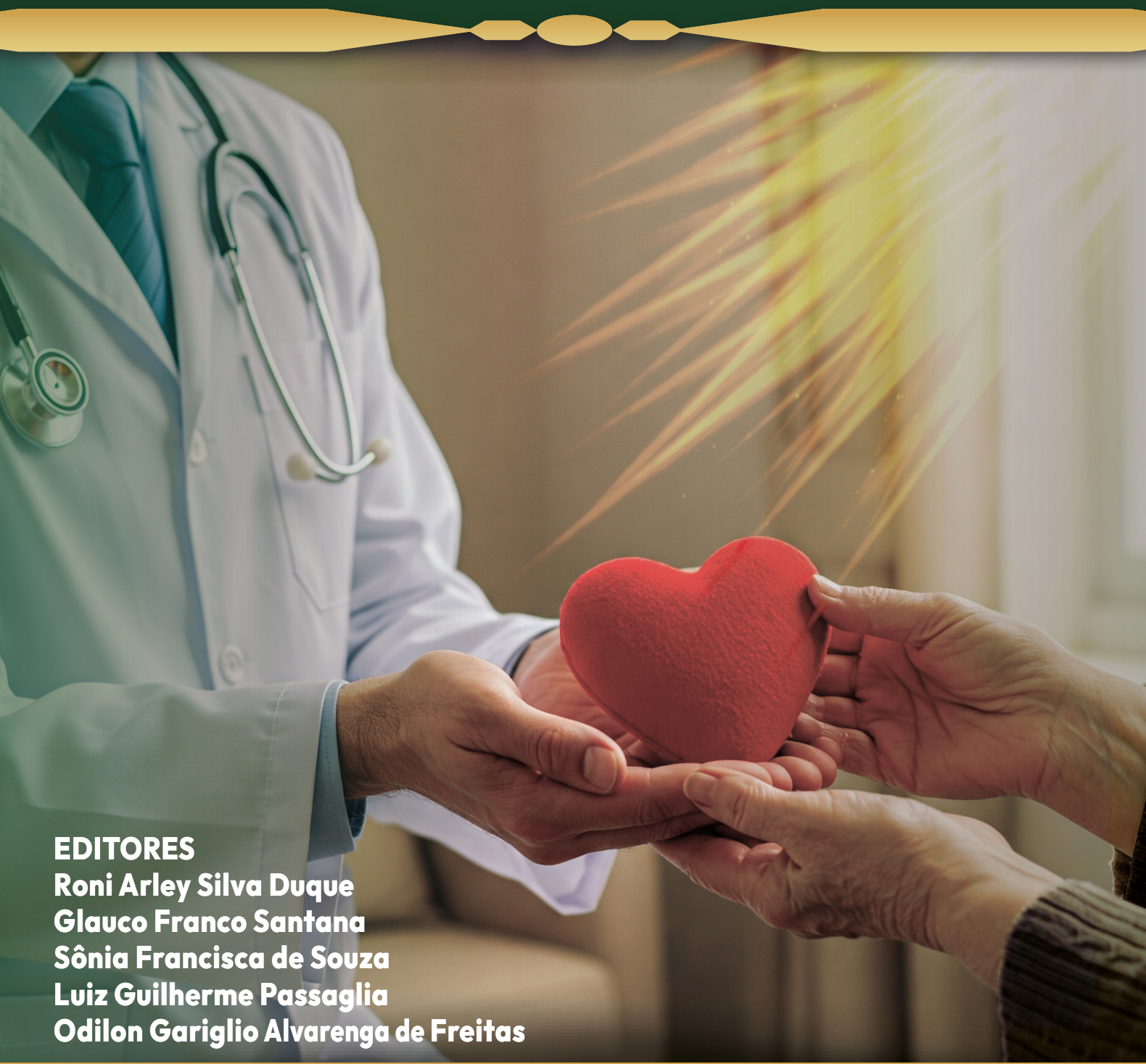


# Princípios da Religiosidade e Espiritualidade na Medicina

## Enfoque na Prática Cardiovascular



### EDITORES

Roni Arley Silva Duque

Glauco Franco Santana

Sônia Francisca de Souza

Luiz Guilherme Passaglia

Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas

**Sociedade Mineira de Cardiologia**

Alguns direitos reservados. Este livro está disponível sob a licença *Creative Commons*: Atribuição-NãoComercial-Compartilhável (CC BY-NC-AS; <https://br.creativecommons.net/licencas/>). Sob os termos desta licença, você pode ler, salvar, adaptar e redistribuir esta obra para fins não comerciais, desde que o conteúdo seja devidamente citado, conforme indicado abaixo. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida para fins comerciais, por qualquer meio, sem a prévia autorização da Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG (SBC/MG), reconhecida no estado de Minas Gerais como Sociedade Mineira de Cardiologia. Em qualquer uso do conteúdo deste livro, não deve haver nenhuma sugestão de que a SBC/MG endossa qualquer organização, produto ou serviço específico. Não é permitido o uso do logotipo da SBC/MG. Quaisquer opiniões, descobertas, conclusões ou recomendações expressas nesta publicação não refletem necessariamente as opiniões de qualquer organização ou entidade que forneceu apoio ao projeto.

Citação deste livro: Duque RAS, Santana GF, Souza SF, Passaglia LG, Freitas OGA, Editores. Princípios da Religiosidade e Espiritualidade na Medicina: Enfoque na Prática Cardiovascular. Belo Horizonte, MG; Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG; 2025. ISBN: 978-65-5278-277-9. DOI: 10.70271/250620.1751.

**Editora:** Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG

**Editores:** Roni Arley Silva Duque  
Glauco Franco Santana  
Sônia Francisca de Souza  
Luiz Guilherme Passaglia  
Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas

**Autores:** Glauco Franco Santana  
José Carlos da Costa Zanon  
José Maria Peixoto  
José Resende de Castro Júnior  
Marconi Gomes da Silva  
Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas  
Roni Arley Silva Duque  
Sônia Francisca de Souza

**Ilustrações:** A2B Comunicação e Editores

**Diagramação:** A2B Comunicação

**Revisão de português:** Idianara Lira Navarro

**Audiobook:** Hud Erik Silva Duque

**Colaboradores:** Mônica Moreira Santiago Freire  
Ezequiel Pereira da Costa

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

S678p Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG.  
Princípios da Religiosidade e Espiritualidade na Medicina [livro eletrônico]: Enfoque na Prática Cardiovascular / Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG; editores Roni Arley Silva Duque... [et al.]. – Belo Horizonte, MG: Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG, 2025.

Formato: PDF  
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  
Modo de acesso: World Wide Web  
Inclui bibliografia  
ISBN 978-65-5278-277-9  
DOI 10.70271/250620.1751

1. Medicina. 2. Religiosidade e espiritualidade. 3. Cardiologia. I. Duque, Roni Arley Silva. II. Santana, Glauco Franco. III. Souza, Sônia Francisca de. IV. Passaglia, Luiz Guilherme. V. Freitas, Odilon Gariglio Alvarenga de. VI. Título.

CDD 215

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422



Sociedade Mineira de  
**Cardiologia**



**Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG**  
Av. João Pinheiro, nº: 129, sala: 406 - Centro  
Belo Horizonte / Minas Gerais / Brasil - CEP: 30130-180  
E-mail: [contato@smc.org.br](mailto:contato@smc.org.br) | [www.smc.org.br](http://www.smc.org.br)

# Capítulo 2.4

## Ética da Abordagem e Investigação Espiritual

Glauco Franco Santana

José Resende de Castro Júnior

Roni Arley Silva Duque

**Audiobook | Streaming**  
O capítulo está disponível  
no formato de áudio.

Clique e Acesse



### 2.4.1. Introdução

A ciência aponta que existe uma relação positiva entre a Religiosidade/Espiritualidade (R/E) do indivíduo e a promoção de sua saúde. No entanto, para que essas informações sejam aplicadas na prática clínica, faz-se necessário conhecer e respeitar os limites éticos em que estamos inseridos.

É fundamental entender os conceitos de ética e ética médica. De forma geral, ética é definida como o conjunto de padrões e valores morais de um indivíduo e/ou grupo social, tratando também da aplicação deles no âmbito das relações humanas. Por outro lado, ética médica refere-se a uma legislação ou estatuto contendo os princípios éticos/morais da profissão médica. No Brasil o Conselho Federal de Medicina (CFM) é a autarquia pública federal, legalmente responsável pelo debate e pela elaboração do Código de Ética Médica (CEM).

O CEM é o documento legal que estabelece de forma positivista os limites, os deveres e os direitos que os médicos precisam observar nas suas relações entre si, com os pacientes, com a indústria e com a sociedade, nas várias esferas do exercício da medicina (atendimento, ensino, pesquisa, gestão).<sup>1</sup>

### 2.4.2. Ética Médica e Religiosidade/Espiritualidade

Os quatro pilares da ética médica/bioética são: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. Assim, ao avaliar a R/E de um paciente, esses pilares devem ser obrigatoriamente observados e respeitados.<sup>2,3</sup>

O preceito de beneficência é entendido como fazer o bem, enquanto a não-maleficência, significa evitar fazer o mal. São normas antigas, que continuam sendo a base para a atuação médica. O princípio hipocrático de ajudar, ou pelo menos não causar mal (*primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare*), continua tão relevante hoje quanto era há 2.500 anos. Durante a anamnese espiritual, o médico deve buscar informações que possam trazer benefícios ao diagnóstico, tratamento a ser instituído e para a relação médico-paciente. Todavia, essa abordagem não pode causar prejuízos, malefícios ou limitações a essa relação e, conseqüentemente, às condutas a serem propostas.<sup>2</sup>

A autonomia refere-se à capacidade e ao direito do indivíduo de se autogovernar. Para uma pessoa realizar escolhas autônomas, é necessário estar apta, consciente e livre

Santana GF – Hospital Nossa Senhora de Fátima (Patos de Minas - MG).

Castro Júnior JR – Universidade Federal de Juiz de Fora e Santa Casa de Juiz de Fora (Juiz de Fora - MG).

Duque RAS – Hospital Universitário Ciências Médicas (Belo Horizonte - MG).

E-mail: contato@smc.org.br

Citar como: Duque RAS, Santana GF, Souza SF, Passaglia LG, Freitas OGA, Editores. Princípios da Religiosidade e Espiritualidade na Medicina: Enfoque na Prática Cardiovascular. Belo Horizonte, MG; Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG; 2025. ISBN: 978-65-5278-277-9. DOI: 10.70271/250620.175108.

para interpretar e agir. A ação autônoma requer conhecimento e informações prévias sobre sua situação e possíveis consequências decorrentes. Compete ao médico informar e esclarecer o paciente sobre a motivação, fundamento, etapas, possíveis benefícios e limitações referentes à investigação de sua R/E. Essa comunicação deve ser clara, respeitosa e numa linguagem adequada à compreensão do paciente.<sup>4</sup>

Após adequadamente informado, o paciente poderá manifestar-se contrário à investigação de sua R/E. O médico deve respeitá-lo, cumprindo não somente o princípio da autonomia, mas também os da beneficência e da não-maleficência. Essa conduta é determinada no Artigo XXI do Capítulo I do CEM: “no processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas”.<sup>1</sup>

Finalmente, o princípio da justiça na prática médica é interpretado como o tratamento justo, equitativo e apropriado dos indivíduos, oferecendo um atendimento integral envolvendo os aspectos biológico, psíquico, social e espiritual. As questões do status social, cultural e econômico do paciente, ou mesmo a origem da fonte pagadora do atendimento, não podem interferir na atuação do médico. O médico deve buscar e lutar para existir um ambiente viável para o atendimento integral. O Artigo XIV do Capítulo I do CEM orienta: “o médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde”.<sup>1</sup>

### 2.4.3. Limites Éticos da Abordagem da Religiosidade e Espiritualidade

Diante do exposto anteriormente, surgem questionamentos pertinentes: Quais são as responsabilidades para os médicos avaliarem o paciente integralmente? E quais são os limites e dilemas?

O debate dessas questões, inclusive na comunidade científica, tem sido amplo e, frequentemente, carente de respostas apropriadas. Questões éticas, por sua construção cultural e social, dificilmente terão respostas perfeitas e definitivas. Assim, é necessário discussões contínuas, aprofundadas e que ouçam diferentes correntes de pensamento na tentativa de solucionar alguns dilemas associados ao tema.<sup>5-7</sup>

Alguns dos principais dilemas sobre os limites éticos na abordagem da R/E serão abordados nos próximos tópicos.

#### 2.4.3.1. Seria uma Infração Ética Não Realizar uma Anamnese Espiritual?

Estudos levantaram que a proporção de pacientes que desejam que seus médicos lidem com a sua R/E é maior que a efetivamente realizada. Existem discussões nas entidades e sociedades de especialidade médicas, bem como entre a população, sobre a necessidade da abordagem da R/E nas consultas e anamneses.

Para fins de reflexão, um estudo em pacientes terminais levantou que 60% dos médicos oncologistas desejavam realizar uma avaliação espiritual desses pacientes, entretanto apenas 41% executaram. Em análise multivariada, foi observado que esses médicos que fizeram a avaliação possuíam maior religiosidade intrínseca e haviam recebido treinamento em cuidados espirituais.<sup>8</sup> Assim, um ponto de questionamento são as outras razões para que 40% dos médicos não tenham desejado fazer a investigação, podendo envolver: falta de conhecimento sobre a importância da R/E no tratamento de pacientes terminais; uma visão simplista do ser humano, focada somente na doença/tratamento e não na integralidade de sua saúde; falta de formação/treinamento médico adequado; situações pessoais (p. ex.: excesso de trabalho; ingerência do tempo) e/ou institucionais (p. ex.: falta de espaço privativo que permita abordar o paciente) que limitaram o profissional a realizar e aplicar todo o seu conhecimento em benefício do paciente.<sup>8,9</sup> Um estudo recente demonstrou que, no Brasil, apenas 35,1% dos médicos entrevistados abordaram sempre ou frequentemente a R/E em sua prática profissional.<sup>10</sup>

Uma forma de estimular e melhorar a prevalência da investigação da R/E na prática médica é fornecer uma adequada informação e formação aos profissionais. A atualização científica constante é uma fagulha que desencadeia a busca pelo conhecimento. Um estudo realizado em 2021, contando com a participação de 150 faculdades de medicina brasileiras (43,9% das faculdades), levantou que somente 65,5% realizavam o ensino de conteúdos de R/E, entretanto, a maioria em momentos fragmentados e em oportunidade única (não constante da grade curricular obrigatória).<sup>11</sup> Esse cenário já está diferente em outros países nos quais ocorreram ofertas mais frequentes: em 90% das escolas dos Estados Unidos da América; em 59% da Grã-Bretanha; em 52% das escolas dos países de língua alemã.<sup>12-14</sup>

É importante ressaltar que as sociedades de especialidades médicas podem e devem contribuir para essa formação e estímulo à abordagem da R/E. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) criou, em 2013, o Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular (GEMCA) que se tornou o Departamento de Espiritualidade e Medicina Cardiovascular (DEMCA) em 2020. O DEMCA estimula os cardiologistas brasileiros a participarem de eventos e debates sobre o tema, quebrando as barreiras de acesso ao conhecimento. A Sociedade Mineira de Cardiologia (SMC) criou, em 2024, o seu Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular (GEMCA-SMC), que vem realizando reuniões e eventos científicos presenciais e virtuais que resultaram no projeto de publicação dessa obra.

O ideal seria a ocorrência de um esforço conjunto e concentrado, envolvendo todas as sociedades de especialidade médica no Brasil, visando o desenvolvimento de diretrizes sobre a R/E, em especial quanto à anamnese espiritual, bem como a divulgação nos seus eventos científicos.

O Artigo II do Capítulo I do CEM define que “o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”.<sup>1</sup> Portanto, cabe ao profissional de saúde buscar capacitação contínua, exercendo suas atividades para o benefício pleno e saúde integral do paciente,

incluindo as questões de R/E.

Diante de tudo o que foi levantado e com a evolução progressiva do conhecimento científico, a falta de realização da anamnese espiritual poderá, no futuro, ser considerada uma infração ética, mas essa questão ainda requer discussão ampla e aprofundada entre médicos, pacientes, entidades e sociedade.

### 2.4.3.2. Como Lidar com o *Coping* Religioso-Espiritual Negativo em Situações Extremas?

O *coping* religioso-espiritual (CRE) é o modo como os indivíduos utilizam sua fé para lidar com situações de estresse. As evidências científicas apontam que crenças e práticas religiosas e/ou espirituais estão associadas com o bem-estar e a saúde do indivíduo. Quando as atitudes de enfrentamento do estresse e da doença levam a resultados satisfatórios, ocorre o *coping* religioso-espiritual positivo (CRE-P).<sup>15</sup>

Por outro lado, o *coping* religioso-espiritual negativo (CRE-N) surge quando algumas atitudes de cunho religioso e/ou espiritual são deletérias para o enfrentamento do estresse e da doença. Nesses casos, alguns conceitos equivocados do paciente dificultam seu processo de cura ou melhora de sua qualidade de vida. Ele pode se manifestar na insatisfação com Deus e com a comunidade religiosa, sentimentos negativos percebidos como castigo de Deus ou ações do diabo. Em outras palavras, pode-se considerar um “efeito colateral” da R/E.<sup>16</sup>

Um exemplo de CRE-N em situação extrema, que permite abordar o dilema levantado, seria o caso de um paciente e/ou família que deposita a esperança na ocorrência de um milagre e cura de uma doença grave terminal, exigindo que o médico adote condutas inadequadas, inclusive de prolongamento da vida. É importante esclarecer que a esperança por um milagre é um constructo psicológico habitualmente positivo, devendo ser utilizado como parte de uma intervenção espiritual e associada ao tratamento convencional preconizado.<sup>17</sup>

Entretanto, o prolongamento da vida de pacientes em fase terminal por meio de tratamentos artificiais e desproporcionais,

mesmo sem perspectiva de melhora, constitui uma infração denominada distanásia. O CEM estabelece que “nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”.<sup>1</sup>

Por outro lado, o médico poderia ser acusado de estar infringindo o princípio ético da autonomia do paciente se negar o prolongamento artificial de sua vida. Um estudo na população brasileira levantou que 33% dos idosos concordam com o uso de medidas obstinadas em doença grave/terminal referindo: desejo de “fazer tudo para manter a vida de qualquer jeito”; “enquanto há vida, há esperança”; “só Deus pode tirar a vida de alguém”; “os aparelhos (recursos tecnológicos) existem para serem usados”.<sup>18</sup>

Pelo descrito até o momento, surge um dilema em que o médico pode aceitar a autonomia do paciente e, assim, promover a distanásia, ou conduzir o caso sob o princípio do CEM, permitindo que a morte aconteça naturalmente, garantindo a dignidade do paciente (ortotanásia).

Não há resposta simples, pois esse dilema surge de conflitos do próprio paciente envolvendo suas convicções religiosas e os contextos cognitivo, psíquico, sociocultural, econômico e experiências prévias.<sup>19</sup> Nesses casos, o profissional é chamado a exercer a arte médica, bem como estabelecer uma relação médico-paciente e/ou médico-familiares mais estreita e sólida. O médico não pode insistir para os pacientes renunciarem a suas crenças ou práticas religiosas. Segundo Pellegrino, “ignorar, anular, repudiar ou ridicularizar os valores do paciente é agredir a própria humanidade do paciente”. Essa situação agrava a já existente desintegração psíquica resultante da doença.<sup>20</sup>

Caso a relação médico-paciente não seja suficiente para atenuar o dilema, é recomendável a constituição de uma equipe multidisciplinar, envolvendo adicionalmente outros profissionais e capelães, estabelecendo diálogo respeitoso, com proximidade, interesse genuíno e compreensão. Se, mesmo assim, os pontos de vista da equipe multidisciplinar e do paciente/familiares não se alinharem, convém convidar para deliberar os líderes religiosos/espirituais da comunidade de fé do paciente e até mesmo a equipe de

ética do hospital. O CEM determina que a autonomia do paciente deve ser respeitada “desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas”. Caso persista a controvérsia ou dilema, é fundamental solicitar parecer junto ao Conselho Regional de Medicina.<sup>1</sup>

Existem muitos outros exemplos de situações complexas, tais como o abandono do tratamento por sentimento de castigo ou mesmo a busca por processos de cura que prejudicam o tratamento cientificamente comprovado. Independentemente da situação, os princípios de beneficência e não-maleficência podem acabar em conflito com o princípio da autonomia. A experiência, bom senso e apoio podem facilitar a condução dessas situações. Hipócrates afirmava que “A vida é breve, a arte é longa, a oportunidade é fugaz, a experiência é traiçoeira e o juízo é difícil. O médico deve estar pronto a não só cumprir seu dever, mas também a assegurar a cooperação do paciente, dos auxiliares e de familiares”.<sup>21</sup>

### 2.4.3.3. Devemos Recomendar Religiosidade e Espiritualidade?

Uma vez que a R/E do paciente está associada a melhor evolução de suas doenças e redução de desfechos (morbimortalidade), tanto em países com maior prevalência de religiosidade quanto naqueles seculares, bem como em diferentes etnias e em variadas doenças (p. ex.: doença renal crônica), existe um debate crescente sobre a sua recomendação.<sup>22-26</sup>

O ponto inicial é definir se a recomendação da R/E é uma atitude ética ou não, e compreender se ela faria parte da prescrição médica.

Conforme o CFM e o Ministério da Saúde do Brasil, a prescrição médica, também conhecida como receita médica, é um ato médico que remete a um documento legal (escrito ou digital) no qual, os profissionais, após consulta registram as orientações e recomendações terapêuticas. Esse documento deve ser claro, detalhado, com todas as orientações necessárias, nome do prescritor, nome, endereço, documento de identificação e idade (para crianças e idosos) do paciente e, no caso de medicações, apresentar princípio farmacêutico, dosagem, posologia e duração do tratamento. Faz-se

necessário ser realizada com transparência, esclarecimentos e disponibilidade do profissional para possíveis reações adversas. Porém, na prática médica, a recomendação de medidas que não envolvem medicamentos é eventualmente realizada apenas por orientação verbal. Alguns exemplos são o da orientação nutricional ou recomendação de realização de atividades físicas que habitualmente o médico, em especial o cardiologista, faz ao paciente. Nesses casos, o indivíduo toma conhecimento da importância desses fatores, sendo estimulado a iniciar uma mudança de hábito.<sup>27,28</sup>

Uma questão ética necessária de total atenção é a possibilidade da ocorrência do proselitismo religioso, situação na qual o médico, de maneira intencional ou não, acaba induzindo o paciente a seguir uma determinada religião em vez de abordar uma intervenção R/E. Este tipo de conduta, não é adequada sendo considerada antiética e anticientífica.

Além do médico informar que existe uma boa relação da R/E e efeito geralmente positivo na saúde, é necessário que ele não negligencie perguntar qual o interesse do paciente, mas também tenha sensibilidade, respeito e a capacidade de determinar o momento de continuar ou não a abordagem da R/E do paciente. É muito tênue o limite entre estimular e induzir (proselitismo), requerendo que os médicos cada vez mais se capacitem adequadamente sobre a R/E e reflitam sobre a ética na atividade médica.<sup>29</sup>

A literatura científica aponta para o benefício da R/E e a sua orientação está de acordo com os princípios da benevolência, bem como descrito no Artigo V do Capítulo I do CEM afirma: “compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente e da sociedade”.<sup>1</sup>

Um questionamento ainda debatido é sobre os possíveis efeitos adversos da própria intervenção e do CRE-N. Efeitos adversos e colaterais, desde que menores e pouco frequentes, não impedem que sejam prescritas terapêuticas efetivas e com benefícios comprovados tais como medicamentosa (p. ex.: anti-hipertensivo) ou intervencionista (p. ex.: cirurgia cardíaca). Assim, o CRE-N não deve servir de justificativa para a não recomendação da R/E.<sup>30</sup>

Diante dessas reflexões, evidências científicas e orientações do CFM, a abordagem adequada da R/E seguida de orientações/recomendações ao paciente podem permitir um tratamento mais efetivo e uma promoção integral da saúde do paciente. Não usar a ciência em benefício do paciente é uma atitude que vai contra os princípios éticos da boa prática médica, devendo ser desestimulada.

#### 2.4.3.4. O Médico Pode Fazer uma Prece/Rezar/Orar com o Paciente, Quando Solicitado?

Eventualmente, o médico é solicitado e/ou convidado a realizar uma oração (prece/reza) com seu paciente. Essa situação gera dúvida da pertinência e possíveis questões éticas envolvidas. A boa relação médico-paciente muitas vezes causa um estado de admiração e confiança tão grande que o paciente se vê encorajado a solicitar essa ação. Um estudo com 476 médicos americanos descobriu que 77% estariam dispostos a orar com seus pacientes se eles pedissem. Entretanto, outros pesquisadores argumentam que, quando os médicos atendem a solicitações de pacientes por cuidados espirituais (p. ex.: orações), esses pedidos, quando possível, devem ser encaminhados a capelães ou outros líderes espirituais.<sup>5,7,31,32</sup>

Tentando esclarecer a questão “O médico que se sinta confortável pode fazer prece/rezar/orar pelo paciente quando solicitado por esse?” o Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais (CRM-MG) emitiu parecer (nº: 38/2025; aprovado em 6 de março de 2025) concluindo que: “cabe a cada profissional, baseado na sua opção religiosa, realizar ou não a prece/reza ou oração junto a seu paciente”. Portanto, não configura infração ética o médico que, a pedido do paciente e sentindo-se confortável, realize uma oração com esse, obviamente com a intenção de trazer conforto espiritual.

#### 2.4.4. Considerações Finais

O ato médico deve ser exercido com ética e sabedoria, pautado no conhecimento científico adquirido através de longos períodos de estudo e da interpretação adequada dos

dados obtidos durante a consulta clínica. Essa prática envolve um olhar complacente, o escutar ativo, o respeito mútuo e o uso de todas essas informações em prol da saúde integral do paciente. Assim, os dilemas e possíveis desafios éticos decorrentes da interação do paciente e médico, especialmente na abordagem da R/E, podem ser evitados e frequentemente sanados.

### 2.4.5. Material Complementar/ Interativo

Este livro possui material interativo adicional (científico, institucional, informativo etc.), que permitirá maior aprofundamento e aprendizado dos assuntos abordados neste capítulo. O conteúdo encontra-se no site institucional da Sociedade Mineira de Cardiologia e da SBC e é acessível pela internet no link e/ou QR code apresentado a seguir:



Clique e Acesse

Eventos sobre R/E: acesse e conheça o calendário de eventos do GEMCA.

### Referências Bibliográficas

**FREE** = Artigo disponível na íntegra, gratuitamente.

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM no 2.217/2018. Aprova o código de ética médica. Diário Oficial da União, Brasília, 1 nov. 2018. Disponível: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf> **FREE**
2. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ* 1994;309:184-184. <https://doi.org/10.1136/bmj.309.6948.184>. **FREE**
3. Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Med Princ Pract* 2021;30:17-28. <https://doi.org/10.1159/000509119>. **FREE**
4. Ugarte ON, Acioly MA. The principle of autonomy in Brazil: one needs to discuss it. *Rev Col Bras Cir* 2014;41:374-7. <https://doi.org/10.1590/0100-69912014005013>. **FREE**
5. Winslow GR, Wehtje-Winslow BJ. Ethical boundaries of spiritual care. *Med J Aust* 2007;186:563-66. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01045.x>.
6. Polzer Casarez RL, Engebretson JC. Ethical issues of incorporating spiritual care into clinical practice. *J Clin Nurs* 2012;21:2099-107. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04168.x>. **FREE**
7. Post SG, Puchalski CM, Larson DB. Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. *Ann Intern Med* 2000;132:578-83. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-132-7-200004040-00010>.
8. Balboni MJ, Sullivan A, Enzinger AC, Epstein-Peterson ZD, Tseng YD, Mitchell C, et al. Nurse and Physician Barriers to Spiritual Care Provision at the End of Life. *J Pain Symptom Manage* 2014;48:400-10. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.09.020>. **FREE**
9. do Nascimento FRV, de Goulart BNG. Health Professionals' Approaches to Spirituality and Religiosity in Brazil: A Study Based on Item Response Theory. *J Relig Health* 2024. <https://doi.org/10.1007/s10943-024-02208-z>.
10. Balboni MJ, Sullivan A, Amobi A, Phelps AC, Gorman DP, Zollfrank A, et al. Why Is Spiritual Care Infrequent at the End of Life? Spiritual Care Perceptions Among Patients, Nurses, and Physicians and the Role of Training. *J Clin Oncol* 2013;31:461-7. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.44.6443>. **FREE**
11. 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* 2023;23:172. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04153-z>. **FREE**
12. Koenig HG, Hooten EG, Lindsay-Calkins E, Meador KG. Spirituality in medical school curricula: findings from a national survey. *Int J Psychiatry Med* 2010;40:391-8. <https://doi.org/10.2190/PM.40.4.c>.
13. Neely D, Minford EJ. Current status of teaching on spirituality in UK medical schools: Current status of teaching on spirituality. *Medical Education* 2008;42:176-82. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02980.x>.
14. Taverna M, Berberat PO, Sattel H, Frick E. A Survey on the Integration of Spiritual Care in Medical Schools from the German-Speaking Faculties. *AMEP* 2019;Volume 10:1009-19. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S224679>. **FREE**
15. Villegas VCA, Rodrigues ALP, Ribeiro ER, Almeida MJ de, Esperandio MRG. Coping espiritual/religioso e fim de vida: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* 2022;17:3011-3011. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3011](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3011). **FREE**
16. Surzykiewicz J, Skalski SB, Niesiobędzka M, Konaszewski K. Exploring the mediating effects of negative and positive religious coping between resilience and mental well-being. *Front Behav Neurosci* 2022;16:954382. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.954382>. **FREE**
17. Leal MM, Nwora EI, de Melo GF, Freitas MH. Praying for a Miracle: Negative or Positive Impacts on Health Care? *Front Psychol* 2022;13:840851. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.840851>. **FREE**
18. Oliveira MZPB, Barbas S. Autonomia do idoso e distanásia. *Rev Bioét* 2013;21:328-37. ISSN: 1983-8034. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/R3tjH6bcBMhQ6TcGzc9tbyb/abstract/?lang=pt> **FREE**
19. Zimmer Z, Rojo F, Ofstedal MB, Chiu C-T, Saito Y, Jagger C. Religiosity and health: A global comparative study. *SSM - Population Health* 2019;7:100322. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2018.11.006>. **FREE**
20. Pellegrino ED. The relationship of autonomy and integrity in medical ethics. *Bull Pan Am Health Organ* 1990;24:361-71. PMID: 2073550.
21. Hélio Angotti Neto. Arte médica: de Hipócrates a Cristo. Brasília, DF: Academia Monergista; 2018. ISBN: 9788569885054.
22. Li S, Stampfer MJ, Williams DR, VanderWeele TJ. Association of Religious Service Attendance With Mortality Among Women. *JAMA Intern Med* 2016;176:777-85. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.1615>. **FREE**
23. Ahrenfeldt LJ, Möller S, Hvidt NC, VanderWeele TJ, Stripp TA. Effect of religious service attendance on mortality and hospitalisations among Danish men and women: longitudinal findings from REGLINK-SHAREDK. *Eur J Epidemiol* 2023;38:281-9. <https://doi.org/10.1007/s10654-023-00964-y>. **FREE**

## Referências Bibliográficas (Continuação)

**FREE** = Artigo disponível na íntegra, gratuitamente.

24. Lindström M, Pirouzifard M. Religious service attendance and mortality: A population-based prospective cohort study in southern Sweden. *SSM Popul Health* 2023;23:101492. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101492>.
25. Bruce MA, Beech BM, Kermah D, Bailey S, Phillips N, Jones HP, et al. Religious service attendance and mortality among older Black men. *PLOS ONE* 2022;17:e0273806. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273806>. **FREE**
26. Bruce MA, Thorpe RJ, Kermah D, Shen J, Nicholas SB, Beech BM, et al. Religious Service Attendance and Mortality among Adults in the United States with Chronic Kidney Disease. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021;18:13179. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413179>. **FREE**
27. Eurípedes Sebastião Mendonça de Souza CMDM. Manual de orientações básicas para prescrição médica. 2a edição, revista e ampliada. Brasília, DF: Paulo Henrique de Souza; 2012. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/cartilhaprescimed2012.pdf> **FREE**
28. Maria Inez Pordeus Gadelha. Nota Informativa sobre Prescrição Médica 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/estudos-e-notas-informativas/2014/nota-informativa-sobre-prescri-o-m-dica.pdf> **FREE**
29. Almeida OZMD, Ferreira DC. espiritualidade na prática da Medicina de Família e Comunidade: uma revisão integrativa. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2023;18:3296. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3296](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3296). **FREE**
30. Sloan RP, Bagiella E, VandeCreek L, Hover M, Casalone C, Hirsch TJ, et al. Should Physicians Prescribe Religious Activities? *N Engl J Med* 2000;342:1913–6. <https://doi.org/10.1056/NEJM200006223422513>.
31. French C, Narayanasamy A. To pray or not to pray: a question of ethics. *Br J Nurs* 2011;20:1198–204. <https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.18.1198>.
32. Monroe MH, Bynum D, Susi B, Phifer N, Schultz L, Franco M, et al. Primary Care Physician Preferences Regarding Spiritual Behavior in Medical Practice. *Arch Intern Med* 2003;163:2751. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.22.2751>.