Artigo de Revisão

Além da "Falência" Cardíaca: Por que a Espiritualidade Importa

Beyond Heart "Failure": Why Spirituality Matters

Vanessa Simioni Faria,[1] Amanda R. O. Siqueira,[1] Sara R. O. Siqueira[1]

Brigham and Women's Hospital[1] Boston, Massachusetts – EUA

Resumo

A insuficiência cardíaca exemplifica um paradoxo da cardiologia contemporânea: à medida que se ampliam as possibilidades de prolongar a vida e de caracterizar a doença com precisão, aspectos da experiência humana que frequentemente moldam a forma como os pacientes convivem com ela permanecem pouco explorados. Nesta revisão, a espiritualidade é apresentada como uma dimensão relevante do cuidado centrado na pessoa, destacando-se sua distinção da religiosidade, sua relação com a experiência da doença e seu potencial papel na promoção de uma abordagem mais integral da insuficiência cardíaca.

Introdução

Nas últimas décadas, a insuficiência cardíaca (IC) deixou de ser uma condição rapidamente fatal para tornar-se uma doença crônica complexa. A incorporação de terapias farmacológicas, dispositivos e estratégias multidisciplinares transformou a trajetória clínica de milhões de pacientes, permitindo maior sobrevida e melhor controle de sintomas. Entretanto, esse sucesso terapêutico trouxe um desafio menos discutido: cada vez mais pacientes vivem por anos com uma condição marcada por limitações físicas, hospitalizações recorrentes e incerteza prognóstica.[1]

Para muitos pacientes, a IC não é vivida como uma redução da fração de ejeção ou um aumento do NT-proBNP. Ela é vivida quando subir uma escada passa a exigir planejamento; quando uma viagem deixa de ser possível; quando atividades que antes definiam quem a pessoa era deixam de fazer parte da rotina; quando o futuro imaginado já não parece tão acessível quanto antes.

Embora a cardiologia moderna tenha aprendido a prolongar a vida, permanece uma pergunta que nenhuma diretriz consegue responder completamente: como ajudar os pacientes a viver bem diante de uma doença que frequentemente redefine os limites do futuro?

Palavras-chave

Espiritualidade; Insuficiência Cardíaca; Habilidades de Enfrentamento.

Correspondência: Vanessa Simioni Faria •
Brigham and Women's Hospital / Cardiovascular Division, 3rd Floor - 15 Francis Street Boston, MA 02115. United States.
E-mail: vfaria1@bwh.harvard.edu
Artigo recebido em 17/06/2026, revisado em 03/08/2026, aceito em 24/08/202
Editor responsável pela revisão: Estevão Figueiredo

DOI: https://doi.org/10.36660/abchf.20260025

Essa pergunta nos conduz a um aspecto negligenciado do cuidado: a espiritualidade.

Espiritualidade não é sinônimo de religião

Um dos maiores obstáculos para a incorporação da espiritualidade na prática cardiovascular é a persistente confusão entre espiritualidade e religiosidade. A definição internacional proposta por Puchalski et a.[2] descreve espiritualidade como um aspecto intrínseco da humanidade por meio do qual indivíduos buscam significado, propósito e transcendência, bem como conexão consigo mesmos, com outras pessoas, com a natureza ou com aquilo que consideram sagrado. Trata-se de uma esfera universal da experiência humana, presente tanto em pessoas religiosas como em pessoas não religiosas.

Religiosidade, por sua vez, refere-se às crenças, práticas, rituais e comunidades organizadas que podem servir como expressão dessa espiritualidade.[3,4] Embora os dois conceitos com frequência se sobreponham, não são equivalentes. Muitos pacientes encontram significado por meio da religião; outros o encontram em relacionamentos, valores pessoais, filosofia, arte, contemplação ou serviço aos demais.

Essa distinção possui implicações importantes para a pesquisa e para a prática clínica. Koenig alertou que muitos estudos utilizam definições excessivamente amplas de espiritualidade, incorporando conceitos como felicidade, paz interior, propósito ou bem-estar psicológico.[5] Quando isso ocorre, torna-se difícil determinar se estamos medindo espiritualidade ou simplesmente avaliando saúde mental sob outro nome. Em outras palavras, torna-se difícil distinguir a espiritualidade dos próprios desfechos que se pretende estudar.

Entretanto, a aparente divergência entre Koenig et al. e Puchalski et al.[2,4,5] talvez reflita menos um desacordo conceitual do que objetivos distintos. Para a pesquisa, definições precisam ser claras e metodologicamente rigorosas. Para a prática clínica, o objetivo não é medir espiritualidade, mas compreender como o paciente encontra sentido frente à enfermidade.

Nesse contexto, diversas ferramentas, incluindo FICA, SPIRIT, HOPE e SPIR, foram desenvolvidas para auxiliar a abordagem clínica da espiritualidade.[6-9] Entre elas, o FICA é a mais frequentemente utilizada, seu objetivo não é quantificar espiritualidade, mas facilitar a exploração de aspectos frequentemente negligenciados do cuidado. O instrumento aborda quatro domínios: *"Faith and Beliefs"* (fé e crenças), "*Importance and Influence*" (importância dessas crenças na vida do paciente), "*Community*" (pertencimento a uma comunidade espiritual ou religiosa) e "*Address in Care*" (como essas questões devem ser consideradas no plano terapêutico). A Figura Central ilustra a integração desses domínios com as dimensões existenciais da IC e sua incorporação ao cuidado centrado na pessoa.

Figura Central: Além da "Falência" Cardíaca: Por que a Espiritualidade Importa



ABC Heart Fail Cardiomyop. 2026; 6:e20260025

*Além da falência cardíaca. A espiritualidade conecta a experiência da insuficiência cardíaca ao cuidado centrado na pessoa. Por meio de significado, propósito, esperança, conexão e transcendência, a avaliação espiritual permite reconhecer valores e necessidades dos pacientes, favorecendo adaptação, bem-estar e qualidade de vida ao longo de toda a trajetória da doença. *Figura central desenvolvida com auxílio de inteligência artificial generativa (ChatGPT, OpenAI) e posteriormente revisada e refinada pelos autores.*

Em sua essência, mais do que produzir escores, instrumentos como o FICA procuram abrir espaço para uma pergunta simples e fundamental: o que sustenta este paciente diante da doença?

Viver com a insuficiência cardíaca

Entre as doenças cardiovasculares, poucas impõem carga existencial tão profunda quanto a IC.[1] Sua trajetória raramente segue um curso linear. Períodos de estabilidade alternam-se com episódios de descompensação, internações e recuperação parcial. Muitos pacientes convivem durante anos com a consciência permanente de sua fragilidade, sem saber quando ocorrerá a próxima hospitalização ou qual será sua evolução clínica.

Estudos demonstram que medo da morte, perda de autonomia, isolamento social, sensação de ser um peso para familiares e sofrimento existencial são experiências recorrentes nessa população.[1,10,11] Dados apresentados por Tobin et al. mostraram que déficits no bem-estar espiritual estão entre os aspectos mais frequentemente comprometidos da qualidade de vida de pacientes com IC.[1]

Contudo, limitar a espiritualidade ao sofrimento seria uma visão incompleta. Embora não raro discutida no contexto dos cuidados paliativos, a espiritualidade não pertence exclusivamente ao fim da vida. Questões relacionadas àquilo que dá sentido à vida, como esperança, propósito e identidade, surgem muito antes da terminalidade e acompanham toda a trajetória da doença.[3]

Coping, aceitação e reconstrução

Pargament descreveu o *coping* religioso-espiritual como o uso de recursos espirituais ou religiosos para enfrentar situações que desafiam os mecanismos habituais de adaptação.[12] Em pacientes com IC, esse processo frequentemente vai além do conforto emocional. Crenças, valores e práticas espirituais podem oferecer recursos para interpretar perdas, lidar com incertezas e reorganizar a própria narrativa em meio à doença.

Nesse contexto, a espiritualidade não deve ser encarada apenas como um fator potencialmente associado a desfechos clínicos. Para parte significativa dos pacientes, ela representa um recurso que permite enfrentar a doença sem ser definido por ela. Essa perspectiva ajuda a compreender por que, em estudo com pacientes com IC, o *coping* religioso e a aceitação relacionaram-se a maior sentido de vida ao longo do tempo, e esse, à melhor qualidade de vida.[13]

É importante ressaltar, no entanto, que nem toda expressão de espiritualidade exerce função protetora. Pargament et al. descreveram o *coping* religioso-espiritual negativo, entendido

como uma resposta a um estressor específico, caracterizada por atribuir a doença à punição divina ou a forças demoníacas, questionar o poder de Deus ou experimentar sentimentos de abandono, descontentamento com Deus ou conflitos com a comunidade religiosa.[14] Um conceito relacionado, embora distinto, é o das lutas religioso-espirituais, que correspondem a conflitos persistentes com o sagrado nos domínios divino, demoníaco, interpessoal, moral, da dúvida e do sentido último, e que podem existir independentemente de um estressor específico.[15]

Tanto o *coping* religioso negativo quanto as lutas religioso-espirituais, são relativamente frequentes em pacientes com doenças graves e associam-se a maior sofrimento psicológico, pior adaptação emocional e piores desfechos clínicos.[3,16] Parte dessa associação pode ser explicada por traços estáveis de personalidade, como o neuroticismo; ainda assim, as lutas espirituais parecem contribuir para o sofrimento independentemente desse efeito.[16] Além disso, *coping* positivo e negativo podem coexistir e alternar-se ao longo da evolução da doença, de modo que períodos de conflito espiritual nem sempre representam psicopatologia, podendo refletir um processo de reconstrução de significado. Entretanto, como essas lutas tendem a persistir ao longo do tempo, recomenda-se reavaliação seriada e identificação precoce de necessidades espirituais não atendidas.[3,16]

Como o significado das crenças é definido pelo próprio paciente, o foco clínico deve recair no sofrimento que elas expressam, reconhecendo que a exploração desse tema também pode reativar experiências de rejeição religiosa.[3] Assim, ao aplicar instrumentos como o FICA, além de perguntar "o que sustenta este paciente?", cabe investigar "o que, no âmbito espiritual, pode estar ampliando seu sofrimento?". Ambas as questões inserem-se no processo escalonado previsto pelas diretrizes do *National Consensus Project*, no qual tanto o sofrimento quanto as forças e os recursos espirituais devem ser identificados, permitindo intervenções mais individualizadas e centradas na pessoa.[17]

Da evidência à prática

Nas últimas décadas, o reconhecimento da espiritualidade em saúde tem crescido de forma consistente. Balboni et al. concluíram que a espiritualidade constitui um componente importante para a maioria dos pacientes com doenças graves e que suas necessidades espirituais permanecem muitas vezes não reconhecidas pelos sistemas de saúde.[3]

Esse movimento ultrapassou o campo dos cuidados paliativos. Em 2025, a declaração conjunta da *Heart Failure Society of America* e da *American Society for Preventive Cardiology* reconheceu a relevância da espiritualidade e religiosidade ao longo do *continuum* da IC e sugeriu a consideração de ferramentas como o FICA para auxiliar a compreensão das necessidades dos pacientes.[18] No mesmo ano, a *American Heart Association* reforçou que a espiritualidade representa um domínio importante da qualidade de vida em pacientes com doença cardiovascular avançada e deve ser considerada parte do cuidado integral.[19]

Deve-se, porém, reconhecer que a literatura sobre espiritualidade e IC permanece limitada por amostras pequenas, definições heterogêneas de espiritualidade e religiosidade e seguimento curto.[20] Nos estudos observacionais, associações com qualidade de vida, sintomas depressivos e mortalidade não estabelecem causalidade: podem refletir confundimento residual por gravidade da doença, suporte social e comportamentos de saúde, além de causalidade reversa (pacientes com melhor estado funcional têm maior probabilidade de relatar paz espiritual). Os ensaios randomizados, por sua vez, também avaliam intervenções multicomponentes e concentram-se em desfechos de bem-estar espiritual, saúde mental e qualidade de vida,[21,22] não havendo evidência suficiente para isolar o efeito do componente espiritual sobre desfechos clínicos maiores.[23]

No Brasil, pesquisadores como Lucchetti et al.,[24] e Moreira-Almeida et al. [25] ajudaram a consolidar uma abordagem cientificamente mais rigorosa da espiritualidade em saúde. Paradoxalmente, em país de elevada religiosidade, esse avanço ainda não se refletiu de forma consistente na formação médica. O estudo multicêntrico SBRAME,[26] conduzido por Lucchetti et al. em doze escolas médicas brasileiras, revelou uma importante lacuna entre reconhecimento e preparo: embora 71,2% dos estudantes reconhecessem o impacto da espiritualidade na saúde dos pacientes e 58% desejassem abordar o tema na prática clínica; quase metade (48,7%) sentia-se despreparada para fazê-lo, e 81% nunca haviam recebido treinamento formal sobre o tema.[26] Essa lacuna persiste após a graduação, refletindo-se na prática clínica.[27] Apesar de iniciativas curriculares e extracurriculares em escolas médicas brasileiras, uma formação mais consistente nessa área ainda é necessária. Assim, se a espiritualidade importa para o paciente com IC em qualquer latitude, no cenário brasileiro ela dificilmente pode ser tratada como tópico acessório – trata-se de uma dimensão que a maioria dos pacientes já leva à consulta, embora muitos cardiologistas ainda não tenham recebido treinamento adequado para integrá-la ao cuidado.

Embora a formação médica ainda não tenha incorporado plenamente essa dimensão, a Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular foi pioneira ao reconhecer religiosidade e espiritualidade entre os fatores relevantes para uma abordagem integral da saúde cardiovascular.[28] No entanto, integrar a espiritualidade ao cuidado não pode se limitar à aplicação de instrumentos ou à inclusão de novos campos nos prontuários. Reconhecer o aspecto espiritual da doença não significa oferecer respostas para todas as perguntas dos pacientes. Significa estar disposto a escutá-las, um ato de compaixão que reconhece a humanidade compartilhada entre paciente e profissional de saúde.

Além do coração que "falha"

Nos últimos anos, VanderWeele contribuiu para ampliar essa discussão ao propor o conceito de florescimento humano.[29] Segundo essa perspectiva, saúde não pode ser reduzida à ausência de doença ou à simples sobrevida. Uma vida plena envolve múltiplos domínios inter-relacionados, incluindo saúde física e mental, relacionamentos, sentido de propósito, significado e bem-estar global.

Sob essa ótica, a relevância da espiritualidade não depende exclusivamente de sua associação com hospitalizações ou

mortalidade. Ela importa porque influencia aspectos da experiência humana que muitos pacientes consideram centrais para seu bem-estar e realização pessoal.

Curiosamente, Koenig[5] e VanderWeele[29] convergem em um ponto fundamental. Ambos desafiam a tendência contemporânea de reduzir a experiência humana àquilo que pode ser facilmente mensurado. Para Koenig, a espiritualidade exige rigor conceitual.[5] Para VanderWeele, saúde exige uma compreensão mais ampla daquilo que significa viver bem.[29]

A IC é uma das condições mais monitoradas da medicina contemporânea. Quantificamos biomarcadores, parâmetros ecocardiográficos e trajetórias de risco com precisão cada vez maior. Entretanto, permanecemos relativamente limitados em nossa capacidade de reconhecer quando um paciente perdeu a esperança, deixou de encontrar sentido na própria existência ou enfrenta sofrimento existencial profundo.

Talvez essa seja uma das maiores assimetrias da medicina moderna: aquilo que é mais facilmente mensurável nem sempre corresponde ao que é mais importante para o paciente.

Em uma era marcada por avanços tecnológicos e terapêuticos sem precedentes, a cardiologia continua desafiada a enxergar não apenas o coração que "falha", mas a pessoa que vive sabendo que esse coração "falha".

Para muitos pacientes, a maior batalha não é apenas contra a progressão da doença. É contra as limitações, incertezas e transformações que ela impõe à própria vida. A espiritualidade não elimina essa vulnerabilidade, mas pode oferecer caminhos para compreendê-la, enfrentá-la e, por vezes, transformá-la. Talvez o futuro do cuidado verdadeiramente centrado na pessoa dependa não apenas da capacidade de prolongar a vida, mas também da capacidade de reconhecer aquilo que torna essa vida digna de ser vivida. Porque, como sugere Puchalski, a ausência de cura para a doença não implica a ausência de cura para a pessoa. Mesmo diante de uma enfermidade incurável, é possível experimentar uma forma de cura que emerge da aceitação, da reconciliação com a própria condição e da capacidade de encontrar paz. Em sua essência, essa é uma cura espiritual.[30]

Em pacientes que convivem diariamente com a IC, essa reflexão nos convida a uma pergunta que talvez seja tão importante quanto qualquer avanço terapêutico: quando já fizemos tudo o que era possível para tratar a doença, estamos igualmente preparados para cuidar da pessoa que continua vivendo com ela?

Conclusão

A incorporação da espiritualidade ao cuidado da IC não representa a introdução de uma nova intervenção terapêutica, mas uma ampliação da própria compreensão do que significa cuidar. Em uma condição na qual prolongar a vida nem sempre significa restaurar a vida previamente vivida, reconhecer e integrar a dimensão espiritual pode contribuir para responder a uma questão fundamental do cuidado: não apenas prolongar a vida, mas compreender de que maneira ela é vivida.

Agradecimentos

Ao Dr. Fernando Augusto Alves da Costa, cuja competência, generosidade e dedicação na condução e supervisão deste grupo foram essenciais para a realização deste trabalho.

Contribuição dos Autores

Concepção e desenho da pesquisa; Obtenção de dados; Análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito e Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Faria VS, Siqueira ARO, Siqueira SRO; Análise estatística: Faria VS.

Potencial Conflito de Interesse

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

Aprovação Ética e Consentimento Informado

Este artigo não contém estudos com humanos ou animais realizados por nenhum dos autores.

Uso de Inteligência Artificial

Durante a preparação deste trabalho, o(s) autor(es) usaram ChatGPT para a criação da Figura Central. Após o uso desta ferramenta/serviço, o(s) autor(es) revisaram e editaram o conteúdo conforme necessário e assumem total responsabilidade pelo conteúdo do artigo publicado.

Disponibilidade de Dados

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no manuscrito.

Referências

1. Tobin RS, Cosiano MF, O'Connor CM, Fiuzat M, Granger BB, Rogers JG, et al. Spirituality in Patients with Heart Failure. JACC Heart Fail. 2022;10(4):217-26. doi: 10.1016/j.jchf.2022.01.014.
2. 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):642-56. doi: 10.1089/jpm.2014.9427.

3. Balboni TA, VanderWeele TJ, Doan-Soares SD, Long KNG, Ferrell BR, Fitchett G, et al. Spirituality in Serious Illness and Health. JAMA. 2022;328(2):184-97. doi: 10.1001/jama.2022.11086.

4. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of Religion and Health. New York: Oxford University Press; 2001.

5. Koenig HG. Concerns about Measuring "Spirituality" in Research. J Nerv Ment Dis. 2008;196(5):349-55. doi: 10.1097/NMD.0b013e31816ff796.

6. Puchalski C, Romer AL. Taking a Spiritual History Allows Clinicians to Understand Patients More Fully. J Palliat Med. 2000;3(1):129-37. doi: 10.1089/jpm.2000.3.129.

7. Maugans TA. The SPIRITual History. Arch Fam Med. 1996;5(1):11-6. doi: 10.1001/archfami.5.1.11.

8. 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):81-9.

9. Frick E, Riedner C, Fegg MJ, Hauf S, Borasio GD. A Clinical Interview Assessing Cancer Patients' Spiritual Needs and Preferences. Eur J Cancer Care. 2006;15(3):238-43. doi: 10.1111/j.1365-2354.2005.00646.x.

10. Kavalieratos D, Gelfman LP, Tycon LE, Riegel B, Bekelman DB, Ikejiani DZ, et al. Palliative Care in Heart Failure: Rationale, Evidence, and Future Priorities. J Am Coll Cardiol. 2017;70(15):1919-30. doi: 10.1016/j.jacc.2017.08.036.

11. Park CL, Aldwin CM, Choun S, George L, Suresh DP, Bliss D. Spiritual Peace Predicts 5-Year Mortality in Congestive Heart Failure Patients. Health Psychol. 2016;35(3):203-10. doi: 10.1037/hea0000271.

12. Pargament KI. The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice. New York: Guilford Press; 1997.

13. Park CL, Malone MR, Suresh DP, Bliss D, Rosen RI. Coping, Meaning in Life, and Quality of Life in Congestive Heart Failure Patients. Qual Life Res. 2008;17(1):21-6. doi: 10.1007/s11136-007-9279-0.

14. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of the RCOPE. J Clin Psychol. 2000;56(4):519-43. doi: 10.1002/(sici)1097-4679(200004)56:4<519::aid-jclp6>3.0.co;2-1.

15. Exline JJ, Pargament KI, Grubbs JB, Yali AM. The Religious and Spiritual Struggles Scale: Development and Initial Validation. Psychol Relig Spiritual. 2014;6(3):208-22. doi: 10.1037/a0036465.

16. Pirutinsky S. Negative Religious Coping versus Spiritual Struggles: Moderator or Main Effect? J Clin Psychol. 2024;80(8):1780-96. doi: 10.1002/jclp.23694.

17. Ferrell BR, Twaddle ML, Melnick A, Meier DE. National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care Guidelines, 4th Edition. J Palliat Med. 2018;21(12):1684-9. doi: 10.1089/jpm.2018.0431.

18. Lala A, Beavers C, Blumer V, Brewer L, Oliveira-Gomes D, Dunbar SB, et al. The Continuum of Prevention and Heart Failure in Cardiovascular Medicine: A Joint Scientific Statement from the Heart Failure Society of America and The American Society for Preventive Cardiology. J Card Fail. 2026;32(1):75-105. doi: 10.1016/j.cardfail.2025.06.013.

19. Graven LJ, Kitko L, Saylor MA, Allen L, Durante A, Evangelista LS, et al. Palliative Care and Advanced Cardiovascular Disease in Adults: Not Just End-of-Life Care: A Scientific Statement from the American Heart Association. Circulation. 2025;151(21):e1030-42. doi: 10.1161/CIR.0000000000001323.

20. Cilona L, Veronese N, Lalicata D, Tantillo F, Naro L, Dominguez LJ, et al. Spirituality and Heart Failure: A Systematic Review. Aging Clin Exp Res. 2023;35(11):2355-61. doi: 10.1007/s40520-023-02557-x.

21. Zhang G, Zhang Q, Li F. The Impact of Spiritual Care on the Psychological Health and Quality of Life of Adults with Heart Failure: A Systematic Review of Randomized Trials. Front Med. 2024;11:1334920. doi: 10.3389/fmed.2024.1334920.

22. Li Y, Li J, Fu MR, Payo RM, Tian X, Sun Y, et al. Effectiveness of Palliative Care Interventions on Patient-Reported Outcomes and All-Cause Mortality in Community-Dwelling Adults with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Nurs Stud. 2024;160:104887. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2024.104887.

23. Chotalia R, Mohiaddin H, Aggarwal A, Borchardt E, Ambrogetti R, Chotalia M, et al. Palliative Care in Heart Failure: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials and Associations with Intervention and Patient Characteristics. Am J Hosp Palliat Care. 2026:10499091261446602. doi: 10.1177/10499091261446602.

24. Lucchetti G, Lucchetti AL, Koenig HG. Impact of Spirituality/Religiosity on Mortality: Comparison with Other Health Interventions. Explore. 2011;7(4):234-8. doi: 10.1016/j.explore.2011.04.005.

25. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical Implications of Spirituality to Mental Health: Review of Evidence and Practical Guidelines. Braz J Psychiatry. 2014;36(2):176-82. doi: 10.1590/1516-4446-2013-1255.

26. Lucchetti G, Oliveira LR, Koenig HG, Leite JR, Lucchetti AL; SBRAME Collaborators. Medical Students, Spirituality and Religiosity--Results from the Multicenter Study SBRAME. BMC Med Educ. 2013;13:162. doi: 10.1186/1472-6920-13-162.

27. Vasconcelos APSL, Lucchetti ALG, Cavalcanti APR, Conde SRSS, Gonçalves LM, Nascimento FR, et al. Religiosity and Spirituality of Resident Physicians and Implications for Clinical Practice-the SBRAMER Multicenter Study. J Gen Intern Med. 2020;35(12):3613-9. doi: 10.1007/s11606-020-06145-x.

28. Précoma DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MCO, et al. Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. Arq Bras Cardiol. 2019;113(4):787-891. doi: 10.5935/abc.20190204.

29. VanderWeele TJ. On the Promotion of Human Flourishing. Proc Natl Acad Sci U S A. 2017;114(31):8148-56. doi: 10.1073/pnas.1702996114.

30. Puchalski CM. The Role of Spirituality in Health Care. Proc. 2001;14(4):352-7. doi: 10.1080/08998280.2001.11927788.

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença de atribuição pelo Creative Commons