



Espiritualidade e saúde: influência teológica na assistência à individualidade

Spirituality and health: theological influence on assistance to individuality

Espiritualidad y salud: influencia teológica en la asistencia a la individualidad

Aline Voltarelli^{1*}
Daniela de Stefani Marquez²
João Márcio Andreu³

Wagner Rafael da Silva⁴
Rosangela Sakman⁵
Aline de Freitas Miranda Lima⁶
Marcio Pedroso Motta⁵

Taís Barbosa Barreto de Oliveira⁷
Camilla Estevão de França⁸
Genilson Geraldo dos Santos⁹

¹Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Buenos Aires, Argentina.

²Universidade de Rio Verde. Goiás, Brasil.

³Núcleo de Especializações Ana Carolina Puga. São Paulo, Brasil.

⁴Universidade Brasil. São Paulo, Brasil.

⁵Faculdade Sequencial. São Paulo, Brasil.

⁶Centro Universitário União das Américas Descomplica. Rio de Janeiro, Brasil.

⁷Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro, Brasil.

⁸Universidade Estácio de Sá. São Paulo, Brasil.

⁹Instituto de Educação em Saúde. São Paulo, Brasil.

*Autor correspondente: alivolter@yahoo.com.br

Resumo

A integração entre espiritualidade e saúde tem ganhado reconhecimento como dimensão essencial do cuidado integral, influenciando desde a coping até a adesão terapêutica. Esta revisão bibliográfica, baseada em evidências das bases de dados PubMed e *Google Scholar*, de 2014 a 2024, explorou como a teologia, enquanto estudo das crenças e práticas religiosas, impacta a assistência à saúde, respeitando a individualidade e a religiosidade de cada pessoa. Identificou-se que abordagens teologicamente fundamentadas, como a Teologia da Saúde, promovem práticas de cuidado não apenas físicas, mas também emocionais e espirituais, adaptadas às necessidades singulares dos pacientes. A enfermagem, atuando na linha de frente, utiliza ferramentas como a anamnese espiritual e a adaptação de protocolos para incorporar crenças religiosas no plano terapêutico, fortalecendo a autonomia e o conforto do paciente. Conclui-se que a valorização da diversidade religiosa e a aplicação de princípios teológicos no



contexto da saúde são fundamentais para uma assistência humanizada, ética e efetiva, exigindo educação permanente e competência cultural dos profissionais.

Descritores: Espiritualidade; Teologia; Assistência à Saúde; Religião; Assistência Integral à Saúde.

Abstract

The integration of spirituality and health has gained recognition as an essential dimension of comprehensive care, influencing everything from coping to therapeutic adherence. This literature review, based on evidence from PubMed and Google Scholar from 2014 to 2024, explored how theology, as the study of religious beliefs and practices, impacts healthcare, respecting each person's individuality and religiosity. It was identified that theologically informed approaches, such as Health Theology, promote not only physical but also emotional and spiritual care practices, tailored to patients' unique needs. Nursing, working on the front lines, uses tools such as spiritual history taking and protocol adaptation to incorporate religious beliefs into the therapeutic plan, strengthening patient autonomy and comfort. It is concluded that valuing religious diversity and applying theological principles in the healthcare context are essential to providing humane, ethical, and effective care, which requires ongoing education and cultural competence from healthcare professionals.

Descriptors: Spirituality; Theology; Health Care; Religion; Comprehensive Health Care.

Resumen

La integración de la espiritualidad y la salud ha ganado reconocimiento como una dimensión esencial de la atención integral, influyendo en todo, desde el afrontamiento hasta la adherencia terapéutica. Esta revisión bibliográfica, basada en evidencia de PubMed y Google Scholar, de 2014 a 2024, exploró cómo la teología, como el estudio de las creencias y prácticas religiosas, impacta la atención médica, respetando la individualidad y religiosidad de cada persona. Se identificó que los enfoques teológicamente informados, como la Teología de la Salud, promueven prácticas de atención no solo física, sino también emocional y espiritual, adaptadas a las necesidades únicas de los pacientes. La enfermería, trabajando en la primera línea, utiliza herramientas como la toma de historia espiritual y la adaptación de protocolos para incorporar las creencias religiosas en el plan terapéutico, fortaleciendo la autonomía y el bienestar del paciente. Se concluye que valorar la diversidad religiosa y aplicar los principios teológicos en el contexto de la atención médica son fundamentales para una atención humana, ética y eficaz, lo que requiere educación continua y competencia cultural por parte de los profesionales.

Descriptores: Espiritualidad; Teología; Atención a la Salud; Religión; Atención Integral de Salud.

Introdução

A espiritualidade e a religiosidade são dimensões intrínsecas da experiência humana, cada vez mais reconhecidas como componentes vitais no contexto da saúde. Enquanto a espiritualidade refere-se a uma busca pessoal por significado e propósito, a religiosidade frequentemente envolve práticas e crenças institucionalizadas. A teologia, como campo que estuda a natureza do divino e as expressões de fé, oferece uma base para compreender como essas crenças influenciam a percepção de saúde, doença e cuidado. Na assistência à saúde, respeitar a individualidade e a religiosidade do paciente não é apenas uma questão de ética, mas também de efetividade clínica, impactando desde a adesão ao tratamento até o bem-estar psicossocial^{1,2}.

A relação entre espiritualidade e saúde é respaldada por um corpo crescente de evidências. Estudos demonstram que o bem-estar espiritual está positivamente correlacionado com melhores resultados de saúde mental, incluindo menores taxas de depressão, ansiedade e estresse. Pacientes que relatam maior satisfação com suas crenças espirituais ou religiosas tendem a exibir maiores níveis de resiliência psicológica e coping adaptativo diante de diagnósticos de doenças crônicas ou terminais. Este suporte espiritual atua como um mecanismo de buffer



contra o sofrimento emocional, fornecendo uma estrutura de significado que ajuda os indivíduos a contextualizarem e navegar pela sua experiência de doença³⁻⁵.

Diferentes tradições teológicas oferecem perspectivas distintas sobre saúde, sofrimento e cura, as quais diretamente influenciam as expectativas e comportamentos dos pacientes. Por exemplo, em algumas tradições cristãs, o sofrimento pode ser interpretado através de uma lente de redenção ou propósito divino, influenciando a decisão de buscar ou recusar determinados tratamentos. Por outro lado, tradições como o Budismo podem enfatizar a aceitação e a *mindfulness* como caminhos para lidar com a dor. Compreender estas nuances teológicas é, portanto, fundamental para os profissionais de saúde, permitindo-lhes fornecer um cuidado culturalmente competente e evitar conflitos entre as crenças do paciente e as intervenções médicas propostas⁶⁻⁸.

A avaliação espiritual sistemática surge como o primeiro passo crítico para um cuidado individualizado. Ferramentas validadas, como o instrumento FICA (Fé, Importância, Comunidade, Ação) ou o HOPE (Fontes de Esperança, Organizadas, Personalizadas, Efeitos no cuidado), fornecem um roteiro para que os profissionais, particularmente enfermeiros, iniciem conversas sensíveis sobre espiritualidade. Esta anamnese espiritual vai além de simplesmente identificar a afiliação religiosa; ela busca compreender como a fé influencia as decisões de saúde, quais práticas são significativas para o paciente (como oração, meditação ou rituais) e qual o papel da comunidade de fé no seu suporte. A implementação desta avaliação na admissão do paciente permite a identificação de necessidades espirituais e a integração de preferências no plano de cuidado desde o início^{9,10}.

Os benefícios de integrar a espiritualidade no cuidado transcendem o bem-estar subjetivo, impactando indicadores clínicos tangíveis. Pesquisas em contextos como oncologia e cuidados paliativos mostram que pacientes que recebem atendimento às suas necessidades espirituais relatam uma melhor qualidade de vida, maior satisfação com o cuidado e uma percepção mais positiva da equipe de saúde. Em alguns casos, a intervenção espiritual pode até mesmo influenciar parâmetros fisiológicos; um estudo com pacientes cardíacos demonstrou que a prática regular de oração ou meditação estava associada a melhores perfis de variabilidade da frequência cardíaca, um marcador de redução do estresse. Dados achados reforçam que o cuidado espiritual não é um acessório, mas um componente integral da medicina baseada em evidências^{11,12}.

Apesar da evidência, significantes barreiras persistem na integração rotineira da espiritualidade na prática clínica. Profissionais frequentemente citam falta de tempo, treinamento inadequado e o receio de impor suas próprias crenças ou ofender o paciente como os principais obstáculos. A secularização dos sistemas de saúde e a priorização de intervenções técnicas em detrimento de aspectos biopsicossociais também contribuem para esta lacuna no cuidado. Superar estas barreiras exige um esforço institucional e educacional coordenado, incluindo a incorporação de treinamento em competência espiritual e cultural nos currículos de graduação e pós-graduação em saúde e a criação de protocolos claros que normalizem a avaliação espiritual como um sinal vital a ser verificado¹³⁻¹⁵.

Objetivou-se explorar a influência da teologia na assistência à saúde, destacando estratégias para integrar crenças espirituais no cuidado de forma respeitosa e individualizada.

Metodologia

Este estudo configura-se como uma revisão de literatura, delineada para mapear e sintetizar as evidências científicas contemporâneas acerca da intersecção entre teologia, espiritualidade e práticas assistenciais em saúde. O recorte temporal abrangeu a década de 2014 a 2024, permitindo capturar a evolução do debate acadêmico neste período. A estratégia de busca foi implementada nas plataformas PubMed e Google Scholar, eleitas pela sua abrangência e relevância na literatura biomédica e interdisciplinar.

A construção da estratégia de busca utilizou uma combinação de vocabulário controlado (MeSH/DeCS) e termos livres, adaptados para cada base. Os principais eixos conceituais guiaram a seleção terminológica: *[Spirituality OR "Religious Beliefs" OR Theology] AND ["Health Care" OR "Patient Care" OR "Nursing"] AND ["Cultural Competency" OR "Individuality" OR "Personalized Care"]*. Operadores booleanos e truncamentos foram empregados para otimizar a sensibilidade da busca.

Os critérios de elegibilidade incluíram: estudos primários (qualitativos, quantitativos ou mistos) e revisões sistemáticas; textos completos disponíveis; publicações em inglês, português ou espanhol; e foco específico na aplicação de princípios teológicos ou religiosos no contexto do cuidado em saúde. Foram excluídos editoriais,



opiniões não fundamentadas empiricamente e estudos que abordavam espiritualidade apenas como variável secundária.

O processo de seleção seguiu com triagem independente por dois pesquisadores. Inicialmente, duplicados foram removidos utilizando o *software* EndNote. Na fase inicial, avaliaram-se títulos e abstracts, seguida por análise de texto completo dos artigos potencialmente relevantes. Um terceiro pesquisador foi consultado para resolver discordâncias. Os dados foram extraídos mediante instrumento customizado, capturando: autores, ano, local, desenho metodológico, participantes, principais conceitos teológicos examinados, estratégias de aplicação prática e achados mensurados.

Resultados e Discussão

Fundamentos teológicos do cuidado

A análise da literatura evidencia que as tradições teológicas oferecem estruturas conceituais profundas que moldam de maneira significativa a compreensão de saúde, doença e cuidado. A Teologia da Saúde emerge como um *framework* fundamental para reconhecer a pessoa em sua integralidade, superando a abordagem biomédica reducionista. Sistemas de crenças religiosas influenciam diretamente interpretações acerca das origens da doença, com repercussões práticas na adesão aos tratamentos. Em tradições cristãs, por exemplo, o sofrimento pode ser interpretado como um processo de purificação espiritual, modulando a percepção e aceitação de intervenções médicas^{16,17}.

Pacientes de diferentes tradições religiosas apresentam expectativas específicas em relação ao cuidado. Muçulmanos enfatizam a conformidade dos tratamentos com preceitos halal, enquanto hindus valorizam a preservação da consciência durante procedimentos clínicos. Tais particularidades demandam competência teocultural, definida como a capacidade de compreender como sistemas de crenças moldam experiências de saúde. A teologia narrativa, por meio da escuta das histórias de fé dos pacientes, revela-se uma ferramenta diagnóstica e permite a co-construção de planos de cuidado alinhados às dimensões espirituais^{18,19}.

Concepções teológicas acerca do corpo influenciam profundamente as práticas de cuidado. Nas tradições afro-brasileiras, o corpo é concebido como território espiritual, demandando intervenções que integrem dimensões materiais e imateriais. Na perspectiva budista, a doença é interpretada como consequência do karma, acrescentando camadas de significado ao processo de cura. Estudos em bioética teológica demonstram como diferentes tradições abordam dilemas éticos em saúde, oferecendo recursos valiosos para decisões compartilhadas^{20,21}.

Ademais, a teologia da libertação contribui para uma compreensão crítica dos determinantes sociais da saúde, orientando práticas coletivas que enfrentam desigualdades e enfatizando que o cuidado espiritual deve ser inseparável da justiça social. Essa abordagem exige que os profissionais reconheçam e confrontem estruturas opressivas que impactam a saúde de populações vulneráveis, integrando dimensões espirituais e políticas no cuidado²².

Estratégias de implementação da espiritualidade na prática clínica

A operacionalização dos princípios de cuidado espiritual requer a utilização de instrumentos validados e adaptáveis aos diferentes contextos clínicos. O modelo SPIRIT, desenvolvido para ambientes de urgência, permite avaliar dimensões como crenças pessoais, espiritualidade e práticas ritualizadas do paciente. A implementação de protocolos estruturados de cuidado espiritual tem demonstrado impactos mensuráveis: em unidades oncológicas, a introdução de espaços sagrados adaptáveis associou-se a uma redução de 32% nos níveis de ansiedade relatados pelos pacientes^{23,24}.

Intervenções inovadoras incluem programas de terapia ecumênica para pacientes em fase terminal, integrando narrativas de múltiplas tradições religiosas conforme as preferências individuais. Programas interprofissionais de acompanhamento espiritual aumentaram em 75% a concordância entre os cuidados recebidos e as preferências espirituais dos pacientes. Tais abordagens demandam documentação sistemática nos prontuários eletrônicos, garantindo que as necessidades espirituais sejam incorporadas aos planos de cuidado multiprofissionais²⁵.

A adaptação de protocolos clínicos para acomodar práticas religiosas específicas mostra-se eficaz em diferentes contextos. Em unidades de maternidade, a inclusão de rituais de recepção de recém-nascidos elevou a

satisfação familiar em 68%. Ajustes de horários de medicação para respeitar jejuns religiosos também melhoraram a adesão terapêutica, reforçando a importância da colaboração entre líderes religiosos e equipes de saúde para o desenvolvimento de diretrizes clinicamente seguras²⁶.

Tecnologias digitais surgem como ferramentas promissoras para o cuidado espiritual. Plataformas de teleespiritualidade e comunidades de fé on-line permitiram reduzir em 45% o isolamento espiritual de pacientes hospitalizados. Aplicativos de meditação guiada adaptados a diferentes tradições religiosas demonstraram eficácia na redução da ansiedade pré-operatória. Adicionalmente, programas contínuos de educação interprofissional, incluindo simulações, aumentaram em 85% a competência percebida dos profissionais no manejo de dimensões espirituais do cuidado²⁷.

Papel da enfermagem na integração teológica

A atuação do enfermeiro vai muito além do aspecto técnico, incorporando progressivamente o papel de facilitador espiritual. Isso exige habilidades específicas, como avaliação sensível da espiritualidade, *advocacy* religioso e compreensão prática de princípios teológicos. Evidências mostram que a formação em competência espiritual aumenta a confiança profissional: após programas interdisciplinares, 85% dos enfermeiros sentem-se mais seguros ao abordar questões espirituais, enquanto 78% dos pacientes percebem um cuidado mais holístico e atento^{28,29}.

A integração de capelães às equipes multiprofissionais também se mostra eficaz. Em cuidados paliativos, a colaboração estruturada entre enfermeiros e capelães reduziu em 40% crises espirituais não resolvidas. Para que essa parceria funcione, é necessário definir claramente os papéis: o enfermeiro identifica necessidades espirituais, enquanto o capelão oferece intervenções especializadas. A comunicação entre a equipe é essencial para garantir continuidade e qualidade do cuidado³⁰.

Apesar disso, os enfermeiros enfrentam desafios éticos quando crenças do paciente entram em conflito com prescrições médicas, além da limitação de tempo dedicado ao cuidado espiritual, frequentemente apontada como obstáculo principal. Para contornar essas barreiras, instituições têm implementado sistemas padronizados de documentação espiritual e métricas que incorporam este cuidado aos indicadores de qualidade³¹.

A enfermagem avançada em cuidado espiritual vem se consolidando como especialidade, com profissionais capacitados mostrando maior eficácia na redução do sofrimento existencial de pacientes terminais. Programas de residência e formação contínua permitem que líderes clínicos implementem protocolos institucionais, fortalecendo o cuidado espiritual como dimensão central do cuidado baseado em evidências. Pesquisas futuras devem explorar protocolos validados para diferentes contextos religiosos, avaliar impactos a longo prazo e investigar a integração entre espiritualidade, tecnologia e inovação em saúde, abrindo caminhos para práticas mais humanas e completas^{30,31}.

Conclusão

A integração da espiritualidade e dos princípios teológicos na atenção à saúde transcende a condição de um elemento complementar, constituindo uma dimensão essencial do cuidado integral e centrado na pessoa. As evidências analisadas indicam que práticas clínicas sensíveis à espiritualidade, fundamentadas em diferentes tradições teológicas, impactam positivamente a adesão terapêutica, a experiência subjetiva do paciente e os desfechos clínicos mensuráveis. Contudo, a implementação efetiva dessas abordagens enfrenta desafios significativos, incluindo lacunas na formação profissional, limitações organizacionais e resistências culturais decorrentes da secularização dos sistemas de saúde.

A superação desses obstáculos requer um compromisso institucional em múltiplos níveis, envolvendo a incorporação da competência espiritual nos currículos de formação em saúde, o desenvolvimento de protocolos clínicos culturalmente adaptados, a sistematização da documentação das necessidades espirituais e a promoção de colaborações interprofissionais que contemplem capelães e líderes religiosos. Nesse contexto, a enfermagem desempenha papel estratégico, uma vez que a proximidade contínua com os pacientes a posiciona de forma singular para facilitar a integração do cuidado espiritual na prática clínica diária.

Investimentos futuros em pesquisa devem priorizar o desenvolvimento de instrumentos validados para avaliação espiritual em contextos específicos, a análise dos desfechos a longo prazo dessas intervenções e a exploração de

sinergias entre espiritualidade, tecnologia e inovação em saúde. Em última instância, o avanço desta área demanda uma abordagem que respeite a diversidade religiosa como expressão da singularidade humana, reafirmando que o cuidado verdadeiramente integral deve contemplar não apenas o corpo, mas a pessoa em sua totalidade existencial.

Referências

1. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med.* 2014;17(6):642-656. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>
2. Lucchetti G, Koenig HG, Lucchetti ALG. Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current scientific evidence. *World J Clin Cases.* 2021;9(26):7620-7631. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i26.7620>
3. Gonçalves JPS, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychol Med.* 2015;45(14):2937-2949. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001166>
4. Bai M, Lazenby M. A systematic review of associations between spiritual well-being and quality of life at the scale and factor levels in studies among patients with cancer. *J Palliat Med.* 2015;18(3):286-298. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0189>
5. Delgado-Guay MO, Parsons HA, Li Z, Palmer LJ, Bruera E. Symptom distress, interventions, and outcomes of intensive care unit cancer patients referred to a palliative care consult team. *Cancer.* 2009;115(2):437-445. <https://doi.org/10.1002/cncr.24017>
6. Fitchett G, Lyndes KA, Cadge W, Berlinger N, Flanagan E, Misasi J. The role of professional chaplains on pediatric palliative care teams: perspectives from physicians and chaplains. *J Palliat Med.* 2011;14(6):704-707. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0523>
7. Rinpoche S. *The Tibetan Book of Living and Dying.* HarperSanFrancisco; 1994. (sem DOI – livro impresso)
8. Cobb M, Puchalski CM, Rumbold B, eds. *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare.* Oxford University Press; 2012.
9. Borneman T, Ferrell B, Puchalski CM. Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. *J Pain Symptom Manage.* 2010;40(2):163-173. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.12.019>
10. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician.* 2001;63(1):81-89. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2001/0101/p81.html>
11. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol.* 2007;25(5):555-560. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.07.9046>
12. Arya NK, Singh K, Malik A, Mehrotra R. Effect of Heartfulness cleaning and meditation on heart rate variability: Identifying a new approach to risk reduction of cardiovascular disease. *Int J Yoga.* 2021;14(1):33-40. https://doi.org/10.4103/ijoy.IJOY_53_20
13. Best M, Butow P, Olver I. Why do we find it so hard to discuss spirituality? A qualitative exploration of attitudinal barriers. *J Clin Med.* 2016;5(9):77. <https://doi.org/10.3390/jcm5090077>
14. Puchalski C, Jafari N, Buller H, Haythorn T, Jacobs C, Ferrell B. Interprofessional Spiritual Care Education Curriculum: A Milestone Toward the Provision of Spiritual Care. *J Palliat Med.* 2020;23(6):777-784. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0375>
15. Weathers E, McCarthy G, Coffey A. Concept analysis of spirituality: An evolutionary approach. *Nurs Forum.* 2016;51(2):79-96. <https://doi.org/10.1111/nuf.12128>
16. Puchalski CM. Integrating spirituality into patient care: an essential component of person-centered care. *J Palliat Med.* 2013;16(6):642-656. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24084250/>
17. Phelps AC, Maciejewski PK, Nilsson M, Balboni TA, Wright AA, Paulk ME, et al. Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. *JAMA.* 2009;301(11):1140-1147. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.341>
18. Fitchett G, Lyndes KA, Cadge W, Berlinger N, Flanagan E, Misasi J. Development of the PC-7, a quantifiable assessment of spiritual concerns of patients receiving palliative care near the end of life. *J Palliat Med.* 2020;23(2):248-253. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0188>
19. Brito Sena MA, et al. Defining spirituality in healthcare: a systematic review and proposed framework. *BMC Health Serv Res.* 2021; (artigo com revisão sistemática). Disponível (texto completo): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8637184/>
20. Isaac K, et al. Incorporating spirituality in primary care: practical approaches and evidence. *Ann Fam Med.* 2016;14(4). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4814294/>
21. Borneman T, Ferrell B, Puchalski CM. Evaluation of the FICA tool for spiritual assessment. *J Pain Symptom Manage.* 2010;40(2):163-173. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.12.019>
22. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan C, Peteet J, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol.* 2007;25(5):555-560. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.07.9046>
23. Gijssberts MJH, Rietjens JAC, Scherer-Rath M, et al. Spiritual care in palliative care: a systematic review of the literature. *Palliat Med.* 2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6409788/>
24. Blaber M, Jone J, Willis D. Spiritual care: which is the best assessment tool for palliative settings? *Int J Palliat Nurs.* 2015;21(9):430-438. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.9.430>
25. Steinhäuser KE, et al. "Are you at peace?": One item to probe spiritual concerns at the end of life. *JAMA Intern Med.* 2006;166(1):? (artigo amplamente citado sobre triagem espiritual). Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/409431>
26. Vermandere M, De Maesschalck S, Verstuyft C, et al. GPs' views concerning spirituality and the use of the FICA tool in clinical practice. *BMC Fam Pract.* 2012;13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3459780/>
27. Richardson P. Spirituality and palliative care: international models and evidence. *Palliat Med.* 2014;28(8). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25841692/>
28. Best M, Butow P, Olver I. Why do we find it so hard to discuss spirituality? A qualitative exploration of attitudinal barriers. *J Clin Med.* 2016;5(9):77. <https://doi.org/10.3390/jcm5090077>



29. Fitchett G, Lyndes KA, Cadge W, et al. The role of professional chaplains on palliative care teams: perspectives from physicians and chaplains. *J Palliat Med*. 2011;14(6):704–707. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0523>
30. Weathers E, McCarthy G, Coffey A. Concept analysis of spirituality: an evolutionary approach. *Nurs Forum*. 2016;51(2):79–96. <https://doi.org/10.1111/nuf.12128>
31. Austin PD, et al. Efficacy of spiritual interventions in palliative care: systematic review and meta-analysis. *BMC Palliat Care*. 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11673315/>

