

# O PAPEL DA ESPIRITUALIDADE NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE CULTURAL E PESSOAL NO CONTEXTO EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

The role of spirituality in the construction of cultural and personal identity in the context of health: an integrative literature review

Ingridd Reis<sup>1</sup>

Maria Antonia Torres Coelho<sup>2</sup>

Rebeca de Souza Zimmer<sup>3</sup>

Alex Zopeletto da Silva<sup>4</sup>

## RESUMO

**Introdução:** O presente projeto tem como tema o papel da espiritualidade na construção da identidade cultural e pessoal do sujeito, tendo como foco as experiências em contextos de saúde. **Objetivo:** Analisar como a espiritualidade impacta na construção da identidade cultural e pessoal dos indivíduos frente à desafios na área da saúde, como o luto, o adoecimento, as mudanças causadas por conta destes desafios e como a espiritualidade pode ser utilizada como mecanismo de enfrentamento nessas situações. **Métodos:** Caracterizando-se de uma análise bibliográfica estruturada, com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. O principal método adotado é a revisão sistemática de literatura. A escolha dessa

---

<sup>1</sup> Graduanda em Psicologia pela UNIVAG. Email: Ingridd.reis01@gmail.com

<sup>2</sup> Graduanda em Psicologia pela UNIVAG. Email: maria.antonianeachic@gmail.com

<sup>3</sup> Graduanda em Psicologia pela UNIVAG. Email: Zimmerrebeca@gmail.com

Orientador e docente no curso de Psicologia do UNIVAG. Email: Alex.zopeletto@univag.edu.br

metodologia justifica-se pela necessidade de fundamentar teoricamente o tema proposto, compreendendo os conceitos, as relações e as discussões existentes acerca da espiritualidade, identidade cultural e pessoal, no contexto de saúde. Mediante uma seleção criteriosa de fontes e síntese de evidências.

**Palavras-chave:**

Espiritualidade. Cultura. Saúde

**ABSTRACT**

**Introduction:** The present research project has as its theme the role of spirituality in the construction of the subject's cultural and psychological identity, focusing on experiences in health contexts. **Objective:** Analyze how spirituality impacts the construction of individuals' cultural and psychological identity when facing health challenges, such as grief, illness, and the changes caused by these challenges. Spirituality can be used as a coping mechanism in these situations, providing emotional support. **Methods:** This qualitative research, with an exploratory and descriptive approach, uses bibliographic research as the primary method. This methodology was chosen based on the need to theoretically ground the proposed topic, encompassing the concepts, relationships, and existing discussions surrounding spirituality, cultural identity, and psychology in the context of healthcare.

**Keywords:**

Spirituality; Culture; Health

**INTRODUÇÃO**

A espiritualidade é um fenômeno complexo e multifacetado que se faz presente na experiência humana desde os primórdios da civilização. Sendo utilizada como recurso para a busca de um sentido maior, conexão com algo transcendente, que ultrapassa o material e o imediato, pode ser definida como a busca por significado, propósito e vínculo com algo metafísico. Isso pode estar ou não vinculado a uma religião institucionalizada, podendo incluir crenças, valores, práticas e sentimentos de transcendência. Essa distinção é importante para compreender que a espiritualidade é uma dimensão universal, presente em diferentes culturas e tradições, e que pode ser expressa de diferentes e várias formas (KOENING, 2012). A influência desse aspecto não se limita somente à sua esfera espiritual, mas abrange também aspectos ligados à identidade pessoal, à cultura e à forma como as pessoas interpretam as suas

experiências de vida (PUCHALSKI et al., 2009). Ela influencia diretamente na saúde mental e bem-estar dos indivíduos, o que nos leva à necessidade de estudar e perceber esse fenômeno dentro de uma perspectiva psicológica.

A identidade cultural, por sua vez, é um conceito que envolve a construção do sentido de pertencimento a um grupo social, isso é gerado a partir de um compartilhamento de valores, crenças, práticas e narrativas coletivas. Essa identidade é dinâmica e se desenvolve ao longo do tempo, influenciada por fatores sociais, históricos e individuais (CASTRO, 2010). A espiritualidade pode ser vista como um elemento que se integra nesse processo, ao oferecer recursos simbólicos, rituais e significados que auxiliam o indivíduo a se situar no mundo, construindo uma narrativa de si.

No contexto da saúde, a espiritualidade assume um papel ainda mais significativo. A vivência do processo de adoecimento, seja por parte do paciente ou acompanhante, estará ligada em alguma medida à maneira como esse sujeito interpreta subjetivamente essa experiência. Tendo em vista que a espiritualidade oferece esse apoio para a construção de significado, torna-se inevitável compreender essa dimensão. Para Pereira (2003), “a fé é um atributo essencial da existência” (p. 23), não sendo possível separar a fé do ser humano, uma vez que ela envolve emoções, vontades, desejos e atitudes como aspectos da personalidade do sujeito de crer. Portanto, transcende o cognitivo e basta a si mesma, ao contrário da razão que se baseia no objetivo, sendo a fé, inseparável do ser humano, por ser essencial à sua existência, principalmente nos momentos de crise e/ou adoecimento.

A psicologia, enquanto ciência e profissão, tem a missão de integrar conhecimentos que respeitem a diversidade cultural e espiritual dos indivíduos, levando a promoção de intervenções que valorizem suas crenças e experiências subjetivas (KOENING, 2012). Nessa perspectiva, analisar como a espiritualidade contribui na formação da identidade é uma ferramenta para a ampliação da compreensão sobre os processos subjetivos de adoecimento, cura e adaptação. Além de fortalecer a atuação dos profissionais em um cuidado integral e humanizado.

Diante do exposto, esse trabalho visa analisar o papel da espiritualidade na construção da identidade cultural e pessoal dentro da experiência vivenciada no contexto de saúde, de modo a compreender como as crenças e práticas espirituais influenciam e integram na percepção de si mesmo, a relação com o ambiente, na construção de significado da experiência vivida e na resignificação de conceitos previamente estabelecidos. O objetivo é entender como isso contribui para o processo de cura, enfrentamento e fortalecimento

emocional. Para tanto, busca-se especificamente analisar a influência da espiritualidade na construção da identidade cultural dos pacientes em contextos de saúde, investigando como ela contribui para a formação da identidade pessoal e o enfrentamento de situações adversas. Além disso, descreve-se uma revisão de literatura que evidencie a relação entre espiritualidade, identidade e saúde mental, promovendo uma visão integrada desses elementos na prática psicológica.

Este estudo se justifica pela necessidade de aprofundar e ampliar a compreensão da espiritualidade como recurso simbólico e clínico no cuidado psicológico corroborando com a dimensão dos aspectos biopsicossociais do processo de adoecimento e tratamento. A revisão integrativa da literatura que será apresentada neste trabalho visa ilustrar como esses elementos são integrados e se manifestam na vivência de indivíduos inseridos no contexto de saúde, evidenciando a importância de abordagens integrativas na psicologia da saúde.

## **METODOLOGIA**

Para o desenvolvimento deste Trabalho de Conclusão de Curso, adotou-se a revisão integrativa da literatura, método que permite a síntese ampliada de conhecimentos por meio da reunião, avaliação crítica e interpretação de estudos já publicados sobre o tema investigado. Essa abordagem possibilita integrar evidências de diferentes metodologias e perspectivas, oferecendo uma visão abrangente do fenômeno estudado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa distingue-se de outros tipos de revisão por permitir não apenas a descrição dos achados, mas também a comparação entre eles, favorecendo a identificação de convergências, divergências e lacunas existentes na produção científica. Segundo Souza, Silva e Carvalho (2010), esse tipo de revisão segue 5 etapas sistematizadas: (1) definição do problema, (2) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, (3) categorização dos estudos, (4) avaliação dos resultados e (5) síntese final; o que garante maior rigor metodológico e confiabilidade aos achados.

A escolha pela revisão integrativa se justifica por sua capacidade de reunir diferentes tipos de evidências, como estudos qualitativos, quantitativos e teóricos, o que enriquece a discussão do tema e oferece subsídios consistentes para a construção da fundamentação teórica. Além disso, permite ao pesquisador compreender o estado atual do conhecimento, reconhecendo tendências e limitações na literatura, conforme defendem Botelho, Cunha e

Macedo (2011), ao afirmarem que a revisão integrativa constitui um recurso valioso para a prática baseada em evidências.

Neste estudo, a revisão integrativa contribuiu para o mapeamento crítico das produções acadêmicas relacionadas ao tema, possibilitando identificar aspectos recorrentes, abordagens predominantes e pontos que ainda carecem de aprofundamento científico. Desse modo, essa metodologia viabilizou uma visão ampla e fundamentada, essencial para sustentar a análise proposta e orientar reflexões futuras.

Para a coleta de dados visando a construção deste trabalho, optou-se por utilizar a base de dados PUBMED, reconhecida como uma das principais fontes de artigos científicos na área da saúde. Essa escolha se justifica pela qualidade e relevância dos artigos disponíveis, que são amplamente reconhecidos na comunidade científica. Após a definição do tema do trabalho, que orientou a busca por artigos relevantes, foi realizado o uso de palavras-chaves selecionadas com base nos principais conceitos relacionados ao tema.

Quadro 1 - Descritores de Busca Utilizados na Pesquisa

<b>Descritores de Busca</b>
(Espiritualidade) OR (Spirituality) OR (Dimensão Espiritual) OR (Sensibilidade Espiritual) AND (Pessoal de Saúde) OR (Pessoal da Saúde) OR (Prestadores de Cuidados de Saúde) OR (Profissionais da Saúde) OR (Profissionais de Saúde) OR (Profissional da Saúde) OR (Profissional de Saúde) OR (Trabalhador da Saúde) OR (Trabalhador de Saúde) OR (Trabalhadores da Saúde) OR (Trabalhadores de Saúde) OR (Health Personnel) OR (Relações Profissional-Paciente) OR (Contato com Familiares de Pacientes) OR (Contato com Pacientes) OR (Relações Farmacêutico-Paciente) OR (Professional-Patient Relations).

A busca inicial resultou em um total de 941.377 artigos, proporcionando uma visão abrangente da quantidade de material disponível. Para refinar essa busca e garantir a relevância e coerência dos artigos selecionados, foram implementados critérios de inclusão e de exclusão. Primeiramente, foram excluídas publicações realizadas a mais de 5 anos e que não estão disponíveis em português, essa filtragem ocorreu por meio dos filtros disponíveis no site utilizado para pesquisar as publicações.

Após essa exclusão inicial, os artigos restantes corresponderam a 1.020, os quais foram para a triagem de artigos de acordo com os seguintes critérios de inclusão e exclusão: foram incluídos artigos publicados no Brasil, de fácil acesso em plataformas científicas e que continham, no título, questões relacionadas à espiritualidade; foram excluídos, no processo de triagem, todas as publicações em que o título não correspondem ao tema; que são revisões,

carta ao autor ou errata e estudos realizados fora do Brasil. Em seguida, os artigos que passaram pela triagem, tiveram os seus resumos lidos, com o intuito de analisar sua relevância para o presente trabalho, o que resultou na seleção final dos artigos a serem utilizados na pesquisa.

A metodologia de revisão integrativa da literatura adotada neste trabalho garantiu uma análise criteriosa e fundamentada do tema escolhido. A utilização da base de dados PUBMED, aliada aos critérios de inclusão e exclusão, assegurou a seleção de artigos relevantes e de qualidade, contribuindo para a construção de um trabalho acadêmico sólido e embasado. O esquema de pesquisa com as palavras chaves e processo de exclusão podem ser observados na figura 1.

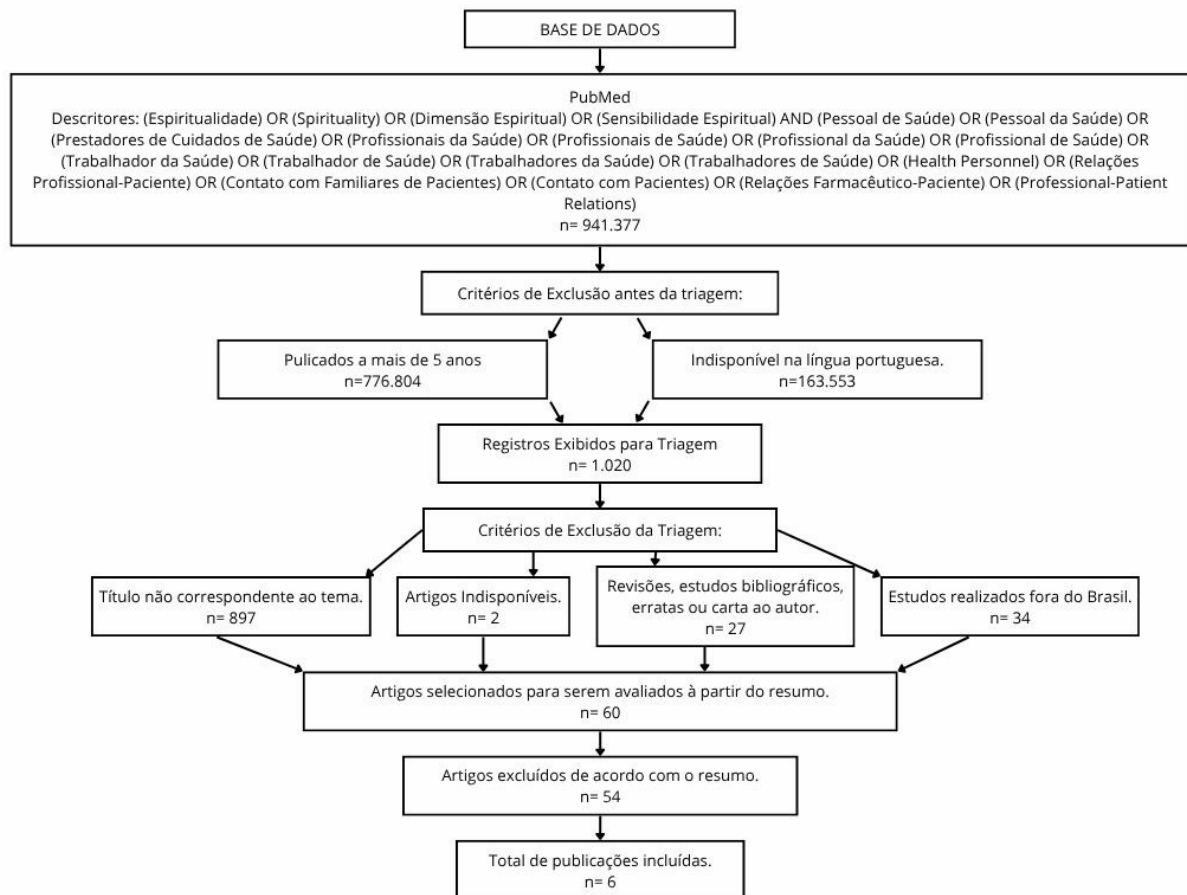


Figura 1- Fluxograma da triagem das publicações selecionadas.

A revisão sistemática da literatura se deu inicialmente pela adoção de descritores de busca específicos nas bases de dados indexadas, resultando na identificação de 941.377 artigos científicos. Aplicando os critérios de exclusão pré-definidos, procedeu-se à filtragem sistemática: artigos publicados há mais de cinco anos, com isso foram descartados 776.804

publicações, em seguida, foram excluídos 163.553 artigos indisponíveis na língua portuguesa, totalizando em 940.357 exclusões e resultando 1.020 publicações a serem triadas.

Na etapa seguinte, foi feita a triagem, onde ocorreu a avaliação dos títulos e resumos para verificar a possibilidade de inclusão ao estudo. Foram excluídos 897 artigos cujos títulos não correspondiam ao objeto da análise, 2 por indisponibilidade de acesso, 27 por se tratarem de revisões, estudos bibliográficos, erratas ou carta ao autor e 34 por envolverem estudos realizados fora do território brasileiro. Após essa fase, 60 artigos foram selecionados para a leitura a partir do resumo. Destes, 54 foram descartados pela inadequação ao tema proposto, conforme avaliação criteriosa dos conteúdos, resultando na inclusão final de 6 artigos para o estudo proposto.

Quadro 2 - Metodologia da triagem das publicações

<b>Etapa</b>	<b>Crítérios de Exclusão</b>	<b>Quantidade de publicações incluídas</b>
Busca inicial na base PubMed com os descritores	-	941.377 publicações
Filtragem na base de dados PubMed das publicações encontradas.	Publicações feitas a mais de 5 anos; Indisponíveis na língua portuguesa.	1.020 publicações
Triagem dos artigos.	Título não correspondente ao tema; Revisões, carta ao autor ou errata; Estudos realizados fora do Brasil; Artigos indisponíveis.	60 publicações
Leitura dos resumos dos artigos.	Artigos que não apresentem a relação da espiritualidade com o enfrentamento às condições hospitalares dos pacientes pela visão dos profissionais da saúde.	6 publicações
Artigos selecionados para a revisão final		6 publicações

## RESULTADOS

Na pesquisa, foram utilizados 6 artigos que investigam e discorrem sobre o uso da espiritualidade e da religiosidade para o auxílio nos cuidados de pacientes hospitalizados de acordo com a visão de profissionais de enfermagem, familiares e cuidadores informais, todos

acima de 18 anos de idade. Todos os artigos se baseiam na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), contaram com o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa de seus respectivos locais de pesquisa e todos contaram com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes. Todas as pesquisas selecionadas foram realizadas entre Junho de 2018 e Abril de 2023, em instituições públicas de saúde, contando com um serviço público de oncologia e cuidados paliativos e hospitais de atenção terciária, onde os estudos se focaram em áreas específicas destes, como UTIs, Unidades de Cuidado Semi-Intensivo, Unidades de Internação e Unidades Psiquiátricas. Os estudos foram realizados em diversas áreas do Brasil, contando com o Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul do país, nas regiões do Distrito Federal, na capital da Paraíba e na capital e interior de São Paulo.

Dos artigos selecionados, dois artigos são estudos transversais quantitativos norteados pela ferramenta STROBE e quatro são pesquisas com a abordagem qualitativa, as quais utilizaram dos seguintes métodos de análise de dados: Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ); Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF); a fenomenologia social de Alfred Schutz e as quatro etapas propostas pela Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Todos esses artigos utilizaram de entrevistas para a coleta de dados.

Sobre a análise dos resultados e das estatísticas dos estudos quantitativos (Artigos 1 e 2 do Quadro 3), o Artigo 1 utilizou de um software IBM Statistical Package for the Social Sciences para analisar os dados, e quanto aos dados categóricos, foi utilizada a análise de estatística descritiva, e para correlacionar as diferentes formas do Coping Religioso Espiritual com as variáveis sociodemográficas, foram utilizados o coeficiente de correlação de Spearman, o teste de ANOVA e o teste t de Student, os quais foram dados um nível de significância de 5%. Quanto ao Artigo 2, os autores optaram pela análise descritiva por meio do cálculo da média, desvio padrão, mediana, percentil 25 e 75, frequências relativa e absoluta, com o auxílio do teste de Kolmogorov Smirnov para a verificação de normalidade da amostra, e para as associações, foram aplicados os testes não paramétricos Mann-Whitney e Exato de Fisher.

Nas pesquisas de cunho qualitativo (Artigos 3, 4, 5 e 6 do Quadro 3), os autores utilizaram diferentes abordagens para analisar os dados coletados.

No artigo 3, foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin, onde os autores realizaram a pré-análise, exploração do material, o tratamento e a interpretação dos

resultados, os quais foram divididos nas seguintes categorias: (1) A dimensão espiritual do cuidado é contemplada por meio de práticas religiosas e espirituais; (2) A dimensão espiritual do cuidado é realizada com respeito e incentivo às crenças e práticas religiosas e espirituais do paciente; (3) A dimensão espiritual do cuidado é realizada com dificuldades pessoais, estruturais e de formação profissional.

No Artigo 4, a análise ocorreu com base nas três categorias do MCAF, que são: (1) Avaliação Estrutural; (2) Avaliação Desenvolvimental; (3) Avaliação Funcional das famílias. Com o apoio do software NVivo 12 para organização e codificação dos dados.

No artigo 5, foi realizada uma análise fenomenológica com base nos conceitos de “motivos para” e “motivos porque”, identificando os sentidos atribuídos pelos enfermeiros à sua prática. Os discursos coletados foram divididos nessas duas categorias e subsequentemente divididos em outras categorias. Os dados compreendidos como “motivos porque” foram divididos nas categorias: “Desafios no cuidado enfrentados pelos enfermeiros” e “Ação fragmentada do cuidado”, já os dados compreendidos como “motivos para” foram compreendidos como “O cuidado ideal”.

No Artigo 6, os dados foram analisados conforme as etapas da PCA: apreensão, síntese, teorização e transferência. As falas foram agrupadas em duas categorias temáticas: “Cuidado tecnicista, genérico e impessoal” e “Da impessoalidade à singularidade do cuidado de enfermagem”.

A análise dos seis estudos demonstra que, em diferentes contextos de cuidado, há recorrência de elementos como sobrecarga emocional, fragilidade institucional, falta de preparo profissional e necessidade de apoio espiritual. Nos resultados, observa-se que a fé, a oração, a presença de líderes religiosos e o suporte emocional aparecem como práticas que proporcionam conforto, fortalecimento e esperança tanto aos pacientes quanto aos cuidadores e profissionais. Ao mesmo tempo, há dificuldade de integração da dimensão espiritual no cuidado, seja pela formação tecnicista, pela rotina automatizada dos serviços, ou pela falta de espaço para expressões subjetivas.

Alguns estudos destacam atitudes de empatia e escuta sensível, em que profissionais e familiares reconhecem a espiritualidade como parte do cuidado integral, enquanto outros evidenciam distanciamento, impessoalidade e predomínio do modelo biomédico, que reduz o cuidado à dimensão física. Em comum, todos os resultados apontam que a espiritualidade é vivida como fonte de apoio e reorganização emocional, mas ainda carece de reconhecimento e

valorização no âmbito institucional e formativo, refletindo a tensão entre o cuidado humanizado e a prática técnica que caracteriza o contexto em saúde.

Quadro 3 - Artigos selecionados.

<b>N</b>	<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Ano</b>	<b>Público</b>	<b>Resultados obtidos</b>	<b>Metodologia</b>
1	Coping religioso/espiritual em cuidadores informais de crianças com fissura de lábio e/ou palato disfágico.	Farinha FT, Bom GC, Manso MMFG, Prado PC, Matiole CR, Trettene ADS.	2021	Cuidadores informais de crianças com diagnóstico de fissura de lábio e/ou palato e disfagia e que se encontravam internadas na Unidade de Cuidado Semi-intensivo no período estipulado para a coleta de dados.	Uso do CRE (Coping Religioso-Espiritual) positivo como forma de enfrentamento da demanda de cuidados a eles imposta e da condição de saúde da criança. mostram a possibilidade de incluir a espiritualidade e/ou a religiosidade como indicadores de saúde e bem-estar.	Estudo descritivo, transversal e quantitativo.
2	Suporte religioso e espiritual na concepção de enfermeiros e familiares de pacientes críticos: estudo transversal.	Santos PMD, et al.	2021	Todos os enfermeiros e familiares de pacientes internados na UTI de dois hospitais públicos do Sistema Único de Saúde (SUS) localizados nas regiões Oeste e Sudoeste do Distrito Federal, Brasil.	Enfermeiros e familiares reconheceram o suporte religioso/espiritual como significativo ao processo de cuidar dos pacientes críticos, ainda que para os enfermeiros mostre-se necessário melhorar a qualificação profissional para integração desse suporte no cuidado intensivo diário.	Estudo quantitativo, transversal exploratório e descritivo.
3	Atuação de enfermeiros em cuidados paliativos: cuidado espiritual à luz da Teoria do Cuidado Humano	Evangelista CB, et al.	2021	10 enfermeiros em atividade há pelo menos 6 meses no hospital público de grande porte de João Pessoa, Paraíba.	A maior parte dos enfermeiros entende a espiritualidade como importante recurso para o atendimento dos pacientes em cuidado paliativo. Possuem atitudes congruentes com a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson e aplicam elementos do Processo Cáritas. Uma qualificação voltada para o atendimento da dimensão espiritual poderá ofertar um cuidado de maior qualidade na área da saúde.	Pesquisa Exploratória qualitativa.
4	Dinâmica familiar e rede de apoio de cuidadores familiares de pessoas com câncer progressivo	Saletti LC, Beraldi ML, Horta ALM.	2024	Participaram do estudo seis cuidadoras familiares.	Os dados revelaram estreitamento de relações familiares com vínculos fortes, aumento do nível de sobrecarga da cuidadora conforme a progressão do câncer, abandono do autocuidado e dificuldades financeiras. As cuidadoras, devido à sobrecarga, tiveram dificuldade de elencar a rede de apoio, mas o modelo empregado possibilitou a identificação dos elementos que a compõem, sendo a fê citada por todas elas.	Estudo qualitativo, descritivo.
5	Experiências de enfermeiros no cuidado de	Piton GPP, Weber A, Garcia	2024	16 enfermeiros atuantes nas UTIs	Surgiram três categorias no estudo: Desafios no cuidado enfrentados pelos enfermeiros;	Estudo qualitativo.

	<p>peças em sofrimento psíquico hospitalizadas por comorbidades clínicas</p>	<p>APRF, Toledo VP.</p>			<p>A ação fragmentada do cuidado; e O cuidado ideal. Desvelou-se a desarticulação da clínica, conforme descrito pelos enfermeiros, evidenciando o cuidado como uma ação afastada da integralidade da pessoa. A atuação dos enfermeiros é guiada predominantemente pelo referencial biomédico, desconsiderando a valorização da subjetividade.</p>	
6	<p>Percepções da equipe de enfermagem sobre o cuidado às gestantes em unidade psiquiátrica</p>	<p>Stochero HM, Lima SBS, Colomé JS, Backes DS, Marchiori MRCT.</p>	2024	<p>25 profissionais de enfermagem de uma Unidade Psiquiátrica de um Hospital de referência do Sul do Brasil.</p>	<p>Os dados organizados e analisados resultaram em duas categorias temáticas: Cuidado tecnicista, genérico e impessoal; e Da impessoalidade à singularidade do cuidado em enfermagem. Assegurar um cuidado singular às gestantes com transtornos mentais significa atribuir-lhes significado de existência e conduzir o cuidado, a partir de uma perspectiva multidimensional e continuada.</p>	<p>Pesquisa Convergente Assistencial.</p>

## DISCUSSÃO

O presente tópico deste trabalho busca aprofundar acerca de aspectos importantes relacionados ao tema, para que seja possível uma discussão e uma análise rica em informações e conhecimento sobre a espiritualidade nos contextos hospitalares. Para isto, foram selecionados quatro principais temas a serem aprofundados.

### 1. A tensão entre o modelo biomédico e a dimensão espiritual.

Tendo em vista os atravessamentos da subjetividade humana, onde estão implicadas questões como a espiritualidade e a religiosidade com o modelo biomédico dos profissionais da saúde que se faz presente no artigo 6 da tabela 3, foi considerado um tópico importante a se aprofundar para compreender, o que é possível a ser realizado por esses profissionais e para, também, criticar a forma como o processo de adoecimento é tratado por esse modelo, com a desumanização e uma visão mecanicista do processo de saúde-doença.

O modelo biomédico ou mecanicista, se tornou hegemônico na doutrina e prática da medicina atual tem suas raízes firmemente ligadas ao contexto do Renascimento e, crucialmente, à filosofia de René Descartes (Século XVII) (BARROS, 2002; BATISTA, 2010), o método cartesiano promoveu o dualismo mente-corpo, ou espírito-matéria, uma

divisão rigorosa que levou os médicos a concentrar seus esforços na parte fisiológica, negligenciando os aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença (BATISTA, 2010).

A ascensão dessa visão mecanicista foi consolidada pelas teorias matemáticas de Isaac Newton, que confirmaram a concepção do corpo e do universo como uma grande máquina a ser explorada. Assim, o modelo mecânico se estabeleceu como analogia para compreender o funcionamento do corpo, comparável a um relógio e suas engrenagens (BARROS, 2002). O resultado dessa hegemonia mecanicista é que a Biomedicina passa a priorizar o aspecto biológico em detrimento dos fatores subjetivos que podem envolver o processo de adoecimento (CAMARGO JÚNIOR, 2003 apud BATISTA, 2010). De acordo com Barros (2002), o foco do interesse médico foi transferido da história do paciente para uma descrição clínica dos achados patológicos e isso levou à fragmentação do corpo humano através de um crescente número de especialidades.

Embora o modelo biomédico tenha sido validado por notáveis avanços nas ciências biológicas desde o Século XVII, seu sucesso em explicar fenômenos fez com que ele se tornasse demasiado restrito em seu poder explicativo. A medicalização, que é a crescente e elevada dependência dos indivíduos e da sociedade em relação à oferta e ao consumo intensivo de serviços e bens de ordem médico-assistencial, é considerada a expressão mais acabada das distorções e consequências concretas do modelo biomédico reducionista (BARROS, 2002).

A ênfase no tratamento da doença, na terapia medicamentosa e na cura propriamente dita, sem considerar a totalidade do ser, gerou insatisfação e contribuiu para uma crise no paradigma científico a partir da segunda metade do Século XX, fazendo o modelo biomédico perder força (BATISTA, 2010), que é exatamente onde entram as questões subjetivas do ser humano que estavam sendo deixadas de lado.

A busca por um rigoroso método científico, muitas vezes com base no positivismo, fez com que o termo "Espiritualidade" fosse pouco mencionado e frequentemente evitado no âmbito acadêmico (MONTEIRO; ROCHA JUNIOR, 2017). Nos artigos selecionados para a metodologia, alguns profissionais de saúde citam não se sentirem confortáveis para falar sobre espiritualidade por não possuírem domínio sobre o tema, ou até por não terem instruções, durante sua formação, acerca deste tópico. No artigo 2 do Quadro 3, os resultados mostram que 90,9% dos enfermeiros entrevistados reconhecem a necessidade espiritual na prática clínica e que apenas 63,6% desses enfermeiros se dizem aptos para oferecer o suporte

espiritual, o que evidencia a falta de um preparo anterior à prática, que deveria adentrar no cuidado integral do sujeito e de suas subjetividades (SANTOS, *et. al*, 2021).

A própria disciplina de Psicologia, cujo nome tem origem na palavra grega psique (alma ou espírito), se afastou desse conceito em favor de uma perspectiva positivista dominante (BARROS, 2002; MONTEIRO; ROCHA JUNIOR, 2017). O modelo biomédico estimula o profissional a adotar um comportamento cartesiano, buscando um "distanciamento objetivo", o que dificulta a valorização do ser humano em sua totalidade. Muitos profissionais chegam a admitir a existência de componentes psicológicos ou subjetivos, mas não se sentem à vontade ou preparados para lidar com os mesmos, pois sua formação foi pautada no modelo reducionista (BARROS, 2002).

Em contraposição à concepção mecanicista e fragmentada, surge o paradigma holístico, que impulsiona um novo debate nas diversas ciências, propondo a compreensão do ser humano em sua integralidade. A abordagem holística surge devido à crise na ciência, que postulava objetividade e racionalidade como únicos meios de se chegar ao conhecimento (MONTEIRO; ROCHA JUNIOR, 2017).

Nessa perspectiva, a espiritualidade é compreendida como uma das dimensões que constituem o ser humano (MONTEIRO; ROCHA JUNIOR, 2017). A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem debatido a inclusão da espiritualidade em sua definição de saúde desde 1983, pois estudos demonstram que a espiritualidade e a religiosidade estão associadas a melhores índices de saúde, qualidade de vida e longevidade, assim como menor depressão e a espiritualidade, portanto, oferece um caminho para o enfrentamento das dificuldades e das doenças (VASCONCELOS, 2004 apud BATISTA, 2010) e a abordagem integral busca atuar nas características adaptativas do indivíduo, como a resiliência, a criatividade e a esperança, incluindo a espiritualidade, que auxilia o paciente a lidar melhor com situações estressantes (PANZINI et al., 2007 apud MONTEIRO; ROCHA JUNIOR, 2017).

A tensão entre o modelo biomédico e a dimensão espiritual evidencia que, para proporcionar um cuidado integral e ético, o profissional de saúde deve buscar transcender o rigor explicativo mecanicista e acolher a complexidade do ser humano (BARROS, 2002; MONTEIRO; ROCHA JUNIOR, 2017).

Nos contextos hospitalares existe a patologização do sujeito sem que haja uma visão integrada deste. Por visão integrada, não está sendo falado apenas do ser biopsicossocial, que também é muitas vezes ignorado, está sendo falado do ser biopsicossocial espiritual, o qual não é citado no ensino acadêmico do modelo biomédico atual, mas existe em qualquer lugar

onde existe a subjetividade humana. Por esse motivo é de extrema importância que este tópico seja debatido nas instituições de ensino, visando a melhoria da qualidade de vida do sujeito e um cuidado integral à saúde.

## **2. A fé e a religião como recursos subjetivos de enfrentamento.**

A fé, a religiosidade e a espiritualidade constituem dimensões fundamentais da subjetividade humana, influenciando diretamente a forma como o indivíduo interpreta e enfrenta situações de sofrimento e vulnerabilidade. A religiosidade refere-se às práticas, crenças e orientações ligadas a instituições e tradições religiosas, representando vivências mais extrínsecas, estruturadas e comunitárias. Já a espiritualidade envolve experiências internas, subjetivas e ligadas ao sentido da vida, operando de modo singular e independente da vinculação institucional religiosa. Ambas podem coexistir ou manifestar-se separadamente, mas, em qualquer caso, influenciam processos de significação e regulação emocional diante de situações adversas (MORAES; REGO, 2021).

A experiência religiosa exerce forte impacto na maneira como o sujeito vivencia sua condição, pois afeta percepções sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o significado da vida, funcionando como elemento que organiza emoções, crenças e atitudes. A vivência espiritual, por sua vez, pode oferecer sentido existencial, reforçar valores e promover recursos internos de estabilidade emocional, especialmente quando a pessoa enfrenta dor, incerteza ou ameaça à continuidade da vida. Esses elementos permitem que a fé opere como suporte emocional e simbólico, oferecendo conforto, esperança e continuidade subjetiva em momentos de grande vulnerabilidade (MORAES; REGO, 2021).

Nesse contexto, o artigo 1 da tabela 3, destaca o conceito de coping religioso/espiritual (CRE), entendido como a utilização da fé, da religião ou da espiritualidade para manejar situações estressantes e reorganizar a experiência subjetiva do sofrimento. O CRE envolve dimensões cognitivas, comportamentais e relacionais, operando como estratégia que utiliza crenças e práticas religiosas para lidar com eventos adversos e construir significados mais toleráveis para a experiência de dor (CORRÊA; BATISTA; HOLANDA, 2016). Essa forma de enfrentamento pode mobilizar sentimentos de direção, amparo espiritual e fortalecimento emocional, contribuindo para a preservação da esperança e para a sensação de suporte transcendente (MORAES; REGO, 2021). O artigo traz que o CRE positivo é muito mais utilizado que o negativo, e acordo com os autores Farinha, *et. al* (2021), o CRE positivo se caracteriza pelos efeitos benéficos, que é quando o sujeito busca a espiritualidade para

resignificar suas experiências e para encontrar forças para lidar com as dificuldades, já o CRE negativo é quando gera efeitos negativos, onde o sujeito passa a interpretar sua situação como uma punição divina, que pode até colocar em questionamento a própria existência.

Práticas religiosas e espirituais também apresentam repercussões fisiológicas importantes, atuando na regulação emocional e na modulação de sistemas neuro endócrinos e imunológicos. A espiritualidade pode contribuir para a redução da frequência cardíaca, para a diminuição do cortisol e para o fortalecimento das defesas orgânicas, o que demonstra sua relevância como ferramenta integrativa na experiência de adoecimento. Além disso, o exercício da fé pode promover resignificação da dor, suporte emocional e sensação de continuidade existencial, fatores fundamentais para o enfrentamento de situações de crise e desamparo (MORAES; REGO, 2021).

Assim, a fé, a religiosidade e a espiritualidade configuram-se como recursos subjetivos centrais no enfrentamento de situações adversas, oferecendo suporte simbólico, emocional e existencial que permite ao sujeito reorganizar internamente sua experiência de sofrimento (MORAES; REGO, 2021). Por meio do coping religioso/espiritual, essas dimensões contribuem para a construção de narrativas de sentido, fortalecimento da esperança e ampliação das possibilidades de adaptação ao adoecimento, reafirmando seu papel essencial nos processos humanos de enfrentamento (CORRÊA; BATISTA; HOLANDA, 2016).

### **3. Ética e limites do cuidado espiritual.**

Apesar do benefício do uso da espiritualidade no contexto de saúde-doença, a sua incorporação nesse cuidado exige atenção rigorosa aos princípios éticos que orientam a prática profissional, uma vez que envolve crenças íntimas, valores pessoais e dimensões subjetivas profundas. A bioética contemporânea destaca que o cuidado espiritual só pode ocorrer dentro dos princípios da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça, assegurando que o paciente tenha sua dignidade e liberdade de crença integralmente preservadas (COTRIM et al., 2024). A autonomia, nesse contexto, implica reconhecer o direito do indivíduo de expressar ou não suas crenças espirituais, definindo os limites do que deseja compartilhar e da forma como deseja ser acompanhado (CFM, Res. nº 2.217/2018).

Ética e espiritualidade se articulam de modo a impedir qualquer forma de coerção, imposição religiosa ou intervenção que ultrapasse a vontade do paciente. O cuidado espiritual não pode ser oferecido como prescrição, orientação moral ou tentativa de conversão, pois isso configura violação da autonomia e caracteriza abuso de poder simbólico (CFP, Res. nº

010/2005). Como discute Foucault (2004), em “A hermenêutica do sujeito”, o verdadeiro cuidado envolve uma prática de liberdade e de reflexão sobre si, na qual o sujeito é chamado a exercer autonomia sobre sua própria experiência, e não a submeter-se a imposições externas. Nessa perspectiva, o cuidado de si é um exercício ético que reconhece a singularidade e a responsabilidade do sujeito sobre sua própria verdade. Assim, o profissional deve garantir um espaço de escuta sensível, evitando interpretações pessoais e respeitando absolutamente a diversidade de crenças, valores e tradições espirituais. A não maleficência, nesse âmbito, implica evitar danos emocionais, morais ou espirituais decorrentes de práticas invasivas, julgamentos ou interferências inadequadas (COTRIM et al., 2024).

Os limites do cuidado espiritual também dependem do reconhecimento claro das competências profissionais. A abordagem espiritual não deve substituir intervenções clínicas ou psicológicas, nem ultrapassar o escopo técnico do profissional de saúde. Quando o paciente demanda aconselhamento religioso, ritos específicos ou acompanhamento pastoral, cabe encaminhamento a líderes religiosos ou cuidadores espirituais qualificados, assegurando respeito às diferenças culturais e religiosas (CFM, Código de Ética Médica, 2018). A beneficência, nessa perspectiva, orienta o cuidado no sentido de oferecer suporte sem ultrapassar fronteiras disciplinares.

Outro limite ético essencial diz respeito à privacidade e ao consentimento. A investigação da dimensão espiritual só é legítima quando realizada com autorização explícita do paciente, sem pressupor religiosidade ou espiritualidade como universais. Notas, relatos ou informações sobre crenças espirituais jamais devem ser utilizadas para discriminação, julgamento ou restrição de cuidados (CFP, Res. nº 001/2009). A justiça, por sua vez, determina que a oferta de cuidado espiritual seja equitativa, assegurando que todos os pacientes tenham igual acesso a esse tipo de suporte, independentemente de crença, tradição ou ausência de religiosidade (COTRIM et al., 2024).

No cuidado espiritual, a ética demanda sensibilidade cultural e institucional. Protocolos e diretrizes devem orientar a prática, evitando que o cuidado espiritual dependa exclusivamente da subjetividade dos profissionais ou de interpretações individuais sobre a fé do paciente. A institucionalização de práticas éticas assegura que o cuidado espiritual seja voluntário, não invasivo e ajustado às necessidades expressas pelo próprio sujeito, garantindo um cuidado verdadeiramente integral, humanizado e respeitoso (COTRIM et al., 2024).

A ética diz muito sobre respeitar a religião e espiritualidade do sujeito quando o mesmo traz o tópico à tona, mas também é importante mencionar a ética, quando a

espiritualidade atravessa o tratamento médico. Quando o paciente resiste a um tratamento, é importante que a equipe dos profissionais de saúde busquem meios de relacionar a realidade subjetiva e espiritual do sujeito, com sua condição física. Ou seja, quando um paciente se recusa a adentrar em tratamento por conta de sua religião ou espiritualidade, a ciência permite que os profissionais envolvidos no caso busquem outras formas de tratá-lo, sem que sua subjetividade seja atravessada, assim, melhorando o seu cuidado, sem que este gere mal-estar psíquico, como exposto no artigo 5 do quadro 3 (PITTON, *et. al.*, 2024).

Essa questão ética foi recentemente reforçada no âmbito jurídico brasileiro. Em 2024, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu que pacientes acima de 18 anos têm o direito de recusar tratamentos médicos que contrariem suas convicções religiosas, desde que estejam plenamente informados sobre os riscos e consequências de sua decisão (AFYA, 2024). Essa decisão reafirma os princípios constitucionais da autonomia e da liberdade de crença, destacando que o cuidado em saúde deve respeitar a integridade espiritual e simbólica do sujeito. Ao reconhecer a legitimidade dessa recusa, o STF contribui para o fortalecimento de uma prática clínica que concilia ciência, ética e sensibilidade cultural, em consonância com o que propõem os autores que defendem o cuidado integral e humanizado.

No artigo 6, “Percepções da equipe de enfermagem sobre o cuidado às gestantes em unidade psiquiátrica”, percebemos as falhas institucionais do modelo biomédico, que, conforme criticado por Jung (1969), fragmenta a psique humana em compartimentos dissociados, negligenciando a unidade multidimensional (fisiológica, mental, social e espiritual). Na unidade psiquiátrica, o cuidado de enfermagem adota um enfoque biologista, resultando em práticas tecnicistas, genéricas e impessoais, como observados na assistência às gestantes, tratadas “de maneira genérica, como todos os outros pacientes”. Essa mecanização, impulsionada por protocolos rígidos, impede a integração da dimensão espiritual, crucial em momentos de vulnerabilidade, onde o estigma da “doença mental” agrava a fragmentação. Tal tensão entre o biomédico e o holístico ecoa a teoria de Erikson (1950), que enfatiza o desenvolvimento psicossocial como um continuum, no qual crises existenciais, como a gestação em contexto psiquiátrico em contexto psiquiátrico, demandam suporte integral para a formação de uma identidade saudável. A ausência de abordagens colaborativas, conforme Watson (1979), na teoria do cuidado transpersonal, resulta em um cuidado incompleto, incapaz de reconhecer o CRE como mecanismo e recurso de enfrentamento, perpetuando a negligência ética e a despersonalização.

O papel do profissional de saúde, particularmente destaca-se a figura do enfermeiro, que conforme identificado nas revisões de literatura, foi o profissional mais frequentemente citado, estudado e participante das investigações analisadas, emerge como pivô para a transição “da impessoalidade à singularidade do cuidado”, conforme proposto por Watson (1979), que advoga por um cuidado humanizado, onde o profissional transcende a técnica para cultivar a multidimensionalidade humana. No entanto, o despreparo manifestado pelos enfermeiros psiquiátricos revela uma lacuna na formação, limitando a habilidade para lidar com especificidades existenciais, como o CREP, que poderia promover coragem e conforto. Essa qualificação contínua é imperativa, articulando-se à teoria de Maslow (1943), que hierarquiza as necessidades humanas, posicionando a autorrealização espiritual como ápice, acessível apenas mediante suporte profissional que valide recursos subjetivos. A inclusão de tecnologias interativas e o raciocínio crítico-reflexivo no Processo de Enfermagem assegurariam um cuidado adaptativo às realidades individuais, mitigando o risco de negligência e fortalecendo a continuidade assistencial.

Do ponto de vista ético, o manejo da dimensão espiritual exige equilíbrio, evitando o proselitismo, conforme alertado por Frankl (1984), que ressalta a responsabilidade de acolher a busca por sentido da maneira que ela se manifesta, sem impor crenças. O profissional deve reconhecer o CREP como recurso de enfrentamento, apoiando a “posição positiva diante de Deus” para reduzir ansiedade e depressão, auxiliando na construção e elaboração das situações a qual foram inseridos, enquanto identifica o CREN, associado a interpretações, como punição divina, que, segundo Pargament (1997), prediz piores desfechos mentais. O despreparo observado na unidade psiquiátrica representa uma barreira ética, potencializando a negligência da singularidade, em detrimento da autonomia e dignidade do paciente. A qualificação contínua, portanto, é um imperativo ético, alinhando-se aos princípios deontológicos da psicologia, que demandam liderança colaborativa e dialógica para integrar o espiritual no cuidado integral, respeitando as necessidades de usuários, famílias e comunidades.

O cuidado espiritual, embora benéfico em muitos contextos da saúde mental, apresenta um “outro lado” complexo, onde riscos éticos e práticos podem emergir se não manejados com cautela, especialmente no contexto de saúde. Do ponto de vista pessoal, podemos ver esse “outro lado” como uma oportunidade de crescimento, como estudantes e profissionais da saúde devemos equilibrar técnica e empatia, evitando julgamentos que fragmentem a interação, e reconhecendo que, em cenários reais, o espiritual pode ser um farol de resiliência

ou um abismo de confusão, dependendo do apoio ético. Isso me lembra de teorias como a de Maslow, onde necessidades espirituais são o ápice da autorrealização, mas só acessíveis com formação contínua e respeito à autonomia, prevenindo que o cuidado se torne uma imposição paternalista que, ironicamente, perpetua a despersonalização que o texto critica. Em última análise, explorar esse "outro lado" reforça a urgência de um cuidado holístico, onde profissionais aprendem a acolher a multidimensionalidade sem dominar, promovendo não apenas cura, mas também significado profundo na jornada humana.

#### **4. O papel do profissional de saúde na construção de um cuidado integral e humanizado.**

A construção de um cuidado integral e humanizado baseia-se na compreensão do sujeito como ser multidimensional, cuja experiência de adoecimento envolve aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais. Essa concepção está alinhada aos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), que orienta práticas centradas na autonomia, dignidade, escuta e corresponsabilidade (Ministério da Saúde, 2013).

Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) também busca incorporar práticas e saberes que dialoguem com a religiosidade e a espiritualidade dos usuários, sem, contudo, desconsiderar os aspectos técnicos e científicos do cuidado. Essa integração visa reconhecer a pluralidade cultural e simbólica dos sujeitos, ampliando as formas de atenção sem atravessar ou invadir a dimensão espiritual de cada indivíduo. Conforme aponta o Ministério da Saúde (2022), a humanização no SUS deve valorizar as experiências subjetivas e espirituais, articulando-as de maneira ética com o conhecimento técnico, de modo a garantir que o cuidado continue fundamentado em evidências, mas sensível à totalidade do ser humano.

Nesse sentido, o profissional é chamado a superar o modelo estritamente biomédico e a reconhecer que o sofrimento humano envolve significados, valores e dimensões subjetivas que devem ser respeitadas e acolhidas no processo terapêutico (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011). No artigo 3, do Quadro 3, os autores obtiveram acesso ao discurso dos profissionais de saúde, onde alguns afirmaram que a dimensão espiritual é algo delicado, difícil e complicado, enquanto outros profissionais afirmam se sentir à vontade para oferecer suporte espiritual, seja estando ao lado do paciente ou fazendo uma oração. Isso se dá pela relação que os próprios profissionais têm com a espiritualidade em suas vidas particulares, acentuando a necessidade de se tratar desse assunto na formação acadêmica dos profissionais

da saúde, tendo em vista que este é um assunto recorrente na prática em contextos de saúde-doença (EVANGELISTA, *et. al*, 2021).

A escuta sensível e qualificada constitui elemento essencial desse cuidado, permitindo que o profissional acolha experiências espirituais, religiosas e existenciais que emergem no atendimento (MARQUES; GOTO, 2021). Essas experiências, quando tratadas com respeito e sem julgamento, podem favorecer conforto emocional, enfrentamento e reorganização interna do paciente, contribuindo para sua adaptação ao adoecimento (VOLCAN et al., 2003). Assim, incorporar a espiritualidade de forma ética e cuidadosa integra o ideal de um cuidado humanizado.

A atuação ética delimita com precisão o papel do profissional nesse processo. A ética profissional exige que a dimensão espiritual seja acolhida, mas nunca imposta, evitando interferência das crenças pessoais do trabalhador da saúde (CFP, 2005). O Código de Ética Médica reforça que o profissional deve respeitar a autonomia, a liberdade de crença e os valores individuais do paciente, abstendo-se de qualquer forma de coerção, evangelização ou prescrição espiritual inadequada (CFM, 2018). Quando o paciente necessita de práticas religiosas específicas, cabe ao profissional encaminhá-lo a líderes religiosos ou agentes espirituais apropriados, preservando limites de competência (MARQUES; GOTO, 2021).

Além de garantir respeito às crenças, o profissional deve compreender que a dimensão espiritual influencia diretamente o bem-estar e a qualidade de vida, tendo em vista que, de acordo com Murakami e Campos (2012), a espiritualidade está ligada à maior adaptação emocional e menor sofrimento. Portanto, reconhecer e validar essa esfera pode ampliar a integralidade do cuidado e fortalecer o vínculo terapêutico, promovendo práticas centradas no sujeito e não apenas na doença (MARQUES; GOTO, 2021).

Assim, o papel do profissional de saúde na construção do cuidado integral e humanizado consiste em articular conhecimento técnico, sensibilidade ética e acolhimento da complexidade humana e integrar a espiritualidade de forma responsável fortalece a humanização, qualifica a atenção à saúde e favorece um cuidado que reconhece o paciente em sua totalidade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo teve como objetivo analisar o papel da espiritualidade na construção da identidade cultural e pessoal no contexto em saúde, buscando compreender como essa dimensão influencia os processos de enfrentamento, adaptação e significação diante do

adoecimento. A revisão integrativa da literatura permitiu identificar que a espiritualidade, ainda que muitas vezes negligenciada na prática clínica, constitui um elemento relevante para a compreensão integral do ser humano, uma vez que contribui para a elaboração simbólica do sofrimento e para o fortalecimento emocional de pacientes, familiares e profissionais. As evidências apontam que o reconhecimento dessa dimensão favorece práticas mais sensíveis e humanizadas, sem que se percam os fundamentos técnicos e científicos que sustentam o cuidado em saúde.

Constatou-se, entretanto, que a integração da espiritualidade aos contextos de cuidado ainda enfrenta desafios decorrentes da predominância do modelo biomédico e da formação profissional centrada em aspectos técnicos. Nesse sentido, destaca-se a importância de ampliar o debate sobre a espiritualidade como componente legítimo do cuidado integral, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização e pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com isso, o fortalecimento de práticas que contemplem a dimensão espiritual, de modo ético e interdisciplinar, pode contribuir para o aprimoramento da assistência e para a promoção de um cuidado que reconheça a complexidade do sujeito em sua totalidade biopsicossocial e espiritual. Assim, o estudo evidencia a necessidade de consolidar abordagens que articulem ciência, ética e sensibilidade, promovendo avanços na formação e na atuação dos profissionais da saúde diante das múltiplas dimensões que compõem a experiência humana.

## REFERÊNCIAS

AFYA. STF decide que pacientes podem recusar tratamentos com base em suas religiões. *Portal Afya*, 2024. Disponível em: <https://portal.afya.com.br/saude/stf-decide-que-pacientes-podem-recusar-tratamentos-com-base-em-suas-religoes>. Acesso em: 20 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013.

Castro, C. M. (2010). Identidade cultural e espiritualidade: conexões e desafios. **Revista Psicologia & Sociedade**, 22(3), 456-465.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 2.217/2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Resolução CFP nº 010/2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução CFP nº 001/2009**, sobre respeito à diversidade humana.

CORRÊA, C. V.; BATISTA, J. S.; HOLANDA, A. F. Coping religioso/espiritual em processos de saúde e doença: revisão da produção em periódicos brasileiros (2000–2013). **PsicoFAE**, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 61-78, 2016.

COTRIM, A. et al. Espiritualidade e bioética no cuidado em saúde: uma análise integrativa de estudos recentes. **Caderno Pedagógico**, Curitiba, v. 21, n. 9, p. 1-24, 2024. DF, v. 75, n. 1, e20210029, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0029>.

DIAS, J. R. et al. Política Nacional de Atenção Básica (2017) e as atribuições dos agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 78, n. 1, e20240230, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0230pt>.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.

ERIKSON, E. H. **Infância e sociedade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1976. (Obra original: *Childhood and Society*, 1950; edição brasileira utilizada para referência).

EVANGELISTA, C. B, *et al.* Atuação de enfermeiros em cuidados paliativos: cuidado espiritual à luz da Teoria do Cuidado Humano. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília,

FARINHA, F. T. *et al.* Coping religioso/espiritual em cuidadores informais de crianças com fissura de lábio e/ou palato disfágico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 75, Supl. 2, e20201300, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1300>.

FOUCAULT, M. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FRANKL, Viktor E. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1984.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

JUNG, C. G. **O homem e seus símbolos**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1969. (Obra original: *Man and His Symbols*, 1964; edição brasileira utilizada para referência).

KOENIG, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. **ISRN Psychiatry**, 2012, 278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>.

KOENIG, H. G. **Espiritualidade no cuidado ao paciente: por que, como, quando e o quê**. São Paulo: Loyola, 2009. (Tradução de *Spirituality in Patient Care: Why, How, When, and What*, 2007).

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer, 1984.

MARQUES, S. M. S.; GOTO, T. A. O manejo de profissionais da saúde com questões espirituais. **Revista NUFEN**, v. 13, n. 1, p. 56-69, 2021.

MASLOW, A. H. **Uma teoria da motivação humana**. 2. ed. São Paulo: Nacional, 1970. (Tradução de A Theory of Human Motivation, 1943).

MORAES, A. A. B. R.; REGO, R. M. L. A fé como suporte emocional: o papel da religiosidade e da espiritualidade em pacientes em Cuidados Paliativos. **Revista de Investigação Biomédica**, São Luís, v. 13, n. 1, p. 46-75, 2021.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2012.

PARGAMENT, KENETH I. **The psychology of religion and coping: theory, research, practice**. New York: Guilford Press, 1997.

PEREIRA, J. (2003). A fé como fenômeno psicológico. São Paulo, SP: **Escrituras**.

PEREIRA, T. T. S. O.; BARROS, M. N. S.; AUGUSTO, M. C. N. A. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**, 2011.

PITON, G. P. P., *et al.* Experiências de enfermeiros no cuidado de pessoas em sofrimento psíquico hospitalizadas por comorbidades clínicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 77, n. 5, e20230136, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0136pt>.

PUBMED. **National Library of Medicine**. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. Acesso em: (21/10/2025)

PUCHALSKI, C. M., VITILLO, R., HULL, S. K., & RELLER, N. (2009). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. **Journal of Palliative Medicine**.

SALETTI, L. C.; BERALDI, M. L.; HORTA, A. L. M. Dinâmica familiar e rede de apoio de cuidadores familiares de pessoas com câncer progressivo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 45, e20240019, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20240019.pt.7>

SANTOS, P. M. *et al.* Suporte religioso e espiritual na concepção de enfermeiros e familiares de pacientes críticos: estudo transversal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, e20200508, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0508>.

SELIGMAN, M. E. P. **Felicidade autêntica: usando a nova psicologia positiva para realizar uma vida com sentido e prazer**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002. (Tradução de Authentic Happiness, 2002).

STOCHERO, H. M. *et al.* Percepções da equipe de enfermagem sobre o cuidado às gestantes em unidade psiquiátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 77, n. 6, e20230186, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0186pt>.

TOMAZ, A. P. K. A. *et al.* O uso da espiritualidade/religiosidade por enfermeiros residentes em oncologia na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 77, n. 2, e20230383, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0383pt>.

VOLCAN, S. M. A. *et al.* Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores. **Revista de Saúde Pública**, 2003.