addressed in health care concerning spirituality in Brazil. This study could give additional information for a more comprehensive care, and encourage future health care professionals to deal with spiritual/religious beliefs of their patients.

Keywords: Care, Completeness, Ethics, Health, Patient, Spirituality.

1. Graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina de Marília. Marília, Brasil.
2. Enfermeira pela Faculdade de Medicina de Marília. Marília, Brasil.
3. Médica pela Faculdade de Medicina de Marília. Marília, Brasil.
4. Enfermeira pela Faculdade de Medicina de Marília, Marília, Brasil; Especialista em Enfermagem em Oncologia pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil; Mestranda em Biologia e Envelhecimento pela Faculdade de Medicina de Marília. Marília, Brasil.
5. Professor Adjunto do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora; Médico Especialista em Clínica Médica e Geriatria pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Doutorado em Neurologia/Neurociências pela Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina; Membro Colaborador do Centro de Estudos em Psiquiatria, Saúde e Espiritualidade da Associação Mantenedora João Evangelista e do Departamento de Pesquisas da Associação Médico-Espírita de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Apresentado em 03 de julho de 2012.

Aceito para publicação em 12 de dezembro de 2012.

Conflito de interesses: Nenhum – Fontes de fomento: Conselho Regional de Medicina – São Paulo.

Endereço para correspondência:

Gabriela Romano de Oliveira

Avenida José de Grande, nº 332 – Jardim Parati

17519-470 Marília, SP

E-mail: gabifamema@yahoo.com.br

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

INTRODUÇÃO

O médico possui um papel determinante no auxílio aos pacientes. Por meio dos conhecimentos adquiridos durante sua formação e vivências, pode possibilitar cura, alívio e conforto para aqueles que enfrentam o sofrimento, a enfermidade e a proximidade com a morte¹.

A expansão do modelo biopsicossocial de cuidados à saúde²⁻⁴ tem ganhado força nos centros de assistência, compreendendo que o alívio do sofrimento não se limita apenas ao físico, mas se estende ao mental e espiritual, ao considerar que este proporciona conforto no contexto da integralidade do cuidado.

Estudos científicos evidenciam importante papel da espiritualidade na saúde e bem estar dos pacientes, atraindo aos olhos dos profissionais promissoras oportunidades de inovação na forma como ofertam alívio e conforto durante o cuidado⁵. Compreendendo a importância da associação da dimensão espiritual à biológica, a Associação Americana de Faculdades Médicas⁶ e a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõem a inclusão da espiritualidade na prática médica e na educação dos profissionais⁷.

Em termos conceituais, a espiritualidade é definida como característica individual que pode incluir a crença em um Deus, representando uma ligação do “Eu” com o Universo e com outras pessoas. Já a religiosidade está relacionada com uma instituição religiosa ou igreja, pela qual o indivíduo segue uma crença ou prática, proposta por uma determinada religião⁸⁻¹⁰. Assim, a espiritualidade envolve questões sobre o significado e o propósito da vida, encontrando-se além da religião e da religiosidade¹¹.

A espiritualidade, relacionada ou não à religiosidade, historicamente tem sido ponto de satisfação e consolo para momentos diversos da vida, bem como motivo de discórdia, fanatismo e violentos confrontos¹¹. O papel das crenças religiosas e espirituais tem recebido cada vez mais atenção na assistência à saúde. Apesar desse interesse sempre ter existido na história humana, em diferentes épocas e culturas, apenas recentemente a ciência tem investigado de forma mais rigorosa o tema¹². Assim, a relação entre a espiritualidade e a saúde tem se tornado um claro paradigma a ser estabelecido na prática diária do profissional de saúde¹³.

Outro aspecto a ser considerado, é que a religiosidade pode também atuar de forma preventiva nos desfechos em saúde. Estudos evidenciam que a prática regular de atividades religiosas reduz o risco de óbito em taxas que variam entre 25 e 30%^{12,13}.

A preocupação, enquanto profissionais da saúde, deve ser de que as pessoas enfermas sejam compreendidas em suas formas singulares de lidar com a doença, como também entender a influência dessas relações no processo de qualidade de vida desses pacientes⁵. Para alguns autores, o campo da qualidade de vida pode vir a se tornar um mediador entre o campo da saúde e o das questões religiosas e espirituais, o que pode facilitar o desenvolvimento de intervenções em saúde que tenham o embasamento na dimensão espiritual¹⁴.

A bioética, ponte entre a ciência e as humanidades¹⁵, é uma aplicação que se ocupa do uso correto das novas tecnologias na área das ciências médicas e da solução adequada dos dilemas morais por elas apresentados. Considera-se a autonomia como a necessidade de respeitar o direito do indivíduo à autodeterminação e às decisões que toma em relação aos cuidados de saúde

e de apoio social, desde que esse indivíduo possua a capacidade para fazê-lo. Já a beneficência, outro princípio bioético, consiste na necessidade de considerar os benefícios potenciais que podem resultar de uma intervenção em comparação aos riscos potenciais. A não maleficência é a necessidade de não causar dano ao indivíduo. O princípio da justiça envolve a propriedade natural das coisas, a liberdade contratual, a igualdade social e o bem estar coletivo entendido como equidade. Assim, cada pessoa deve ter suas necessidades atendidas, reconhecendo-se as diferenças e as singularidades¹⁶.

Os aspectos que envolvem as questões religiosas pessoais daquele a quem se cuidam, e como isso está embarcado no cuidado espiritual, necessita ser inseridos no entendimento da prática clínica do médico de forma mais ética. Neste sentido, o respeito aos valores do paciente é fundamental para o vínculo entre o profissional e o paciente¹⁶.

Desta forma, o presente estudo visou compreender melhor os sistemas de crenças e práticas religiosas e suas implicações éticas no contexto de saúde, pela percepção do paciente acerca desse tipo de abordagem, bem como observar a abordagem das necessidades espirituais na relação profissional de saúde-paciente de acordo com os princípios éticos e integralidade do cuidado em pacientes internados.

MÉTODO

Foi realizado um trabalho de cunho transversal e quantitativo, com pacientes da clínica médica e cirúrgica do Hospital das Clínicas de Marília no período de novembro de 2010 a abril de 2011.

Os pacientes foram esclarecidos pelos pesquisadores quanto aos objetivos do trabalho. Foram incluídos os pacientes acima de 18 anos, aptos clinicamente, capazes de compreender as perguntas realizadas e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos aqueles que não preenchiam os critérios de inclusão.

Foi utilizado um instrumento padrão que foi aplicado a todos os participantes do estudo. Esse questionário possuía 16 questões fechadas de múltipla escolha, que avaliaram os seguintes aspectos:

- Questões sobre dados demográficos e sociais: idade, sexo, escolaridade, estado civil, etnia, motivo da internação, renda familiar e religião;
- Índice de religiosidade: foi utilizada a versão em português da escala de religiosidade da Duke-DUREL¹⁷ que capta as três dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde: organizacional (RO), não organizacional, (RNO) e religiosidade intrínseca (RI). As questões 1 e 2 abordam RO e RNO, foram extraídos de grandes estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos e se mostraram relacionados os indicadores de saúde física, mental e suporte social. As questões 3, 4, 5, se referem a RI e são os três itens da escala de RI. Na análise dos resultados da DUREL, as pontuações nas três dimensões (RO, RNO e RI) devem ser analisadas separadamente e os escores dessas três dimensões não devem ser somados em um escore total.
- Abordagem da espiritualidade e integralidade do cuidado: duas questões sobre a influência da religião ou da espiritualidade no lidar com a saúde.

• Abordagem das necessidades espirituais e os princípios de ética na relação profissional: quatro questões avaliando se o paciente já foi questionado alguma vez sobre sua espiritualidade, como foi essa abordagem e se os princípios da bioética de autonomia, beneficência e não maleficência foi preservada.

Os dados obtidos foram tabulados em Excel e inseridos no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0 (SPSS inc.) e analisados mediante medidas resumo e tabelas de contingência.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Marília sob protocolo nº721/10 e foi participante do programa CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo) de Bolsas para Estudantes de Medicina na Área de Ética Médica.

RESULTADOS

Foram avaliados 132 pacientes. Entretanto, em virtude de falhas de preenchimento do questionário, que envolveram entrega de parte das questões em branco (21 questionários) e desistência da entrevista por realização de procedimento médico no momento da conversa (10 questionários), um total de 101 pacientes concluíram as fases do estudo.

Conforme dados identificados na tabela 1, a maioria dos entrevistados é do gênero feminino, o que vai de encontro à realidade

Tabela 1 – Dados sócio-demográficos do estudo (n =101).

Variáveis	n	%
Gênero, n (%)		
Masculino	26	(25,7)
Feminino	75	(74,3)
Estado civil, n (%)		
Solteiro	14	(13,9)
Casado	45	(44,5)
Desquitado	10	(9,90)
Viúvo	20	(19,8)
Amasiado	12	(11,9)
Escolaridade, n (%)		
Primeiro grau completo	33	(32,7)
Primeiro grau incompleto	28	(27,7)
Segundo grau completo	25	(24,7)
Segundo grau incompleto	7	(6,90)
Superior completo	3	(3,00)
Superior incompleto	5	(5,0)
Motivo do cuidado médico, n (%)		
Clínico	62	(61,4)
Cirúrgico	39	(38,6)
Religião, n (%)		
Católica	68	(67,3)
Evangélica	30	(29,7)
Ateu	2	(2,00)
Espírita	1	(1,00)

do serviço onde o estudo foi realizado. Outro importante dado a ser ressaltado é a avaliação concomitante de pacientes clínicos e cirúrgicos, realizado no intuito de atingir maior abrangência de sujeitos para o estudo.

Na tabela 2 evidenciam-se os altos níveis de religiosidade apresentado pelos sujeitos, sendo que 57,4% frequentavam semanalmente algum tipo de encontro religioso, 47,5% dedicavam diariamente algum tempo a atividades religiosas individuais e 93,0% consideravam que a religião/crenças influenciava na sua maneira de viver. Na interrelação com a saúde, demonstrado na tabela 3, 84,2% dos participantes acreditavam que “cuidar da saúde é também ser atendido nas suas necessidades espirituais/religiosas”, 81,1% consideravam que o profissional de saúde deveria reconhecer as crenças religiosas ou espirituais como parte do plano terapêutico, 76,7% considerava que “têm direito de ter suas necessidades espirituais/religiosas atendidas durante um atendimento médico ou internação” e 81,3% acreditavam que suas crenças religiosas os ajudavam a compreender e lidar com o processo de saúde-doença. Entretanto, mais de 86% nunca havia sido questionado sobre suas crenças em atendimentos médicos.

Tabela 2 – Aspectos religiosos dos pacientes avaliados.

	n	%
Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?	Mais de uma vez por semana	27 (26,7)
	Uma vez por semana	31 (30,7)
	Duas a três vezes por mês	15 (14,9)
	Algumas vezes por ano	20 (19,8)
	Uma vez por ano ou menos	6 (05,9)
Com que frequência você dedica o seu tempo às atividades religiosas, individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?	Nunca	2 (02,0)
	Mais do que uma vez ao dia	19 (18,8)
Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito)	Diariamente	48 (47,5)
	Duas ou mais vezes por semana	9 (08,9)
	Uma vez por semana	7 (07,0)
	Poucas vezes por mês	10 (09,9)
As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver	Raramente ou nunca	8 (07,9)
	Totalmente verdade para mim	96 (95,0)
	Em geral é verdade	2 (02,0)
	Não estou certo	3 (03,0)
Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida	Em geral não é verdade	0 (00,0)
	Não é verdade	0 (00,0)
	Totalmente verdade para mim	85 (84,1)
	Em geral é verdade	9 (08,9)
	Não estou certo	3 (03,0)
	Em geral não é verdade	4 (04,0)
	Não é verdade	0 (00,0)
	Totalmente verdade para mim	88 (87,2)
	Em geral é verdade	5 (04,9)
	Não estou certo	5 (04,9)
	Em geral não é verdade	3 (03,0)
	Não é verdade	0 (00,0)

Tabela 3 – Avaliação da espiritualidade no cuidado em saúde.

	Sim	Não
Você considera que cuida da sua saúde? (n = 100)	98,10%	1,90%
Você acha que cuidar da sua saúde é também ser atendido nas suas necessidades espirituais durante a internação? (n = 94)*	84,20%	15,80%
Você acha que sua crença religiosa/espiritual lhe ajuda a lidar e enfrentar o processo de saúde/doença? (n = 91)*	81,30%	18,70%
Você acha que o profissional da saúde deve conhecer suas crenças religiosas? (n = 93)*	81,10%	18,90%
Você já foi questionado sobre suas crenças religiosas/espirituais por algum médico? (n = 89)*	13,10%	86,90%
Você já foi questionado sobre suas crenças religiosas/espirituais por profissionais da enfermagem? (n = 101)*	12,90%	87,10%
Você se sentiu respeitado durante a abordagem das suas crenças religiosas/espirituais? (n = 96)*	92,2%	7,80%
Você acredita que tem direito de ter suas necessidades espirituais/religiosas atendidas durante um atendimento médico ou internação? (n = 81)*	76,7%	23,30%

*Variação do "n" pois alguns pacientes não sabiam ou não responderam cada pergunta.

DISCUSSÃO

Há uma percepção atual de que a medicina técnico-científica vem cedendo espaço para um novo modelo de atenção. Aliado à abordagem dos aspectos biológicos, estão relacionadas às vertentes psicológicas e sociais do indivíduo^{18,19}.

Atualmente há inúmeras publicações sobre a relação entre saúde e espiritualidade, que reforçam o compromisso do médico em buscar alívio do sofrimento, prestando os cuidados necessários até mesmo quando medidas curativas já não são possíveis¹³.

Nos dias de hoje, a competência tem sido mais pela técnica objetiva do que com o cuidado pessoal com o paciente, o que vem dificultando a relação médico-paciente, fundamento ético e humano da medicina hipocrática²⁰⁻²².

É necessário que todo o exercício da medicina seja permeado pela ética. Sendo assim, a espiritualidade associa-se à execução da compaixão e presença na solidariedade, que nada mais são do que atos humanos morais^{23,24}.

No presente estudo, muitos pacientes consideram importante sua dimensão espiritual no processo saúde-doença e gostariam de receber apoio nesse sentido quando necessário, fato também demonstrado em outros estudos internacionais e nacionais^{25,26}. É papel do profissional de saúde facilitar essa assistência²⁶, respeitando os princípios da autonomia e beneficência.

Verificou-se que a maioria dos participantes percebia que a espiritualidade influenciava em sua saúde, resultado este evidenciado em diversas pesquisas que demonstram a influência positiva da espiritualidade na menor prevalência de transtornos mentais, maior qualidade de vida, maior sobrevida e menor tempo de internação^{12,26}.

Da mesma forma, os sujeitos do estudo parecem compreender a importância do aspecto religioso e espiritual na elaboração de seu plano terapêutico. Florence Nightingale, precursora da Enfermagem científica, trazia o legado de enxergar o ser humano de forma holística, ou seja, como um ser biopsíquico, social e espiritual, que transcende o aspecto físico, incluindo a dimensão espiritual

nos planos terapêuticos do cuidado em saúde^{27,28}.

Quando se observam as últimas pesquisas em cenários médicos, verifica-se claramente que o paciente, muitas vezes, anseia por essa abordagem e, em sua maioria, não se sente ofendido^{13,18,25}. Este apontamento vai de encontro aos dados do presente estudo, em que a grande maioria dos pacientes gostaria que fosse abordado esse assunto pelo profissional de saúde.

Autores apontam que a espiritualidade é uma dimensão humana na qual existe fenômenos, como a angústia espiritual, cabendo a toda equipe diagnosticar e tratar, de forma autônoma, a fim de obter um cuidado mais integral^{13,28}. Vale considerar que a avaliação da relação entre o paciente e sua religiosidade requer cuidado. Apesar da maioria dos estudos apontarem relações positivas, algumas pesquisas evidenciam também aspectos negativos. Estudos apontam a relação entre dúvidas e conflitos religiosos à maior mortalidade^{26,29}, além do fato do conflito religioso poder ser preditor de maiores taxas de depressão, estresse, fadiga e dor³⁰. Os sentimentos mais comuns presentes nos aspectos espirituais negativos envolvem pensamentos de que Deus está punindo, descontentamento espiritual e questionamento dos poderes divinos^{26,31}. Acredita-se que a discussão da relação entre fé, espiritualidade, doença, cura, saúde e ética não vai cessar tão cedo e talvez esteja apenas reiniciando. A busca de entendimento científico prossegue^{32,33}, por meio de laboratórios digitais sofisticados da neurobiologia, permeando também o leito de muitos pacientes crônicos³⁴. Ao se fazer a ponte entre a medicina e a espiritualidade, o médico deve identificar, coordenar e utilizar fontes de referência para o cuidado com o paciente³⁵.

Dessa forma, torna-se importante uma aproximação dos profissionais de saúde com o tema, uma vez que muito pouco se tem focado a questão da espiritualidade nos planos de cuidado. Muitos profissionais não se sentem a vontade para lidar com o tema talvez porque a maioria das universidades brasileiras não preparam seus estudantes para essa temática^{36,37}, conforme observado em estudo recente em que mais de 90% dos médicos disseram que a universidade não fornecia informações suficientes para o aluno³⁸. Nos dados do presente estudo, poucos pacientes já haviam sido questionados por seus médicos ou enfermeiros sobre o assunto, resultado compatível à pesquisa nacional que evidenciou que menos de 10% dos pacientes já haviam sido abordados sobre seus aspectos religiosos e espirituais³². Como limitação do estudo, pode-se apontar o delineamento transversal que não possui relação causa e efeito e não analisa desfechos clínicos. Da mesma forma, foram selecionados pacientes de um complexo hospitalar no interior de São Paulo que podem não representar as opiniões de outras localidades, apesar da semelhança dos achados com a literatura nacional e internacional^{2,32}.

CONCLUSÃO

Os resultados demonstraram uma dicotomia entre os anseios dos pacientes sobre o tema espiritualidade/religiosidade e a conduta médica. Com os dados obtidos, pode-se considerar que muito pouco se tem focado nos planos de cuidado em relação à questão da espiritualidade.

O presente estudo pôde fornecer subsídios para uma proposta de abordagem que vise contemplar o indivíduo em sua integralidade e embasar os futuros profissionais de saúde a lidar com as crenças dos pacientes inferindo os princípios da ética na oferta do melhor cuidado.

REFERÊNCIAS

1. King DE, Bushwick B. Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *J Fam Pract.* 1994;39(4):349-52.
2. MacLean CD, Susi B, Phifer N, et al. Patient preference for physician discussion and practice of spirituality. *J Gen Intern Med.* 2003;18(1):38-43.
3. Ellis MR, Vinson DC, Ewigman B. Addressing spiritual concerns of patients: family physicians' attitudes and practices. *J Fam Pract.* 1999;48(2):105-9.
4. Suls J, Hothman A. Evolution of the biopsychosocial model: Prospects and challenges for health psychology. *Health Psychol.* 2004;23(2):119-25.
5. Levin JS, Larson DB, Puchalski CM. Religion and spirituality in medicine: research and education. *JAMA.* 1997;278(9):792-3.
6. Association of American Medical Colleges. Report III: contemporary issues in medicine: communication in Medicine. Washington, DC: Association of American Medical College; 1999.
7. Maugans TA, Wadland WC. Religion and family medicine: a survey of physicians and patients. *J Fam Pract.* 1991;32(2):210-3.
8. Lukoff D, Lu F, Turner R. Toward a more culturally sensitive DSM-IV. Psychoreligious and psychospiritual problems. *J Nerv Ment Dis.* 180(11):673-82.
9. Raja R. The role of religion and spirituality in healthcare. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2004;14(8):453-4.
10. Miller WR, Thoresen CE. Spirituality, religion, and health. An emerging research field. *Am Psychol.* 2003;58(1):24-35.
11. Worthington EL Jr, Hook JN, Davis DE, et al. Religion and spirituality. *J Clin Psychol.* 2011;67(2):204-14.
12. Guimarães HP, Avezum A. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev Psiq Clin.* 2007;34(Supl 1):88-94.
13. Peres MF, Arantes AC, Lessa PS, et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev Psiquiatr Clín.* 2007;34(Supl 1):82-7.
14. Fleck MP, Borges ZN, Bolognesi G, et al. Development of WHO-QOL spirituality, religiousness and personal beliefs module. *Rev Saude Publica.* 2003;37(4):446-55.
15. Souza VC. Bioética e espiritualidade na sociedade pós-moderna desafios éticos para uma medicina mais humana. *Rev Bioethikos.* 2010;4(1):86-91.
16. Katona C, Chiu E, Adelman S, et al. World psychiatric association section of old age psychiatry consensus statement on ethics and capacity in older people with mental disorders. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009;24(12):1319-24.
17. Lucchetti G, Granero Lucchetti AL, Peres MF, et al. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *J Relig Health.* 2012;51(2):579-86.
18. Larimore WL. Providing basic spiritual care for patients: should it be the exclusive domain of pastoral professionals? *Am Fam Physician.* 2001;63(1):36,38-40.
19. Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, et al. Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev Psiquiatr Clín.* 2007;34(Supl 1):105-15.
20. McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, et al. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Ann Fam Med.* 2004;2(4):356-61.
21. Pessini L. Terminalidade e espiritualidade: uma reflexão a partir dos Códigos de Ética Médica brasileiros e leitura comparada de alguns países. *Mundo Saúde.* 2009;33(1):35-42.
22. Puchalski CM, Larson DB. Developing curricula in spirituality and medicine. *Acad Med.* 1998;73(9):970-4.
23. Krause N, Liang J, Shaw BA, et al. Religion, death of a loved one, and hypertension among older adults in Japan. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2002;57(2):S96-S107.
24. Fehring RJ, Miller JE, Shaw C. Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncol Nurs Forum.* 1997;24(4):663-71.
25. Lucchetti G, Lucchetti AG, Badan-Neto AM, et al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. *J Rehabil Med.* 2011;43(4):316-22.
26. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, et al. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? *Rev Soc Bras Clín Méd.* 2010;8(2):154-8.
27. Sá AC, Pereira LL. Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica. *Mundo Saúde.* 2007;31(2):225-37.
28. Cruz IC. As religiões afro-brasileiras: subsídios para o estudo da angústia espiritual. *Rev Esc Enferm USP.* 1994;28(2):125-36.
29. Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, et al. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. *Arch Intern Med.* 2001;161(15):1881-5.
30. Sherman AC, Simonton S, Latif U, et al. Religious struggle and religious comfort in response to illness: health outcomes among stem cell transplant patients. *J Behav Med.* 2005;28(4):359-67.
31. Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, et al. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Sci Study Relig.* 1998;37(4):710-24.
32. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, et al. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Rev Psiquiatr Clín.* 2010;37(1):12-5.
33. Koenig HG, Pargament KI, Nielsen J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *J Nerv Ment Dis.* 1998;186(9):513-21.
34. Drane J, Pessini L. O que é uma medicina mais humana? In: Drane J, Pessini L, (editores). *Bioética, medicina e tecnologia: desafios éticos na fronteira do conhecimento humano.* São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2005. p. 55-64.
35. Curlin FA, Chin MH, Sellergren SA, et al. The association of physician's religious characteristics with their attitudes and self-reported behaviors regarding religion and spirituality in the clinical encounter. *Med Care.* 2006;44(5):446-53.
36. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(3):242-50.
37. Lucchetti G, Granero A. Integration of spirituality courses in Brazilian medical schools. *Med Educ.* 2010;44(5):527.
38. Mariotti LG, Lucchetti G, Dantas MF, et al. Spirituality and medicine: views and opinions of teachers in a Brazilian medical school. *Med Teach.* 2011;33(4):339-40.