

ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL/RELIGIOSA A PACIENTES HOSPITALIZADOS: REVISÃO NARRATIVA

Vinícius Nunes dos Santos¹ & Jonas Byk¹

Núcleo de Estudos Comportamentais e Acupuntura, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus, Amazonas, Brasil, vinicius_nunesdossantos@hotmail.com, jonas.byk@hotmail.com

RESUMO: Numa proposta de atenção integral à saúde do paciente, empreendeu-se uma revisão narrativa que buscou compreender se os pacientes hospitalizados que recebem assistência espiritual/religiosa apresentam melhores resultados em saúde. Como objetivo geral deste artigo, pretendeu-se ressaltar a importância da dimensão espiritual/religiosa na vida de pacientes hospitalizados. Realizou-se uma busca por literatura em três grandes bases de dados eletrônicas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e o Portal de Periódicos da CAPES. O número de material encontrado, após a busca inicial nas três bases de dados, foi igual a 292 artigos (Portal de Periódicos da CAPES = 238 artigos; BVS = 44 artigos; PubMed = 10 artigos). Selecionaram-se 10 artigos que atenderam aos critérios de inclusão. Participaram desta revisão 4.121 pacientes, aproximadamente, de ambos os sexos e com diversos diagnósticos (em situação de internação). Os trabalhos selecionados demonstraram que o indivíduo em situação de hospitalização, muitas vezes, encontra-se sem saber como agir diante de tal contexto e tende a fortalecer-se através da busca pelo sagrado, pelo divino, daquilo que pode dar novo sentido para a sua vida e para a sua morte, que se percebe mais próxima que antes. Dessa forma, o hospital aparece como um ambiente onde as incertezas humanas surgem, sejam de ordem física, psicossocial e/ou espiritual, sendo necessário um cuidado que atenda a todas essas dimensões da subjetividade humana.

Palavras-chave: espiritualidade, religiosidade, assistência religiosa, hospitalização, qualidade de vida

SPIRITUAL/RELIGIOUS ASSISTANCE FOR HOSPITALIZED PATIENTS: A NARRATIVE REVIEW

ABSTRACT: In a proposal of integral attention to the health of the patient, a narrative review was undertaken that sought to understand if hospitalized patients who receive spiritual/religious assistance present better health outcomes. As a general objective of this article, it was intended to emphasize the importance of the spiritual/religious dimension in the life of hospitalized patients. A literature search was carried out in three large electronic databases: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed and Portal de

¹ Rua Afonso Pena, nº 1.053, Centro, Manaus/AM, Brasil. CEP: 69020-160. Telefones: +55 92 3308-7662 / +55 92 99218-1630. email: vinicius_nunesdossantos@hotmail.com

Periódicos da CAPES. The number of material found, after the initial search in the three databases, was equal to 292 articles (Portal de Periódicos da CAPES = 238 articles, BVS = 44 articles, PubMed = 10 articles). We selected 10 articles that met the inclusion criteria for participation. A total of 4,121 patients participated in this review, approximately of both sexes and with several diagnoses (hospitalized). The selected works showed that the hospitalized individual often finds himself unsure how to act in such a context and tends to be strengthened through the search for the sacred, for the divine, of what can give new meaning to his life and for his death, which is perceived closer than before. In this way, the hospital appears as an environment where human uncertainties arise, whether of a physical, psychosocial and / or spiritual nature, and a care is required that meets all these dimensions of human subjectivity.

Keywords: spirituality, religiousness, pastoral care, hospitalization, quality of life

Recebido em 06 de Agosto de 2018/ Aceite em 02 de Junho de 2019

A interligação entre a espiritualidade/religiosidade e a saúde tem origem desde os primórdios da história, nos quais os poderes da “cura” estavam sob os cuidados daqueles que lidavam com o espírito (sacerdotes, xamãs etc.), a quem era reconhecido saber para cuidar dos males do corpo (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). A atribuição de causalidade da doença, bem como a sua cura, esteve muitas vezes atribuída a fatores religiosos, pensamento que permanece presente nos dias atuais, em alguns contextos socioculturais; o desconhecimento sobre os “males” que acometiam a humanidade levou à divinização do desconhecido. Pinto e Pais-Ribeiro (2007) ressaltaram que a espiritualidade se constrói nos contextos socioculturais e históricos, estruturando e atribuindo significado a valores, comportamentos, experiências humanas, e, por vezes, materializa-se na prática de um credo religioso específico.

Espiritualidade é um estado mental universalmente acessível e positivo, vivenciado pela maioria das pessoas, referindo-se à busca pessoal de compreensão relacionada a questões existenciais maiores (como o fim e o sentido da vida) e suas relações com o sagrado (aquilo que é separado do comum e merecedor de veneração) e/ou transcendente (Koenig, King, & Carson, 2001; Snyder & Lopez, 2009). Por outro lado, a religião é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos orientados para auxiliar o acesso ao sagrado ou transcendente (Deus, Ser superior, força maior, verdade suprema/realidade), sendo a religiosidade direcionada ao quanto a pessoa acredita, segue e pratica uma determinada religião (Dalgarrondo, 2008; Koenig et al., 2001).

Um recente mapeamento da literatura científica sobre “espiritualidade, religião e saúde” demonstrou um aumento crescente da publicação de artigos sobre a temática na última década, com predomínio no campo da saúde mental nas áreas da psiquiatria, saúde pública e enfermagem (Damiano, Costa, Viana, Moreira-Almeida, Lucchetti, & Lucchetti, 2016). Monteiro e Rocha Junior (2017) pontuaram que descartar a dimensão espiritual na questão da saúde fragmenta o humano. Historicamente, o cartesianismo de Descartes substituiu o interesse sobre a alma pelo dualismo mente e corpo. Contudo, a proposta holística compreende o homem em sua integralidade, distanciando-se assim do reducionismo teórico-prático.

Dessa forma, numa proposta de atenção integral à saúde do paciente, buscou-se compreender se os pacientes hospitalizados que recebem assistência espiritual/religiosa apresentam melhores resultados em saúde. Como objetivo geral deste artigo, pretendeu-se ressaltar a importância da dimensão espiritual/religiosa na vida de pacientes hospitalizados. Especificamente: (a) verificar a eficácia da espiritualidade/religiosidade em pacientes hospitalizados e a possível melhora em seu

ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL/RELIGIOSA: REVISÃO

quadro clínico; (b) ratificar a importância do trabalho de capelães, ou outros provedores de cuidado espiritual, no ambiente hospitalar; (c) identificar o aconselhamento espiritual/religioso como um fator promotor de qualidade de vida; (d) evidenciar que os pacientes hospitalizados também podem ter problemas para lidar com sua espiritualidade/religiosidade.

MÉTODO

A busca por literatura foi realizada em três grandes bases de dados eletrônicas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e o Portal de Periódicos da CAPES, num intervalo de tempo de 5 anos (2013 a 2018), usando-se as palavras-chave: “Assistência religiosa” (*Pastoral Care; Cuidado Pastoral*) e “Hospitalização” (*Hospitalization; Hospitalización*), combinadas entre si com o operador booleano “AND”. Os descritores em língua estrangeira foram utilizados a partir da pesquisa nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings (MeSH)*.

Os artigos foram selecionados através dos seguintes critérios de inclusão: (1) população: pacientes hospitalizados (qualquer faixa-etária); (2) intervenção: assistência espiritual/religiosa; (3) comparação: pacientes que não receberam assistência espiritual/religiosa; (4) desfecho: melhora no prognóstico; resignificação da dor; conforto; (5) tipos de estudo: estudos experimentais e/ou estudos descritivos. Pesquisaram-se artigos em inglês, português e espanhol, durante o mês de maio de 2018. Após a leitura dos títulos e resumos, excluíram-se artigos que não se relacionavam, diretamente, ao tema proposto, artigos repetidos e os artigos escritos em outros idiomas (alemão e francês, por exemplo). Os artigos em língua espanhola não fizeram parte da amostra, por não atenderem aos critérios de inclusão.

Uma planilha foi construída para a avaliação após a leitura integral dos textos selecionados. Dados como: título do artigo, nome dos autores, nome do periódico, base de dados de onde se extraiu o artigo, área de concentração da publicação, ano da publicação, idioma do texto, país onde ocorreu o estudo, objetivos, tipo de estudo, local da pesquisa, número de participantes da pesquisa, faixa-etária, diagnóstico, tipo de religiosidades, tempo de internação, desfecho (conclusão) e o parecer do avaliador. Os artigos receberam códigos de acordo com a sua ordem de leitura.

RESULTADOS

O número de material encontrado, após a busca inicial nas três bases de dados, foi igual a 292 artigos (Portal de Periódicos da CAPES = 238 artigos¹; BVS = 44 artigos²; PubMed = 10 artigos). Depois de todo o processo, exemplificado na figura 1, selecionaram-se 10 artigos que atenderam aos critérios de inclusão para participação nesta revisão, compreendendo uma perda de 96,6% dos dados.

¹ Artigos oriundos dos periódicos revisados por pares, utilizando-se descritores nas línguas inglesa e portuguesa.

² Mesmo utilizando-se descritores em inglês, a base de dados retornou artigos em inglês e português. Quando descritores em português foram utilizados, houve alteração no número de artigos reportados, porém esses artigos não atenderam aos critérios de inclusão.

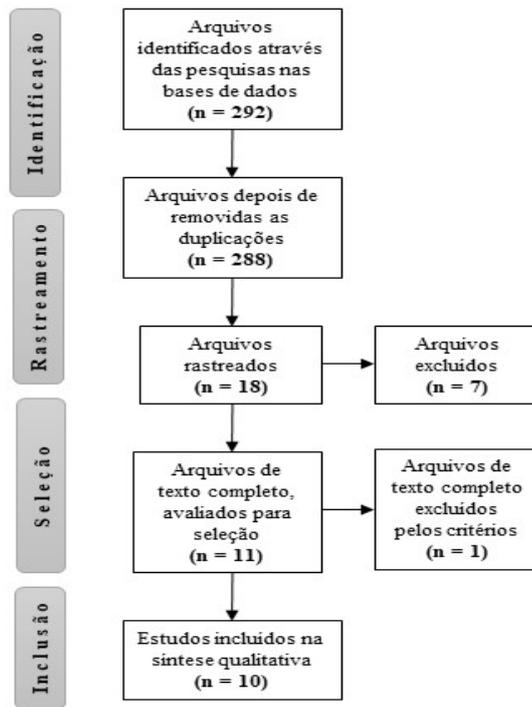


Figura 1.
Fluxograma da coleta de dados

Após a análise do material coletado, notou-se que, em relação ao idioma dessas publicações, apenas um artigo estava escrito em português e os outros nove, em inglês. Os estudos foram realizados em alguns países e localidades, tendo em destaque os Estados Unidos, com 60% da produção da amostra, seguido do Brasil ($n = 20\%$) (ver figura 2), e publicados em periódicos de diferentes áreas de concentração, como: capelania ($n = 3$), enfermagem ($n = 2$) e segmentos da medicina (cirurgia plástica [$n = 2$]; cuidados primários [$n = 1$]; ortopedia [$n = 1$]; psiquiatria [$n = 1$]). Todos esses artigos tinham como plano de fundo ora a qualidade de vida do paciente, ora o enfoque nos cuidados paliativos. Com relação ao ano de publicação dos artigos (no período de 2013 a 2018), notou-se maior produção no ano de 2014, como mostra a figura 3 (até a data limite para a coleta de dados, nenhum artigo de 2018 havia sido localizado nas três bases de dados).

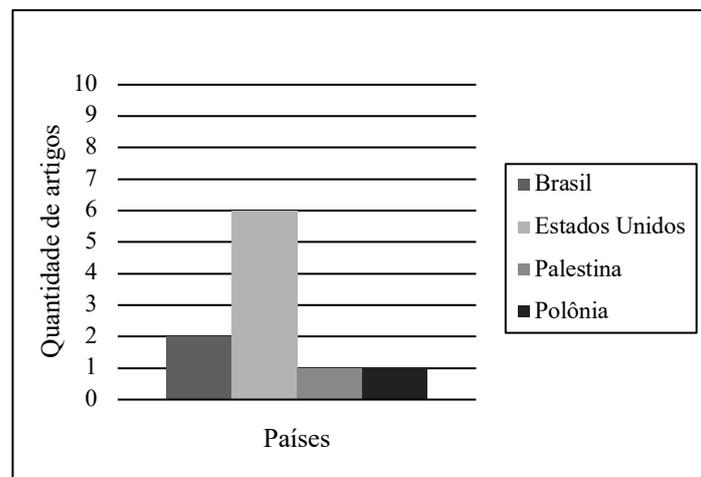


Figura 2.
Gráfico da distribuição de artigos por país

ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL/RELIGIOSA: REVISÃO

Os estudos selecionados variaram entre o tipo observacional: transversal ($n = 2$), coorte (prospectiva [$n = 3$]; longitudinal [$n = 1$]), descritivo retrospectivo ($n = 2$), multicêntrico ($n = 1$) e do tipo exploratório com abordagem qualitativa ($n = 1$), nos quais participaram 4.121 pacientes, aproximadamente, de ambos os sexos e com diversos diagnósticos (em situação de internação). Vale ressaltar a grande variedade de religiosidades presentes nesses estudos e, também, o seu caráter de pesquisa multiétnico, como apresentado no quadro 1.

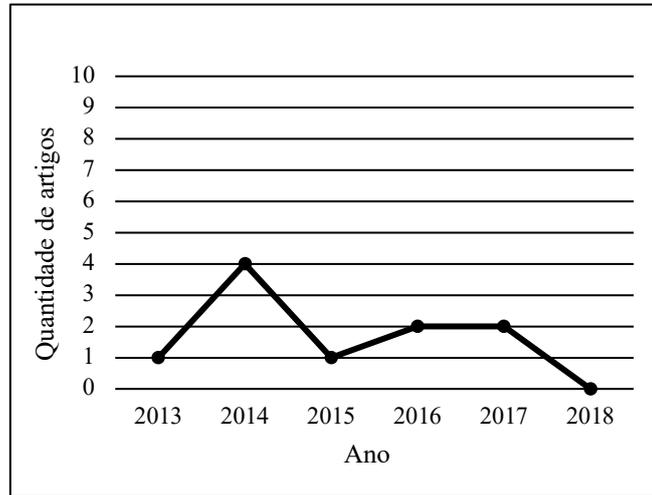


Figura 3.

Gráfico da produção de artigos por ano

Quadro 1.

Principais dados característicos da amostra

Autores / Ano	País	N	Faixa-etária	Religiosidade	Diagnóstico
Freire, Vasconcelos, Silva, e Oliveira (2017)	Brasil	25 pacientes (14 homens e 11 mulheres)	24 a 88 anos (<i>M</i> = 59 anos)	Católicos (76%); Evangélicos (20%); Sem afiliação religiosa (4%).	Câncer
Garimella, Koenig, Larson, e Hultman (2017)	Estados Unidos	101 pacientes	<i>M</i> = 46.7 anos (<i>DP</i> = 17.8 anos)	Não mencionadas (enfoque nas necessidades espirituais)	Vários graus de queimadura
Berning et al. (2016)	Estados Unidos	50 pacientes (28 homens e 22 mulheres)	<i>M</i> = 59 anos (<i>DP</i> = 16 anos)	Católicos (56%); Judeus (10%); Cristão sem denominação (6%); Batistas (2%); Presbiterianos (2%); Pentecostais (2%); Budistas (2%); Hindus (2%); Islâmicos (2%); Agnósticos (2%); Sem afiliação religiosa ou espiritual (2%).	Pacientes com vários diagnósticos, mas todos internados em UTI* e com ventilação pulmonar mecânica.
Anefalos et al. (2016)	Brasil	2.191 pacientes (1.199 mulheres e 992 homens)	Pacientes de quaisquer idades	Católicos (37,93%); Evangélicos (8,74%); Espíritas (4,46%); Outras religiões (1,91%); Não responderam (46,96%). [Não foram coletados dados sobre as religiosidades dos pacientes em UTI's].	Não mencionado
Stecz e Kocur (2015)	Polônia	61 pacientes (34 mulheres e 27 homens)	<i>M</i> = 70.9 anos (<i>DP</i> = 6.5 anos)	A afiliação religiosa foi desconsiderada pelos pesquisadores, tendo em vista a proporção de Católicos Romanos na população polonesa idosa. Contudo, nota-se que alguns participantes da pesquisa eram ateus.	Osteoartrite
Piderman, Sontag, Hsu, e Lapid (2014)	Estados Unidos	45 pacientes (30 mulheres e 15 homens)	Maiores de 65 anos	Protestantes ou católicos (89%)	Depressão
Hultman et al. (2014)	Estados Unidos	314 pacientes	<i>M</i> = 31.9 anos	Protestantes (74,5%); Católicos (4,3%), Cristãos sem denominação religiosa (2,7%); Judeus (2,7%), Muçulmanos (0,5%). [Percentuais referentes ao registro de apenas 184 pacientes].	Queimadura
Abu-El-Noor e Abu-El-Noor (2014)	Palestina (Faixa de Gaza)	275 pacientes (152 homens e 123 mulheres)	24 a 100 anos (<i>M</i> = 59.65 anos; <i>DP</i> = 12.8 anos)	Todos os participantes eram muçulmanos	Doenças cardíacas
Tadwalkar et al. (2014)	Estados Unidos	23 pacientes (11 homens e 12 mulheres)	<i>M</i> = 57 anos (<i>DP</i> = 11 anos)	14 (67%) pacientes pertenciam a grupos religiosos, mas 9 (43%) deles não pertenciam a grupos religiosos. Contudo, não foram relatadas suas afiliações religiosas.	Insuficiência cardíaca congestiva
Ellis, Thomlinson, Gemmill, e Harris (2013)	Estados Unidos	326 pacientes (54% mulheres)	<i>M</i> = 62.4 anos (<i>DP</i> = 18.2 anos)	Protestantes (71%); Católicos (18%); Não especificados (8%); Ateístas, Testemunhas de Jeová, Budistas, Agnósticos e Muçulmanos (menos de 1%).	Hipertensão (35%); artrite (35%); dor crônica nas costas (27%); doença cardíaca (25%); depressão (24%); diabetes (23%); doença renal (8%); AVE** (8%); doença hepática (7%); HIV/AIDS (2%).

Legenda: *UTI – Unidade de Tratamento Intensivo; **AVE – Acidente Vascular Encefálico

DISCUSSÃO

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos ressalta que “a identidade de uma pessoa tem dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais” (UNESCO, 2006:5). Hoss (2013) acrescentou que toda pessoa que busca atendimento em saúde o faz com a intenção de procurar tratamento para o corpo. Entretanto, como o ser humano é indivisível em si mesmo, o profissional da saúde acolhe e trata a pessoa em suas diversas dimensões da vida, reconhecendo, para além da avaliação clínica, a condição psíquica, social e espiritual do paciente.

Stroppa e Moreira-Almeida (2008) ratificaram a importância de os profissionais da saúde investigarem a influência da religiosidade e da espiritualidade na vida de seus pacientes, para saberem lidar, adequadamente, com tais sentimentos e comportamentos oriundos da espiritualidade ou da religiosidade. Reconhecer a dimensão espiritual/religiosa do paciente é importante, principalmente, em situações de hospitalização, onde é comum o paciente sofrer um amplo processo de despersonalização, passando a ser um número de leito, ou então alguém portador de determinada doença. Dessa forma, a hospitalização passa a ser contexto de muitas situações consideradas invasivas e abusivas, na medida em que não se respeitam os limites e imposições dessa pessoa hospitalizada (Angerami-Camon, 2016).

Contrariando-se a noção de despersonalização do paciente, vários estudos têm sido conduzidos para salientar a importância em se considerar as necessidades espirituais/religiosas do paciente em situação de hospitalização. O trabalho de Garimella, Koenig, Larson, e Hultman (2017), junto a pacientes queimados, demonstrou que, quando as necessidades psicossociais e espirituais dos pacientes são encontradas, estes se tornam mais propensos a retornarem ao seu trabalho rapidamente e apresentarem maior longevidade. Além disso, tais pacientes estavam mais propensos a serem saudáveis psicologicamente e fisicamente, com redução de seus riscos em muitas condições de saúde, como diabetes e doenças cardiovasculares, resultando em baixos custos com os cuidados em saúde.

Nesse mesmo sentido, pacientes oncológicos evidenciaram que a religiosidade/espiritualidade é uma estratégia muito importante no enfrentamento do câncer, pois a fé proporciona uma maneira de pensar construtiva (Freire, Vasconcelos, Silva, & Oliveira, 2017). Os cuidados espirituais também foram importantes para os pacientes internados em UTI e fazendo uso de ventilação mecânica (Berning, et al., 2016), através dos quais os pacientes relataram redução imediata da ansiedade, depois que receberam esse cuidado pela primeira vez. Posteriormente, os pacientes que sobreviveram aos cuidados intensivos também relataram uma redução do estresse.

A pesquisa de Berning et al. (2016) evidenciou a importância da figura de um profissional especializado nos cuidados espirituais atuando na UTI. Em entrevistas posteriores, os sobreviventes disseram que o reconhecimento de suas emoções com um capelão foi crucial para ajudá-los no enfrentamento de suas graves doenças crônicas. A abordagem do capelão escolhido pelo paciente, se ou não religiosa, focou-se no conforto ao paciente e no fornecimento de seu bem-estar no contexto de sua dor espiritual e de sua doença crônica, conjuntamente. Similarmente, em uma pesquisa com idosos com depressão, os prestadores de cuidados espirituais estiveram entre as pessoas mais indicadas pelos pacientes para lidar com suas experiências de dor, fadiga, inutilidade, desesperança, perda de prazer em fazer as atividades diárias, e/ou culpa ou preocupação excessiva, que são sintomas da depressão (Piderman, Sontag, Hsu, & Lapid, 2014).

Considerar as crenças espirituais/religiosas de pacientes hospitalizados tem sido um importante passo para o fornecimento de um serviço integral de saúde. É possível perceber que, por exemplo, a religião foi uma ferramenta importante para ajudar pacientes poloneses idosos a enfrentarem uma cirurgia de osteoartrite do quadril (Stecz, & Kocur, 2014). Concomitante a este estudo, a pesquisa

de Abu-El-Noor e Abu-El-Noor (2014) com pacientes cardíacos, habitantes da Faixa de Gaza, indicou o quanto a religião estava atrelada ao bem-estar espiritual desses pacientes, tendo estes considerado a avaliação das necessidades espirituais e o fornecimento apropriado dos cuidados espirituais como “importante”, dando ênfase especial às necessidades relatadas como religiosas. Vale ressaltar, também, que a inclusão do aconselhamento espiritual como componente do algoritmo de tratamento pode trazer benefícios em relação à qualidade de vida do paciente (Tadwalkar et al., 2014).

Nem sempre as pesquisas sobre a assistência espiritual/religiosa aos pacientes hospitalizados conseguem ser conclusivas. Contudo, mesmo se as intervenções espirituais (visitas regulares, oração e/ou leituras espirituais) não fizerem nada para aliviar os sintomas dos pacientes, ao menos deve-se resguardar a importância da defesa dos direitos daqueles que fornecem os cuidados espirituais em relação à avaliação médica e psiquiátrica dos internados (Piderman, Sontag, Hsu, & Lapid, 2014). Mesmo nesses casos, recomenda-se o apoio e promoção da assistência espiritual/religiosa como um recurso vital para toda a equipe envolvida nos cuidados aos pacientes, sendo esta uma ferramenta muito utilizada nas situações de internação (Hultman et al., 2014).

Outro impasse que a assistência espiritual/religiosa pode enfrentar é quando alguns pacientes rejeitam esse serviço, devido a diferenças em seu credo religioso e aquele oferecido pelo serviço de capelania. Um grupo de Capelania Espírita hospitalar sentiu uma leve rejeição das visitas por parte dos pacientes evangélicos, apesar de esse comportamento não ter sido estatisticamente significativo (Anefalos et al., 2016). Apesar disso, o trabalho com Capelania Espírita excedeu as expectativas, desmistificando os preconceitos religiosos e se tornando um trabalho pioneiro para a busca da saúde integral dos pacientes, envolvendo não apenas a saúde do corpo físico, mas também da alma doente.

Embora a maioria das pesquisas enfoquem nos benefícios da espiritualidade/religiosidade para o bem-estar espiritual dos pacientes, Ellis, Thomlinson, Gemmill, e Harris (2013) relataram que muitos pacientes em situação de internação têm problemas espirituais/religiosos e utilizam recursos internos e externos para lidar com essas questões. Dalgarrondo (2008) orientou que, em alguns contextos e para alguns grupos, a religião, por exemplo, exerceria uma ação negativa sobre a saúde física e mental e sobre o bem-estar subjetivo, com frequência fazendo emergir sentimentos de culpa, vergonha e medo nas pessoas. Isso poderia incrementar o isolamento social, o rebaixamento da autoestima e a piora da saúde física e mental.

Como se pôde perceber, a dimensão espiritual é universalmente acessível por todos os seres humanos e, em muitos casos, essa espiritualidade se manifesta através da prática de uma crença religiosa específica. Quando o indivíduo adocece, sua subjetividade encontra-se fragilizada e sua visão de mundo acaba por se fragmentar. Em seu débil estado de saúde, o indivíduo começa a buscar forças no transcendente para auxiliá-lo na ressignificação de sua dor, podendo encontrar um apoio positivo ou negativo, dependendo de sua concepção pessoal.

Os trabalhos selecionados demonstraram que o indivíduo em situação de hospitalização, muitas vezes, encontra-se sem saber como agir diante de tal contexto e tende a fortalecer-se através da busca pelo sagrado, pelo divino, daquilo que pode dar novo sentido para a sua vida e para a sua morte, que se percebe mais próxima que antes. Dessa forma, o hospital aparece como um ambiente onde as incertezas humanas surgem, sejam de ordem física, psicossocial e/ou espiritual, sendo necessário um cuidado que atenda a todas essas dimensões da subjetividade humana.

Com base nisso, o oferecimento de assistência espiritual/religiosa ao paciente hospitalizado torna-se uma ferramenta importante, atrelada aos outros serviços de saúde. Mesmo quando não é possível averiguar o efeito de tal assistência nos resultados em saúde, resguarda-se o bem-estar físico e espiritual do paciente, conduzindo a comportamentos que levem à diminuição de sua dor

ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL/RELIGIOSA: REVISÃO

espiritual e ao seu conforto, o que se resume a uma melhor qualidade de vida durante a sua hospitalização.

Por fim, ressalta-se que ocorreram algumas limitações na elaboração deste trabalho, como a pouca quantidade de base de dados utilizada e a falta de estudos que retratassem o contexto da assistência espiritual/religiosa nos países de língua espanhola (América Latina, Caribe, Espanha etc.) e uma maior representação de países de cultura oriental, o que poderia ser solucionado através da maior variedade de idiomas empregados nos termos da busca inicial.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

- Abu-El-Noor, M. K., & Abu-El-Noor, N. I. (2014). Importance of spiritual care for cardiac patients admitted to coronary care units in the Gaza Strip: patients' perception. *Journal of Holistic Nursing*, 32(3), 104-115. doi: 10.1177/0898010113503905
- Anefalos, A., Silva, W. A. B., Pinto, R. M., Ferrari, R. D., Boni, A. F. Santos, H. G., & Duarte, C. B. (2016). Experience of the spiritist hospital chaplaincy service: a retrospective study. *Journal of Religion & Health*, 55, 909-917. doi: 10.1007/s10943-015-0106-6
- Angerami-Camon, V. A. (2016). O Psicólogo no Hospital. In Angerami-Camon, V. A. (Ed.), Trucharte, F. A. R., Knijnik, R. B., & Sebastiani, R. W. *Psicologia Hospitalar: teoria e prática* (pp. 1-14). São Paulo: Cengage Learning.
- Berning, J. N., Poor, A. D., Buckley, S. M., Patel, K. R., Lederer, D. J., Goldstein, N. E., ..., Baldwin, M. R. (2016). A novel Picture guide to improve spiritual care and reduce anxiety in mechanically ventilated adults in the intensive care unit. *Annals of the American Thoracic Society*, 13(8), 1333-1342. doi: 10.1513/AnnalsATS.201512-831OC
- Dalgalarondo, P. (2008). *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artmed.
- Damiano, R. F., Costa, L. A., Viana, M. T. S. A., Moreira-Almeida, A., Lucchetti, A. L. G., & Lucchetti, G. (2016). Brazilian scientific articles on "Spirituality, Religion and Health". *Archives of Clinical Psychiatry*, 43(1), 11-16. doi: 10.1590/0101-60830000000073
- Ellis, M. R., Thomlinson, P., Gemmill, C., & Harris, W. (2013). The spiritual needs and resources of hospitalized primary care patients. *Journal of Religion & Health*, 52, 306-318. doi: 10.1007/s10943-012-9575-z
- Freire, M. E. M., Vasconcelos, M. F., Silva, T. N., & Oliveira, K. L. (2017). Assistência espiritual e religiosa a pacientes com câncer no contexto hospitalar. *Fundamental Care Online*, 9(2), 356-362. doi: 10.9789/2175-5361.2017.v9i2.356-362
- Garimella, R., Koenig, H. G., Larson, D. L., & Hultman, C. S. (2017). Of these, faith, hope, and love: assessing and providing for the psychosocial and spiritual needs of burn patients. *Clinics in Plastic Surgery*, 44, 893-902. doi: 10.1016/j.cps.2017.05.021
- Hoss, G. M. (2013). A contribuição de Fritz Jahr em vista de relações de respeito no contexto da diversidade religiosa. *Bioethikos*, 7(1), 36-43.

- Hultman, C. S., Saou, M. A., Roach, S. T., Hultman, S. C., Cairns, B. A., Massey, S., & Koenig, H. G. (2014). To heal and restore broken bodies: a retrospective, descriptive study of the role and impact of pastoral care in the treatment of patients with burn injury. *Annals of Plastic Surgery*, 72(3), 289-294. doi: 10.1097/SAP.0000000000000087
- Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2001). *Handbook of Religion and Health: a century of research reviewed*. New York: Oxford University Press.
- Monteiro, L. V. B., & Rocha Junior, J. R. (2017). A dimensão espiritual na compreensão do processo saúde-doença em psicologia da saúde. *Ciências Biológicas e de Saúde UNIT*, 4(2), 15-30.
- Piderman, K. M., Sontag, L. F., Hsu, J., & Lapid, M. I. (2014). Relationship between medical burden, depression, and quality of life in psychogeriatric inpatients: implications for providers of pastoral care. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 68(2), 1-6.
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Construção de uma escala de avaliação de espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*, 21(2), 47-53.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2009). *Psicologia Positiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Stecz, P., & Kocur, J. (2015). Religiosity, religious coping with illness, and psychological function among polish elderly patients with osteoarthritis undergoing arthroplasty. *Journal of Religion & Health*, 54, 554-570. doi: 10.1007/s10943-014-9842-2
- Stroppa, A., & Moreira-Almeida, A. (2008). Religiosidade e saúde. In Salgado, M. I., & Freire, G. (Eds.). *Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina* (pp. 427-443). Belo Horizonte: Inede.
- Tadwalkar, R., Udeoji, D. U., Weiner, R. J., Avestruz, F. L., LaChance, D., Phan, A., ..., Schwarz, E. R. (2014). The beneficial role of spiritual counseling in heart failure patients. *Journal of Religion & Health*, 53, 1575-1585. doi: 10.1007/s10943-014-9853-z
- UNESCO. (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. UNESCO: Portugal.