

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSC)**

**Ana Paula de Almeida Nunes**

**Opiniões, atitudes e crenças frente à utilização da espiritualidade e religiosidade na  
prática clínica de graduandos da odontologia**

**Juiz de Fora**

**2025**

**Ana Paula de Almeida Nunes**

**Opiniões, atitudes e crenças frente à utilização da espiritualidade e religiosidade na  
prática clínica de graduandos da odontologia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Educação e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Giancarlo Lucchetti

Juiz de Fora

2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Nunes, Ana Paula de Almeida.

Opiniões, atitudes e crenças frente à utilização da espiritualidade e religiosidade na prática clínica de graduandos da odontologia / Ana Paula de Almeida Nunes. -- 2025.

100 f. : il.

Orientador: Giancarlo Lucchetti

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2025.

1. Espiritualidade. 2. Ciência e Religião. 3. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 4. Estudantes de Odontologia. 5. Saúde Coletiva. I. Lucchetti, Giancarlo, orient. II. Título.

**Ana Paula de Almeida Nunes**

**Opiniões, atitudes e crenças frente à utilização da espiritualidade e religiosidade na prática clínica de graduandos da odontologia.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em 29 de abril de 2025.

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof. Dr. Giancarlo Lucchetti** - Orientador  
Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof. Dr. Rodrigo Guerra de Oliveira**  
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - SUPREMA

**Prof.ª Dra. Oscarina da Silva Ezequiel**  
Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora, 10/04/2025.



Documento assinado eletronicamente por **Giancarlo Lucchetti, Professor(a)**, em 29/04/2025, às 21:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **OSCARINA DA SILVA EZEQUIEL, Usuário Externo**, em 30/04/2025, às 10:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rodrigo guerra de Oliveira, Usuário Externo**, em 30/04/2025, às 14:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf ([www2.ufjf.br/SEI](http://www2.ufjf.br/SEI)) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2343813** e o código CRC **2BE9CCFA**.

Dedico esta dissertação ao meu marido, Rubens, por seu amor, paciência e apoio incondicional, sempre me incentivando a seguir em frente, mesmo nos momentos mais desafiadores.

À minha filha, Alana, minha maior inspiração, razão do meu esforço e luz dos meus dias. Que este caminho trilhado sirva de exemplo para que ela sempre acredite no poder do conhecimento e da dedicação.

## AGRADECIMENTOS

Ao longo desta caminhada, muitos foram os que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade. A cada um deles, expresso minha mais profunda gratidão.

A Deus, pela força, inspiração e resiliência diante dos desafios.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFJF, pelo suporte e pela estrutura oferecida, que possibilitaram a realização deste estudo em um ambiente de excelência.

Ao meu orientador, professor Doutor Giancarlo Lucchetti, por sua dedicação, paciência e por compartilhar seu conhecimento e experiência. Sua orientação foi essencial para que eu pudesse trilhar este caminho com segurança e confiança.

À Doutora Oscarina da Silva Ezequiel, pela dedicação e suporte que foram essenciais no aperfeiçoamento da escrita desta dissertação, com brilhantes sugestões.

Aos componentes da banca de defesa desta dissertação, professora Doutora Oscarina da Silva Ezequiel, pelo tempo dedicado e pelas observações, promovendo profundidade e qualidade à esta pesquisa, ao professor Doutor Rodrigo Guerra de Oliveira, minha imensa gratidão por me incentivar a iniciar o mestrado. Seu apoio constante e confiança em meu potencial foram fundamentais para que eu desse esse importante passo.

Aos graduandos de odontologia da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA), participantes da pesquisa, que, mesmo no anonimato, disponibilizaram seu tempo e atenção, tornando possível a realização deste estudo.

A aluna de iniciação científica, Ana Júlia Firmino, que colaborou com a aplicação dos questionários e coleta de dados.

Aos professores e colegas do Núcleo de Geriatria e Gerontologia (NUGGER) da UFJF, pois cada troca de conhecimentos e experiências foram fundamentais para o meu crescimento acadêmico e pessoal.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para este trabalho, seja com um conselho, uma palavra de motivação ou um gesto de apoio, minha eterna gratidão!

“A espiritualidade serve como fonte de significado e propósito, uma estrutura dentro da qual as pessoas interpretam suas vidas e experiências” (Johnson; Elbert-Avila; Tulsy, 2005, p. 712).

“A religião dá sentido à vida... [e] a espiritualidade e as crenças religiosas afetam as percepções da dor, dos sintomas e das crenças sobre as causas da doença e seu curso” (Walsh, 1999).

## RESUMO

Este estudo teve como foco investigar a percepção, atitudes e crenças dos estudantes de graduação de odontologia da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora-MG (SUPREMA-JF) em relação à utilização da espiritualidade/religiosidade (E/R) na prática clínica. Trata-se de um estudo observacional, do tipo epidemiológico transversal, descritivo com abordagem quantitativa, que foi conduzido no período de agosto a dezembro de 2024. A amostra foi composta por 404 alunos que estavam matriculados e frequentando todos os períodos do curso de odontologia na mencionada instituição. Para a coleta dos dados, utilizou-se o questionário *Network for Research Spirituality and Health* (NERSH) adaptado para os graduandos de odontologia. Os dados coletados foram analisados usando frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão. Modelos de regressão logística foram construídos para investigar quais fatores estavam associados às opiniões dos estudantes sobre E/R na prática clínica. Também foi realizada uma regressão linear tendo como variável dependente o escore da escala Satisfação com a Vida. Adotou-se como significativo o valor de  $p < 0,05$  com IC de 95%. Do total de 404 graduandos matriculados, 83,2% (336) responderam de forma integral ao questionário NERSH. Os participantes eram, na sua maioria, do sexo feminino (66,4%), solteiros (89,9%) com média de  $22,22 \pm 3,60$  anos. A maioria dos participantes era moderadamente a muito espiritual e religiosa (69,6% e 64,9%, respectivamente). Maior parte dos alunos acreditava que E/R tinha uma influência importante na saúde do paciente (61%), no processo de cura (60,7%), mas não na saúde bucal (25,3%). Um grande número de estudantes relatou que se sentiria confortável discutindo preocupações com E/R (69,9%), 49,6% acreditavam que era apropriado perguntar sobre a E/R do paciente e 65,4% acreditavam que era apropriado falar sobre suas próprias crenças quando o paciente perguntasse (65,4%) ou quando o dentista achasse apropriado (14,9%). A maioria dos graduandos nunca perguntou sobre questões espirituais em suas consultas clínicas (78,0%) e em cenários clínicos como um diagnóstico assustador (25,1%), cirurgia odontológica (45,1%), ansiedade e depressão (28,1%), exame de rotina (52,5%), fobia odontológica (36,7%) e doenças menores (40,3%). Sete em cada dez estudantes relataram barreiras que os desencorajam a discutir E/R com pacientes/familiares de pacientes. As barreiras mais comuns foram preocupação em ofender pacientes/familiares (47,9%), medo de falta de neutralidade profissional (33,3%), desconforto geral em discutir assuntos religiosos (30,4%), conhecimento/treinamento insuficiente (20,2%) e “não é minha tarefa” (20,2%). Apenas 15,2% dos estudantes tiveram algum treinamento formal sobre este tópico (39,6% na

universidade, 35,8% no templo religioso e 24,6% lendo livros ou participando de congressos). Desta forma, pode-se concluir que, as atitudes e crenças manifestadas pelos estudantes, a espiritualidade ainda é um tema pouco explorado no contexto clínico, havendo uma escassez de treinamento nessa área, o que resulta em desconforto ao abordar essa questão com os pacientes. Constatou-se que os aspectos E/R devem ser abordados no contexto de formação e preparação de profissionais, para lidarem com a E/R relacionadas à prática clínica.

**Palavras-chave:** Espiritualidade. Ciência e Religião. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Estudantes de Odontologia. Saúde Coletiva.

## ABSTRACT

This study aimed to investigate the perception, attitudes, and beliefs of undergraduate dentistry students at the School of Medical and Health Sciences of Juiz de Fora-MG (SUPREMA-JF) regarding the use of spirituality/religiosity (S/R) in clinical practice. This is an observational, cross-sectional, descriptive, epidemiological study with a quantitative approach, which was conducted from August to December 2024. The sample consisted of 404 students who were enrolled and attending all periods of the dentistry course at the aforementioned institution. The Network for Research Spirituality and Health (NERSH) questionnaire adapted for dentistry undergraduates was used to collect data. The data obtained were analyzed using absolute and relative frequencies, means, and standard deviations. Logistic regression models were constructed to investigate which factors were associated with students' opinions about S/R in clinical practice. A linear regression was also performed with the Satisfaction with Life scale score as the dependent variable. A p-value < 0.05 with a 95% CI was adopted as significant. Of the 404 undergraduate students enrolled, 83.2% (336) responded fully to the NERSH questionnaire. Participants were mostly female (66.4%), single (89.9%) with an average age of  $22.22 \pm 3.60$  years. Most participants were moderately to very spiritual and religious (69.6% and 64.9%, respectively). Most students believed that S/R had an important influence on patient health (61%), the healing process (60.7%), but not on oral health (25.3%). A large number of students reported that they would feel comfortable discussing E/R concerns (69.9%), 49.6% believed it was appropriate to ask about a patient's S/R, and 65.4% believed it was appropriate to talk about their own beliefs when the patient asked (65.4%) or when the dentist felt it was appropriate (14.9%). Most undergraduates have never inquired about spiritual issues in their clinical consultations (78.0%) and in clinical scenarios such as a frightening diagnosis (25.1%), dental surgery (45.1%), anxiety and depression (28.1%), routine checkup (52.5%), dental phobia (36.7%) and minor illnesses (40.3%). Seven out of ten students reported barriers that discourage them from discussing S/R with patients/patients' relatives. The most common barriers were concern about offending patients/relatives (47.9%), fear of lacking Professional neutrality (33.3%), general discomfort with discussing religious matters (30.4%), insufficient knowledge/training (20.2%) and "it is not my task" (20.2%). Only 15.2% of students had any formal training on this topic (39,6% on the university, 35,8% on the religious temple and 24,6% reading books or attending congresses). Thus, it can be concluded that, based on the attitudes and beliefs expressed by students, spirituality is still a topic little explored in the clinical context, with a lack of training

in this area, which results in discomfort when addressing this issue with patients. It was found that S/R aspects should be addressed in the context of training and preparation of professionals to deal with S/R related to clinical practice.

**Keywords:** Spirituality. Religion and Science. Health Knowledge. Attitudes, Practice. Students Dental. Public Health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	Antes de Cristo
AAMC	<i>Association of American Medical Colleges</i>
ACOPE	<i>Adolescent Coping Orientation for Problem Experiences</i>
C/A	Crianças/adolescentes
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CCCQ	Questionário de Competência Cultural Clínica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de
d.C.	Depois de Cristo
DUREL	<i>Duke Religion Index</i>
E/R	Espiritualidade/Religiosidade
E/S	Espiritualidade/Saúde
EUA	Estados Unidos da América
IC	Intervalo de confiança
IES	Instituição de Ensino Superior
IPDMA	Meta-análise de dados individuais de participantes
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
MG	Minas Gerais
n	Número na amostra
NDT	Número de dentes cariados
n°	Número
NERSH	<i>Network for Research Spirituality and Health</i>
NMT	Número de dentes perdidos
n°	Número
OHIP-G5	<i>Oral Health Impact Profile</i>
OHRQoL	<i>Oral Health Related Quality Of Life</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
RFS-R	<i>Religious Fundamentalism Scale Revised</i>
RSC	<i>Coping religioso/espiritual</i>
RSMPP	<i>Religion and Spirituality in Medicine, Perspectives of Physician</i>
SBRAME	<i>Spirituality and Brazilian Medical Education</i>

SBRAMER	<i>Spirituality in Brazilian Medical Residents</i>
SHAS	<i>Spiritual Health Assessment Scale</i>
SOC	Senso de coerência
SSRS	<i>Spirituality Self Rating Scale</i>
SUPREMA	Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
SWBS	<i>Spiritual Well-Being Scale</i>
TCAM	<i>Traditional, Complementary and Alternative Medicine</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UK	Reino Unido
WHO	<i>World Health Organization</i>

## LISTA DE SÍMBOLOS

=	Igual
%	Percentual
≥	Maior ou igual
×	<i>Versus</i>
±	Desvio-padrão

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>20</b>
2.1	CONCEITOS DE ESPIRITUALIDADE E DE RELIGIOSIDADE.....	20
<b>2.1.1</b>	<b>Espiritualidade.....</b>	<b>20</b>
<b>2.1.2</b>	<b>Religiosidade.....</b>	<b>21</b>
2.2	RELAÇÃO ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE E SAÚDE.....	22
2.3	ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE E SAÚDE FÍSICA E MENTAL.....	30
2.4	INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS ESPIRITUAIS/RELIGIOSAS NA PRÁTICA CLÍNICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	32
2.5	ATITUDES E OPINIÕES RELATIVAS À ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE ENTRE GRADUANDOS DA ÁREA DE SAÚDE.....	39
2.6	ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NA ODONTOLOGIA.....	43
2.7	INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS ESPIRITUAIS/RELIGIOSAS EM GRADUANDOS E PROFISSIONAIS DA ODONTOLOGIA.....	46
2.8	ESTUDOS RELACIONADOS À COOPERAÇÃO NERSH.....	51
2.9	IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA.....	54
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>57</b>
3.1	OBJETIVO GERAL.....	57
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	57
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>58</b>
4.1	ASPECTOS ÉTICOS.....	58
4.2	DESENHO DO ESTUDO.....	58
4.3	LOCAL DO ESTUDO.....	58
4.4	AMOSTRA.....	59
4.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	59
4.6	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	59
4.7	INSTRUMENTOS.....	59
4.8	PROCEDIMENTOS.....	60
4.9	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	60
<b>5</b>	<b>RESULTADOS/DISCUSSÃO.....</b>	<b>62</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>79</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>80</b>

<b>ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICE B – Questionário <i>Network for Research in Spirituality and Health</i> (NERSH).....</b>	<b>95</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Desde as origens da civilização, a espécie humana tem se dedicado a compreender os mecanismos associados aos fenômenos de cura e enfermidade. As questões referentes à saúde e à doença dos indivíduos impulsionaram o desenvolvimento de várias teorias ou interpretações, em busca de um esclarecimento sobre o estado de saúde das pessoas e sobre a manifestação de doenças ou condições adversas que as afetam (Fadel; Saliba, 2010). Dessa forma, a definição do processo saúde-doença encontra-se intimamente relacionada à capacidade cognitiva e ao contexto cultural dos seres humanos em diferentes épocas históricas, assim como às condições específicas de suas vidas (Souza; Oliveira, 1998).

Entre os anos de 2000 a 1800 a.C., sob a orientação do Deus Horus, os egípcios realizavam rituais com o intuito de afastar espíritos (Pioreschi, 1995); no período compreendido entre 500 e 300 a.C., pensadores gregos se dedicavam ao debate acerca do conceito de alma (Crivellato; Ribatti, 2007), e; durante a Idade Média, especificamente entre 1000 e 1200 d.C., as autoridades religiosas possuíam o poder de conceder autorizações para a prática da medicina (Gelfand, 1993). Entretanto, com o surgimento do Renascimento, verificou-se uma dissociação entre ciência e religião que perdurou até o século XX (Koenig; McCullough; Larson, 2001), momento em que William Osler, da Universidade Johns Hopkins, publicou seu artigo intitulado *The faith that heals* (A fé que cura) (Osler, 1910). Não obstante, foi na década de 1960 que começaram a emergir publicações científicas apresentando evidências epidemiológicas que discutiam a relação entre Espiritualidade/Religiosidade (E/R) e a saúde dos pacientes (Koenig; McCullough; Larson, 2001). Nos anos subsequentes, ampliou-se a compreensão sobre a "Espiritualidade baseada em evidências" (Saad; Masiero; Battistella, 2001), explorando como a fé pode influenciar os resultados clínicos (Newberg; Lee, 2005) e orientando médicos na forma como abordar essa temática em suas práticas clínicas (Lucchetti et al., 2010).

As explicações morfológicas, materialistas e estruturais implicam geralmente métodos de observação e de demonstração estatísticas. As explicações religiosas emocionais e culturais, ao contrário, demandam métodos que privilegiem a interpretação, a introspecção e a reconstrução imaginária (Alexander, 1997). A fé move milhares de fiéis ao redor do mundo, não divergente no cenário dos profissionais da saúde, em que muitos pacientes se utilizam de suas crenças ao longo do tratamento, depositando fortes esperanças para obter uma melhor evolução de seus quadros clínicos (Lucchetti et al., 2010).

Os esclarecimentos de natureza morfológica, materialista e estrutural tipicamente requerem a aplicação de métodos que envolvem observação e análise estatística. De modo distinto, as explicações emanadas da esfera religiosa, emocional e cultural necessitam de abordagens que enfatizem a interpretação, a introspecção e a construção imaginativa (Alexander, 1997). A fé mobiliza um grande número de crentes em todo o mundo e essa realidade é igualmente observável no contexto dos profissionais da saúde, onde muitos pacientes se apoiam em suas crenças durante o processo terapêutico, nutrindo intensas expectativas quanto à melhoria na evolução de seus quadros clínicos (Lucchetti et al., 2010).

A religiosidade pode ser entendida como o grau em que um indivíduo acolhe, pratica e se dedica a uma religião. Esta pode manifestar-se de forma organizacional, através da participação em instituições religiosas como igrejas ou templos, ou de forma não organizacional, envolvendo práticas como oração, leitura de textos sagrados ou a visualização de programas religiosos na televisão. A religiosidade é composta por um conjunto de crenças que são compartilhadas entre um grupo, as quais estabelecem características comportamentais, sociais e valores vinculados à fé ou crença específica (Saad; Masiero; Battistella, 2001). Em contraste, a espiritualidade refere-se a uma busca individual por compreender questões relacionadas ao final da vida, ao seu propósito e às relações com o sagrado ou o transcendente. Esse caminho pode ou não culminar no surgimento de práticas religiosas ou na formação de comunidades religiosas (Koenig; McCullough; Larson, 2001). Está intrinsecamente ligada ao sagrado, refletindo a influência do espírito e a sua dimensão imaterial na existência (Koenig, 2012). É entendida como um estado de reverência em relação à vida, caracterizando-se pela aceitação e pelo amor-próprio, além do afeto dirigido ao outro e à própria existência. A vivência dessa experiência ativa processos subjetivos no indivíduo, permitindo a resignificação de contextos adversos e promovendo maneiras resilientes de interação com a realidade. Essas abordagens favorecem o fortalecimento de uma sociedade onde ética, solidariedade, altruísmo e compaixão se desenvolvem de forma contínua, resultando em uma coletividade mais resistente. A resiliência, que pode ser entendida como um processo de evolução, envolve o desenvolvimento do potencial humano e deve ser analisada sob uma ótica que leve em conta as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, ecológicas e espirituais (Chequini, 2014).

Um dos principais desafios no âmbito da E/R em saúde consiste em entender de que maneira pacientes e médicos de diversas culturas enfrentam as questões espirituais e religiosas na prática clínica (Lucchetti et al., 2011, 2016; Mariotti et al., 2011; Monroe et al., 2003). Barreiras comuns incluem limitação de tempo, a falta de conhecimento, a carência de

treinamento, além do medo e desconforto ao tratar desse tema (Mariotti et al., 2011; Vermandere et al., 2011). Muitas dessas barreiras se devem ao insucesso no ensino de E/R na formação dos profissionais de saúde. De acordo com estudos, a maioria dos médicos e educadores médicos acreditam que esta questão é importante, mas poucos abordam esta questão com seus alunos e residentes (Lucchetti et al., 2013; Mariotti et al., 2011; Vermandere et al., 2011).

Em resposta, a *Association of American Medical Colleges (AAMC)*, a *World Health Organization (WHO)* e a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)* recomendam que as questões espirituais sejam abordadas nos cuidados clínicos e na educação dos profissionais de saúde (Puchalski; Larson, 1998). Para Aramideh et al. (2018), a ausência da educação para a saúde espiritual repercute na abordagem integral dos indivíduos nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, não alcançando o seu potencial máximo.

Nas últimas décadas, a E/R e sua relação com a saúde têm sido extensivamente estudadas (Curlin et al., 2005; Koenig; McCullough; Larson, 2001; Kørup et al., 2017; Lee; Baumann, 2013; Lucchetti et al., 2011, 2013, 2016; Miller; Thoresen, 2003; Ramakrishnan et al., 2015; Schouten, 2016; Tomasso; Beltrame; Lucchetti, 2011; Vasconcelos et al., 2024). As crenças em relação à eficácia e segurança têm sido correlacionadas a diversos elementos da saúde e dos comportamentos relacionados à saúde dos pacientes, incluindo o desenvolvimento da enfermidade, as intervenções terapêuticas, as escolhas médicas e a dinâmica da interação entre médico e paciente (Aramideh et al., 2018; Curlin et al., 2005, 2006, 2007; Hebert et al., 2001; Koenig; McCullough; Larson, 2001; Kørup et al., 2017; Lucchetti et al., 2011, 2012, 2013; Lucchetti; Lucchetti; Koenig, 2011; Ramakrishnan et al., 2015; Schouten, 2016; Tomasso; Beltrame; Lucchetti, 2011; Vasconcelos et al., 2020, 2024).

Dentro deste contexto, a maioria das escolas médicas dos Estados Unidos da América (EUA) e do Reino Unido (UK) já incluíram conteúdos de espiritualidade e saúde (E/S) em seus currículos (Koenig et al., 2010; Lucchetti et al., 2012; Neely; Minford, 2008). No entanto, em um currículo cujo conteúdo é limitado pelo tempo, existe a preocupação de que a inclusão de E/R tome o lugar de outros tópicos importantes (Koenig et al., 2010; Lucchetti et al., 2012).

De acordo com a AAMC, a principal razão para incluir a E/R é compreender melhor o papel que a espiritualidade desempenha no cuidado ao paciente, reconhecer o lugar que ela desempenha na prestação de cuidados compassivos, apreciar a interação entre fatores biopsicossociais e aspectos de E/R da vida dos pacientes, e adquirir a capacidade de fazer uma história espiritual (Lucchetti et al., 2013; Puchalski; Larson, 1998).

Por outro lado, muitos estudantes de medicina acreditam que as questões de E/R têm impacto na saúde dos pacientes, querem abordar esta questão na sua prática e acreditam que a E/R deve ser incluída no currículo médico (Banin et al., 2013, 2024; Guck; Kavan, 2006; Lucchetti et al., 2013). Contudo, muitos reclamam que não foram preparados durante a formação médica para tal (Lucchetti et al., 2013).

Um considerável número de estudos internacionais e nacionais já foram publicados sobre o impacto da E/R e nos resultados, confirmam a relevância da abordagem da dimensão espiritual do paciente por profissionais e estudantes de saúde. A falta de formação adequada sobre o impacto da E/R na saúde é uma forte razão para a não integração desta dimensão no currículo dos cursos da área de saúde (Lucchetti; Koenig; Lucchetti, 2021; Lucchetti et al., 2023; Vasconcelos et al., 2020, 2024).

Assim, evidências científicas têm mostrado uma associação entre as crenças E/R e desfechos em saúde, influenciando pacientes no tratamento e aderência. Da mesma forma, pacientes tendem a reconhecer a importância de suas crenças e julgam apropriado a abordagem desses aspectos pelos profissionais de saúde, e a maioria dos estudos são conduzidos nas áreas de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia e Psicologia. Entretanto, ainda existe uma pequena abordagem desses aspectos no campo da Odontologia. No que se refere à saúde bucal, estudos têm mostrado que a E/R de um indivíduo pode estar relacionada a melhores condições dentárias (Zini; Sgan-Cohen; Marcenés, 2012), menor prevalência de edentulismo em crianças e adolescentes (Soares et al., 2020) e nas decisões de utilizar materiais para cirurgias bucomaxilofacial (Güngörmüş; Güngörmüş, 2017).

As crenças relacionadas à E/R apresentam-se como uma estratégia que “acolhe” e “protege”, oferecendo atendimento das necessidades, sentido para a vida e controle do presente e do futuro (Cerqueira-Santos; Koller; Pereira, 2004; Moen; Walseth; Larsen, 2021). Diante de situações de comorbidades, os indivíduos tendem a aumentar suas atividades religiosas, motivados por uma intercessão aos seus quadros clínicos (Lucchetti et al., 2010). A odontologia, por abranger cirurgias e também áreas de grande complexidade como, por exemplo, urgência e emergência, difere-se de demais situações fazendo com que pacientes e familiares utilizem ainda mais de suas crenças (Güngörmüş; Güngörmüş, 2017; Zini; Sgan-Cohen; Marcenés, 2012).

Considerando o exposto, é amplamente aceito que a saúde de indivíduos é influenciada pela interrelação de fatores físicos, mentais, sociais e espirituais (Saad; Masiero; Battistella, 2001). Nesse sentido, os profissionais da saúde dispõem de numerosas evidências científicas que demonstram os benefícios da integração da espiritualidade nas intervenções

terapêuticas para uma variedade de enfermidades (Freitas, 2019). Além disso, a conexão entre espiritualidade e saúde (E/S) possui raízes históricas e tem sido reconhecida como um elemento benéfico para a melhoria da saúde mental (Pinto; Pais-Ribeiro, 2007). Assim, como qualquer conceito que envolva uma boa relação com a saúde, a espiritualidade deve ser submetida à investigação científica (Chaves et al., 2010). Entretanto, apesar da vasta documentação na literatura científica sobre as correlações positivas entre E/R e saúde de maneira geral (Kørup et al., 2017; Lucchetti et al., 2011, 2013, 2016; Lucchetti; Koenig; Lucchetti, 2021; Ramakrishnan et al., 2015; Schouten, 2016; Tomasso; Beltrame; Lucchetti, 2011; Vasconcelos et al., 2024), não se pode afirmar que todos os indivíduos obtenham vantagens desse binômio (Nelson, 2010). Embora haja estudos que relacionem crenças religiosas a resultados na odontologia, esses estudos ainda são escassos.

Pesquisas demonstram que as convicções de médicos e estudantes de medicina influenciam suas decisões e práticas clínicas (Lucchetti et al., 2013). No entanto, ainda não existem estudos que analisem como essas crenças influenciam a prática odontológica. Para suprir essa deficiência, torna-se fundamental compreender as perspectivas e posturas dos alunos de odontologia, o que pode contribuir para aprimorar o currículo nesse campo da saúde.

Frente ao exposto, objetiva-se com este estudo, investigar, em uma faculdade privada de Juiz de Fora-MG, a percepção, atitudes e crenças com relação à utilização da E/R na prática clínica de graduandos da odontologia.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 CONCEITOS DE ESPIRITUALIDADE E DE RELIGIOSIDADE**

Esses conceitos provocam uma reflexão relevante no que diz respeito às suas definições e diferenças, o que pode indicar uma lacuna na investigação sobre E/R e saúde. A utilização imprópria desses conceitos pode ocasionar problemas significativos relacionados à validade e à coerência nas pesquisas desse domínio (Hufford, 2005).

A diferenciação entre espiritualidade e religiosidade, embora possa parecer sutil, possui implicações relevantes. Esta distinção se revela especialmente importante, pois pessoas que não seguem uma religião organizada podem descobrir na espiritualidade um recurso significativo para enfrentar seus desafios. Em contrapartida, os indivíduos que se dedicam a práticas religiosas nem sempre recebem esse fortalecimento por meio de suas convicções (Waggoner, 2018).

#### **2.1.1 Espiritualidade**

De acordo com Lotufo Neto (1997), a espiritualidade refere-se à busca do ser humano por uma existência plena e significativa, na qual se busca compreender a essência de si mesmo e sua relação com o cosmos. Ainda, envolve o processo pelo qual os indivíduos reconhecem a relevância de direcionar suas vidas para algo imaterial, que transcende e é superior a eles, envolve também um reconhecimento ou, ao menos, certa dependência em relação a um poder maior ou a uma força espiritual.

Para Koenig, McCullough e Larson (2001), a espiritualidade apresenta uma conexão profunda com o sobrenatural, o místico e a religião institucionalizada; todavia, sua abrangência ultrapassa essa última (e se inicia antes dela). Engloba tanto a busca pelo transcendente quanto a sua descoberta, envolvendo assim um percurso que vai da indiferença ao questionamento, passando pela descrença ou crença sólida e, caso haja crença, culminando em devoção e, finalmente, em rendição. Dessa forma, a definição de espiritualidade mostra-se bastante semelhante à de religião, evidenciando claramente áreas comuns entre ambas.

Na análise Hufford (2005), a espiritualidade diz respeito ao domínio do espírito, que pode incluir entidades como Deus ou deuses, almas, anjos e demônios. Trata-se de uma dimensão extrafísica anteriormente classificada como sobrenatural. Nesse contexto, a espiritualidade é concebida como uma relação íntima com o transcendente. Portanto, ela é

considerada um termo mais amplo que abarca a religião, sendo esta última um dos componentes fundamentais da esfera espiritual. Essa concepção sugere a possibilidade de existir indivíduos que se consideram "espiritualizados" sem necessariamente serem religiosos, assim como pessoas que demonstram religiosidade extrínseca podem não apresentar uma expressiva conexão espiritual.

Puchalski et al. (2009) definiram a espiritualidade como uma dimensão intrínseca da existência humana, associada à forma pela qual os indivíduos buscam e expressam significados e propósitos em suas vidas, além de perceberem sua conexão com o tempo presente, consigo mesmos, com os outros, com o meio ambiente e com aquilo que consideram relevante ou sagrado. Assim, cada pessoa possui uma trajetória espiritual que pode se manifestar tanto em uma tradição religiosa específica quanto através de princípios filosóficos ou experiências marcantes, sendo imprescindível tratar a angústia espiritual ou a luta religiosa com a mesma seriedade e emergência que se confere ao atendimento da dor ou de outras questões médicas e sociais.

A espiritualidade tem ganhado espaço crescente no âmbito da saúde humana. A Organização Mundial da Saúde (OMS), por sua vez, tem explorado mais a fundo o conceito de saúde, levando em conta não apenas as dimensões físicas, mentais e sociais, mas de igual forma, a espiritual (Oman; Syme, 2018). O aumento das investigações sobre espiritualidade, conduzidas em diversas áreas das ciências da saúde, demonstra um evidente anseio por encontrar fontes revitalizadoras que expandam as alternativas para enfrentar o sofrimento humano (Saad; Daher; Medeiros, 2019; Shattuck; Muehlenbein, 2020).

Souza e Yarid (2022) argumentaram que a espiritualidade representa uma habilidade inerente ao ser humano, que abrange tanto o aspecto existencial quanto sua essência, possuindo a capacidade de constituir uma filosofia pessoal acerca de valores e significados da vida.

### **2.1.2 Religiosidade**

No entendimento de Lotufo (1997), a religião abarca uma tradição acumulada que é constituída por inúmeras crenças e práticas, as quais expressam e moldam a fé de indivíduos tanto do passado quanto do presente. Entre os elementos que a compõem, encontram-se a arte, a arquitetura, os símbolos, os rituais, os mitos, as narrativas, as escrituras, as doutrinas, os ensinamentos morais, a música e as práticas de justiça e misericórdia, entre outros. Ademais,

no contexto contemporâneo, pode servir como fonte de despertar e formação da fé das pessoas.

Conforme descrito por Koenig, McCullough e Larson (2001), a religião caracteriza-se como uma construção multidimensional que abrange crenças, comportamentos, rituais e cerimônias que podem ser executados ou praticados em contextos públicos ou privados; são produtos de tradições estabelecidas que evoluíram ao longo do tempo dentro de uma comunidade específica. Ademais, a religião opera como um sistema organizado de crenças, práticas e símbolos destinados a facilitar a aproximação com o transcendente e promover uma compreensão das relações interativas e responsabilidades entre os indivíduos na convivência comunitária.

Por sua vez, Hufford (2005) caracteriza a religiosidade como o aspecto institucionalizado da espiritualidade; as religiões funcionam como instituições organizadas em torno da noção de espírito. Além disso, a religião está relacionada a sistemas de crenças e práticas religiosas que os indivíduos herdaram ou adotam, entendendo-os como caminhos para alcançar felicidade e realização pessoal.

Para Souza e Yarid (2022), a religiosidade é entendida como uma dimensão coletiva e comunitária, associada a elementos históricos e rituais, atuando como um meio pelo qual o indivíduo exterioriza sua espiritualidade através da aceitação de valores e crenças.

## 2.2 RELAÇÃO ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE E SAÚDE

A trajetória da relação entre E/R ilustra o avanço do saber científico, as solicitações por inovação religiosa e a alteração na percepção sobre saúde em um contexto cultural mais abrangente. Profissionais da Medicina em geral têm demonstrado abertura para a consideração do conceito de cura espiritual, integrando-o em suas práticas cotidianas ou em suas redes de encaminhamento. A valorização das convicções dos pacientes frente ao sofrimento emerge como um elemento crucial na prática do cuidado em saúde (Aldridge, 1991).

Conforme Puchalski e Larson (1998), um dos elementos fundamentais na formação médica em E/R consiste na análise de aspectos específicos das principais tradições religiosas ou culturais que podem influenciar as decisões relacionadas aos cuidados de saúde e as competências de enfrentamento.

Em uma pesquisa realizada com pacientes em estado grave, familiares em luto, médicos e outros profissionais de saúde, Steinhauer et al. (2000) identificaram que mais de

70,0% dos pacientes relataram a espiritualidade, incluindo estar em paz com Deus e a prática da oração, como aspectos significativos no final da vida. Estudos evidenciam a importância das crenças espirituais na interpretação, na abordagem e na recuperação de enfermidades (Mansfield; Mitchell; King, 2002), bem como em decisões referentes ao tratamento (Bosch; Baños, 2002; Crawley et al., 2000; Kagawa-Singer; Blackhall, 2001; Taylor, 2001).

No domínio da ética e religião, os aspectos culturais e religiosos apresentam uma relevância notável. Os profissionais de saúde frequentemente enfrentam desafios para estabelecer diálogos produtivos com os pacientes a respeito de questões éticas e religiosas, visando evitar ofensas (Sloan et al., 2000). No entanto, pesquisas interdisciplinares sugerem que as interações entre ética/religião e resultados em saúde tendem a ser predominantemente favoráveis (Aldridge, 1991; Curlin et al., 2007; Steinhauer et al., 2000; Vasconcelos et al., 2020).

De acordo com Mansfield, Mitchell e King (2002), a crença na cura por meio da fé religiosa é prevalente e intensa, sendo que a maioria das pessoas considera que Deus atua por intermédio dos médicos. A compreensão dos fenômenos e das diferenças entre as populações pode favorecer a análise das inquietações espirituais dos pacientes.

Miller e Thoresen (2003) destacaram que há evidências empíricas significativas que estabelecem conexões entre fatores E/R e a saúde, embora os mecanismos subjacentes a essas relações permaneçam pouco compreendidos. Na área de pesquisa em saúde, é importante fazer uma distinção entre E/R, sendo que um volume considerável de investigação tem sido dedicado à segunda, em comparação à primeira. Enfatizaram a necessidade de uma investigação prospectiva rigorosa por meio de hipóteses para elucidar até que extensão e de que formas os fatores E/R afetam a saúde. A análise dos aspectos E/R no contexto da saúde é indiscutivelmente justificada e possui relevância clínica. O estudo da espiritualidade em relação à saúde representa uma fronteira incontestável para o campo da psicologia e suscita um grande interesse público.

Em uma investigação de caráter nacional, realizada por Neely e Minford (2008) por meio de um questionário composto por duas partes, foi analisada a abordagem do ensino da espiritualidade nas 32 escolas médicas do UK. O objetivo principal foi compreender como essas instituições estavam preparando os futuros médicos para reconhecer as necessidades espirituais dos pacientes. A primeira seção do questionário abordou questões sobre a quantidade de disciplinas dedicadas à espiritualidade e os temas que foram discutidos. Na segunda seção, foram levantadas questões referentes ao ensino de práticas alternativas em saúde. A pesquisa obteve uma taxa de resposta de 53,0% (n = 17). Dos participantes, 59,0%

(n = 10) indicaram que suas instituições ofereciam aulas sobre espiritualidade na medicina. Projeções estimaram que pelo menos 31,0% e até 78,0% das escolas faziam algum tipo de ensinamento neste tema. Entre os entrevistados que relataram oferecer tais conteúdos, metade (50,0%, n = 5) informou que as aulas sobre espiritualidade eram obrigatórias, enquanto 80% (n = 8) atuavam com componentes optativos e 88,0% mencionaram a inclusão de matérias relativas à medicina complementar e alternativa no currículo. Concluíram que, embora uma proporção significativa das escolas consultadas tenha indicado a presença de ensino sobre espiritualidade, com números reais variando entre 31,0% e 78,0%, houve considerável espaço para aprimoramento nesse aspecto. Notaram também uma falta de uniformidade entre as instituições no tocante ao conteúdo, às metodologias empregadas, à volumetria do ensino e ao perfil do corpo docente responsável pela colaboração nessa área. Recomendaram a implementação de um currículo padronizado acerca da espiritualidade em todas as escolas médicas do UK.

Koenig et al. (2010) conduziram uma investigação sistemática envolvendo os reitores das faculdades de medicina dos EUA, com o intuito de avaliar as atitudes em relação à espiritualidade e sua integração nos currículos acadêmicos. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário enviado a reitores de 122 escolas médicas credenciadas pelo *Liaison Committee for Medical Education*. As respostas obtidas corresponderam a 85,0% (n = 104), sendo que 94,0% (n = 115) participaram da questão central da pesquisa. Dentre essas instituições, constataram que 90,0% ofereciam cursos ou abordagens relacionadas à E/S, enquanto 73,0% integravam esses conteúdos em disciplinas obrigatórias sobre outros temas e apenas 7,0% disponibilizavam um curso obrigatório específico sobre E/S. Apesar de mais de 90,0% dos pacientes destacarem a relevância da espiritualidade em suas experiências e cuidados médicos, somente 39,0% dos reitores consideraram importante a inclusão de E/S no currículo. Ao serem indagados sobre a necessidade de ampliar os conteúdos curriculares relacionados à E/S, 43,0% afirmaram que sim; contudo, mesmo na presença de recursos financeiros e apoio para formação, apenas 25,0% se dispuseram a liberar tempo adicional no currículo. As diretrizes de políticas nacionais, as competências definidas ou os métodos para avaliação das habilidades dos alunos em E/S foram geralmente vistos como irrelevantes. Concluíram que a maioria das escolas médicas nos EUA possuía alguma forma de conteúdo curricular sobre E/S, mas apesar do reconhecimento da importância dessa temática para os pacientes, muitos reitores mostravam ceticismo quanto à inclusão efetiva da espiritualidade e não acreditavam na necessidade de expandir essa abordagem nos currículos acadêmicos.

Lucchetti et al. (2012) realizaram uma pesquisa sobre a situação do ensino de E/S em 86 instituições de ensino médico, tanto públicas quanto privadas, no Brasil. Todas as escolas foram abordadas por meio de contatos telefônicos e eletrônicos, sendo aplicado um questionário dirigido aos diretores e reitores das faculdades de medicina. Este questionário indagava sobre a existência de cursos dedicados à E/S, além de solicitações acerca de palestras ou seminários relacionados ao tema e da relevância do ensino dessa disciplina para os gestores e/ou instituições. Os resultados mostraram que apenas 10,4% das faculdades ofereciam cursos específicos de E/S, enquanto 40,5% disponibilizavam conteúdos ou disciplinas relacionadas. Apenas duas instituições possuíam cursos que incluíam treinamento prático em E/S, e três contavam com programas que abordavam como conduzir uma história espiritual. A maioria dos diretores médicos (54,0%) considerava relevante o ensinamento da E/S em suas instituições. O estudo concluiu que há escassez de cursos nas escolas médicas brasileiras voltados especificamente para a E/S, com menos da metade oferecendo quaisquer formas de formação na área. Conforme observado, não havia um currículo unificado em E/S nas escolas; ainda assim, a maioria dos gestores reconheceu a importância deste tema no âmbito educacional.

De acordo com Lucchetti, Lucchetti e Puchalski (2012) é imprescindível a realização de investigações nas áreas de educação médica e desenvolvimento curricular em E/S para aprofundar a compreensão do papel da espiritualidade na saúde de forma abrangente, assim como para identificar as estratégias mais adequadas para tratar essa questão relevante tanto na formação médica quanto nos cuidados clínicos.

Ao relatar os resultados de uma conferência internacional, Puchalski et al. (2014) apresentaram recomendações voltadas para a educação em saúde. Essas sugestões incluíram a definição das competências dos profissionais da saúde no campo da E/S, englobando domínios cognitivo, habilidades e atitudes; a criação de currículos que integrem definições de cuidado espiritual, autoconsciência, sensibilidade cultural, avaliação e competências; além da necessidade de conduzir pesquisas que avaliem a adequação dos currículos atualmente em uso.

Ramakrishnan et al. (2015) identificaram evidências que sustentam uma relação de influência mútua entre a E/R e a experiência clínica na medicina integrativa, além de contribuírem para a melhoria das intervenções de cuidados E/R realizadas por médicos alopatas.

Segundo Lucchetti et al. (2016), a formação em E/R no curso de medicina precisa considerar, além das crenças religiosas dos pacientes que podem influenciar sua saúde,

também a bagagem religiosa e cultural dos médicos, tento em vista como tais questões são tratadas na prática clínica. Para elaborar um currículo de E/R, é essencial compreender a influência da E/R na saúde de forma abrangente, respeitando e integrando as crenças dos pacientes, os aspectos culturais, a diversidade e as particularidades locais.

Damiano, Lucchetti e Lucchetti (2018) apresentaram, por meio de uma revisão narrativa da literatura, uma visão abrangente sobre a educação em temas relacionados à E/S na formação superior em saúde ao redor do mundo, com um enfoque específico na educação médica no Brasil. A análise foi fundamentada na busca por informações em bases de dados nacionais e internacionais, como PubMed e SciELO, além das experiências acumuladas pelos autores. Os pesquisadores observaram que, nas últimas décadas, houve um crescimento significativo no campo do ensino em E/R, com evidência para a predominância de países de língua inglesa. Nações como EUA, Canadá e UK se destacam tanto em pesquisa quanto no ensino acerca desse tema, sendo que as diretrizes adotadas globalmente são majoritariamente oriundas da América do Norte. No contexto brasileiro, foram identificados estudos que tratam da temática na educação médica nacional, evidenciando um forte foco em investigações transversais envolvendo docentes e discentes de medicina. A maioria das instituições brasileiras ainda não incorpora de maneira consistente essa temática nos currículos acadêmicos. Entretanto, um levantamento recente indicou a existência de 45 ligas acadêmicas dedicadas à saúde e espiritualidade pelo país. Concluíram que o tripé acadêmico formado por pesquisa, ensino e extensão é fundamental para a produção e difusão de novos saberes. Da mesma forma na área de E/R, a literatura tanto nacional quanto internacional demonstra não apenas um aumento do interesse nessa vertente educacional, mas também um incremento no número de escolas médicas que estão integrando esse tema nos seus cursos de graduação. Apesar do Brasil ser considerado pioneiro nesse campo, ainda há necessidade de maior atenção por parte dos professores e administradores para alinhar seus interesses às demandas crescentes dos alunos e pacientes por explorar aspectos religiosos e espirituais dos indivíduos. É crucial para o futuro que o ensino transcenda a mera transmissão teórica de conteúdos, capacitando profissionais aptos a lidar com questões relacionadas à E/R na prática clínica cotidiana.

Por meio de um relato de experiência profissional, Cunha et al. (2020) apresentaram uma proposta para a implementação de uma disciplina de pós-graduação que considera a dimensão da E/R para a formação de profissionais de saúde. A referida experiência consistiu na implementação da disciplina focada na E/R, discutindo como essa perspectiva pode ser integrada ao cuidado em saúde. O relato foi estruturado em função das edições da disciplina

nos anos de 2018 e de 2020. Os resultados foram organizados em cinco núcleos temáticos, permitindo caracterizar a disciplina e as principais reflexões suscitadas: 1) organização pedagógica da disciplina; 2) estruturação da disciplina – com carga horária total de 90 horas distribuídas entre encontros presenciais e horas dedicadas ao estudo para a elaboração dos trabalhos; 3) perfil da disciplina e dos participantes – visa oferecer suporte para entender o fenômeno E/R e as formas como essas dimensões são abordadas em pesquisas e intervenções no campo da saúde, especialmente em saúde mental; 4) percepção dos estudantes sobre E/R, e; 5) potencialidades da disciplina. No primeiro ciclo os alunos tinham que entender as definições relacionadas a religião, religiosidade, espiritualidade, laicidade, saberes tradicionais e epistemologias não hegemônicas; pensar criticamente sobre a interseção entre religião, religiosidade e espiritualidade na assistência à saúde; além de conhecer técnicas, instrumentos e estratégias de intervenção pertinentes. No segundo ciclo, os alunos foram convidados a realizar seminários e mesas redondas tratando de temas relevantes na discussão sobre E/R, tais como: “acolhimento da E/R do outro”, “E/R na educação em saúde”, “crise, sofrimento psíquico e experiências religiosas/espirituais” e “práticas profissionais em saúde na interface com E/R”; No terceiro, as atividades tinham a discussão do conteúdo teórico antes de avançar para ações mais práticas que envolvia a participação ativa dos estudantes. No que tange à diversidade de crenças dos matriculados, constataram uma expressiva variação nas matrizes religiosas e espirituais que permitiu conhecer, analisar e discutir as vivências dos sujeitos acerca das suas E/R. A turma incluiu pessoas sem afiliação religiosa específica, católicos, evangélicos (de diversas denominações), espíritas, espiritualistas, praticantes do candomblé, umbandistas e muçulmanos. Até o momento da análise não havia estudantes que se identificassem como ateus ou agnósticos. O envolvimento nas práticas religiosas e espirituais variou entre os participantes; entretanto, esse aspecto não se apresentou como determinante para um maior ou menor engajamento na disciplina. No quarto ciclo, os debates promovidos em aula revelaram-se enriquecedores ao incluir elementos das vivências individuais dos sujeitos tanto nas esferas pessoais quanto acadêmicas. As dimensões E/R foram descritas como relevantes capazes de influenciar estilos de vida, crenças e comportamentos dos estudantes (como compreender a vida e as relações humanas ou lidar com situações adversas). Esses aspectos devem ser considerados por sua relevância potencial na formação da identidade profissional dos alunos enquanto futuros docentes ou profissionais responsáveis pelo cuidado à saúde. No quinto e último ciclo, houve um engajamento ativo por parte dos alunos que desde o início foram incentivados a compartilhar suas experiências pessoais e acadêmicas no âmbito da E/R. Assim sendo, a dimensão E/R foi concebida não

unicamente como objeto científico passível de análise rigorosa mas também como elemento constitutivo dos indivíduos que afeta sua subjetividade e experiências pessoais já constituindo parte do repertório sociocultural-histórico presente na sociedade brasileira com relevante impacto social. Concluíram que o modelo proposto deve ser analisado por educadores e pesquisadores no campo da E/R, a fim de facilitar novos modelos que sejam implementados e avaliados de modo a enriquecer um conjunto competente e cada vez mais relevante seja para pesquisa seja nas práticas realizadas por diversos profissionais principalmente aqueles vinculados ao setor saúde.

Conforme descrito por Ransome (2020) está estabelecido que há uma associação entre religião e saúde e que essa associação é válida. A epidemiologia está na vanguarda do fornecimento de evidências robustas mostrando que a relação entre religião e saúde é causal. À medida que o campo se envolve mais com este tópico, a investigação deve incluir o impacto da mudança do cenário religioso e a inclusão de variáveis como espiritualidade para estabelecer inferência causal. Os epidemiologistas estão bem equipados para isso e, portanto, também devem ter como objetivo estabelecer inferência causal por meio de estudos que examinem as relações entre medidas religiosas de nível contextual e saúde individual. Uma vez que a evidência sistemática tenha sido desenvolvida, a epidemiologia terá contribuído significativamente para novas teorias e descobertas persuasivas que podem informar políticas e intervenções para melhorar a saúde da população.

Em um estudo transversal, populacional e em âmbito nacional, realizado no Brasil por meio de uma pesquisa *online* autoadministrada, Borges et al. (2021) investigaram a influência da filiação religiosa na vida cotidiana e nas decisões concernentes à saúde, envolvendo 1.133 participantes. Dentre estes, a distribuição das afiliações religiosas se deu da seguinte forma: católicos (43,9%), evangélicos (18,7%), espiritualistas (12,8%), não religiosos (11,9%) e outros grupos (12,7%). A maioria dos participantes (66,5%) relatou que suas afiliações religiosas exerciam influências moderadas a altas em suas decisões diárias. As áreas onde essa influência foi avaliada como alta incluíram o casamento (62,7%), doações (60,1%), voluntariado (55%), amigos (53,9%) e ambiente de trabalho (50,5%). Em relação às decisões sanitárias específicas, constataram uma avaliação elevada da influência nas escolhas relacionadas ao uso de substâncias ilícitas (45,2%), aceitação de orientações médicas (45%) e tabagismo (43,2%). Adicionalmente, a correlação entre a afiliação religiosa e decisões gerais revelou significância nos seguintes comportamentos: restrições alimentares ( $r = 0,462$ ), consumo de álcool ( $r = 0,458$ ), uso de drogas ilícitas ou controladas ( $r = 0,441$ ), uso de tabaco ( $r = 0,456$ ) e recusa em acatar recomendações médicas ( $r = 0,314$ ). Notaram que os

evangélicos apresentaram níveis mais elevados da influência religiosa sobre sua vida diária e decisões relacionadas à saúde; por outro lado, o grupo classificado como não religioso demonstrou a menor presença dessa influência. Concluíram que a afiliação religiosa afetou significativamente as rotinas diárias e as tomadas de decisão relacionadas à saúde em diversos níveis. Dessa forma, é imperativo que os profissionais da saúde levem em conta os componentes religiosos presentes na vida dos pacientes para melhor compreender como as crenças individuais podem impactar sua saúde, incluindo tanto fatores relacionados aos hábitos cotidianos como dieta e consumo de substâncias quanto à adesão às orientações médicas pertinentes.

Lucchetti et al. (2023) realizaram um estudo em 2021 sobre o ensino de E/S nas escolas médicas tanto públicas quanto privadas no Brasil, abrangendo um total de 342 instituições. O estudo avaliou a extensão do ensino oferecido, os conteúdos abordados, as estratégias pedagógicas utilizadas, e as percepções dos diretores e reitores sobre essa temática, assim como fatores relacionados à inclusão deste assunto nos currículos. Dentre as instituições analisadas, 224 escolas (65,5%) possuíam conteúdo referente a E/S nos seus currículos, enquanto 72 delas (21,0%) ofereciam cursos obrigatórios ou eletivos exclusivamente dedicados a esse tema. Observaram um aumento significativo no número de escolas médicas que incorporaram E/S em seus currículos, subindo de 40% na pesquisa anterior realizada alguns anos antes (Lucchetti et al., 2012) para os atuais 65,5%. De forma análoga, a quantidade de disciplinas obrigatórias ou eletivas que tratam unicamente de E/S cresceu de 10,4% em 2011 para 21% em 2021. A maior parte dos entrevistados concordou ou expressou forte concordância com o fato de que a espiritualidade exerce influência na saúde dos pacientes (96,7%), destacando que este assunto é considerado relevante pela sua instituição (74,0%), pelos professores médicos (58,7%) e pelos alunos (52,0%). Além disso, apontaram que E/S deveria estar presente em diferentes fases do curso (92,7%) e enfatizaram a necessidade de recursos de apoio (96,0%), diretrizes específicas (85,3%) e competências necessárias para sua abordagem no currículo médico (80,7%). Contudo, identificaram também uma carência por mais e melhor conteúdo sobre E/S nos currículos das escolas médicas (82,7%) e relataram que a falta de tempo representa um obstáculo à incorporação desse tópico (50,0%). Os participantes acreditavam ainda que os docentes estavam preparados para discutir o tema E/S (60,7%), demonstravam disposição para receber capacitação (67,3%), consideravam importante desenvolver métodos para avaliar as competências relacionadas ao tema (78,0%) e reconheciam que recursos financeiros poderiam favorecer essa incorporação (76,0%). Aproximadamente metade dos participantes (52,0%) sustentava a ideia de que E/S

deveria ser integrado aos cursos/disciplina já existentes em vez da criação de uma nova disciplina específica. Concluíram que os principais desafios enfrentados na implementação do ensino sobre E/S nas escolas médicas incluem tanto a falta de tempo quanto o desconhecimento por parte dos docentes acerca da temática e sua preparação inadequada. Esses achados podem contribuir significativamente para auxiliar educadores médicos na promoção de estratégias educacionais voltadas à inserção do conteúdo E/S nos currículos globalmente.

### 2.3 ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE E SAÚDE FÍSICA E MENTAL

Revisando a evidência científica brasileira disponível sobre a relação entre religião e saúde mental, Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006) notaram que os maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico (satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral mais elevado) e a menos, pensamentos e comportamentos suicidas, uso/abuso de álcool/drogas e depressão. Observaram que o impacto positivo do envolvimento religioso na saúde mental é mais intenso entre pessoas sob estresse (idosos, e aqueles com deficiências e doenças clínicas). Concluíram que o envolvimento religioso está associado à melhor saúde mental, e que duas áreas necessitam de maior investimento: compreensão dos fatores mediadores desta associação e a aplicação deste conhecimento na prática clínica.

Conforme descrito por Koenig (2012), crenças e práticas da E/R são comumente usadas por médicos em pacientes psiquiátricos para lidar com doenças e outras mudanças estressantes na vida. Uma variedade de pesquisas mostra que pessoas com mais E/R têm melhor saúde mental e se adaptam mais rapidamente aos problemas de saúde em comparação com aquelas que têm menos E/R. Estes possíveis benefícios para a saúde mental e o bem-estar têm consequências fisiológicas com impacto na saúde física, afetam o risco de doenças e influenciam a resposta ao tratamento.

Shattuck e Muehlenbein (2020) realizaram uma meta-análise sobre estudos que abordam a E/R e indicadores fisiológicos de saúde, com o objetivo de esclarecer tanto a amplitude quanto os mecanismos desse fenômeno. A análise conjunta revelou um efeito positivo significativo, embora pequeno. As análises de subgrupos identificaram que algumas formas de religiosidade extrínseca e intrínseca estavam associadas de maneira significativa à saúde. Diversas medidas de resultados, como pressão arterial, proteína C-reativa e marcadores de saúde cardiovascular, mostraram uma associação significativa com a E/R. Concluíram que

a E/R traz benefícios para a saúde, possivelmente ao reduzir os impactos negativos do estresse e da depressão na inflamação. Esperam que esses achados possam servir como base para que pesquisadores aprofundem a compreensão dos verdadeiros mecanismos que conectam crenças religiosas ou espirituais à saúde física.

Por meio de uma revisão sistemática conduzida em janeiro de 2019, Moreira et al. (2020) investigaram a existência de evidências acerca dos impactos da relação entre E/R e atividade física na saúde física e mental. Foram selecionados nove estudos publicados entre 2011 e 2017, provenientes das bases de dados MedLine/PubMed, SCOPUS, *Web of Science*, CINAHL, PsycINFO, LILACS e SciELO. Dentre os estudos analisados, oito focaram nos efeitos da interação entre E/R e atividade física na saúde física, enquanto um se concentrou nos efeitos na saúde mental. Com relação à origem geográfica dos estudos, seis (67,0%) foram conduzidos nos EUA, enquanto os restantes foram realizados na Coreia do Sul, Indonésia ou Austrália por diferentes pesquisadores em instituições nas áreas de Medicina e Enfermagem. Em termos metodológicos, cinco (55,0%) adotaram abordagens transversais, dois (22,0%) empregaram métodos longitudinais e dois (22,0%) foram aleatorizados. No que diz respeito à coleta de dados, sete (78,0%) utilizaram autorrelatos e questionários validados. A amostra variou entre 27 a 6.647 participantes; seis (67,0%) contemplaram indivíduos de ambos os sexos, enquanto dois (22,0%) incluíram apenas mulheres e outros dois (22,0%) focaram exclusivamente em idosos. Ao avaliar a robustez das evidências apresentadas nas pesquisas revisadas, constataram que sete (78,0%) artigos foram classificados com nível quatro de evidência, caracterizando-os como pesquisas com evidência moderada. Concluíram que a interação entre E/R e atividade física possuía efeitos significativos para a saúde física e mental, sendo influenciada por diversos fatores sociais e culturais relacionados às práticas espirituais e à atividade física; no entanto, ressaltaram que as evidências encontradas são limitadas e não detalharam as estratégias utilizadas para essa associação, o que dificultou sua aplicação clínica por enfermeiros e outros profissionais da saúde. Portanto, enfatizaram a necessidade de mais investigações para aprofundar o entendimento sobre essa associação dentro do contexto clínico.

Em uma revisão das evidências científicas sobre a relação entre E/R e saúde mental, Lucchetti, Koenig e Lucchetti (2021) discutiram os mecanismos que explicam essa relação e as intervenções que utilizam essas informações no tratamento dos transtornos mentais. Observaram um grande conjunto de evidências sobre vários transtornos psiquiátricos. Embora existam evidências sólidas sobre depressão, suicídio e uso de substâncias, outros diagnósticos, como transtorno de estresse pós-traumático, psicose e ansiedade, também mostraram

resultados promissores. Perceberam que os efeitos da E/R na saúde mental são provavelmente bidirecionais, e a maneira como as crenças religiosas são usadas para lidar com o sofrimento (ou seja, negativas e positivas) pode afetar os resultados da saúde mental. Apesar destes resultados, os mecanismos que explicam estas associações e o papel das intervenções de E/R necessitam de mais estudos. No que diz respeito à prática clínica, os profissionais devem valorizar, na história clínica, a E/R para fornecer cuidados holísticos e centrados no paciente.

Em uma investigação sistemática, Kruk e Aboul-Enein (2024) examinaram a forma como as crenças e práticas religiosas, bem como as experiências espirituais, contribuem para a saúde física, mental e psicossocial, com ênfase particular na atividade física. Realizaram uma busca nos bancos de dados MedLine/PubMed, *Science Direct* e *Google Scholar* para localizar estudos pertinentes publicados entre 2017 e 2023. Ao todo, 13 pesquisas foram selecionadas, compreendendo sete delineamentos transversais, quatro ensaios clínicos randomizados e dois estudos de coorte. Dentre esses estudos, 11 relataram efeitos benéficos relacionados a intervenções que incorporaram elementos de fé religiosa, evidenciando um aumento na atividade física ou uma diminuição do comportamento sedentário. Evidenciaram ainda que a prática religiosa e a espiritualidade ou intervenções pautadas na fé tendem a reduzir significativamente o comportamento sedentário entre os frequentadores de igrejas ou mesquitas, além de estarem positivamente correlacionadas com diversos aspectos da atividade física, incluindo uma maior frequência na prática de exercícios, um tempo mais elevado dedicado à atividade física e níveis ampliados de mobilidade físico independentemente do gênero. Contudo, perceberam também que não existia uma associação clara entre fé religiosa e atividade física nem indícios de que intervenções fundamentadas nessa fé fossem capazes de aumentar a intensidade da atividade moderada em participantes que já cumprissem as diretrizes relacionadas ao tema. As limitações metodológicas identificadas, tais como o uso de intervenções multicomponentes baseadas na fé, métodos inadequados para a avaliação da atividade física e um número restrito de estudos focalizando especificamente essa associação, são indicativos das razões por trás dessa conclusão. Apesar dessas restrições apontadas, concluíram que as práticas religiosas e espirituais assim como intervenções ancoradas na fé têm potencialmente um papel promissor na motivação para promover um aumento da atividade física bem como mudanças comportamentais positivas.

#### 2.4 INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS ESPIRITUAIS/RELIGIOSAS NA PRÁTICA CLÍNICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Em estudo multicêntrico, transversal, Monroe et al. (2003) determinaram a disposição de residentes e médicos de família em se envolverem com vários graus de comportamentos espirituais em variados ambientes clínicos. Foram recrutados 768 médicos de seis hospitais universitários localizados na Carolina do Norte, Vermont e Flórida. Uma pesquisa autoadministrada de noventa itens foi utilizada para explorar a disposição dos médicos em abordar a E/R no encontro médico. Foram coletados dados sobre E/R dos médicos e características sociodemográficas de 476 (62,0%) médicos. Embora 84,5% dos médicos pensassem que deveriam estar atentos à espiritualidade dos pacientes, a maioria não perguntaria sobre questões espirituais, a menos que o paciente estivesse morrendo. Menos de um terço dos médicos orariam com os pacientes, mesmo que estivessem morrendo. Esse número aumentou para 77,1% se um paciente solicitasse oração médica. Os médicos de família eram mais propensos a obter uma história espiritual que os residentes gerais. Concluíram que a maioria dos médicos de atenção primária entrevistados não iniciaria qualquer envolvimento com a espiritualidade dos pacientes no encontro médico, exceto no cenário clínico da morte. Contudo, se um paciente solicita envolvimento, a maioria dos médicos expressa disposição em atender, mesmo que o pedido envolva oração.

Revisando a literatura sobre crenças espirituais que podem influenciar as decisões de tratamento dos afro-americanos, Johnson, Elbert-Avila e Tulskey (2005) perceberam que: as crenças e práticas espirituais são uma fonte de conforto, enfrentamento e apoio e são a forma mais eficaz de influenciar a cura; Deus é responsável pela saúde física e espiritual; e o médico é o instrumento de Deus. As crenças espirituais que abordam especificamente as preferências de tratamento no final da vida incluem: só Deus tem poder para decidir a vida e a morte, existem proibições religiosas contra a morte assistida por médico ou diretivas antecipadas que limitam os tratamentos de manutenção da vida, e ocorrem intervenções divinas e milagres. Para alguns afro-americanos, as crenças espirituais são importantes para compreender e lidar com a doença e podem fornecer uma estrutura dentro da qual as decisões de tratamento são tomadas. Concluíram que a espiritualidade é uma parte importante da cultura afro-americana e é frequentemente citada como uma explicação para as preferências de tratamento mais agressivos de alguns afro-americanos no final da vida. Dada a crescente diversidade étnica dos EUA, alguma compreensão das complexidades da cultura e da espiritualidade é essencial para os prestadores de cuidados de saúde.

Em uma amostra aleatória estratificada de 2.000 médicos norte-americanos ( $\geq 65$  anos) praticantes de todas as especialidades, Curlin et al. (2006) examinaram a relação entre as características religiosas e suas atitudes e comportamentos autorrelatados em relação à E/R

no encontro clínico. Um questionário confidencial e autoadministrado foi enviado à amostra obtida de um banco de dados do *American Medical Association Physician Masterfile*, e 63,0% dos médicos responderam à pesquisa. As principais variáveis de critério foram práticas autorreferidas de investigação de E/R, diálogo sobre questões de E/R e oração com os pacientes e as principais variáveis preditoras foram religiosidade intrínseca, espiritualidade e filiação religiosa. Quase todos os médicos (91,0%) disseram que era apropriado discutir questões de E/R se o paciente as abordar e 73,0% responderam que, quando surgiam questões de E/R, muitas vezes ou sempre encorajavam as crenças e práticas de E/R dos próprios pacientes. Os médicos estavam mais divididos sobre quando é apropriado perguntar sobre E/R (45,0% acreditavam que era geralmente ou sempre inadequado), falar sobre suas próprias crenças ou experiências religiosas (14,0% nunca, 43,0% apenas quando o paciente pergunta) e orar com os pacientes (17,0% nunca, 53,0% apenas quando o paciente pede). Os médicos que se identificaram como mais religiosos e mais espirituais, particularmente aqueles que eram protestantes, foram significativamente mais propensos a endossar e relatar cada uma das diferentes formas de abordar a E/R no encontro clínico. Concluíram que as diferenças nas características religiosas e espirituais dos médicos estiveram associadas a diferentes atitudes e comportamentos em relação à E/R no encontro clínico. As discussões sobre a adequação de abordar questões de E/R no encontro clínico precisarão lidar com essas diferenças profundamente enraizadas entre os médicos.

Utilizando a mesma amostra do estudo anterior Curlin et al. (2007) compararam as maneiras pelas quais psiquiatras e não psiquiatras interpretavam sobre suas crenças e observações a respeito da relação entre E/R e saúde do paciente e sobre as formas como abordavam a E/R no ambiente clínico. Também, o mesmo questionário foi enviado à amostra aleatória estratificada de 2.000 médicos e um total de 1.144 médicos responderam à pesquisa. Os psiquiatras geralmente endossaram influências positivas da E/R na saúde, mas foram mais propensos que outros médicos a observar que a E/R às vezes causa emoções negativas que levam ao aumento do sofrimento do paciente (82,0% × 44,0%). Em comparação com outros médicos, os psiquiatras foram mais propensos a encontrar questões de E/R em ambientes clínicos (92,0% × 74,0% relatam que os seus pacientes mencionavam algumas vezes ou frequentemente questões de E/R) e estavam mais abertos a abordar questões de E/R com os pacientes (93,0% × 53,0% disseram que era geralmente ou sempre apropriado perguntar sobre E/R). Concluíram que a grande maioria dos psiquiatras apreciaram a importância da religião e/ou espiritualidade, pelo menos em nível funcional. Em comparação com outros médicos, os

psiquiatras também apreciaram estar mais confortáveis e tinham mais experiência, abordando questões de E/R no ambiente clínico.

Com aplicação do questionário *Network for Research Spirituality and Health* (NERSH), Mariotti et al. (2011) investigaram as percepções de 53 professores de medicina vinculados a uma Instituição de Ensino Superior (IES) brasileira sobre E/S. A amostra era predominantemente masculina (51,9%), com idade média de  $50,64 \pm 8,9$  anos e tempo médio de formação em medicina de  $25,83 \pm 8,9$  anos. Dos participantes, 47 (90,4%) afirmaram acreditar em Deus e 31,7% indicaram que frequentavam serviços religiosos ao menos uma vez por semana. Mais de 72,0% dos docentes expressaram a crença de que fé ou espiritualidade podem ter um impacto positivo no tratamento dos pacientes; além disso, 75,5% consideravam que a oração poderia influenciar o desfecho terapêutico. Por outro lado, 62,3% manifestaram interesse em abordar questões espirituais durante as consultas e metade deles acreditava ser fundamental que as escolas médicas preparassem seus alunos para essa temática. Contudo, apenas 43,4% se sentiram aptos para discutir o assunto com os pacientes; somente 27,8% haviam tocado nessa questão nas suas aulas até então e impressionantes 92,3% consideravam que as instituições formadoras não estavam proporcionando a formação necessária nesse âmbito. As barreiras mais frequentemente citadas incluíram: falta de tempo, carência de conhecimento, ausência de treinamento, temor e desconforto em abordar tal tema. Esses dados evidenciam uma discrepância significativa entre conhecimento teórico e aplicação prática ou capacitação. Embora os educadores reconhecessem a relevância do tema espiritualidade na saúde dos pacientes, este ainda não era integrado ao cotidiano da prática clínica. Identificaram que existe uma limitação na formação oferecida aos estudantes de medicina brasileiros acerca da espiritualidade; tal deficiência afeta tanto sua trajetória acadêmica quanto seu desempenho futuro como docentes.

Por meio de uma vasta revisão da literatura, Vermandere et al. (2011) investigaram as opiniões dos médicos clínicos gerais sobre o seu papel no cuidado espiritual e sobre as barreiras percebidas e os fatores facilitadores na avaliação das necessidades espirituais dos pacientes. Observaram que a maioria dos clínicos gerais considera que é seu papel identificar e avaliar as necessidades espirituais dos pacientes, apesar das barreiras percebidas, como a falta de tempo e treinamento específico. No entanto, lutam com a linguagem espiritual e experimentam sentimentos de desconforto e medo de que os pacientes se recusem a participar da discussão. Consideraram que comunicar a vontade de se envolver em cuidados espirituais, utilizando uma abordagem sem julgamentos, facilita as conversas espirituais. Concluíram que clínicos gerais se veem como apoiadores do bem-estar espiritual dos pacientes, mas carecem

de conhecimentos, habilidades e atitudes específicas para realizar uma avaliação espiritual e prestar cuidados espirituais e que a espiritualidade pode ter consequências especiais no final da vida, com uma maior procura de significado. Além disso, que abordar ativamente as questões espirituais enquadra-se no modelo de cuidado biopsicossocial-espiritual e que mais pesquisas são necessárias para esclarecer o papel do médico de família como prestador de cuidados espirituais.

Em estudo exploratório, piloto, transcultural e transversal, usando o questionário *Network for Research Spirituality and Health* (NERSH), Ramakrishnan et al. (2015) compararam características E/R e perspectivas sobre *Traditional, Complementary and Alternative Medicine* (TCAM, Medicina Tradicional, Complementar e Alternativa) de 169 médicos de duas universidades alopáticas, Sweekar-Osmania (Sweekar-OU), Índia, Universidade de Airlanga (UNAIR), Indonésia, e um instituto TCAM/Instituto Central de Pesquisa de Medicina Unani (CRIUM) da Índia. Mais médicos da UNAIR e do CRIUM (89,0%) descreveram-se como “muito”/“moderadamente” religiosos, em comparação com 63,5% do Sweekar-OU. Um maior número (85,0%) de médicos da UNAIR descreveram-se como “muito” espirituais e também significativamente elevados em religiosidade intrínseca em comparação com os médicos de Sweekar-OU e TCAM; 39,0% dos participantes da UNAIR e 33,0% do CRIUM relataram experiências espirituais de mudança de vida em ambientes clínicos, contra 20,0% dos participantes do Sweekar-OU; 92,0% da UNAIR, em comparação com CRIUM (78,0%) e Sweekar-OU (62,0%), sentiram-se confortáveis em atender às necessidades espirituais dos pacientes. O conforto clínico e não as características E/R dos participantes foi a variável significativa preditiva dos critérios de desfecho primário; “TCAM ou cura E/R como complementar ao tratamento alopático”. Concluíram que a integração da TCAM no sistema de saúde pode ser um passo inicial tanto para a medicina integrativa como também para melhorar as intervenções de cuidados com a E/R por médicos alopatas.

Em estudo transversal, transcultural e multicêntrico, Lucchetti et al. (2016) compararam as perspectivas dos médicos sobre a influência da E/R na saúde entre Brasil, Índia e Indonésia, examinando as atitudes de médicos dos dois continentes. Para coleta de informações sobre características sociodemográficas, envolvimento da E/R e perspectivas sobre E/R e saúde, os participantes preencheram um questionário autoaplicável adaptado e ampliado (NERSH) de estudos anteriores nos EUA conduzidos por Curlin et al. (2005, 2006, 2007). Um total de 611 médicos (194 do Brasil, 295 da Índia e 122 da Indonésia) completaram a pesquisa. Os médicos indonésios eram mais religiosos e mais propensos a

abordar a E/R ao cuidar dos pacientes. Os médicos brasileiros eram mais propensos a acreditar que a E/R influenciava a saúde dos pacientes. Brasileiros e indonésios eram mais propensos a acreditar que é apropriado conversar e discutir sobre E/R com os pacientes. Não encontraram diferenças em relação às atitudes em relação às questões espirituais. Concluíram que médicos de diferentes culturas e regiões geográficas podem ter atitudes e práticas muito diferentes em relação à E/R e saúde. A etnia e a cultura podem ter uma influência importante na forma como a espiritualidade é abordada na prática médica. Os currículos envolvendo E/R para treinamento dos médicos sobre como abordar a espiritualidade na prática clínica devem levar em conta essas diferenças.

Por meio de um estudo multicêntrico *Spirituality in Brazilian Medical Residents* (SBRAMER) envolvendo sete centros universitários brasileiros, coordenado pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Vasconcelos et al. (2020) avaliaram as atitudes, conhecimentos e experiências de 1.642 médicos residentes em relação à E/R, fatores associados à abordagem desse tema e sua influência na prática clínica. Foram autoaplicados o questionário NERSH e o *Duke Religion Index* (DUREL, Índice de Religião de Duke). Modelos de regressão logística foram construídos para determinar os fatores associados à opinião dos residentes sobre a espiritualidade na prática clínica. A amostra foi composta por 879 médicos residentes (53,0% do total) de todos os anos de residência sendo 72,0% de especialidades clínicas. Em geral, os residentes consideravam-se espirituosos e religiosos, apesar de não frequentarem regularmente os serviços religiosos. A maioria dos participantes acreditava que a E/R tinha uma influência importante na saúde do paciente (75,0%) e que era apropriado discutir essas crenças em consultas clínicas (77,0%), embora isso não fosse feito na prática clínica de rotina (14,0%). As principais barreiras para discutir E/R foram manter a neutralidade profissional (31,0%), preocupação em ofender os pacientes (29,0%) e tempo insuficiente (26,0%). Fatores que incluem sexo feminino, especialidade clínica (por exemplo, medicina interna, medicina familiar, psiquiatria) em oposição à especialidade cirúrgica (por exemplo, cirurgia, obstetrícia/ginecologia, ortopedia), ter tido formação formal em E/R e níveis mais elevados de E/R-saúde foram associados a maior discussão e opiniões mais positivas sobre E/R. Concluíram que os médicos residentes brasileiros consideraram que as crenças E/R podem influenciar a saúde e ponderaram ser apropriado que os médicos discutissem esta questão. Contudo, a falta de formação foi um dos principais obstáculos à abordagem das questões de E/R na prática clínica. Os educadores devem valer-se desses dados para realizar intervenções e produzir conteúdo sobre o tema em programas de residência.

Em um estudo transversal, Dillard et al. (2021) investigaram as atitudes, comportamentos e crenças relacionadas a variáveis espirituais e religiosas de competência cultural, que incluem conhecimento sobre cuidados ao paciente, habilidades no atendimento, interações profissionais e práticas em nível de sistemas entre médicos assistentes, bolsistas e residentes de medicina nos EUA. O instrumento utilizado na pesquisa foi fundamentado na integração de três recursos principais: Questionário de Competência Cultural Clínica (CCCQ), Questionário de Autoavaliação de Competência Cultural (CCSAQ) uma lista de verificação para autoavaliação das competências culturais e linguísticas voltadas a profissionais da saúde da atenção primária. Os participantes (n = 144) foram distribuídos em grupos cristãos (n = 95) e não cristãos (n = 49), além dos classificados como altamente religiosos (n = 62) e não altamente religiosos (n = 82), recebendo pontuações nas quatro categorias de competência cultural. Ao realizar comparações entre os grupos cristão e não cristão ou altamente religioso e não altamente religioso, não encontraram diferenças significativas quanto ao conhecimento sobre cuidados ao paciente, habilidades no atendimento, interações profissionais ou interações em nível de sistemas. No entanto, relataram conhecimento e habilidades diminuídas para indagar sobre crenças envolvendo E/R. Os provedores também relataram raramente encaminhar pacientes para serviços religiosos. Concluíram que, embora não tenham sido detectadas diferenças significativas na capacidade dos provedores para oferecer cuidados culturalmente competentes vinculados à sua religiosidade em comparação com os não religiosos, observaram um nível inferior tanto no conhecimento quanto na habilidade para integrar diversas crenças religiosas e culturais na prática clínica. Isso inclui a dificuldade em lidar com comentários desrespeitosos direcionados a pacientes ou colegas provenientes de diferentes origens dentro do ambiente clínico e em implementar alterações estruturais que reflitam a diversidade da força de trabalho bem como das populações atendidas. Enfatizaram a necessidade urgente por uma educação continuada em competência cultural durante todas as etapas da formação médica.

Vasconcelos et al. (2024) mostraram em seu estudo que residentes com baixa E/R acreditaram menos na influência da espiritualidade na prática clínica, sentiam-se menos confortáveis em abordar esse assunto, tendiam a ouvir com menos atenção e a tentar mudar de assunto mais que outros grupos. Os residentes com alta espiritualidade e baixa religiosidade perguntaram mais sobre questões E/R, enquanto aqueles com alta E/R deram mais apoio e relataram menos barreiras para abordar essas questões. No que diz respeito às questões éticas (por exemplo, suicídio assistido por médico, retirada de suporte vital, aborto), a E/R teve mais objeções que outras.

## 2.5 ATITUDES E OPINIÕES RELATIVAS À ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE ENTRE GRADUANDOS DA ÁREA DE SAÚDE

Guck e Kavan (2006) avaliaram a relação E/S e o nível de instrução que a espiritualidade deveria receber no currículo, na percepção de estudantes de medicina. Os resultados do questionário NERSH aplicado indicaram que a E/R é importante, sendo a espiritualidade mais relevante que a religiosidade. As práticas espirituais foram vistas como mais úteis para condições de saúde agudas e mentais. Os estudantes acreditavam que os pacientes poderiam se beneficiar mais com as práticas espirituais que com suas próprias condições de saúde. A maioria dos estudantes endossou uma palestra ou seminário de uma a duas semanas com instrução no primeiro ou segundo ano da faculdade de medicina. A espiritualidade do aluno foi o único preditor do nível de instrução exigido no currículo da faculdade de medicina. A investigação futura deverá examinar as crenças dos estudantes relativamente à E/S nas escolas médicas com outras tradições religiosas, bem como nas escolas médicas públicas de todas as partes do mundo.

Em estudo transversal, Banin et al. (2013) compararam as opiniões de 44 professores e 475 estudantes de medicina sobre a formação em espiritualidade em uma faculdade de medicina brasileira. Os participantes preencheram um questionário contendo o DUREL e questões sobre espiritualidade na prática clínica. Foi realizada uma comparação entre estudantes de currículo inicial, de currículo tardio e professores. Os resultados mostraram que os estudantes não abordavam a espiritualidade com tanta frequência quanto os professores, e que a maioria não se sentia preparada para abordar esse assunto, além de acreditar que as escolas médicas brasileiras não estão fornecendo todas as informações necessárias nessa área. No entanto, acreditavam que devem estar preparados para discutir estas questões. Os estudantes do currículo tardio acreditavam que a espiritualidade desempenha um papel mais positivo na saúde do paciente e eram mais propensos a abordar essa questão que aqueles do currículo inicial. Concluíram que existem alguns desafios enfrentados pela formação médica em espiritualidade no Brasil e existem diferenças entre professores e alunos em relação a essa questão.

No estudo multicêntrico envolvendo 12 escolas médicas brasileiras (SBROME), Lucchetti et al. (2013) examinaram as atitudes, crenças e experiências de 3.630 estudantes de medicina, em relação à E/R em sua formação de graduação e em suas práticas clínicas, mostrando que os dados sociodemográficos, como a idade, o gênero e o rendimento, tiveram pouca influência nas opiniões dos estudantes. Por outro lado, características das escolas

médicas e aspectos religiosos (filiação religiosa, frequência religiosa, religiosidade não organizacional e religiosidade intrínseca) estavam altamente correlacionados com suas opiniões. Em geral, os estudantes com opiniões mais favoráveis sobre questões éticas controversas eram menos religiosos e provenientes de universidades não tradicionais, urbanas, públicas e maiores. A maioria dos estudantes acreditava que a espiritualidade tinha impacto na saúde dos pacientes (71,0%) e que esse impacto foi positivo (68,0%). A maioria também quis abordar a E/R na sua prática clínica (58,0%) considerando relevante (75,0%), embora quase metade (49,0%) se sentisse despreparada para o fazer. Quanto à formação, a maioria dos estudantes relatou nunca ter participado de atividade de “espiritualidade e saúde” (81%) e que seus instrutores nunca ou raramente abordaram esse assunto (78,0%). A maioria também acreditava que deveria estar preparado para abordar questões espirituais relacionadas à saúde de seus pacientes (62,0%) e que esse conteúdo deveria ser incluído no currículo médico (63,0%). Concluíram que existe uma lacuna entre as atitudes e expectativas dos estudantes de medicina sobre a inclusão da E/R na sua formação e prática clínica. Muitos estudantes brasileiros sentiram que os pacientes deveriam ter suas crenças abordadas e que essas crenças poderiam ter um impacto importante nos resultados médicos e na relação médico-paciente. Os autores chamaram a atenção para a necessidade de uma discussão mais ampla sobre a inserção da E/R no currículo médico.

Em um ensaio clínico randomizado, Osório et al. (2017) avaliaram se uma intervenção no ensino de E/S promove desenvolvimento de competências em 49 estudantes da área da saúde (Medicina, Enfermagem, Fisioterapia e Psicologia). Os alunos foram randomizados em dois grupos: intervenção (n = 25, curso teórico-prático de E/S) e controle (n = 24, lista de espera). Foram avaliados os conhecimentos, atitudes e habilidades de E/S dos alunos (por meio de um paciente simulado). Os alunos do grupo intervenção obtiveram pontuações mais altas nos testes de conhecimento, sentiram-se mais confortáveis e preparados para falar sobre crenças E/R com os pacientes, reconheceram mais prontamente a importância dos capelães hospitalares e defenderam com mais frequência a opinião de que abordar a espiritualidade é importante. Além disso, foi identificada uma quebra das barreiras para a E/S. Os estudantes também demonstraram maior habilidade na obtenção da história espiritual do paciente quando comparados ao grupo controle. Concluíram que uma intervenção educativa em E/S pode estar associada a algumas diferenças como melhores conhecimentos, atitudes, maior conforto com o tema, redução de barreiras, maior busca por conhecimento e maior habilidade na obtenção de uma história espiritual quando em comparação com alunos que não foram expostos ao tema.

Em uma investigação observacional, transversal e multicêntrica realizada entre 2010 e 2011 no Brasil e em 2016 em Portugal, Cordero et al. (2018) analisaram as percepções e posturas de estudantes de Enfermagem acerca da conexão entre E/R e a capacidade desses alunos de discutir tais temas com os pacientes durante sua formação acadêmica. A amostra foi composta por 260 estudantes dos terceiro e quarto anos, sendo 139 de Portugal e 121 do Brasil, oriundos de quatro IES. As crenças religiosas foram medidas por meio da DUREL, enquanto atitudes e opiniões sobre espiritualidade e saúde foram avaliadas com o questionário desenvolvido por Curlin, o *Religion and Spirituality in Medicine, Perspectives of Physician* (RSMPP, Religião e Espiritualidade na Medicina, Perspectivas do Médico), que avalia dois tipos de opiniões dos alunos. Os resultados indicaram diferenças significativas nas posturas dos estudantes brasileiros em comparação aos portugueses, apesar de ambos compartilharem o mesmo idioma, apresentando distintos programas formativos em Enfermagem e variações demográficas. Os alunos brasileiros mostraram-se mais religiosos e expressaram convicções mais robustas sobre a relevância da espiritualidade na prática clínica que seus pares portugueses. Entretanto, ambos os grupos reconheceram a importância de estarem capacitados para tratar questões de E/R com os pacientes, além de defendê-las como componentes essenciais do currículo acadêmico, embora se sentissem inadequadamente preparados para discutir aspectos espirituais. No que diz respeito às dimensões religiosas, os estudantes brasileiros revelaram níveis significativamente mais altos de religiosidade em todas as categorias (intrínseca, organizacional e não organizacional) quando comparados aos portugueses. Os alunos do Brasil apresentavam uma concepção mais ligada à religiosidade quando se referiam à espiritualidade; tendiam a afirmar que esta última exercia uma influência mais intensa e positiva sobre a saúde dos pacientes. Apesar da maioria ter realizado perguntas sobre a religião dos atendidos, tanto os estudantes brasileiros quanto os portugueses relataram sentir-se despreparados para abordar questões espirituais. As barreiras predominantes enfrentadas na discussão desses temas incluíram a "preocupação em impor crenças religiosas", comum aos dois países, seguida pela falta de tempo e treinamento insuficiente no Brasil; enquanto em Portugal foram citados o "conhecimento inadequado" e a "preocupação em ofender pacientes". As intervenções espirituais frequentemente mencionadas pelos alunos abarcaram oração e leitura de textos religiosos; além disso, no contexto português destacava-se também a imposição das mãos. Os participantes concordaram que necessitavam ser melhor preparados para lidar com assuntos relacionados à E/R ao longo da formação acadêmica, advogando que essas temáticas deveriam fazer parte integrante do currículo. O autores concluíram que, apesar das distintas opiniões e atitudes entre estudantes brasileiros e

portugueses em relação à E/R, há uma urgência por um maior treinamento religioso e espiritual na educação superior para superar as barreiras encontradas durante o exercício profissional na área clínica. Comparações transculturais favorecem o desenvolvimento estratégico educacional bem como a identificação das competências concernentes à E/R necessárias à formação dos futuros profissionais da Enfermagem, estimulando debates pertinentes neste campo além da construção de um currículo internacionalmente sensível às questões abordadas.

Cordero et al. (2019), em uma pesquisa transversal conduzida na Escola de Enfermagem, Fisioterapia e Podologia da Universidade de Sevilha, na Espanha, analisaram as percepções, saberes e atitudes relacionadas à E/R e saúde entre 75 estudantes de mestrado. Foram coletados dados sociodemográficos, crenças em E/R dos alunos por meio do DUREL, além de opiniões dos participantes utilizando o instrumento RSMPP de Curlin. Com relação aos aspectos religiosos, constataram que a maioria dos alunos não possuía afiliação e apresentava níveis reduzidos de atividades e crenças religiosas. A maior parte dos estudantes demonstrou baixa atividade religiosa e concordou que a E/R poderia exercer uma influência significativa sobre a interação entre profissionais de saúde e pacientes. Contudo, expressaram sensação de inadequação ao tratar desse tema e consideraram que as instituições universitárias não estavam provendo informações suficientes acerca desse assunto. As principais barreiras citadas para a abordagem da E/R incluíram falta de tempo e receio de ofender os pacientes. Os tratamentos espirituais mais frequentemente mencionados foram oração e imposição de mãos. Estudantes da área de Enfermagem mostraram uma tendência maior em reconhecer a influência da E/R na saúde dos pacientes, assim como uma adequação maior em discutir tais questões quando comparados aos alunos de outras áreas. Alunos oriundos de famílias com alta renda também tendiam a acreditar mais no impacto da E/R sobre a saúde dos pacientes. Outras variáveis, como crenças religiosas, não se mostraram associadas às práticas e opiniões dos estudantes. Concluíram que os estudantes espanhóis de pós-graduação consideram necessário estar preparados para tratar questões relacionadas à E/R na prática clínica, recomendando que esse tema seja incluído em seus currículos educacionais. A introdução desse conteúdo poderia potencialmente aumentar a sensibilidade espiritual dos profissionais da saúde, aprimorando o cuidado holístico oferecido aos pacientes.

Esperandio et al. (2021), em estudo quantitativo, descritivo e transversal, avaliaram as crenças, opiniões e experiências de estudantes de medicina de uma universidade privada católica no Sul do Brasil, em relação à espiritualidade na prática médica. A amostra foi constituída de 323 estudantes de graduação, dos quais 162 estavam nos dois primeiros anos e

161 nos dois anos finais do curso. Foi aplicado um questionário validado composto por 58 questões. Embora a dimensão espiritual tenha sido reconhecida como importante para o cuidado ao paciente, 95,0% dos estudantes não estavam familiarizados com questões E/R. Os alunos avançados relataram que não receberam formação adequada nesta área. Concluíram que esse tema deve constar no currículo médico, preferencialmente nos primeiros anos do curso.

Em recente estudo descritivo transversal por meio da aplicação de questionário (DUREL), Banin et al. (2024) descreveram o perfil das concepções, dificuldades, demandas e conhecimentos de estudantes do curso de medicina e aos médicos de uma escola médica pública brasileira, sobre questões que envolvem medicina e espiritualidade. Foram avaliados 234 participantes, 169 alunos e 65 médicos, dos quais 66,0% eram do sexo feminino. Quanto à faixa etária, 21,0% tinham de 17 a vinte anos e 79,0%, 21 anos ou mais. No que concerne à espiritualidade, 69,0% dos estudantes e 85,0% dos médicos disseram acreditar em Deus ou em alguma “força superior”. Além disso, 70,0% dos estudantes e 83,0% dos médicos acreditavam que o ser humano é formado da união de um corpo e uma alma/um espírito. A religiosidade organizacional e a espiritualidade foram evidentes de maneira mais proeminente entre os médicos comparados aos estudantes. Na escala de DUREL, observaram um aumento de 14,0% na espiritualidade das participantes do sexo feminino. Adicionalmente, verificaram um incremento de 25,0% no nível de espiritualidade dos médicos em relação aos estudantes. No que diz respeito à prática médica e à formação recebida nas instituições de ensino, constataram que 86,0% dos alunos e 80,0% dos médicos consideraram que a formação universitária atual é insatisfatória para uma abordagem adequada do tema com os pacientes. Contudo, 86,0% dos alunos e 69,0% dos médicos afirmaram já ter abordado essa questão com seus pacientes. Entre os participantes que expressaram não se sentir preparados para abordar sobre o assunto com os pacientes, os motivos indicados incluíram: receio de impor perspectivas religiosas aos pacientes, carência de treinamento e falta de conhecimento apropriado. Concluíram que estudantes de medicina consideraram importante ponderar os aspectos espirituais dos pacientes com uma abordagem ecumênica e respeitosa. No entanto, julgaram que não estavam suficientemente preparados para esta abordagem.

## 2.6 ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NA ODONTOLOGIA

Os estudantes de odontologia geralmente enfrentam inúmeros estresses, incluindo a admissão na faculdade, treinamento competitivo para desenvolver habilidades clínicas, lidar

com sentimentos inatos relacionados em relação médico-paciente, alta pressão no trabalho, estresse em exames, tempo livre limitado e estresse resultante do cumprimento de requisitos clínicos. Essas fontes de estresse podem levar a problemas de saúde, esgotamento e desenvolvimento de hábitos indesejáveis. Assim, eles precisam ser capazes de lidar com o estresse (Dhama et al., 2017; Hatami; Shekarchizadeh, 2022). A saúde espiritual aumenta as habilidades de enfrentamento do indivíduo, podendo ajudar os estudantes de odontologia, como futuros prestadores de cuidados de saúde, a superar situações críticas (Dhama et al., 2017). Além da inteligência, que é mais dada por Deus, as crenças religiosas afetam aproximadamente todos os outros fatores e, como esses fatores têm um impacto direto no desempenho acadêmico, espera-se que a religiosidade também afete o desempenho acadêmico. Por outro lado, parece que indivíduos religiosos e não religiosos sofrem pressões mentais semelhantes; no entanto, os indivíduos religiosos lidam com os acontecimentos negativos da vida e com as pressões psicologicamente exigentes de forma mais adequada (Sarchami; Rajaei; Aalaei, 2020).

Em estudo retrospectivo transversal, Zini, Sgan-Cohen e Marcenes (2012) avaliaram se os comportamentos relacionados à saúde bucal, a espiritualidade e o apoio social estão incluídos nos possíveis caminhos que explicam a associação entre religiosidade e periodontite. A técnica de amostragem aleatória estratificada foi limitada à população judaica de Jerusalém. Adotaram a modelagem conceitual hierárquica de análise de dados, assumindo que a posição socioeconômica era o determinante mais distal, a idade e o gênero eram confundidores, e o apoio social, a espiritualidade e os comportamentos de saúde bucal eram mediadores na relação entre periodontite e religiosidade. A taxa de resposta foi de 88,0%. A amostra final incluiu 123 homens e 125 mulheres. A média de idade foi de  $38,6 \pm 3,25$  anos, com 34,0% declarados “ortodoxos”, 33,0% “religiosos” e 33% “seculares”. Níveis mais elevados de religiosidade, apoio à vida interna através da espiritualidade, maior apoio social familiar e baixos níveis de placa bacteriana foram relacionados a níveis mais baixos de periodontite. A religiosidade levou a maior apoio social familiar e apoio à vida interna por meio da espiritualidade, que esteve relacionada ao nível de placa bacteriana e à periodontite. Concluíram que religiosidade teve efeito protetor contra a periodontite por vias extrínsecas e intrínsecas. Isso deve ser considerado como parte da etiologia e do prognóstico, na potencial prevenção e tratamento da periodontite.

Güngörmüş e Güngörmüş (2017) avaliaram o efeito da crença religiosa na seleção de diferentes tipos de enxertos utilizados em cirurgia maxilofacial de 203 participantes da Universidade de Gaziantep na Turquia. Os dados foram coletados por meio de questionário

sobre características sociodemográficas e diferentes tipos de enxerto e da *Religious Fundamentalism Scale Revised* (RFS-R, Escala Revisada de Fundamentalismo Religioso) para níveis de crença religiosa dos participantes. O objetivo do estudo e as origens dos diferentes tipos de enxerto foram explicados aos participantes e registradas suas opiniões sobre a aceitação ou rejeição de cada tipo. Os enxertos mais preferidos foram os enxertos autólogos (89,0%), seguidos pelos enxertos aloplásticos (65,0%), xenoenxertos de origem bovina (60,0%), aloenxertos (53,0%) e xenoenxertos de origem suína (7,0%). Um total de 159 participantes (85,0%) rejeitaram os xenoenxertos derivados de suínos por razões religiosas, e houve uma diferença estatística nos níveis de crença religiosa entre os participantes que aceitaram e aqueles que rejeitaram os xenoenxertos derivados de suínos. Concluíram que os enxertos autógenos foram os mais preferidos e os xenoenxertos derivados de suínos os menos preferidos. Os xenoenxertos derivados de suínos foram recusados especificamente por razões religiosas, a crença religiosa e as restrições alimentares afetaram a seleção do enxerto.

Soares et al. (2020), em estudo transversal, exploraram os fatores clínicos, características individuais e fatores ambientais (*coping* religioso/espiritual [RSC], senso de coerência [SOC] e *status* socioeconômico) relacionados ao estado bucal e impacto na *Oral Health Related Quality Of Life* (OHRQoL, qualidade de vida relacionada à saúde bucal) de crianças/adolescentes (C/A) até 15 anos e seus cuidadores. Número de dentes cariados (NDT) e perdidos (NMT); história de traumatismo dentário; foram avaliados o RSC e o SOC do cuidador, os fatores socioeconômicos e a OHRQoL. O modelo teórico explorando os efeitos diretos e indiretos foi testado por meio de análise de equações estruturais. Para o grupo mais jovem (0-6 anos), ter mais NDT ou mais NMT teve um impacto maior na OHRQoL. No grupo mais velho (7-15 anos), um SOC mais elevado teve uma relação inversa com o impacto na OHRQoL familiar. Quanto maior a idade de C/A menor o NDT, e quanto maior a renda familiar menor a necessidade de benefício social. Foram observadas relações indiretas entre escolaridade com benefício social e OHRQoL no grupo mais jovem. A renda familiar influenciou indiretamente a OHRQoL no grupo mais velho. Concluíram que a OHRQoL foi afetada direta e indiretamente pelas características ambientais, pelo estado bucal e pela idade dos pacientes.

Com base no conhecimento ainda incipiente acerca da relação entre religiosidade e saúde bucal, Moszka et al. (2023) conduziram uma análise da associação entre a afiliação religiosa e a OHRQoL. Foram empregados dados provenientes de uma pesquisa representativa da população adulta na Alemanha. A amostra contemplou 3.075 indivíduos com idades variando entre 18 e setenta anos, todos residentes no país europeu. O OHRQoL

foi mensurado por meio do *Oral Health Impact Profile* (OHIP-G5, Perfil de Impacto na Saúde Oral). A média etária dos participantes totalizou  $44,5 \pm 14,8$  anos, com 51,1% do sexo feminino. Observaram que indivíduos sem afiliação religiosa apresentaram uma pontuação média de OHRQoL de  $2,0 \pm 3,1$ ; aqueles associados ao cristianismo obtiveram uma pontuação média de  $2,2 \pm 3,4$ ; os pertencentes ao islamismo de  $4,7 \pm 5,3$ ; e os vinculados a outras religiões apresentaram uma média de OHRQoL de  $3,9 \pm 4,5$ . Em comparação com os que não tinham afiliação religiosa, os indivíduos cristãos mostraram resultados mais elevados nas medições do OHIP-G5. Adicionalmente, também constataram que os muçulmanos possuíam pontuações OHIP-G5 superiores quando comparados aos sem afiliação religiosa, assim como aqueles com outras crenças religiosas. Considerando as quatro categorias avaliadas (função oral, dor orofacial, aparência e impacto psicossocial), foram observados resultados consistentes em termos significativos. No entanto, tanto a significância quanto o tamanho do efeito demonstraram manter-se bastante semelhantes na correlação entre religiosidade e os desfechos avaliados. Concluíram que existe uma associação entre a afiliação religiosa e o OHRQoL. Indivíduos ligados a denominações religiosas específicas (como cristianismo e islamismo) apresentaram um OHRQoL inferior em comparação àqueles sem vínculos religiosos. Portanto, é necessário direcionar atenção especial para essas populações com determinadas afiliações religiosas para mitigar a baixa qualidade nesse aspecto da saúde bucal. Contudo, dado à heterogeneidade presente nos grupos religiosos e à dificuldade em medir e operacionalizar o conceito de "religião", é imprescindível considerar aspectos adicionais relacionados à religiosidade. Em linhas gerais, destacaram a necessidade urgente de mais investigações sobre saúde associada à religiosidade. Um enfoque culturalmente sensível na promoção da saúde bucal deve integrar as dimensões religiosas dos comportamentos voltados à saúde.

## 2.7 INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS ESPIRITUAIS/RELIGIOSAS EM GRADUANDOS E PROFISSIONAIS DA ODONTOLOGIA

Em estudo transversal baseado em questionário realizado entre estudantes de graduação e pós-graduação de uma faculdade privada de Odontologia em Modinagar, Uttar Pradesh (Índia), Dhama et al. (2017) avaliaram o estado de saúde espiritual usando a *Spiritual Health Assessment Scale* (SHAS, Escala de Avaliação de Saúde Espiritual) e as habilidades de enfrentamento usando a escala *Adolescent Coping Orientation for Problem Experiences*

(ACOPE, Orientação de Enfrentamento para Adolescentes em Experiências Problemáticas) entre 389 estudantes de diferentes anos acadêmicos. A média de idade dos participantes foi de  $22,8 \pm 3,17$  anos. A maioria apresentou escore de saúde espiritual razoável (74,0%). Na dimensão estratégias de enfrentamento, o maior escore médio foi observado na busca de diversão ( $3,60 \pm 1,40$ ) e o menor escore médio no envolvimento em atividades exigentes ( $2,67 \pm 1,41$ ). Observaram associação estatisticamente significativa entre a dimensão do comportamento de enfrentamento e a saúde espiritual. Concluíram que a saúde espiritual desempenha um papel central e influencia as estratégias de enfrentamento na saúde humana. A saúde espiritual pode compensar continuamente o bem-estar mental, físico e social dos estudantes de Odontologia.

Em estudo correlacional, transversal e descritivo, Sarchami, Rajaei e Aalaei (2020) investigaram a relação entre crenças religiosas e desempenho acadêmico de 81 estudantes (31 homens e 50 mulheres) da Faculdade de Odontologia da Universidade de Ciências Médicas de Qazvin (Irã). As ferramentas de coleta de dados foram três questionários (questionário de *Gluck-Stark*, dois questionários construídos por pesquisadores sobre “simpatia e responsabilidade pelos pacientes” e o questionário de “autossatisfação”). O sucesso escolar foi determinado pela avaliação das notas médias dos alunos e pela autoavaliação dos mesmos por meio de um questionário sobre a satisfação com seu próprio desempenho. A eficiência foi avaliada com o uso do questionário elaborado pelo pesquisador sobre a responsabilidade do aluno pelos pacientes, e as crenças religiosas foram avaliadas pelo questionário de *Gluck-Stark*, que consiste em cinco aspectos, incluindo crença, emoção, resultado, ritos e dimensões de pensamento (Serajzadeh; Javaheri; Khajeh, 2013). O questionário foi composto por 26 questões sobre diferentes aspectos. O quinto aspecto (pensamento) foi removido por causa do ensino religioso em diferentes níveis educacionais no Irã. A maioria dos estudantes tinha crenças religiosas moderadas (86,4%). Observaram que houve uma relação significativa, positiva e direta entre “crenças religiosas” e notas médias gerais ou simpatia e responsabilidade pelos pacientes. No entanto, não encontraram correlação significativa entre autossatisfação e crenças religiosas. Concluíram que as crenças religiosas dos estudantes estavam em nível moderado. Por outro lado, esta variável teve relação direta com o desempenho acadêmico e a responsabilidade. As notas médias gerais e o sentimento de responsabilidade dos alunos foram significativamente correlacionados com as crenças religiosas. Portanto, considerando esse achado e o nível moderado de crenças religiosas, é

necessário melhorar as crenças religiosas nas universidades, incorporando programas nos currículos educacionais.

Em estudo transversal, utilizando um método de amostragem estratificada, Hatami e Shekarchizadeh (2022) investigaram o nível da saúde espiritual, resiliência e felicidade entre 150 de estudantes de odontologia da universidade Islâmica Azad de Isfahan. Além disso, avaliaram a relação entre estas três variáveis e examinaram o efeito da saúde espiritual na resiliência e na felicidade dos alunos, bem como o papel mediador da resiliência entre as outras duas variáveis. Um total de 150 estudantes voluntários em diferentes anos acadêmicos preencheram a versão persa da *Spiritual Well-Being Scale* (SWBS), a versão persa da Escala de Resiliência Connor-Davidson e o Inventário de Felicidade Isfahan-Fordyce. A média de idade foi de  $23,43 \pm 3,11$  anos e 56% eram mulheres. A pontuação média de saúde espiritual, resiliência e felicidade foi  $89,27 \pm 16,69$ ,  $90,19 \pm 15,03$  e  $295,17 \pm 65,82$ , respectivamente. A saúde espiritual da grande maioria dos estudantes foi média alta ou alta (87,3%), a maioria deles apresentava alto nível de resiliência (69,3%) e 55,3% relataram nível médio de felicidade. A saúde espiritual esteve diretamente associada à felicidade e à resiliência. A resiliência atuou como variável intermediária entre saúde espiritual e felicidade. Concluíram que a saúde espiritual foi associada ao aumento da felicidade, e essa relação foi mediada pela resiliência. Assim, recomendaram abordar a questão da saúde espiritual aos alunos com pontuações mais baixas, a fim de aumentar a sua resiliência e o seu nível de felicidade.

No âmbito de um estudo transversal conduzido com professores e estudantes do curso de odontologia em 410 IES do Brasil, Souza e Yarid (2022) conseguiram reunir uma amostra final composta por 390 questionários aplicados a docentes e discentes entre maio e junho de 2020. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram o questionário do SBAME (Lucchetti et al., 2013) e a *Spirituality Self Rating Scale* (SSRS) (Gonçalves; Pillon, 2009), os quais têm por finalidade avaliar diferentes aspectos da espiritualidade no indivíduo. A SSRS apresenta uma faixa de pontuação que varia de “6” a “30” pontos, onde valores maiores indicam níveis mais elevados de espiritualidade. Para a análise dos dados, a SRSS foi categorizada em “baixa” e “alta” espiritualidade com base na mediana estabelecida em 24 pontos. Foram considerados 390 participantes, apresentando uma média etária de  $33 \pm 13$  anos, predominando alunos (54,9%) e o sexo feminino (63,6%). No que tange à espiritualidade, a classificação como “baixa” espiritualidade destacou-se como a mais comum (53,3%), apresentando significância estatística nas categorias referentes aos alunos (60,1%) e ao sexo feminino (55,8%). Em relação às características acadêmicas das IES, constataram que a maioria era pública (55,1%), abrangendo tanto instituições estaduais como federais, sendo

predominantes na região Nordeste do Brasil (72,8%). Quando indagados sobre se os “docentes já abordaram temas relativos à espiritualidade nas atividades curriculares”, 82,1% afirmaram que “nunca” ou “raramente”. Ao serem questionados se “a formação universitária oferece informação suficiente para que os acadêmicos abordem a espiritualidade com os pacientes?”, 78,5% responderam que “um pouco” ou “nem um pouco”. Além disso, quando perguntados se acreditavam que pautas relacionadas à saúde e à espiritualidade deveriam ser incorporadas nos currículos de Odontologia, 81,5% afirmaram ser favoráveis à inclusão desse tema. Concluíram que apesar da necessidade reconhecida de tratar esse assunto na formação acadêmica para preparar adequadamente o profissional para enfrentar essas questões em sua prática cotidiana, a abordagem da temática da espiritualidade nos cursos de graduação em Odontologia é escassa ou ocorre apenas de maneira incipiente. Adicionalmente, observaram uma maior expressão de espiritualidade entre os docentes e as mulheres participantes do estudo.

No estudo transversal realizado entre maio e junho de 2020 com estudantes de Odontologia de IES no estado da Bahia, Souza et al. (2023) investigaram a relação entre E/R. Para a mensuração do envolvimento religioso aplicaram o DUREL, enquanto que para a avaliação da espiritualidade utilizaram a SSRS. Participaram da pesquisa 266 acadêmicos, cuja média de idade era de  $32 \pm 11,9$  anos, predominantemente mulheres (62,4%), e abrangendo aqueles que estavam no sexto ao décimo semestre do curso (41,0%). Em relação à religiosidade, mensurada por meio do DUREL, observaram valores médios de  $3,80 \pm 1,15$  para a dimensão organizacional;  $4,10 \pm 1,61$  para a dimensão não organizacional; e  $3,72 \pm 1,29$  para a religiosidade intrínseca. A média do nível de espiritualidade avaliada pelo SRSS foi de  $23,63 \pm 5,14$ . As correlações obtidas foram classificadas como fracas na religiosidade organizacional ( $r = 0,406$ ), moderadas na dimensão não organizacional ( $r = 0,589$ ) e fortes na religiosidade intrínseca ( $r = 0,677$ ). No modelo multivariado, as dimensões não organizacional e religiosidade intrínseca demonstraram ser preditoras significativas da espiritualidade; assim sendo, o aumento da primeira resultou em um consequente incremento na espiritualidade. Concluíram que existiu uma correlação positiva entre as dimensões não organizacional e intrínseca da religiosidade. Contudo, enfatizaram que apesar das distinções entre ambos os conceitos teóricos são interdependentes; portanto uma melhoria em um deles impacta favoravelmente no outro.

Considerando a relevância da espiritualidade, Anjum et al. (2024) realizaram uma investigação transversal utilizando questionários para explorar a relação entre a propensão à

violência e a resiliência pessoal em um total de 221 estudantes de Odontologia de uma instituição pública em Jammu e Caxemira, na Índia. A coleta de dados foi efetuada por meio da Escala de Orientação Espiritual, do Questionário de Agressão de Buss e Perry e da Escala de Resiliência de Connor-Davidson. Observaram uma associação significativa e positiva entre resiliência e espiritualidade. Encontraram uma correlação inversa estatisticamente significativa entre agressividade e resiliência, enquanto não houve evidências de uma correlação entre agressão e espiritualidade. Identificaram efeitos diretos da agressão sobre a espiritualidade, da agressividade sobre a resiliência e da espiritualidade sobre a resiliência. Observaram uma correlação indireta significativa entre agressividade e resiliência, com a espiritualidade atuando como mediadora dessa relação. Concluíram que a espiritualidade pode contribuir para o aumento da resiliência dos alunos como indivíduos e pode desempenhar um papel intermediário valioso na relação entre agressividade e resiliência. Tanto a espiritualidade quanto a resiliência individual demonstraram ter um impacto negativo significativo na disposição à violência. Dessa forma, as instituições educacionais deveriam implementar estratégias que incentivem o desenvolvimento da espiritualidade e da resiliência pessoal para mitigar comportamentos agressivos. Tais iniciativas também podem ser benéficas para as instituições na prevenção e resposta imediata às questões sociais enfrentadas.

Embora a relação entre espiritualidade e seus efeitos benéficos no tratamento de pacientes que tenha recebido atenção na área da Odontologia, a espiritualidade ainda não é completamente explorada ou incentivada em pesquisas e na prática clínica. As disciplinas curriculares da graduação se concentram, em grande medida, nos aspectos biológicos, técnicos e individualistas, além de apresentarem uma abordagem mecanicista e voltada para a doença, ao invés de priorizarem a saúde (Sousa et al., 2019). Esse cenário evidencia a necessidade de incluir discussões sobre o tema no currículo acadêmico, visando que esses valores sejam integrados a uma abordagem mais holística do paciente (Oliveira et al., 2020).

Existem condições favoráveis e urgentes para a ampliação do desenvolvimento de projetos que abordem o tema da E/S, tanto na formação de graduação quanto na pós-graduação. Essa abordagem inclui a promoção de grupos de reflexão com o objetivo de estimular um debate mais amplo sobre a elaboração de programas que integrem a espiritualidade como componente essencial para uma assistência mais humanizada na área da saúde, configurando-se como um desafio que apresenta um horizonte promissor (Oliveira, 2017). Visando suprir essa deficiência, na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, foi implementado o projeto “Espiritualidade e Odontologia: um atendimento mais

humanizado”, promovendo uma abordagem educacional que integra a espiritualidade com o objetivo de proporcionar um tratamento integral e mais humanizado aos pacientes no âmbito da Odontologia (Cruz; Pinto; Sousa, 2020).

## 2.8 ESTUDOS RELACIONADOS À COOPERAÇÃO NERSH

A partir de uma ampla investigação nacional envolvendo 1.144 médicos americanos em 2002, utilizando o questionário RSMPP (Curlin et al., 2005), pesquisadores de diversas partes do mundo estabeleceram a NERSH.org, “Rede de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde”. Nos anos de 2009 a 2016, o questionário original passou por um processo de evolução para dar origem ao Questionário NERSH, com equipes de pesquisa internacionalmente atuantes reunindo amostras locais adicionais (Al-Yousefi, 2012; Lee; Baumann, 2013; Lee; Zahn; Baumann, 2011, 2014; Lucchetti et al., 2016; Ramakrishnan et al., 2015; Schouten, 2016; Tomasso; Beltrame; Lucchetti, 2011).

Até o momento, apenas foram analisadas amostras provenientes da Indonésia e da Índia (Ramakrishnan et al., 2015), além de comparações envolvendo dados do Brasil, da Indonésia e da Índia (Lucchetti et al., 2016). Conforme apurado por Ramakrishnan et al. (2015), houve identificação de uma influência bidirecional entre a religiosidade e as experiências clínicas, o que reforça a necessidade de condução de estudos adicionais voltados para comparações interculturais. Por sua vez, Lucchetti et al. (2016) realizaram a comparação de informações demográficas, englobando a afiliação religiosa, e elaboraram cinco subescalas diretamente fundamentadas nas baterias de questões apresentadas na pesquisa. A ausência de testes que verifiquem a unidimensionalidade limita a validade das medidas propostas. No estudo realizado por Lucchetti et al. (2016), foram observadas divergências nas atitudes relacionadas à espiritualidade e à religiosidade nos três países analisados, com uma argumentação de que fatores como etnia e cultura têm um papel moderador significativo neste contexto.

Hvidt et al. (2016) conduziram uma investigação de citações no *Web of Science*, bem como uma análise sistemática da literatura em plataformas como MedLine, Embase, PsycInfo, *Web of Science* e *Google Scholar*. A pesquisa focou nas abordagens RSMPP ou NERSH, resultando em 316 e 1.572 registros, respectivamente. Além disso, foram identificadas duas amostras complementares (Al-Yousefi, 2012; Tomasso; Beltrame; Lucchetti, 2011), cujos autores foram convidados a participar da colaboração NERSH, recebendo concordância por parte dos pesquisadores. As amostras foram coletadas em diversos contextos que variaram

desde estudos realizados em instituições únicas (Arábia Saudita, enfermeiros e professores brasileiros, médicos brasileiros; Indonésia, Congo, Alemanha, München Transplantation e Áustria), até investigações em múltiplas instalações (Índia) e pesquisas de caráter regional ou nacional (Dinamarca, Nova Zelândia e várias localidades na Alemanha, perinatal de Munique, turcos em Munique e Freiburg, além dos EUA). O conjunto de dados foi composto por informações provenientes de 11 estudos conduzidos por grupos de pesquisa oriundos de nove países distribuídos por seis continentes, abrangendo mais de seis mil profissionais da saúde. Alguns pesquisadores locais aplicaram apenas uma fração do questionário original enquanto outros introduziram questões adicionais em suas investigações. Os dados foram majoritariamente obtidos por meio de questionários tradicionais autoaplicáveis, exceto no caso do estudo brasileiro com médicos que utilizou entrevistas presenciais. A análise comparativa dos dados entre os grupos revelou significativas divergências nos valores religiosos e éticos entre diferentes nações e culturas, implicando que tais valores influenciam as práticas clínicas dos profissionais da saúde.

Em uma investigação sistemática da literatura, por meio de uma meta-análise de dados individuais de participantes (IPDMA) fundamentada em dois questionários previamente selecionados, Kørup et al. (2019) examinaram hipóteses estabelecidas sobre como os valores religiosos dos médicos impactam a prática clínica. Após a exclusão de amostras, dez conjuntos de dados provenientes de sete países foram mantidos ( $n = 3.342$ ). A IPDMA foi executada utilizando um modelo de efeitos aleatórios com duas métricas: média da escala “Religiosidade dos Profissionais de Saúde” e valor dicotomizado referente à questão “Minhas crenças religiosas influenciam minha prática médica”. Adicionalmente, foi realizada uma análise de sensibilidade por meio da implementação de modelos mistos que controlaram variáveis confundidoras. Observaram que a pontuação média de religiosidade (IC de 95%) foi significativamente inferior no subgrupo europeu em comparação com as amostras asiáticas da Índia (IC: 10,46; 9,82-10,21) e da Indonésia (IC: 12,52; 12,19-12,84), enquanto o Brasil (IC: 9,76; 9,54-9,99) e os EUA (IC: 10,02; 9,82-10,21) apresentaram resultados intermediários. A proporção de médicos europeus que concordaram com a afirmação “Minhas crenças religiosas influenciam minha prática médica” foi registrada em IC:42; (26-59,0), comparativamente ao Brasil (IC:36; 29-43), EUA (IC:57,0; 54-60), Índia (IC:58,0; 52-63,0) e Indonésia (IC:91,0; 84-95,0). Concluíram que, apesar das significativas variações transculturais nas amostras analisadas, cerca de 50,0% dos médicos relataram sentir-se influenciados por suas crenças religiosas. A religiosidade e a influência das crenças religiosas mostraram-se mais acentuadas na Índia e na Indonésia, assim como em um hospital religioso localizado na Europa. Assim

sendo, é essencial que os currículos educacionais para os atuais e futuros médicos incluam “a religiosidade e influência das crenças religiosas na prática clínica” e propiciem aprendizados sobre como seus valores pessoais podem afetar sua prática clínica.

Conforme exposto por Kørup et al. (2021b), observa-se um aumento contínuo no número de investigações que se concentram nos valores dos profissionais de saúde. Globalmente, esses indivíduos enfrentam desafios semelhantes diante das perspectivas existenciais e espirituais expressas pelos pacientes. A maneira como os profissionais de saúde abordam essas opiniões e o nível de sua incorporação nas consultas variam entre diferentes contextos culturais. Assim, constataram que é fundamental que os pesquisadores da área compartilhem experiências e desenvolvam novos conhecimentos a partir dos achados obtidos em suas localidades. Conforme descrito anteriormente, para suprir essa necessidade, foi estabelecida em 2015 a colaboração internacional NERSH e um dos projetos principais dessa rede consiste em criar um extenso conjunto de dados internacional sobre as atitudes dos profissionais de saúde em relação à E/R. Este banco de dados (*Data Pool*) abrange respostas de mais de seis mil profissionais de saúde originários de 17 pesquisas realizadas em 12 países distintos. Para tanto, os autores recolheram informações por meio do questionário RSMPP ou seu sucessor, o “Questionário NERSH”, além de descreverem a metodologia utilizada na construção do *pool* de dados. Também foi apresentada uma visão geral referente às cinco escalas disponíveis sobre E/R direcionadas aos profissionais da saúde, incluindo detalhes acerca da confiabilidade e dimensionalidade das mesmas. O conjunto de dados NERSH oferece aos pesquisadores a oportunidade de investigar os valores dos profissionais de saúde em relação à E/R em uma perspectiva internacional, algo que anteriormente não era viável em tal magnitude. A sincronização foi realizada de maneira sistemática, e *scripts* de conversão (*.do-files*), assim como uma visão geral das variáveis, estão disponíveis mediante solicitação ao autor principal e responsável pela correspondência. De forma semelhante, o acesso ao conjunto completo dos dados NERSH pode ser proporcionado por meio de solicitação. Todas as amostras foram obtidas com versões validadas do questionário RSMPP (subsequente denominado Questionário NERSH), empregando-se o questionário integral ou seus subconjuntos. O conjunto de dados abrange cinco subescalas que medem com confiabilidade as dimensões da religiosidade, incluindo a já reconhecida escala DUREL.

Visando facilitar comparações internacionais e transculturais mais efetivas das visões dos profissionais de saúde acerca da E/R, por meio da IPDMA, Kørup et al. (2021a) realizaram a atualização do banco de dados NERSH após a liberação da segunda versão do *Data Pool* da NERSH.org. Para atingir esse objetivo, foi conduzida uma revisão sistemática

da literatura, que incluiu uma investigação em redes e citações para identificar novos estudos. Os métodos empregados na atualização foram: 1) a maneira pela qual o agrupamento internacional de dados permite a aplicação de métodos de pesquisa considerados como padrão-ouro, como a IPDMA; 2) os resultados oriundos de uma rede recentemente revisada, assim como as citações e investigações que culminaram na terceira versão do NERSH *Data Pool*; 3) as características do conjunto de dados e estatísticas descritivas referentes aos dados demográficos coletados; 4) informações selecionadas sobre os médicos e enfermeiros incluídos no conjunto analisado, especialmente no que diz respeito às suas percepções sobre o impacto da E/R na saúde dos pacientes e ao nível de capacitação para tratar tal questão em medicina; e, finalmente, 5) recomendações para futuros projetos interculturais. Detectaram seis novas inquirições (n = 1.068), resultando em um conjunto total que abrangeu 7.323 observações, das quais 4.070 eram mulheres e 3.253 homens. A maioria dos médicos entrevistados (83,0%, n = 3.700) considerava que a E/R exercia “alguma” influência na saúde dos seus pacientes (IC: 95; 81,8-84,2). De maneira análoga, os enfermeiros (94,0%, n = 1.020) compartilharam dessa mesma convicção (IC: 95; 92,5-95,5). Dentre todas as amostras analisadas, apenas 649 médicos (IC:16,0; 14,9-17,1) relataram ter recebido formação formal em E/R; este número foi superior entre os enfermeiros com um total de 264 profissionais formados nessa área (IC: 23,0; 20,6-25,4). Concluíram que a análise preliminar sugere que os profissionais reconhecem a importância da E/R para a saúde do paciente; no entanto, existe uma carência de formação padronizada nesta temática. Consideraram o conjunto de dados apropriado como referência para futuras comparações interculturais empregando IPDMA.

## 2.9 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

A investigação deste tema é significativa para aprofundar a compreensão das polêmicas relacionadas à E/R e saúde, possibilitando a diferenciação entre verdades e mitos (Summerskill; Horton, 2015). Essa abordagem tem recebido destaque em âmbito internacional, sendo gradualmente integrada ao conceito e às práticas de saúde pública em relação aos princípios das políticas de saúde em diversas nações. Os fundamentos da E/R para a saúde têm obtido reconhecimento devido à sua função essencial. A correlação entre crenças ou comportamentos E/R e questões de saúde, que foi alvo de investigações em vários contextos, tem se ampliado ao longo das décadas (Ransome, 2020).

Na última década, houve um crescimento notável no foco direcionado à interação entre a E/R no âmbito da saúde pública (Idler et al., 2019; Long et al., 2019). Essa conexão

aborda a ligação com o suporte e destaca a importância de levar em conta não apenas os elementos de risco, mas também aqueles que desempenham um papel protetor (Summerskill; Horton, 2015; VanderWeele et al., 2020). Desta forma, a E/R é considerada um elemento-chave para obter uma compreensão mais profunda dos sistemas de saúde e doenças da população, exigindo maior consideração dos aspectos de saúde pública e epidemiológicos (Idler et al., 2019; Ransome, 2020).

Long et al. (2019) propuseram três razões para o desafio entre religião e saúde pública que são relevantes para ambientes acadêmicos: 1) aspectos controversos da religião; 2) ver a religião como um tema de natureza privada; 3) espaço acadêmico limitado alocado para disciplinas de E/R na formação em saúde pública. Perante estas barreiras, propõem quatro estratégias que acadêmicos, investigadores e profissionais de saúde pública podem adotar para se envolverem melhor com as práticas religiosas, a espiritualidade e os indivíduos de fé no contexto da investigação e da ação comunitária: i) promover a humildade acadêmica e intelectual; A relevância destas motivações pode variar dependendo do nível de envolvimento do profissional; ii) engajar-se com uma ampla gama de literatura; iii) cultivar relacionamentos com pessoas e comunidades de fé, e; iv) considerar os objetivos e propósitos das comunidades atendidas pelos serviços de saúde pública.

Gomide e Moreira-Almeida (2022) propuseram cenários de E/R e como a saúde pública pode explicar cientificamente sua relação com a saúde. Para tanto, avaliaram artigos brasileiros sobre E/R e saúde em seis periódicos clássicos da base SciELO por meio de métodos bibliométricos e meta-análises. Foram encontrados 7.843 artigos entre 1967 e 2019, dos quais 37 eram elegíveis, dos quais 17 abordavam saúde mental, incluindo religião e/ou espiritualidade. Em 26 estudos, os autores vieram de diversas áreas, com foco na psiquiatria. 11 artigos no total desenvolvidos por especialistas em saúde pública, quatro itens apontaram questões positivas no relacionamento e outros sete focaram na valorização de questões negativas, com acadêmicos de humanidades dominando a lista. Concluíram que há necessidade de promover pesquisas para desenvolver políticas e programas públicos de saúde mental, incluindo temas de E/R e bem-estar, que precisam receber maior atenção.

A Saúde Coletiva precisa ir além de meras suposições e ampliar suas análises. É crucial criar oportunidades em publicações científicas para que críticas relevantes possam ser expressas. Esta área deve se integrar ao cenário atual de outras disciplinas, envolvendo-se mais no contexto internacional, e explorar a relação entre educação/relação e saúde como uma estratégia para aliviar problemas de saúde, especialmente no que diz respeito à saúde mental, mesmo diante de estratégias de enfrentamento prejudiciais (Idler et al., 2019; Trudel-

Fitzgerald et al., 2019). A influência da espiritualidade pode ser examinada nas posturas que evidenciam uma visão mais completa (Alves; Seminotti, 2009; VanderWeele, 2017). Assim, a Saúde Coletiva, ao ser encarregada da criação de políticas públicas voltadas à saúde, deve incentivar a pesquisa e superar os desafios que persistem (Long et al., 2019).

Gomide e Moreira-Almeida (2022) destaca a relevância da Saúde Coletiva na educação, enfatizando a necessidade de estimular pesquisas científicas e investigações acadêmicas. O fortalecimento dessa relação entre educação e saúde é essencial para a promoção do bem-estar mental da população.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Investigar a percepção, atitudes e crenças dos estudantes de graduação de Odontologia da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora-MG (SUPREMA) em relação à utilização da religiosidade e da espiritualidade na prática clínica.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Avaliar as crenças religiosas e espirituais dos estudantes de graduação de Odontologia da SUPREMA;
- Investigar as atitudes positivas e/ou negativas frente à incorporação das crenças religiosas e espirituais dos estudantes da graduação da mesma instituição.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, em conformidade com a Resolução nº. 466/2012 e a Norma Operacional nº. 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora-MG (SUPREMA), com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº. 79808224.7.0000.5103, sendo aprovado sob parecer nº. 7.014.020, em 19 de agosto de 2024 (Anexo A).

Os participantes foram informados dos objetivos e conscientizados que o envolvimento no estudo seria voluntário e confidencial, e aqueles que concordaram em fazer parte da pesquisa, assinaram o TCLE (Apêndice A).

### 4.2 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, do tipo epidemiológico transversal, descritivo com abordagem quantitativa, que foi conduzido no período de agosto a dezembro de 2024.

### 4.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora-MG (SUPREMA), uma instituição de ensino superior privada, reconhecida pelo ensino e pesquisa na área da saúde. Oferece infraestrutura adequada para a realização de forma segura e controlada, garantindo a confiabilidade e rigor metodológico da pesquisa. Na SUPREMA, o curso de odontologia acontece em um período de quatro anos (8 períodos), proporcionando uma formação humanista, crítica e reflexiva, capacitando o estudante para atuar no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação.

#### 4.4 AMOSTRA

A amostra foi composta por 404 alunos que estavam matriculados e frequentando todos os períodos do curso de odontologia da SUPREMA-Juiz de Fora-MG, no segundo semestre de 2024.

O número de estudantes matriculados foi disponibilizado pela coordenação do curso de odontologia da instituição.

#### 4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos estudantes com idade igual ou superior a 18 anos sem distinção de sexo, raça e cor, matriculados e frequentando o curso de odontologia; estudantes menores de 18 anos acompanhados de um responsável legal, e; todos graduandos que assinaram o TCLE, concordando em participar da pesquisa.

#### 4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos da pesquisa estudantes da graduação de odontologia que estavam com a matrícula trancada e/ou em afastamento e graduandos de outros cursos da área da saúde.

#### 4.7 INSTRUMENTOS

Conforme citado na literatura (Kørup et al., 2021a, 2021b; Lee; Baumann, 2013; Lee; Zahn; Baumann, 2011, 2014; Lucchetti et al., 2016; Ramakrishnan et al., 2015, Schouten, 2016; Tomasso; Beltrame; Lucchetti, 2011; Vasconcelos et al., 2020), para essa pesquisa foi utilizado o questionário NERSH, que permite aos investigadores estudar os valores dos profissionais de saúde em relação à E/R a nível internacional.

A versão em português do questionário NERSH foi traduzida por profissionais de saúde (2 médicos e 1 psicólogo) e retrotraduzida para inglês por um tradutor nativo britânico. Os autores originais (Kørup et al., 2017; Lucchetti et al., 2016) do questionário autorizaram o uso do mesmo e foram os responsáveis pela validação da retrotradução. O questionário apresentou propriedades psicométricas adequadas, inclusive na versão brasileira (Kørup et al., 2017; Lucchetti et al., 2016).

O questionário original NERSH é autoaplicado e possui 47 questões objetivas distribuídas em três seções: Seção A (1-10: dados demográficos como sexo, idade, estado civil, religião e dados relacionados a residência como especialidade e ano da residência); Seção B (11-29: visão quanto à interface entre E/R, ética e saúde), e; Seção C (30-47: características E/R dos respondentes).

No entanto, para esta pesquisa, o questionário foi adaptado para os graduandos de odontologia, sendo necessário também, a exclusão de algumas questões por não se adequarem aos graduandos e ao curso de odontologia: na “Seção A” foram excluídas as “questões 7 e 8”; na “Seção B” as “questões 24, 28 e 29”, e; na “Seção C” a “questão 43”, resultando em um questionário adaptado reorganizado de 41 perguntas, com um tempo estimado de 20 minutos para preenchimento (Apêndice B).

#### 4.8 PROCEDIMENTOS

O questionário foi autoaplicado de forma presencial, em que foram explicados os objetivos da pesquisa e esclarecidas eventuais dúvidas. Os estudantes foram contactados nas salas de aula/clínicas, antes e/ou após atividades educacionais, com prévia autorização da coordenação e professores. Uma aluna da iniciação científica (SUPREMA) treinada pela equipe de pesquisa, auxiliou na administração do questionário e na coleta de dados. Os dados coletados foram inseridos em planilha do programa Excel® (Apêndice C).

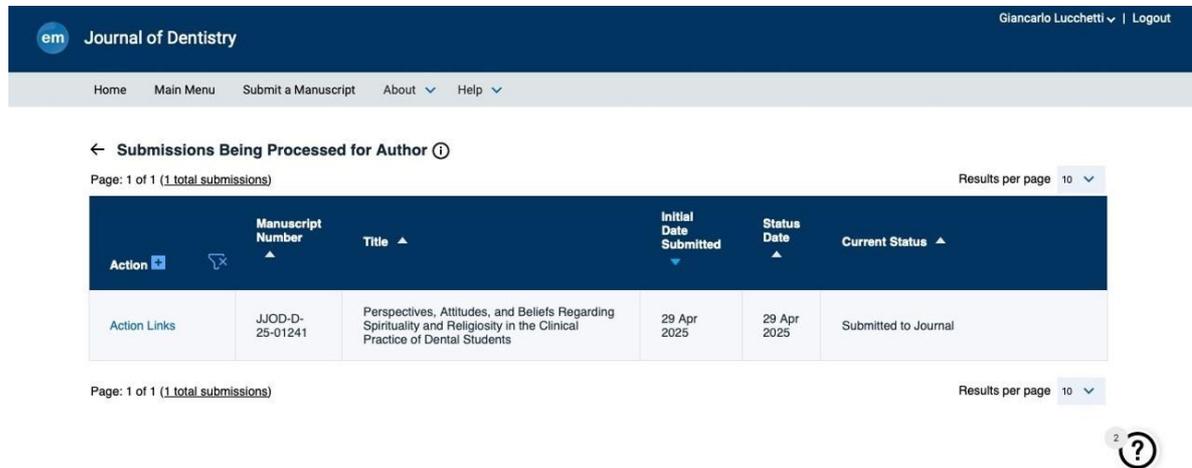
#### 4.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A estatística descritiva para os diferentes itens do questionário (crenças E/R dos estudantes de odontologia e a relação com a prática clínica) foi realizada usando frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas e, médias e desvios-padrão para variáveis contínuas/ordinais. Modelos de regressão logística foram construídos para investigar quais fatores estavam associados às opiniões dos estudantes sobre espiritualidade na prática clínica, utilizando-se as seguintes variáveis independentes: sexo, estado civil, idade, períodos do curso, níveis de espiritualidade (muito e moderadamente/pouco e nada espiritual), níveis de religiosidade (muito e moderadamente/pouco e nada religiosa) e, se o aluno teve uma experiência espiritual (sim/não). As variáveis dependentes foram dicotomizadas para os modelos de regressão da seguinte forma: "No geral, quanta influência você acha que a E/R tem na saúde dos pacientes? (1 = demais/muito; 0 = alguns/um pouco/muito pouco ou

nenhum)". Também foi realizada uma regressão linear utilizando as mesmas variáveis independentes dos modelos de regressão logística, mas tendo como variável dependente o escore da escala Satisfação com a Vida. As análises foram realizadas no SPSS versão 2.5 e adotou-se como significativo o valor de  $p < 0,05$  com intervalo de confiança de 95%.

## 5 RESULTADOS/DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão da presente dissertação foram convertidos em artigo científico e submetido à publicação em periódico indexado.



The screenshot shows the 'Journal of Dentistry' submission processing interface. At the top, there is a navigation bar with 'Home', 'Main Menu', 'Submit a Manuscript', 'About', and 'Help'. The user is logged in as 'Giancarlo Lucchetti'. The main heading is 'Submissions Being Processed for Author'. Below this, there is a table with the following data:

Action	Manuscript Number	Title	Initial Date Submitted	Status Date	Current Status
Action Links	JJOD-D-25-01241	Perspectives, Attitudes, and Beliefs Regarding Spirituality and Religiosity in the Clinical Practice of Dental Students	29 Apr 2025	29 Apr 2025	Submitted to Journal

Page: 1 of 1 (1 total submissions) Results per page 10

### Perspectives, attitudes, and beliefs regarding spirituality and religiosity in the clinical practice of dental students

#### ABSTRACT

**Background:** Despite existing evidence that spirituality and religiosity (S/R) influence health outcomes, this topic remains under-addressed and under-taught in dental practice. This study aimed to investigate the opinions, attitudes, and beliefs of dental students regarding the role of S/R in clinical practice.

**Method:** This observational, cross-sectional study was conducted from August to December 2024. All students attending a Brazilian dental course were invited to participate. The Network for Research Spirituality and Health (NERSH) questionnaire was utilized to ascertain the S/R-related opinions and attitudes in clinical practice. Logistic regression models were constructed to identify the factors associated with students' opinions about S/R in clinical practice.

**Results:** A total of 336 dental students (83.1% of total) were included in the study. Most students identified as moderately to very spiritual (69.6%) and religious (64.9%), considered it appropriate to address these topics in a clinical consultation (78.0%), and agreed that beliefs could greatly influence a patient's health (61.0%) – including dental conditions such as oral neoplasms, caries, and periodontal disease. Nevertheless, the vast majority (78.0%) had never been asked about their beliefs during clinical consultations, and merely 15.2% reported receiving formal training on the subject. Seven out of 10 students reported barriers that discourage them from discussing S/R, with the primary obstacles being fear of offending patients, maintaining professional neutrality, and discomfort with the subject. Generally, older students, male students, those at more advanced stages of the program, and those with stronger S/R beliefs held more positive opinions and attitudes toward the subject.

**Conclusion:** Our findings reveal that, although most dental students hold positive opinions and attitudes toward S/R in clinical practice, structured training and systematic approaches remain lacking. These findings underscore the importance of addressing non-biological factors in dentistry to provide more holistic and integrated care for patients.

**Keywords:** Spirituality, Science and Religion, Knowledge, Attitudes and Practice in Health, Dentistry Students, Public Health.

## INTRODUCTION

Over the past few decades, the relationship between spirituality/religiosity (S/R) and health has been the subject of extensive research (1-3) to understand how patients and healthcare professionals from diverse cultural backgrounds address spiritual and religious matters in clinical practice (4, 5). Evidence indicates that an individual's beliefs can positively or negatively influence behaviors and health-related outcomes, including physical and mental well-being, therapeutic interventions, medical decision-making, and the physician–patient relationship (3).

In this context, several major organizations – for example, the World Health Organization, the American College of Physicians, the World Psychiatric Association, and the Association of American Medical Colleges – support integrating spirituality into clinical practice (6). This evidence has also prompted medical schools worldwide to incorporate topics related to S/R and its connection to health into their curricula (7).

However, the lack of appropriate training remains a key barrier to integrating this dimension into healthcare curricula (8, 9). Students and professionals identify several barriers to integrating S/R care into clinical practice, including lack of time, insufficient knowledge, inadequate training, and fear or discomfort when addressing the subject (10, 11). A substantial portion of these barriers stems from inadequate S/R training in the education of healthcare professionals. Research indicates that while most healthcare professionals and educators acknowledge the importance of this issue, few incorporate it into clinical and educational practice (11). Similarly, patients often acknowledge the relevance of their beliefs and consider it appropriate for healthcare professionals to address these aspects, although they report rarely being asked about them (12).

In dentistry, a patient's beliefs can influence both health outcomes and clinical practice. Previous studies have shown that an individual's S/R may be associated with more favorable dental conditions (13), a lower incidence of edentulism in children and adolescents (14), and may influence material selection in oral and maxillofacial surgical procedures (15). Similarly, beliefs can influence mental health, sense of meaning, and demoralization in oral

cancer patients (16); self-esteem in adolescents with cleft lip and palate (17); and resilience and happiness among dental students (18). Dentistry, encompassing surgical procedures and highly complex situations such as urgent and emergency care, differs from other scenarios, often leading patients and their families to rely more heavily on personal beliefs.

Despite growing evidence demonstrating the influence of beliefs on clinical dental practice, little is studied or taught in dental schools about identifying and addressing S/R. It is essential to understand dental students' attitudes and beliefs, as this can help identify gaps and guide the development of educational strategies and curriculum improvements in this healthcare field. This study aims to examine the opinions, attitudes, and beliefs of dental students regarding the role of spirituality and religiosity in clinical practice.

## **METHODOS**

This cross-sectional observational study was conducted between August and December 2024. The study was approved by the Research Ethics Committee of Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora-Minas Gerais (SUPREMA), under opinion (CAAE) n°. 79808224.7.0000.5103 and the students signed a consent form.

### **Study site**

The study was conducted at the Juiz de Fora Faculty of Medical and Health Sciences (SUPREMA), a private higher education institution located in Juiz de Fora, Brazil – a mid-sized city with a population of 600,000. The dentistry program at this institution is a four-year (8-semester) curriculum designed to foster humanistic, critical, and reflective competencies. It equips students to address all stages of the health–disease continuum based on initiatives in health promotion, prevention, treatment, and rehabilitation. However, the institution does not formally include "Health and Spirituality" in its curriculum.

### **Inclusion and exclusion criteria**

The study included students aged 18 or older enrolled in the dentistry program during the second semester of 2024. Students under 18 were also included if accompanied by a legal guardian who provided consent for their participation.

The study excluded undergraduate dental students with suspended enrollment or on leave. Additionally, students from other health-related programs and already graduated professionals were excluded.

## **Instrument**

The survey utilized the Network for Research in Spirituality and Health questionnaire (19) – an updated international version of the "Religion and Spirituality in Medicine: Physicians' Perspectives" (RSMPP) (20). It has been widely used worldwide to assess the perspectives and beliefs of healthcare professionals and students on S/R. The Portuguese version of the NERSH questionnaire, cross-culturally adapted in a previous study, demonstrated significant psychometric properties (4, 21).

The original NERSH questionnaire is self-administered and contains 47 objective questions organized into three sections: Section A (Items 1-10): Demographic and residency-related data, including gender, age, marital status, religion, medical specialty, and year of training; Section B (Items 11-29): Perceptions of the interplay between ethics and health in professional relationships; and Section C (Items 30-47): S/R Characteristics of participants.

The questionnaire was adapted to dental students; thus, certain questions were excluded as they were not relevant to the dentistry program. The result was an adapted questionnaire comprising 41 questions, with an estimated completion time of 20 minutes.

## **Procedures**

Students were approached in classrooms or clinics—either before or after educational activities – with prior authorization from the institution's coordinators and faculty. The questionnaire was administered in person, with responses kept anonymous. Participants were informed of the research objectives, and any questions they had were answered. A dental student from the same institution, supervised by the research team, assisted with questionnaire administration and data collection.

## **Statistical analysis**

Descriptive statistics for the different items of the questionnaire (dental students' R/S beliefs and the relation to clinical practice) were conducted using absolute and relative frequencies for categorical variables and means and standard deviations for continuous/ordinal variables.

Thereafter, inferential analyses were conducted as follows. Logistic regression models were constructed to identify the factors associated with dental students' opinions on spirituality in clinical practice. The following independent variables were included in these models: gender, marital status, age, course period, spirituality levels, religiosity levels, and whether the student had had a spiritual experience. The dependent variables were

dichotomized for the regression models as follows: "Overall, how much influence do you think spirituality/religion has on patients' health? (1 = Very much/Much; 0 = Some/A little/Very little to none)" (See Tables). Analyses were conducted using SPSS version 25 and a value of  $p < 0.05$  was adopted as significant with a 95% confidence interval.

## RESULTS

A total of 336 dental students were included (83.1% of the total). Participants were predominantly females (66.4%), single (89.9%), had a mean age of 22.2 (SD 3.6) years, and were spread all over course semesters (7.4% in the 1st, 10.4% in the 2nd, 11.0% in the 3rd, 11.9% in the 4th, 13.1% in the 5th, 17.0% in the 6th, 15.5% in the 7th, 13.7% in the last semester).

Table 1 presents the spiritual and religious beliefs of these students. A total of 90.5% believed in God or a higher power, 59.8% believed in life after death, 48.8% had a religious or spiritual experience that changed their life, and for 11%, this experience has occurred when practicing dentistry. Most participants were either moderately to very spiritual (69.6%) or moderately to very religious (64.9%). Religious practices were not very common on this sample, as only 21.8% attended religious services once a week or more. A total of 43.1% devoted time in religious activities.

Table 2 presents the dental students' opinions about the spirituality/religiosity–health interface. The majority of dental students believed S/R had a significant influence on patient's health (61.0%) and healing process (60.7%), but not on their oral health (25.3%). The influence of S/R on different conditions were generally accepted as positive (61.6% for cancer, 50% for psychiatric disorders, 34.2% for Temporomandibular joint dysfunction), even though 49.2% reported no influence for dental caries and 36.6% reported no influence for periodontal disease. Most students reported they would feel comfortable discussing R/S concerns (69.9%), 49.6% believed it was appropriate to inquire about the patient's R/S, and 65.4% believed it was acceptable to discuss their own beliefs when the patient asked (65.4%) or when the dentist felt it was appropriate (14.9%).

Table 3 presents the relationship between clinical practice and S/R. Most dental students had never inquired about spiritual issues in their clinical consultations (78.0%) and clinical scenarios such as a frightening diagnosis (25.1%), odontological surgery (45.1%), anxiety and depression (28.1%), routine examination (52.5%), dental phobia (36.7%), and minor illnesses (40.3%).

Table 4 illustrates the attitudes and barriers to addressing S/R in clinical practice. Most students tended to often/always listen carefully and empathetically (83.3%), irrespective of the fact that almost half of them (48.8%) reported attempting to tactfully change the topic. Seven out of 10 students reported barriers that discourage them from discussing spirituality/religion with patients/patients' relatives. The most common barriers included concern about offending patients/relatives (47.9%), fear of lacking professional neutrality (33.3%), general discomfort with discussing religious matters (30.4%), insufficient knowledge/training (20.2%), and "it is not my task" (20.2%). Merely 15.2% of the students had formal training on this topic (39.6% at the university, 35.8% at a religious institution, and 24.6% via books or congresses).

The factors associated with opinions on the spirituality/religiosity–health interface are presented in Table 5. On the one hand, male students – from later course semesters, with high religiosity, and who had had a spiritual experience – tended to believe more in the influence of R/S on patients' health. On the other hand, only those students who had had spiritual experiences tended to believe in the influence of R/S on patients' oral health. Additionally, male students with high religiosity believed it was appropriate to inquire about S/R, while older students with high spirituality and who had had a previous spiritual experience believed it was appropriate for a dentist to discuss spiritual/religious issues when a patient/relative broached the topic. High religiosity students with a spiritual experience generally inquired more often about S/R. Meanwhile, male students with high spirituality, and singles felt more comfortable addressing this topic. Finally, male students with high religiosity and in the late semesters reported receiving greater formal training.

## **DISCUSSION**

This study examined dental students' opinions and attitudes toward spirituality in clinical practice. Most students consider themselves spiritual and/or religious, believe it is appropriate to address these matters during clinical consultation, and hold a positive view that personal beliefs can influence a patient's health – including dental conditions such as neoplasms, caries, and periodontal disease. Nevertheless, the vast majority (78.0%) had never been asked about their beliefs during clinical consultations, and merely 15.2% reported receiving formal training on the subject. Fear of offending patients, professional neutrality, and discomfort with the subject were identified as barriers to this approach. Generally, older students, male students, those at more advanced stages of the program, and those with stronger S/R beliefs held more positive opinions and attitudes toward the subject. These

findings address a critical gap in dentistry, underscoring the need to integrate this subject into dental education. Doing so will better equip students to manage challenges relevant to their clinical practice.

Our first finding revealed that most dental students hold religious or spiritual beliefs, which aligns with Brazil's multicultural context and strong religious influence (22). However, it is evident that these students tend to have lower levels of religious practice compared to the general population (22). This less religious profile among students has already been documented in other studies involving medical students (10) and reflects a shift in the current landscape, contributing to a rise in "spiritual but not religious" individuals (23). The students' spiritual profile is important, as it influences their attitudes toward S/R, as will be discussed later.

Another finding of this study is that most dental students agree that S/R can influence a patient's health, including oral health. This perspective aligns with extensive scientific evidence demonstrating that an individual's beliefs can significantly influence various outcomes, including mental health, physical well-being, and overall quality of life (1-3, 6). To some extent, most students acknowledge that beliefs can influence conditions such as caries, periodontal disease, and neoplasms – conditions commonly encountered in clinical practice. These findings are also consistent with the scientific literature, demonstrating that S/R influences overall dental conditions and affects the care provided by dentists (13-17). The findings about these, generally more positive, attitudes align with the findings of previous studies among medical students and residents in Brazil (10, 24).

Despite positive opinions, explicit gaps persist in addressing S/R in dentistry, with both its clinical application (22%) and professional training (15.2%) remaining limited among this population. Similarly, nearly seven out of 10 students reported experiencing some barrier to addressing S/R, mentioning fear, indifference, and discomfort as the primary reasons. A comparison with other studies based on the NERSH questionnaire reveals that both students and professionals tend to address it insufficiently, encountering persistent barriers related to discomfort and concerns (10, 24, 25). Research shows that such barriers can be mitigated via training, as education on the subject equips students with the knowledge and skills required to address S/R without imposing beliefs or engaging in religious proselytism (26).

A profile of students with more positive attitudes toward the subject was also identified. This analysis facilitates a nuanced appreciation of what enables a student to experience fewer limitations regarding the subject. Generally – and expectedly, more religious and spiritual individuals tended to hold more favorable views. Indeed, this finding is

supported by scientific literature, which indicates that individuals with a religious or spiritual background tend to be more attentive and empathetic toward this subject in their professional practice (5, 24). Nevertheless, this relationship can also have adverse effects, as individuals with higher S/R may be more influenced by their own beliefs and adopt a less neutral stance toward their patients' perspectives, increasing the risk of imposing their personal worldviews (24, 27). Similarly, approximately 35% of students reported that the training they received was associated with the religious institution they attended rather than dental education, raising concerns about the quality of instruction provided to these students.

Another finding was that older students or those in more advanced stages of the program tended to hold more favorable views on S/R. This trend may be attributed to their increased engagement in practical activities and greater exposure to patient interactions as they progress, enabling them to observe the manifestation of S/R across varied clinical settings. Another possible reason is that older individuals generally tend to be more religious (28).

Finally, male students held more positive attitudes. This finding is somewhat surprising, given that scientific literature generally indicates that women tend to be more religious than men (29). Similarly, previous evidence using the NERSH questionnaire suggests that the female gender is associated with more positive attitudes (24). Our analysis revealed that women reported less formal training on S/R and, consequently, felt less comfortable discussing these topics in logistic regression models. Therefore, this is the most likely explanation for this finding and underscores the need for training – even among more spiritually inclined professionals—to demystify the subject and improve clinical practice.

This study has limitations that should be taken into account. First, the study was conducted at a single dental school; therefore, the findings should be generalized with caution. Second, the study was conducted in Brazil – a highly religious and multicultural country. Attitudes and beliefs may vary in other parts of the world, as demonstrated in research using the same NERSH questionnaire (4, 5). Third, the survey assessed only students' perceptions, attitudes, and opinions, which may be subject to social desirability bias. Therefore, these opinions may not necessarily translate into the participants' clinical practice.

Nonetheless, several clinical and educational implications warrant attention. First, this research addresses a significant gap in an often-overlooked area of dentistry. Although current evidence indicates that S/R affects oral health conditions, this connection remains relatively under-discussed in clinical practice. In this context, it is expected that dentists will address this issue in their practice, particularly in cases involving stress, phobias, surgery, or

neoplasms – situations where patients are more vulnerable and may seek additional support. To this end, spiritual history assessment tools, such as FICA (an acronym for Faith, Influence, Community, and Action), can facilitate training and identify an individual’s beliefs (30). Second, many of the barriers to this approach stem from a lack of exposure and formal training on the subject. Universities should address this subject rigorously, ensuring students appreciate their role in patient care – whether ethical, therapeutic, or supportive. In this context, integrating S/R into the curriculum is essential to ensure all students receive exposure to these topics. For example, health and spirituality content in medical education has burgeoned over the past 30 years. Currently, such material is included in 90% of U.S. medical schools, 59% of British institutions, and 65% of Brazilian medical programs (7, 9). Consistent exposure to the subject should also be encouraged in dentistry.

## **CONCLUSION**

Our findings reveal that, although most dental students at a Brazilian institution hold positive opinions and attitudes toward S/R in clinical practice, structured approaches and training remain lacking. Several barriers related to this approach were identified, including discomfort, the challenge of maintaining professional neutrality, and concerns about offending patients. Generally, individuals with higher S/R – particularly older males in advanced stages of the program – tend to hold more favorable opinions. This data underscores the importance of addressing non-biological factors in dentistry to provide more holistic and integrated care for patients.

## **REFERENCES:**

1. 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):7620-31.
2. Balboni TA, VanderWeele TJ, Doan-Soares SD, Long KN, Ferrell BR, Fitchett G, et al. Spirituality in serious illness and health. *Jama*. 2022;328(2):184-97.
3. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *International Scholarly Research Notices*. 2012;2012(1):278730.
4. Lucchetti G, Ramakrishnan P, Karimah A, Oliveira GR, Dias A, Rane A, et al. Spirituality, religiosity, and health: a comparison of physicians’ attitudes in Brazil, India, and Indonesia. *International journal of behavioral medicine*. 2016;23:63-70.

5. Kørup AK, Søndergaard J, Lucchetti G, Ramakrishnan P, Baumann K, Lee E, et al. Religious values of physicians affect their clinical practice: A meta-analysis of individual participant data from 7 countries. *Medicine*. 2019;98(38):e17265.
6. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2014;36:176-82.
7. 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 medical education*. 2023;23(1):172.
8. Curlin FA, Lawrence RE, Odell S, Chin MH, Lantos JD, Koenig HG, et al. Religion, spirituality, and medicine: psychiatrists’ and other physicians’ differing observations, interpretations, and clinical approaches. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(12):1825-31.
9. Puchalski CM, Blatt B, Kogan M, Butler A. Spirituality and health: the development of a field. *Acad Med*. 2014;89(1):10-6.
10. Lucchetti G, de Oliveira LR, Koenig HG, Leite JR, Lucchetti AL, Collaborators S. Medical students, spirituality and religiosity-results from the multicenter study SBAME. *BMC medical education*. 2013;13:1-8.
11. Best M, Butow P, Olver I. Doctors discussing religion and spirituality: A systematic literature review. *Palliative medicine*. 2016;30(4):327-37.
12. Best M, Butow P, Olver I. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. *Patient Educ Couns*. 2015;98(11):1320-8.
13. Zini A, Sgan-Cohen H, Marcenes W. Is religiosity related to periodontal health among the adult Jewish population in Jerusalem? *Journal of periodontal research*. 2012;47(4):418-25.
14. Soares TRC, Lenzi MM, Leite IM, Muniz Loureiro J, Leão ATT, Pomarico L, et al. Oral status, sense of coherence, religious-spiritual coping, socio-economic characteristics, and quality of life in young patients. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2020;30(2):171-80.
15. Güngörmüş Z, Güngörmüş M. Effect of religious belief on selecting of graft materials used in oral and maxillofacial surgery. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2017;75(11):2347-53.
16. Chang T-G, Huang P-C, Hsu C-Y, Yen T-T. Demoralization in oral cancer inpatients and its association with spiritual needs, quality of life, and suicidal ideation: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2022;20(1):60.

17. Cunha GFMD, Manso MMFG, Villela MJCdS, Bom GC, Mondini CCdSD, Trettene AdS. Religiosity, spirituality, and self-esteem in adolescents with cleft lip and palate: a correlational study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2021;55:e03782.
18. Hatami S, Shekarchizadeh H. Relationship between spiritual health, resilience, and happiness among a group of dental students: a cross-sectional study with structural equation modeling method. *BMC Medical Education*. 2022;22(1):184.
19. Hvidt NC, Kappel Kørup A, Curlin FA, Baumann K, Frick E, Søndergaard J, et al. The NERSH international collaboration on values, spirituality and religion in medicine: development of questionnaire, description of data pool, and overview of pool publications. *Religions*. 2016;7(8):107.
20. Curlin FA, Lantos JD, Roach CJ, Sellergren SA, Chin MH. Religious characteristics of US physicians: a national survey. *Journal of general internal medicine*. 2005;20:629-34.
21. Kørup AK, Christensen Rd, Nielsen CT, Søndergaard J, Alyousefi NA, Lucchetti G, et al. The International NERSH Data Pool—A methodological description of a data pool of religious and spiritual values of health professionals from six continents. *Religions*. 2017;8(2):24.
22. Peres MFP, de Oliveira AB, Leão FC, Vallada H, Moreira-Almeida A, Lucchetti G. Religious landscape in Brazil: Comparing different representative nationwide approaches to obtain sensitive information in healthcare research. *SSM-population health*. 2018;6:85-90.
23. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Vitorino LM, Martin EZ, de Araujo Almeida PO, Damiano BBF, et al. Quantitative and Qualitative Research in the Field of ‘Spirituality and Health’: An Introductory How-to-Guide from a Brazilian Perspective. *Journal of religion and health*. 2024;63(5):3906-25.
24. Vasconcelos APSL, Lucchetti ALG, Cavalcanti APR, da Silva Conde SRS, Gonçalves LM, do Nascimento FR, et al. Religiosity and spirituality of resident physicians and implications for clinical practice—the SBRAMER multicenter study. *Journal of general internal medicine*. 2020;35:3613-9.
25. Hvidt NC, Curlin F, Büssing A, Baumann K, Frick E, Søndergaard J, et al. The NERSH questionnaire and pool of data from 12 countries: Development and description. *Journal of religion and health*. 2022:1-26.
26. Osório IHS, Gonçalves LM, Pozzobon PM, Gaspar Júnior JJ, Miranda FM, Lucchetti AL, et al. Effect of an educational intervention in “spirituality and health” on knowledge, attitudes, and skills of students in health-related areas: A controlled randomized trial. *Medical teacher*. 2017;39(10):1057-64.

27. Hall DE, Curlin F. Can physicians' care be neutral regarding religion? *Academic Medicine*. 2004;79(7):677-9.
28. Bengtson VL, Silverstein M, Putney NM, Harris SC. Does religiousness increase with age? Age changes and generational differences over 35 years. *Journal for the scientific study of religion*. 2015;54(2):363-79.
29. Li Y, Woodberry R, Liu H, Guo G. Why are women more religious than men? Do risk preferences and genetic risk predispositions explain the gender gap? *Journal for the scientific study of religion*. 2020;59(2):289-310.
30. Puchalski CM. The FICA Spiritual History Tool #274. *J Palliat Med*. 2014;17(1):105-6.

## TABLES

**Table 1.** Dental students' religious and spiritual beliefs

<b>Dental students' Spiritual/Religious beliefs</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
To what extent do you consider yourself a spiritual person? Would you say you are... (30)		
Very spiritual	79	23.5
Moderately spiritual	155	46.1
Slightly spiritual	70	20.8
Not spiritual at all	32	9.5
To what extent do you consider yourself a religious person? Would you say you are... (31)		
Very religious	60	17.9
Moderately religious	158	47.0
Slightly religious	97	28.9
Not religious at all	21	6.3
Do you believe in God or a higher power? (32)		
Yes	304	90.5
No	10	3.0
Undecided	22	6.5
Do you believe there is a life after death? (33)		
Yes	201	59.8
No	60	17.9
Undecided	75	22.3
Do you look to God (or a higher power) for strength, support and guidance? (36)		
Yes	263	78.3
No	37	11.0
Undecided	36	10.7
Did you ever have a religious or spiritual experience that changed your life? (37)		
No	172	51.2
Yes	164	48.8
Did the experience occur within the context of practicing dentistry? (37.1)		
No	149	88.6
Yes	19	11.4
How often do you attend church or other religious meetings? (38)		
Never	53	15.8
Once a year or less	49	14.6
A few times a year	115	34.2
A few times a month	46	13.7
Once a week	59	17.6
More than once a week	14	4.2
How often do you spend time in private religious activities, such as prayer, meditation or Bible study? (39)		
Rarely or never	66	19.6
A few times a month	48	14.3
Once a week	36	10.7
A few times a week	41	12.2
Daily	117	34.8
More than once a day	28	8.3
In my life, I experience the presence of the Divine (i.e., God). (40)		
Definitely not true of me	12	3.6
Tends not to be true of me	16	4.8
Unsure	51	15.2
Tends to be true of me	103	30.7
Definitely true of me	154	45.8
My religious beliefs are what really lie behind my whole approach to life. (41)		
Definitely not true of me	30	8.9
Tends not to be true of me	43	12.8
Unsure	48	14.3
Tends to be true of me	103	30.7
Definitely true of me	112	33.3
I try hard to carry my religion over into all other dealings in life. (42)		
Definitely not true of me	48	14.3
Tends not to be true of me	58	17.3
Unsure	53	15.8
Tends to be true of me	105	31.3
Definitely true of me	72	21.4

**Table 2.** Dental students' opinions about the spirituality/religiosity-health interface

Dental students'	N	%
Overall, how much influence do you think religion/spirituality has on patients' health? (11)		
Very much	79	23.6
Much	126	37.4
Some	89	26.4
A little	23	6.7
Very little to none	19	5.8
Overall, how much influence do you think religion/spirituality has on patients' oral health? (12a)		
Very much	30	8.9
Much	55	16.4
Some	151	44.9
A little	47	14.0
Very little to none	53	15.8
Overall, how much influence do you think religion/spirituality has on patients' healing process? (12b)	12b	
Very much	107	31.8
Much	97	28.9
Some	99	29.5
A little	23	6.8
Very little to none	10	3.0
Is the influence of religion/spirituality on the following illnesses generally positive or negative? (13)		
a) <i>Periodontal Disease</i> (13a)		
Generally positive	108	32.1
Generally negative	12	3.6
Both positive and negative	93	27.7
No influence	123	36.6
b) <i>Cancer</i> (13b)		
Generally positive	207	61.6
Generally negative	22	6.5
Both positive and negative	68	20.2
No influence	39	11.6
c) <i>Temporomandibular joint dysfunction</i> (13c)		
Generally positive	115	34.2
Generally negative	6	1.8
Both positive and negative	109	32.4
No influence	106	31.5
d) <i>Psychiatric Disorders</i> (13d)		
Generally positive	168	50.0
Generally negative	32	9.5
Both positive and negative	80	23.8
No influence	56	16.7
e) <i>Dental caries</i> (13e)		
Generally positive	78	23.3
Generally negative	8	2.4
Both positive and negative	83	24.8
No influence	166	49.6
In general, is it appropriate for a dentist to discuss religious/spiritual issues when a patient/relative brings them up? (14)		
Always appropriate	64	19.1
Usually appropriate	167	49.9
Usually inappropriate	58	17.3
Always inappropriate	46	13.7
In general, is it appropriate for a dentist to inquire about a patient's/relative's religion/spirituality? (15)		
Always appropriate	22	6.6
Usually appropriate	144	43.0
Usually inappropriate	95	28.4
Always inappropriate	74	22.1
When, if ever, is it appropriate for a dentist to talk about his or her own religious beliefs or experiences with a patient/relative? (16)		
Never	66	19.7
Only when the patient/relative asks	219	65.4
Whenever the dentist senses it would be appropriate	50	14.9
When, if ever, is it appropriate for a dentist to pray with a patient/relative? (17)		
Never	67	20.0
Only when the patient/relative asks	215	64.0
Whenever the physician senses it would be appropriate	53	15.8
I would feel comfortable discussing a patient's/relative's religious/spiritual concerns if the patient/relative brought them up. (18)		
Strongly agree	81	24.2
Agree	153	45.7
Disagree	70	20.9
Strongly disagree	31	9.3

**Table 3.** Clinical practice and spirituality/religiosity

<b>Dental students' opinions and practice</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Do you ever inquire about patients'/relative's religious/spiritual issues? (19)		
No	262	78.0
Yes	74	22.0
How often do you inquire? (19.1)		
Never questioned	262	78.0
Rarely	28	8.3
Sometimes	46	13.7
Often	0	0.0
Always	0	0.0
How often have patients/relatives seemed uncomfortable when you inquire? (19.2)		
Never questioned	262	78.0
Never	30	8.9
Rarely	33	9.8
Sometimes	9	2.7
Often	1	0.3
Always	1	0.3
How often do you inquire about religious/spiritual issues? When a patient/relative: (21)		
<i>a) Presents with a minor illness or injury</i>		
Never	135	40.3
Rarely	69	20.6
Sometimes	93	27.8
Often	17	5.1
Always	21	6.3
<i>b) Faces a frightening diagnosis or crisis</i>		
Never	84	25.1
Rarely	55	16.4
Sometimes	106	31.6
Often	63	18.8
Always	27	8.1
<i>c) Will be submitted to an odontological surgery</i>		
Never	151	45.1
Rarely	87	26.0
Sometimes	53	15.8
Often	22	6.6
Always	22	6.6
<i>d) Suffers from anxiety or depression</i>		
Never	94	28.1
Rarely	40	11.9
Sometimes	109	32.5
Often	59	17.6
Always	33	9.9
<i>e) Comes to a routine consultation</i>		
Never	176	52.5
Rarely	79	23.6
Sometimes	54	16.1
Often	14	4.2
Always	12	3.6
<i>f) Presents dental phobia (fear of the dentistry)</i>		
Never	123	36.7
Rarely	87	26.0
Sometimes	79	23.6
Often	18	5.4
Always	28	8.4

**Table 4.** Religiosity/spirituality, clinical practice and main barriers to discussion

<b>Dental students' opinions and barriers</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
When religious/spiritual issues come up in discussions with patients/relatives, how often do you respond in the following ways? (22)		
I listen carefully and empathetically. (22a)		
Never	16	4.8
Rarely	29	8.6
Sometimes	11	3.3
Often	73	21.7
Always	207	61.6
I try to change the subject in a tactful way. (22b)		
Never	64	19.0
Rarely	100	29.8
Sometimes	124	36.9
Often	25	7.4
Always	23	6.8
I encourage patients/relatives in their own religious/spiritual beliefs and practices. (22c)		
Never	43	12.8
Rarely	54	16.1
Sometimes	80	23.8
Often	63	18.8
Always	96	28.6
I respectfully share my own religious ideas and experiences. (22d)		
Never	49	14.6
Rarely	102	30.4
Sometimes	98	29.2
Often	42	12.5
Always	45	13.4
I pray with the patient/relative. (22e)		
Never	165	49.1
Rarely	90	26.8
Sometimes	56	16.7
Often	7	2.1
Always	18	5.4
Does anything discourage you from discussing religion/spirituality with patients/patients' relatives? (25)		
No	104	31.0
Yes	232	69.0
Which of the following reasons discourages you? (25.1)		
General discomfort with discussing religious matters	102	30.4
Insufficient knowledge/training	68	20.2
Insufficient time	53	15.8
Concern about offending patients/relatives	161	47.9
Concern that my colleagues will disapprove	15	4.5
Professional neutrality	111	33.3
Not my task	68	20.2
I refuse to speak of these matters in my work	24	7.1
Overall, do you think the amount of time you spend addressing religious/spiritual issues is: (26)		
Too much	16	4.8
Too little	217	64.6
The right amount	103	30.7
Have you ever had a formal training concerning "Spirituality and Health" in odontology? (27)		
No	285	84.8
Yes	51	15.2

**Table 5.** Factors associated with opinions on the religiosity/spirituality-health interface

Fatores associados às opiniões sobre a interface S/R-saúde	OR	95% CI	p-valor
Overall, how much influence do you think religion/spirituality has on patients' health? (1 = Very much/Much; 0 = Some/A little/Very little to none) (11)			
Female gender	3.140	1.831-5.384	< <b>0.001</b>
Marital status	1.542	0.545-4.364	0.414
Age	1.005	0.924-1.094	0.901
Course semester	1.145	1.014-1.293	<b>0.028</b>
High spirituality	0.668	0.344-1.294	0.231
High religiosity	2.273	1.268-4.073	<b>0.006</b>
Had a spiritual experience	2.780	1.654-4.674	< <b>0.001</b>
Overall, how much influence do you think religion/spirituality has on patients' oral health? (1 = Very much/Much; 0 = Some/A little/Very little to none) (12)			
Female gender	1.663	0.924-2.991	0.090
Marital status	1.104	0.400-3.048	0.849
Age	0.967	0.885-1.057	0.465
Course semester	1.088	0.961-1.232	0.184
High spirituality	1.424	0.693-2.925	0.336
High religiosity	0.902	0.483-1.685	0.746
Had a spiritual experience	1.805	1.056-3.085	<b>0.031</b>
In general, is it appropriate for a dentist to inquire about a patient's/relative's religion/spirituality? (1 = Always appropriate/Usually appropriate; 0 = Usually inappropriate/Always inappropriate) (15)			
Female gender	0.306	0.179-0.525	< <b>0.001</b>
Marital Status	1.363	0.520-3.576	0.529
Age	1.044	0.966-1.127	0.276
Course semester	1.077	0.964-1.204	0.188
High spirituality	0.805	0.416-1.560	0.521
High religiosity	3.743	2.061-6.799	< <b>0.001</b>
Had a spiritual experience	0.855	0.521-1.403	0.536
In general, is it appropriate for a dentist to discuss religious/spiritual issues when a patient/relative brings them up? (1 = Always appropriate/Usually appropriate; 0 = Usually inappropriate/Always inappropriate) (14)			
Female gender	0.859	0.491-1.501	0.594
Marital status	0.669	0.256-1.748	0.477
Age	1.096	1.001-1.200	<b>0.048</b>
Course semester	1.007	0.893-1.135	0.913
High spirituality	2.924	1.555-5.499	<b>0.001</b>
High religiosity	1.523	0.860-2.698	0.149
Had a spiritual experience	1.693	1.001-2.864	<b>0.049</b>
Do you ever inquire about patients'/relative's religious/spiritual issues? (1= yes; 0 = no) (19)			
Female gender	0.669	0.376-1.190	0.172
Marital status	0.492	0.156-1.550	0.226
Age	0.959	0.438-1.878	0.440
Course semester	1.130	0.990-1.290	0.070
High spirituality	0.907	0.438-1.878	0.792
High religiosity	0.460	0.239-0.886	<b>0.020</b>
Had a spiritual experience	3.195	1.774-5.754	< <b>0.001</b>
I would feel comfortable discussing a patient's/relative's religious/spiritual concerns if the patient/relative brought them up (1 = Strongly agree/Agree; 0 = Disagree/Strongly disagree) (18)			
Female gender	0.501	0.279-0.900	<b>0.021</b>
Marital status	0.257	0.101-0.654	<b>0.004</b>
Age	1.056	0.976-1.143	0.175
Course semester	1.021	0.906-1.150	0.739
High spirituality	3.336	1.732-6.428	< <b>0.001</b>
High religiosity	1.103	0.603-2.018	0.751
Had a spiritual experience	1.095	0.644-1.863	0.737
Have you had any formal training regarding religion/spirituality in medicine? (1 = yes; 0 = no) (27)			
Female gender	0.335	0.172-0.654	<b>0.001</b>
Marital status	2.320	0.798-6.744	0.122
Age	0.944	0.848-1.052	0.296
Course semester	1.208	1.028-1.420	<b>0.022</b>
High spirituality	0.450	0.190-1.063	0.069
High religiosity	3.648	1.514-8.789	<b>0.004</b>
Had a spiritual experience	1.274	0.641-2.532	0.489

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do exposto, no que tange às atitudes e crenças manifestadas pelos graduandos de odontologia a espiritualidade ainda é pouco abordada no ambiente clínico, e que existe escasso treinamento na área, o que leva ao desconforto para enfoque do assunto perante ao paciente. Percebeu-se que aspectos E/R devem ser abordados no contexto de formação e preparação de profissionais, para lidarem com a E/R relacionadas à prática clínica.

Ressalta-se que este tipo de pesquisa deve ser considerado uma área promissora, para priorizar o cuidado do ser humano, do ponto de vista integral, respeitando os aspectos espirituais e religiosos, além de contribuir para que a comunidade acadêmica reflita sobre a necessidade de reformulação da grade curricular, de modo a incluir a abordagem do tema no processo de ensino-aprendizagem.

## REFERÊNCIAS

- ANJUM, S. et al. Link between individual resilience and aggressiveness in dental students and the mediating effect of spirituality: a path analysis. **J Educ Health Promot**, Mumbai, v. 13, n. 1, p. 1-5, Feb. 2024.
- ALDRIDGE, D. Spirituality, healing and medicine. **Br J Gen Pract**, London, v. 41, n. 351, p. 425-427, Oct. 1991.
- ALEXANDER, A. **The antigonish movement: moses coady and adult education today**. Toronto: Thompson Educational Publishing, 1997.
- ALVES, M. C.; SEMINOTTI, N. Health care in a community of followers of traditional African Brazilian religions. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 85-91, Aug. 2009.
- AL-YOUSEFI, N. A. Observations of muslim physicians regarding the influence of religion on health and their clinical approach. **J Relig Health**, New York, v. 51, n. 2, p. 269-280, June 2012.
- ARAMIDEH, A. et al. Relationship between spiritual health and achievement motivation among students of Mazandaran University of Medical Sciences. **JRH**, Sari, v. 5, n. 2, p. 50-57, May 2018.
- BANIN, L. B. et al. Spirituality: do teachers/students hold the same opinion? **Clin Teach**, Oxford, v. 10, n. 1, p. 3-8, Feb. 2013.
- BANIN, V. B. et al. Medicine and spirituality: the profile of students and physicians at a Brazilian medical school. **Rev Bras Educ Méd**, Brasília, v. 48, n. 1, p. 1-6, Mar. 2024.
- BORGES, M. et al. Religious affiliations influence health-related and general decision making: a brazilian nationwide survey. **Int J Environ Res Public Health**, Basel, v. 18, n. 6, p. 1-9, Mar. 2021
- BOSCH, F.; BAÑOS, J. E. Religious beliefs of patients and caregivers as a barrier to the pharmacologic control of cancer pain. **Clin Pharmacol Ther**, St. Louis, v. 72, n. 2, p. 107-111, Aug. 2002.
- CERQUEIRA-SANTOS, E.; KOLLER, S. H.; PEREIRA, M. T. L. N. Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais. **Psicol Ciên Prof**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 82-91, set. 2004.
- CHAVES, E. C. L. et al. Validation of Pinto and Pais-Ribeiro's spirituality scale in patients with chronic renal insufficiency in hemodialysis. **Rev Enferm UFPE**, Recife, v. 4, n. 2, p. 715-721, Abr./June 2010.
- CHEQUINI, M. C. M. A relevância da espiritualidade no processo de resiliência. **Psic Rev**, São Paulo, v. 16, n. 1 e 2, p. 93-117, maio 2014.

CORDERO, R. D. et al. Opinions and attitudes on the relationship between spirituality, religiosity and health: a comparison between nursing students from Brazil and Portugal. **J Clin Nurs**, Oxford, v. 27, n. 13-14, p. 2804-2813, July 2018.

CORDERO, R. D. et al. Opinions, knowledge and attitudes concerning "spirituality, religiosity and health" among health graduates in a Spanish university. **J Relig Health**, New York, v. 85, n. 5, p. 1592-1604, Oct. 2019.

CRAWLEY, L. et al. Palliative and end-of-life care in the African American community. **JAMA**, Chicago, v. 284, n. 19, p. 2518-2521, Nov. 2000.

CRIVELLATO, E.; RIBATTI, D. Soul, mind, brain: greek philosophy and the birth of neuroscience. **Brain Res Bull**, Phoenix, v. 71, n. 4, p. 327-336, Jan. 2007.

CRUZ, G. S.; PINTO, L. M.; SOUSA, E. L. R. Humanized care and spirituality in dentistry: a pioneering project. **REVER - Rev Estudos da Religião**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 187-198, maio/ago. 2020.

CUNHA, V. F. et al. Religiosidade/espiritualidade em saúde: uma disciplina de pós-graduação. **Est Interd Psicol**, Londrina, v. 11, n. 3, p. 232-251, dez. 2020

CURLIN, F. A. et al. Religion, spirituality, and medicine: psychiatrists' and other physicians' differing observations, interpretations, and clinical approaches. **Am J Psychiatry**, Arlington, v. 164, n. 12, p. 1825-1831, Dec. 2007.

CURLIN, F. A. et al. Religious characteristics of U.S. physicians: a national survey. **J Gen Intern Med**, Philadelphia, v. 20, n. 7, p. 629-634, July 2005.

CURLIN, F. A. et al. The association of physicians' religious characteristics with their attitudes and self-reported behaviors regarding religion and spirituality in the clinical encounter. **Med Care**, Philadelphia, v. 44, n. 5, p. 446-453, May 2006.

DAMIANO R. F.; LUCCHETTI, A. L. G.; LUCCHETTI, G. Ensino de "saúde e espiritualidade" na graduação em medicina e outros cursos da área de saúde: aplicações práticas. **HU Rev**, Juiz de Fora, v. 44, n. 4, p. 515-525, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/25928/20212>. Acesso em: 10 maio 2024.

DILLARD, V. et al. Attitudes, beliefs and behaviors of religiosity, spirituality, and cultural competence in the medical profession: a cross-sectional survey study. **PLoS One**, San Francisco, v. 16, n. 6, p. 1-18, June 2021.

DHAMA, K. et al. An insight into spiritual health and coping tactics among dental students; a gain or blight: a cross-sectional study. **J Clin Diagn Res**, v. 11, n. 8, p. 33-38, Aug. 2017.

ESPERANDIO, M. R. G. et al. Spirituality in clinical practice: the perspective of brazilian medical students. **J Relig Health**, New York, v. 60, n. 3, p. 251-2169, June 2021.

- FADEL, C. B.; SALIBA, N. A. As representações sociais como instrumento de informação para a saúde bucal coletiva. **RGO – Rev Gaúcha Odontol**, Porto Alegre, v. 58, n. 4, p. 521-526, out./dez. 2010.
- FREITAS, M. H. Religiosity/spirituality and wellbeing according to health and mental health brazilian professionals. *In*: SCMIDT, B.; LEONARDI, J. (Orgs.). **Spirituality and wellbeing**. Sheffield, United Kingdom: Equinox, 2019
- GELFAND, T. The history of the medical profession. *In*: Bynum, W. F.; PORTER, R. (Eds). **Companion encyclopedia of the history of medicine**. New York: Routledge, Chapman & Hall; 1993.
- GOMIDE, M.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade/Espiritualidade na produção científica da Saúde Coletiva brasileira: panorama e perspectivas. **Research Society and Development**, v. 11, n. 11, p. 1-16, ago. 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33485>. Acesso em: 10 abr. 2024.
- GONÇALVES, A. M. S.; PILLON, S. C. Transcultural adaptation and evaluation of the internal consistency of the Portuguese version of the Spirituality Self Rating Scale (SSRS). **Arch Clin Psychiatry**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 10-15, Jan./Fev. 2009.
- GUCK, T. P.; KAVAN, M. G. Medical student beliefs: spirituality's relationship to health and place in the medical school curriculum. **Med Teach**, London, v. 28, n. 8, p. 702-707, Dec. 2006.
- GÜNGÖRMÜŞ, Z.; GÜNGÖRMÜŞ, M. Effect of religious belief on selecting of graft materials used in oral and maxillofacial surgery. **J Oral Maxillofac Surg**, Philadelphia, v. 75, n. 11, p. 2347-2353, Nov. 2017.
- HATAMI, S.; SHEKARCHIZADEH, H. Relationship between spiritual health, resilience, and happiness among a group of dental students: a cross-sectional study with structural equation modeling method. **BMC Med Educ**, London, v. 22, n. 1, p. 1-8, Mar. 2022.
- HEBERT, R. S. et al. Patient perspectives on spirituality and the patient-physician relationship. **J Gen Intern Med**, Philadelphia, v. 16, n. 10, p. 685-692, Oct. 2001.
- HERMANS, H. J. M. A questionnaire measure of achievement motivation. **J Appl Psychol**, Washington, v. 54, n. 4, p. 353-363, Aug. 1970.
- HVIDT, N. C. et al. The NERSH International Collaboration on values, spirituality and religion in medicine: development of questionnaire, description of data pool, and overview of pool publications. **Religions**, Abingdon, v. 7, n. 8, p. 1-26, Aug. 2016.
- HUFFORD, D. **An analysis of the field of spirituality, religion, and health (S/RH)**. Metanexus, Oct. 2005. Disponível em: <https://metanexus.net/analysis-field-spirituality-religion-and-health-david-j-hufford/>. Acesso em: 10 abr. 2024.
- IDLER, E. et al. Partnerships between public health agencies and faith communities. **Am J Public Health**, Washington, v. 109, n. 3, p. 346-347, Mar. 2019.

- JOHNSON, K. S.; ELBERT-AVILA, K. I.; TULSKY, J. A. The influence of spiritual beliefs and practices on the treatment preferences of African Americans: a review of the literature. **J Am Geriatr Soc**, New York, v. 53, n. 4, p. 711-719, Apr. 2005.
- KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **ISRN Psychiatry**, Cairo, v. 16, n. 12, p. 1-33, Dec. 2012.
- KOENIG, H. G. et al. Spirituality in medical school curricula: findings from a national survey. **Int J Psychiatry Med**, New York, v. 40, n. 4, p. 391-398, Apr. 2010.
- KOENIG, H. G.; McCULLOUGH, M.; LARSON, D. B. (Eds). **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University Press, 2001.
- KAGAWA-SINGER, M.; BLACKHALL, L. J. Negotiating cross-cultural issues at the end of life. "You got to go where he lives". **JAMA**, Chicago, v. 286, n. 23, p. 2993-3001, Dec. 2001.
- KØRUP, A. K. et al. Health professionals' attitudes toward religiosity and spirituality: a NERSH Data Pool based on 23 surveys from six continents [version 2; peer review: 2 approved]. **F1000Res**, London, v. 10, n. 7, p. 1-24, July 2021a.
- KØRUP, A. K. et al. Religious values of physicians affect their clinical practice: a meta-analysis of individual participant data from 7 countries. **Medicine**, Baltimore, v. 98, n. 38, p. 1-8, Sep. 2019.
- KØRUP, A. K. et al. The International NERSH Data Pool – methodological description of a data pool of religious and spiritual values of health professionals from six continents. **Religions**, Abingdon, v. 8, n. 2, p. 1-15, Feb. 2017.
- KØRUP, A. K. et al. The International NERSH Data Pool of health professionals' attitudes toward religiosity and spirituality in 12 countries. **J Relig Health**, New York, v. 60, n. 1, p. 596-619, Feb. 2021b.
- KRUK, J.; ABOUL-ENEIN, B. H. Religion - and spirituality-based effects on health-related components with special reference to physical activity: a systematic review. **Religions**, Abingdon, v. 15, n. 7, p. 1-18, July 2024.
- LEE E.; BAUMANN, K. German psychiatrists' observation and interpretation of religiosity/spirituality. **Evid Based Complement Alternat Med**, Oxford, v. 1, n. 11, p. 1-8, Nov. 2013.
- LEE, E.; ZAHN, A.; BAUMANN, K. Religion in psychiatry and psychotherapy? A pilot study: the meaning of religiosity/spirituality from staff's perspective in psychiatry and psychotherapy. **Religions**, Abingdon, v. 2, n. 4, p. 525-535, Sep. 2011.
- LEE, E.; ZAHN, A.; BAUMANN, K. Religiosity/spirituality and mental health: psychiatric staff's attitudes and behaviors. **Open J Soc Sci**, Irvine, v. 2, n. 11, p. 7-13, Nov. 2014.
- LONG, K. N. G. et al. Boundary crossing: meaningfully engaging religious traditions and religious institutions in public health. **Religions**, Abingdon, v. 10, n. 7, p. 1-8. June 2019.

- LOTUFO NETO, F. **Psiquiatria e religião**: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos. 1997. Tese (Livre Docência) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- LUCCHETTI, G. et al. Medical students, spirituality and religiosity: results from the multicenter study SBAME. **BMC Med Educ**, London, v. 13, n. 1, p. 1-8, Mar. 2013.
- LUCCHETTI, G. et al. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? **Rev Soc Bras Clin Méd**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 154-158, mar./abr. 2010.
- LUCCHETTI, G. et al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. **J Rehabil Med**, Stockholm, v. 43, n. 4, p. 316-322, Mar. 2011.
- LUCCHETTI, G. et al. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. **BMC Med Educ**, London, v. 12, n. 1, p. 1-8, Mar. 2012.
- LUCCHETTI, G. et al. Spirituality, religiosity, and health: a comparison of physicians' attitudes in Brazil, India, and Indonesia. **Int J Behav Med**, Hillsdale, v. 23, n. 1, p. 63-70, Feb. 2016.
- LUCCHETTI, G. et al. The current status of "spirituality and health" teaching in Brazilian medical schools: a nationwide survey. **BMC Med Educ**, London, v. 23, n. 1, p. 1-10, Mar. 2023.
- LUCCHETTI, G.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, A. L. G. Spirituality, religiousness, and mental health: a review of the current scientific evidence. **World J Clin Cases**, Hong Kong, v. 9, n. 26, p. 7620-7631, Sep. 2021.
- LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; PUCHALSKI, C. M. Spirituality in medical education: global reality? **J Relig Health**, New York, v. 51, n. 1, p. 3-19, Mar. 2012.
- LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L.; KOENIG, H. G. Impact of spirituality/religiosity on mortality: comparison with other health interventions. **Explore**, New York, v. 7, n. 4, p. 234-238, Aug. 2011.
- MANSFIELD, C. J.; MITCHELL, J.; KING, D. E. The doctor as God's mechanic? Beliefs in the southeastern United States. **Soc Sci Med**, Oxford, v. 54, n. 3, p. 399-409, Feb. 2002.
- MARIOTTI, L. et al. Spirituality and medicine: views and opinions of teachers in a Brazilian medical school. **Med Teach**, London, v. 33, n. 4, p. 339-340, Apr. 2011.
- MILLER, W. R.; THORESEN, C. E. Spirituality, religion, and health. An emerging research field. **Am Psychol**, Washington, v. 58, n. 1, p. 24-35, Jan. 2003.
- MOEN, E. A.; WALSETH, L. T.; LARSEN, I. B. Experiences of participating in individual placement and support: a meta-ethnographic review and synthesis of qualitative studies. **Scand J Caring Sci**, Stockholm, v. 35, n. 2, p. 343-352, June 2021.

MONROE, M. H. et al. Primary care physician preferences regarding spiritual behavior in medical practice. **Arch Intern Med**, Chicago, v. 163, n. 22, p. 2751-2756, Dec. 2003.

MONTERO-MARIN, J. et al. Reassessment of the psychometric characteristics and factor structure of the Perceived Stress Questionnaire (PSQ): analysis in a sample of dental students. **PLoS One**, San Francisco, v. 9, n. 1, p. 1-9, Jan. 2014.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey. **Arch Clin Psychiatry**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 1-4, Jan. 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Braz J Psychiatry**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242-250, Sep. 2006.

MOSZKA, N. et al. Religious affiliation and oral health-related quality of life: a cross-sectional study based on a nationally representative survey in Germany. **BMC Oral Health**, London, v. 23, n. 1, p. 1-9, Aug. 2023.

NEELY, D.; MINFORD, E. J. Current status of teaching on spirituality in UK medical schools. **Med Educ**, London, v. 42, n. 2, p. 176-182, Feb. 2008.

NELSON, J. M. **Psychology, religion, and spirituality**. USA: Springer, 2010.

NEWBERG, A.; LEE, B. The neuroscientific study of religious and spiritual phenomena: or why god doesn't use biostatistics. **Zygon**, Chicago, v. 40, n. 2, p. 469-490, June 2005.

OLIVEIRA, F. W. S. et al. Religiosity and spirituality: conceptions of nursing professors and undergraduates. **Int J Develop Res**, Tamilnadu, v. 10, n. 3, p. 34818-34822, Mar. 2020. Disponível em: <https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/18555.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2024.

OLIVEIRA, R. A. Health and spirituality in professional health training, a necessary dialogue. **Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba**, Sorocaba, v. 19, n. 2, p. 54-55, 2017. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/32819/pdf>. Acesso em: 10 abr. 2024.

OMAN, D.; SYME, S. L. Weighing the evidence: what is revealed by 100+ meta-analyses and systematic reviews of religion/spirituality and health? *In*: OMAN, D. (Ed.). **Why religion and spirituality matter for public health**, 2018. p. 261-281. Disponível em: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-73966-3\\_15#citeas](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-73966-3_15#citeas). Acesso em: 15 abr. 2024.

OSLER, W. The faith that heals. **Br Med J**, London, v. 1, n. 2581, p. 1470-1472, June 1910.

OSÓRIO, I. H. S. et al. Effect of an educational intervention in "spirituality and health" on knowledge, attitudes, and skills of students in health-related areas: a controlled randomized trial. **Med Teach**, London, v. 39, n. 10, p. 1057-1064, Oct. 2017.

PINTO, C.; PAIS-RIBEIRO, J. L. Development of a scale for the assessment of spirituality in health settings. **Arq Med**, Porto, v. 21, n. 2, p. 47-53, Mar. 2007.

PALOUTZIAN, R. F.; ELLISON, C. W. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. *In*: PEPLAU, L. A.; PERLMAN, D. **Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy**. Nova Jersey: John Wiley & Sons, 1982. p. 224-237.

PRIORESCHI, P. **A history of medicine**. Omaha: Horatius; 1995.

PUCHALSKI, C. Spirituality and medicine: curricula in medical education. **J Cancer Educ**, New York, v. 21, n. 1, p. 14-18, Spring, 2006.

PUCHALSKI, C. et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. **J Palliat Med**, Larchmont, v. 12, n. 10, p. 885-904, Oct. 2009.

PUCHALSKI, C. M. et al. Spirituality and health: the development of a field. **Acad Med**, Philadelphia, v. 89, n. 1, p. 10-16, Jan. 2014.

PUCHALSKI, C. M.; LARSON, D. B. Developing curricula in spirituality and medicine. **Acad Med**, Philadelphia, v. 73, n. 10, p. 970-974, Oct. 1998.

RAMAKRISHNAN, P. et al. Religious/spiritual characteristics of Indian and Indonesian physicians and their acceptance of spirituality in health care: a cross-cultural comparison. **J Relig Health**, New York, v. 54, n. 2, p. 649-663, Apr. 2015.

RANSOME, Y. Religion spirituality and health: new considerations for epidemiology. **Am J Epidemiol**, Baltimore, v. 189, n. 8, p. 755-758, Aug. 2020.

SAAD, M.; DAHER, J. C.; MEDEIROS, R. Spirituality, religiousness and physical health: scientific evidence. *In*: LUCCHETTI, G.; PRIETO PERES, M.; DAMIANO, R. (Eds). **Spirituality, religiousness and health. Religion, spirituality and health: a social scientific approach**, 2019. p. 87-100.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiatr**, São Paulo v. 8, n. 3, p. 107-112, dez. 2001.

SARCHAMI, R.; RAJAEI, S.; AALAEI, S. Evaluation of the relationship between religious beliefs and academic achievements of dental students. **J Educ Health Promot**, Mumbai, v. 9, n. 11, p. 1-5, Nov. 2020.

SCHOUTEN, E. **Viewpoints and motives on religion and spirituality of professionals in perinatal medicine**. 2016. 93p. Thesis (Doctorate in Perinatal Medicine) – Faculty of Medicine, LMU Munich, 2016.

SERAJZADEH, S. H.; JAVAHERI, F.; KHAJEH, S. V. Religion and health: an examination of the effect of religiosity on health in a sample of university students. **J Appl Soc**, Bethesda, v. 24, n. 1, p. 55-77, July 2013.

SHATTUCK, E. C.; MUEHLENBEIN, M. P. Religiosity/spirituality and physiological markers of health. **J Relig Health**, New York, v. 59, n. 2, p. 1035-1054, Apr. 2020.

SLOAN, R. P. et al. Should physicians prescribe religious activities? **N Engl J Med**, Boston, v. 342, n. 25, p. 1913-1916, June 2000.

SOARES, T. R. C. et al. Oral status, sense of coherence, religious-spiritual coping, socio-economic characteristics, and quality of life in young patients. **Int J Paediatr Dent**, Oxford, v. 30, n. 2, p. 171-180, Mar. 2020.

SOUSA, B. S. A. et al. Sociodemographic characterization, academic formation and both religion and spirituality indexes from health professors. **J Res Fundam Care**, v. 11, n. 3, p. 672-679, Apr./July 2019.

SOUZA, E. C. F.; OLIVEIRA, A. G. R. C. O processo saúde-doença: do xamã ao cosmos. *In: Odontologia social: textos selecionados*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal: UFRN, 1998. p. 87-92.

SOUZA, I. A. et al. Relationships between spirituality and religiosity in dentistry academics in the state of Bahia. **RGO Rev Gaúch Odontol**, Porto Alegre, v. 71, p. 1-8, 2023.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rgo/a/CkdGkd7PyPkRWvbWNYhHzvx/?format=pdf&lang=en>.

Acesso em: 05 maio 2024.

SOUZA, I. A.; YARID, S. D. Abordagem da espiritualidade nas instituições de ensino superior de Odontologia do Brasil. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 1-5, jan./dez. 2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/03/1416762/e65151-abordagem-da-espiritualidade-diagramado-eng.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2024.

STEINHAUSER, K. E. et al. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. **JAMA**, Chicago, v. 281, n. 19, p. 2476-2482, Nov. 2000.

SUMMERSKILL, W.; HORTON, R. Faith-based delivery of science-based care. **Lancet**, London, v. 386, n. 10005, p. 2476-2482, Oct. 2015.

TAYLOR, E. J. Spirituality, culture, and cancer care. **Semin Oncol Nurs**, Orlando FL, v. 17, n. 3, p. 197-205, Aug. 2001.

TOMASSO, C. D.; BELTRAME, I. L.; LUCCHETTI, G. Knowledge and attitudes of nursing professors and students concerning the interface between spirituality, religiosity and health. **Rev Lat Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1205-1213, Sep./Oct. 2011.

TRUDEL-FITZGERALD, C. et al. Psychological well-being as part of the public health debate? Insight into dimensions, interventions, and policy. **BMC Public Health**, London, v. 19, n. 1, p. 1-11, Dec. 2019.

VANDERWEELE, T. J. On the promotion of human flourishing. **Proc Natl Acad Sci U S A**, Washington, v. 114, n. 31, p. 8148-8156, Aug. 2017.

VANDERWEELE, T. J. et al. Positive epidemiology? **Epidemiology**, Cambridge, v. 31, n. 2, p. 189-193, Mar. 2020.

VASCONCELOS, A. P. S. L. et al. Comparison of the role of different levels of religiousness and spirituality in controversial ethical issues and clinical practice among Brazilian resident physicians: results from the multicenter SBRAMER study. **J Relig Health**, New York, v. 63, n. 2, p. 1268-1284, Apr. 2024.

VASCONCELOS, A. P. S. L. et al. Religiosity and spirituality of resident physicians and implications for clinical practice-the SBRAMER multicenter study. **J Gen Intern Med**, Philadelphia, v. 35, n. 12, p. 3613-3619, Dec. 2020.

VERMANDERE, M. et al. Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. **Br J Gen Pract**, London, v. 61, n. 592, p. 749-760, Nov. 2011.

WALSH, F. **Spiritual resources in family therapy**. New York: The Guilford Press, 1999.

WAGGONER, M. D. Religion and spirituality in public higher education. *In*: WAGGONER, M. D.; WALKER, N. C. (Ed). **The oxford handbook of religion and american education**. Oxford University Press, 2018. chapter 24. p. 364-382. Disponível em: <https://academic.oup.com/edited-volume/28343/chapter/215159780>. Acesso em: 15 abr. 2024.

ZINI, A.; SGAN-COHEN, H. D.; MARCENES, W. Is religiosity related to periodontal health among the adult Jewish population in Jerusalem? **J Periodontal Res**, Copenhagen, v. 47, n. 4, p. 418-425, Aug. 2012.

## ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS E DA SAÚDE DE  
JUIZ DE  
FORA/FCMS/FJ/SUPREMA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Opiniões, atitudes e crenças frente a utilização da espiritualidade na prática clínica em estudantes da graduação e pós-graduação do curso de odontologia.

**Pesquisador:** Rodrigo Guerra de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 79808224.7.0000.5103

**Instituição Proponente:** SUPREMA-SOCIEDADE UNIVERSITARIA PARA O ENSINO MEDICO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 7.014.020

#### Apresentação do Projeto:

Um estudo transversal observacional, que será realizado entre graduandos da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde e pos-graduandos de odontologia, Pos Odonto Suprema, com aplicação de questionário validado, independente do sexo e acima de 18 anos, sendo excluídos, alunos em não conformidade com a pesquisa e menores de idade. O pesquisador irá disponibilizar o termo de consentimento livre e esclarecido para cada participante e após conformidade com o termo, segue para a coleta de dados. Ela irá ocorrer por meio de aplicação de questionário, de forma presencial, em que serão explicados os objetivos da pesquisa e esclarecidas eventuais dúvidas. Os estudantes serão contactados dentro da instituição de ensino.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo do presente estudo é investigar a opinião, atitudes e crenças com relação a utilização da religiosidade e espiritualidade na prática clínica de formados e graduandos do curso de Odontologia.

Objetivo Secundário:

- Avaliar a opinião, atitudes e crenças com relação a utilização da religiosidade e

Endereço: Alameda Salvaterra, nº 200, Bloco B, sala 305, 3º andar  
Bairro: Salvaterra CEP: 36.045-410  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2101-5015 Fax: (32)2101-5043 E-mail: cep@suprema.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS E DA SAÚDE DE  
JUIZ DE  
FORA/FCMS/FJ/SUPREMA



Continuação do Parecer: 7.014.020

espiritualidade com relação a assuntos controversos eticamente na odontologia;

- Avaliar as crenças religiosas e espirituais dos alunos da graduação e pos graduação em odontologia;
- Comparar estudantes da graduação com estudantes da pós graduação em relação as crenças e atitudes relacionadas a religiosidade e espiritualidade.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

O estudo possui risco mínimo inerente ao preenchimento de um questionário.

- Desconforto sobre o tema.
- Ansiedade
- Desmotivação
- Constrangimento
- Quebra de anonimato.
- Perda de dados dos arquivos.

Será orientado sobre essas possibilidades inicialmente, para que com isso possa ser minimizado os riscos mínimos previsíveis considerando as dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, conforme item II.6, da Res. CNS 466/12.

Benefícios:

O benefício da participação será contribuir com a análise de perfis de profissionais de Odontologia, bem como suas crenças e valores para que seja possível traçar a relação da religiosidade/espiritualidade com a prática clínica odontológica. Esses resultados podem servir de embasamento para futuras mudanças curriculares no futuro.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudantes de graduação do curso de odontologia da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde e pos graduandos, da Pos Odonto Suprema, serão convidados a participar dessa pesquisa, modalidade presencial, conforme critérios de inclusão e exclusão. O questionário utilizado será autoaplicado e possui duração aproximada de 20 minutos para preenchimento.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos obrigatorios apresentados de forma satisfatoria.

Endereço: Alameda Salvaterra, nº 200, Bloco B, sala 305, 3º andar  
Bairro: Salvaterra CEP: 36.045-410  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2101-5015 Fax: (32)2101-5043 E-mail: cep@suprema.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS E DA SAÚDE DE  
JUIZ DE  
FORA/FCMS/FJ/SUPREMA



Continuação do Parecer: 7.014.020

**Recomendações:**

Acrescentar ao TCLE : "Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável pelo estudo, e a outra será fornecida ao senhor(a)."

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considerando as inadequações apontadas no Parecer da primeira versão foram corrigidas de forma satisfatória este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS no 466 de 2012 e na Norma Operacional no 001 de 2013 do CNS, manifesta-se em comum acordo pela APROVAÇÃO no quesito ético do projeto de pesquisa proposto.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado!! Recomendamos acrescentar ao TCLE : "Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável pelo estudo, e a outra será fornecida ao senhor(a)."

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2342893.pdf	05/07/2024 05:02:06		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Infraestrutura.pdf	05/07/2024 04:47:45	Rodrigo Guerra de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Estruturado.pdf	05/07/2024 03:08:36	Rodrigo Guerra de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura_posodonto.pdf	05/07/2024 03:00:07	Rodrigo Guerra de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/07/2024 02:54:28	Rodrigo Guerra de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	05/07/2024 00:33:41	Rodrigo Guerra de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Autorizacao.pdf	14/05/2024 02:30:33	Rodrigo Guerra de Oliveira	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_	14/05/2024	Rodrigo Guerra de	Aceito

Endereço: Alameda Salvaterra, nº 200, Bloco B, sala 305, 3º andar  
Bairro: Salvaterra CEP: 36.045-410  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2101-5015 Fax: (32)2101-5043 E-mail: cep@suprema.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS E DA SAÚDE DE  
JUIZ DE  
FORA/FCMS/FJ/SUPREMA



Continuação do Parecer: 7.014.020

Parecer Anterior	CEP_6123580.pdf	01:58:29	Oliveira	Aceito
Outros	Questionario.pdf	14/05/2024 01:09:55	Rodrigo Guerra de Oliveira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 19 de Agosto de 2024

---

**Assinado por:**  
**Gilson Rodrigues Ferreira**  
**(Coordenador(a))**

Endereço: Alameda Salvaterra, nº 200, Bloco B, sala 305, 3º andar  
Bairro: Salvaterra CEP: 36.045-410  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2101-5015 Fax: (32)2101-5043 E-mail: cep@suprema.edu.br

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: Opiniões, atitudes e crenças frente à utilização da espiritualidade na prática clínica em estudantes da graduação e pós graduação do curso de Odontologia.

O objetivo do estudo é investigar a opinião, atitudes e crenças com relação a utilização da religiosidade e espiritualidade na prática clínica de formados e graduandos do curso de Odontologia.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Sua participação nesta pesquisa consistirá em preencher um questionário. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, sendo manipulados apenas pelos responsáveis pela pesquisa e arquivados por um período de 5 (cinco) anos.

A pesquisa apresenta os seguintes riscos: sentir-se desconfortável ao responder a alguma pergunta, ficar nervoso, ansioso, sentir-se desmotivado, sentir-se despreparado, não identificar a importância da pesquisa. Caso isso aconteça, você pode desistir de responder a qualquer momento. Você será orientado sobre essa possibilidade inicialmente, para que com isso possa ser minimizado os riscos mínimos previsíveis considerando as dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, conforme item II.6, da Res. CNS 466/12.

Você receberá uma cópia deste termo, na qual consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto a qualquer momento.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Assinatura do voluntário

---

**Pesquisador Responsável:** Rodrigo Guerra de Oliveira

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

Título do Projeto: Opiniões, atitudes e crenças frente à utilização da espiritualidade na prática clínica em estudantes da graduação e pós-graduação do curso de Odontologia.

**Pesquisadores participantes:**

Ana Paula de Almeida Nunes

Ana Júlia Firmino

**Pesquisador Responsável:**

Rodrigo Guerra de Oliveira

**Endereço e telefone institucional do CEP:** Alameda Salvaterra, nº 200, Bairro Salvaterra, CEP 36.033-003 - Juiz de Fora MG, (32) 2101-5000.

**Endereço e telefone do pesquisador:** Av. Rio Branco 2406/503, Bairro Centro, CEP 36016-340 - Juiz de Fora MG, (32) 3213-7040 / (32) 99987-7678.

**APÊNDICE B – Questionário *Network for Research in Spirituality and Health* (NERSH)**

**Questionário NERSH (Network for Research Spirituality and Health)**

Esse questionário faz parte de uma iniciativa internacional para avaliar as crenças e valores dos profissionais de saúde ao redor do mundo. O questionário dura em torno de 20-25 minutos para ser completado. Suas respostas serão confidenciais e seu nome não será associado a suas respostas. Se você não se sentir confortável em responder alguns itens em particular, apenas deixe-os em branco.

**SEÇÃO A:  
DADOS DEMOGRÁFICOS**

1. Idade: ..... anos
2. Gênero:
  - <sup>[1]</sup> Feminino
  - <sup>[2]</sup> Masculino
3. Estado civil:
  - <sup>[1]</sup> Casado(a)      <sup>[2]</sup> Vivendo com um(a) companheiro(a)
  - <sup>[3]</sup> Divorciado(a)      <sup>[4]</sup> Solteiro(a)      <sup>[5]</sup> Viúvo(a)
4. Emprego:
  - <sup>[1]</sup> Só estudo
  - <sup>[2]</sup> Estudo e trabalho
5. Local de trabalho (marque todas que se aplicam):
  - <sup>[1]</sup> Hospital    <sup>[2]</sup> Instituição de ensino    <sup>[3]</sup> Consultório
  - <sup>[4]</sup> "Home care" (atendimento domiciliar)    <sup>[5]</sup> Outro / .....
6. Especialidade (residência que está fazendo atualmente):
  - <sup>[1]</sup> Graduação. Período: \_\_\_\_\_
9. Religião:
  - <sup>[1]</sup> Não tenho, mas acredito em Deus    <sup>[2]</sup> Católica romana    <sup>[3]</sup> Católica ortodoxa    <sup>[4]</sup> Protestante
  - <sup>[5]</sup> Muçumana    <sup>[6]</sup> Judia    <sup>[7]</sup> Budista    <sup>[8]</sup> Hinduista    <sup>[9]</sup> Sem filiação religiosa
  - <sup>[10]</sup> Não tenho e não acredito em Deus    <sup>[11]</sup> Não tenho e tenho dúvida se Deus existe
  - <sup>[12]</sup> Outra (especifique) / .....
10. Por favor, marque na escala abaixo em que grau sua saúde (física ou psicológica) está prejudicada no momento (0=nem um pouco, 10=fortemente).
 

<input type="checkbox"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**SEÇÃO B  
SUA VISÃO QUANTO À RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE E SAÚDE**

11. De maneira geral, quanta influência você acha que a religião/espiritualidade possui na saúde do paciente?
  - Extrema <sup>[1]</sup>  Muita <sup>[2]</sup>  Alguma <sup>[3]</sup>  Pouca <sup>[4]</sup>  Muito pouca ou nenhuma <sup>[5]</sup>
12. De maneira geral, quanta influência você acha que a religião/espiritualidade possui na saúde bucal do paciente?
  - Extrema <sup>[1]</sup>  Muita <sup>[2]</sup>  Alguma <sup>[3]</sup>  Pouca <sup>[4]</sup>  Muito pouca ou nenhuma <sup>[5]</sup>
12. De maneira geral, quanta influência você acha que a religião/espiritualidade possui no processo de cura do paciente?
  - Extrema <sup>[1]</sup>  Muita <sup>[2]</sup>  Alguma <sup>[3]</sup>  Pouca <sup>[4]</sup>  Muito pouca ou nenhuma <sup>[5]</sup>
13. A influência da religião/espiritualidade é geralmente positiva ou negativa nas seguintes doenças?
 

	Geralmente positiva	Geralmente negativa	Tanto positiva quanto negativa	Não tem influência
a) Doença periodontal	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>
b) Câncer	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>
c) Disfunção da ATM	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>
d) Transtornos psiquiátricos	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>
e) Doença Cárie	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>
14. De maneira geral, é apropriado para o odontólogo abordar assuntos religiosos/espirituais quando um paciente/familiar do paciente os traz à tona?
  - É sempre apropriado <sup>[1]</sup>     É costumeiramente apropriado <sup>[2]</sup>
  - É costumeiramente inapropriado <sup>[3]</sup>     É sempre inapropriado <sup>[4]</sup>

15. De uma forma geral, é apropriado para o odontólogo perguntar sobre a religião/espiritualidade do paciente/familiar do paciente?  
 É sempre apropriado<sup>[1]</sup>  É costumeiramente apropriado<sup>[2]</sup>  
 É costumeiramente *inapropriado*<sup>[2]</sup>  Sempre *inapropriado*<sup>[4]</sup>
16. Quando, se fosse o caso, seria apropriado para o odontólogo conversar sobre suas próprias crenças ou experiências religiosas com um paciente/familiar do paciente?  
 Nunca<sup>[1]</sup>  
 Apenas quando o paciente/familiar pedisse<sup>[2]</sup>  
 Sempre que o médico achar que é apropriado<sup>[3]</sup>
17. Quando, se fosse o caso, seria apropriado para o odontólogo rezar com um paciente/familiar do paciente?  
 Nunca<sup>[1]</sup>  
 Apenas quando o paciente/parente pedisse<sup>[2]</sup>  
 Sempre que o médico achar que é apropriado<sup>[3]</sup>
18. Em que medida você concorda ou discorda da seguinte afirmação?  
**Eu me sentiria à vontade debatendo as preocupações religiosas/espirituais do paciente/familiar se ele as trouxesse à tona.**  
 Concordo totalmente<sup>[1]</sup>  Concordo<sup>[2]</sup>  Discordo<sup>[3]</sup>  Discordo totalmente<sup>[4]</sup>
19. Você já perguntou sobre assuntos religiosos/espirituais dos pacientes/parentes?  
 Não<sup>[3]</sup>  Sim<sup>[1]</sup>
- 19.1 Se SIM, com que frequência você pergunta?  
 Raramente<sup>[1]</sup>  Algumas vezes<sup>[2]</sup>  Frequentemente<sup>[3]</sup>  Sempre<sup>[4]</sup>
- 19.2 Se SIM, com que frequência os pacientes/parentes se sentem desconfortáveis quando você pergunta?  
 Nunca<sup>[1]</sup>  Raramente<sup>[2]</sup>  Algumas vezes<sup>[3]</sup>  Frequentemente<sup>[4]</sup>  Sempre<sup>[5]</sup>

20. Experiências com religiosidade/espiritualidade na prática clínica: Como são suas experiências considerando as seguintes afirmativas?

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
a) Pacientes/familiares mencionam assuntos religiosos/espirituais tipo Deus, rezas, meditação, a Bíblia, o Corão, rituais, passes, etc.	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[5]</sup>
b) A religiosidade/espiritualidade em geral influencia positivamente a saúde dos pacientes/familiares.	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[5]</sup>
c) A religiosidade/espiritualidade ajuda os pacientes a lidar e suportar as doenças e o sofrimento.	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[5]</sup>
d) A religiosidade/espiritualidade leva os pacientes a recusarem, atrasarem ou interromperem as terapias/tratamentos indicados.	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[5]</sup>
e) Os pacientes/familiares recebem apoio emocional ou prática da sua comunidade religiosa.	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[5]</sup>
f) A religiosidade/espiritualidade oferece aos pacientes um estado mental positivo, esperançoso.	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[5]</sup>
g) A religiosidade/espiritualidade ajuda a prevenir consequências sérias de enfermidades.	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[5]</sup>
h) Os pacientes/familiares usam a religião/espiritualidade como motivo para não assumir responsabilidade por sua própria saúde.	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[5]</sup>
i) A religião/espiritualidade é reforçada ou aprofundada através da experiência do adoecimento.	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[5]</sup>

**21. Nas seguintes situações clínicas, com que frequência você pergunta sobre assuntos**

Quando um paciente/familiar... ▼

...você pergunta sobre temas religiosos/espirituais: ▼

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
a) Apresenta uma doença ou agravo menores,	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[5]</sup>
b) Enfrenta um diagnóstico grave,	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[5]</sup>
c) Será submetido a uma cirurgia odontológica	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[5]</sup>
d) Sofre de ansiedade ou depressão,	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[5]</sup>
e) Vem para uma consulta de rotina	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[5]</sup>
f) Apresenta um quadro de fobia ao tratamento odontológico	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[5]</sup>

**22. Quando assuntos religiosos/espirituais surgem em conversas com pacientes/parentes, com que frequência você responde das seguintes maneiras?**

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
a) Escuto de forma cuidadosa e empaticamente.	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[5]</sup>
b) Tento mudar de assunto, com jeito.	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[5]</sup>
c) Encorajo os pacientes/parentes nas suas próprias práticas e crenças religiosas/espirituais.	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[5]</sup>
d) Respeitosamente compartilho minhas próprias ideias e experiências religiosas.	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[5]</sup>
e) Rezo com o paciente/familiar.	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[5]</sup>

**23. Um paciente se apresenta a você em um profundo luto após dois meses da morte de sua esposa. Se você tivesse de encaminhá-lo, a qual destes você preferiria encaminhar em primeiro lugar?**

- Um capelão <sup>[1]</sup>  
 Um clérigo ou outro conselheiro religioso <sup>[2]</sup>  
 Um psiquiatra ou psicólogo <sup>[3]</sup>  
 Outro (especifique): <sup>[4]</sup> / .....

**25. Alguma coisa lhe desencoraja a debater religião/espiritualidade com os pacientes/parentes dos pacientes?**

- Não <sup>[2]</sup>  Sim <sup>[1]</sup>  
 25.1 Se SIM, qual das seguintes razões lhe desencoraja?  
 (Marque todas as que se aplicarem)
- Desconforto geral quanto a debater assuntos religiosos <sup>[1]</sup>  
 Conhecimento/treinamento insuficiente <sup>[2]</sup>  
 Tempo insuficiente <sup>[3]</sup>  
 Receio de ofender os pacientes/parentes <sup>[4]</sup>  
 Receio de que meus colegas não aproveem <sup>[5]</sup>  
 Neutralidade profissional <sup>[6]</sup>  
 Não é minha função <sup>[7]</sup>  
 Recuso-me a falar desses assuntos no meu trabalho <sup>[8]</sup>  
 Outro (especifique): <sup>[9]</sup> / .....

**26. De maneira geral, você acha que a quantidade de tempo que você gasta com assuntos religiosos/espirituais na prática odontológica é:**

- Demais <sup>[1]</sup>  Muito pouca <sup>[2]</sup>  Adequada <sup>[3]</sup>

**27. Você já teve algum treinamento formal sobre religião/espiritualidade em odontologia?**

- Não <sup>[2]</sup>  Sim <sup>[1]</sup>

**27.1 Se SIM, foi em algum dos seguintes?**

- (Marque todas as que se aplicarem)
- Curso durante a graduação <sup>[1]</sup>  
 Livro especializado ou educação continuada <sup>[2]</sup>  
 Mesas-redondas ou algum tipo de conferência <sup>[3]</sup>  
 Treinamento dentro da minha tradição religiosa <sup>[4]</sup>  
 Outro (especifique): <sup>[5]</sup> / .....

**SESSÃO C:**  
**SUAS CARACTERÍSTICAS RELIGIOSAS/ESPIRITUAIS**

**Nota: Não importa se você se considera religioso, espiritualizado ou não; sua perspectiva é importante.**

30. Independentemente de sua atitude diante de crenças religiosas específicas, em que medida você se considera uma pessoa espiritualizada? Você diria que é...
- Muito espiritualizado <sup>(1)</sup>  Moderadamente espiritualizado <sup>(2)</sup>  
 Levemente espiritualizado <sup>(3)</sup>  De forma alguma espiritualizado <sup>(4)</sup>
31. Independentemente de pertencer ou não a um grupo religioso em particular ou assistir cerimônias religiosas, em que medida você se considera uma pessoa religiosa? Você diria que é...
- Muito religioso <sup>(1)</sup>  Moderadamente religioso <sup>(2)</sup>  
 Levemente religioso <sup>(3)</sup>  Nem um pouco religioso <sup>(4)</sup>
32. Você acredita em Deus ou num poder superior?
- Sim <sup>(1)</sup>  Não <sup>(2)</sup>  Sem opinião formada <sup>(3)</sup>
33. Você acredita em vida após a morte?
- Sim <sup>(1)</sup>  Não <sup>(2)</sup>  Sem opinião formada <sup>(3)</sup>
34. Sua religião atual é a mesma na qual você cresceu?
- Sim <sup>(1)</sup>  Não <sup>(2)</sup>
35. Você já recorreu a videntes, terreiros, mesas brancas, benzeduras, passes ou outras modalidades sobrenaturais/espirituais do tipo?
- Sim, muitas vezes <sup>(1)</sup>  Não, nunca <sup>(2)</sup>  Sim, algumas vezes <sup>(3)</sup>
36. Pense em como você tenta entender e lidar com os problemas maiores de sua vida: Você procura por Deus (ou um poder superior) em busca de força, apoio e orientação?
- Sim <sup>(1)</sup>  Não <sup>(2)</sup>  Sem opinião formada <sup>(3)</sup>
37. Você já teve uma experiência religiosa ou espiritual que mudou sua vida?
- Não <sup>(2)</sup>  Sim <sup>(1)</sup>
- 37.1 Se SIM, a experiência aconteceu dentro do contexto da prática odontológica?
- Não <sup>(2)</sup>  Sim <sup>(1)</sup>
- Responda, por favor, às seguintes perguntas sobre suas crenças e/ou envolvimento religioso:
38. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?
- Mais do que uma vez por semana <sup>(6)</sup>  uma vez por semana <sup>(5)</sup>  
 Duas a três vezes por mês <sup>(4)</sup>  algumas vezes por ano <sup>(3)</sup>  
 uma vez ao ano ou menos <sup>(2)</sup>  nunca <sup>(1)</sup>
39. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?
- mais de uma vez ao dia <sup>(6)</sup>  diariamente <sup>(5)</sup>  
 Duas ou mais vezes por semana <sup>(4)</sup>  uma vez por semana <sup>(3)</sup>  
 Poucas vezes por mês <sup>(2)</sup>  raramente ou nunca <sup>(1)</sup>
40. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)
- Totalmente verdade para mim <sup>(4)</sup>  Em geral é verdade <sup>(3)</sup>  
 Não estou certo  
 Em geral não é verdade <sup>(2)</sup>  Não é verdade <sup>(1)</sup>
41. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver..
- Totalmente verdade para mim <sup>(4)</sup>  Em geral é verdade <sup>(3)</sup>  
 Não estou certo  
 Em geral não é verdade <sup>(2)</sup>  Não é verdade <sup>(1)</sup>
42. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.
- Totalmente verdade para mim <sup>(4)</sup>  Em geral é verdade <sup>(3)</sup>  
 Não estou certo  
 Em geral não é verdade <sup>(2)</sup>  Não é verdade <sup>(1)</sup>

## 44. Em que medida você concorda com as seguintes afirmativas?

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
a) Sinto um profundo senso de responsabilidade por reduzir a dor e o sofrimento no mundo.	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>
b) A família onde me criei realçava a importância de servir aqueles com poucos recursos financeiros.	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>
c) Para mim, a prática da Odontologia é uma vocação.	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>
d) Minhas crenças religiosas influenciam minha prática odontológica.	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>
e) Acho desafiador manter minha fé na minha religião em meu trabalho como odontólogo.	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>
e) Minhas experiências como odontólogo me fizeram questionar minhas crenças religiosas.	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>

## 45. Em que medida você concorda com as seguintes afirmativas?

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
a) Existe um Deus que se preocupa com cada ser humano em particular.	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>
b) As pessoas podem fazer muito pouco para mudar o curso de suas vidas.	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>
c) Para mim, a vida só tem sentido porque Deus existe.	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>
d) Na minha opinião a vida não tem um propósito.	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>
e) A vida só tem um sentido se você mesmo lhe dá sentido.	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>
f) Eu tenho meu próprio jeito de me conectar com Deus, sem interferência de igrejas ou cultos religiosos.	<input type="checkbox"/> <sup>[1]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[2]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[3]</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>[4]</sup>

46. Abaixo você encontrará afirmativas feitas por outras pessoas. Leia-as cuidadosamente, por favor, e então indique quão verdadeira cada uma delas é para você <u>na sua situação atual</u> , circulando um número por linha.		Não se aplica de forma alguma	Não se aplica, de certa forma	Eu não sei (nem sim, nem não)	Aplica-se muito bem	Aplica-se totalmente
F4.2	Minha espiritualidade/religiosidade me ajuda a ter uma conexão mais profunda com meus vizinhos e com o mundo à minha volta.	0	1	2	3	4
F4.3	Minha espiritualidade/religiosidade me ajuda a estar ciente sobre como eu conduzo minha vida.	0	1	2	3	4
F4.4	Minha espiritualidade/religiosidade me ajuda a lidar melhor com as doenças (ex: no meu trabalho com os pacientes) ou com problemas que surgem.	0	1	2	3	4
F4.7	Estar engajado numa religião ou espiritualidade me ajuda a manter e recuperar a saúde física e mental.	0	1	2	3	4
F5.1	Atividades espirituais/religiosas geralmente me trazem uma sensação de contentamento e paz interior.	0	1	2	3	4
F5.2	No dia a dia, a espiritualidade/religiosidade promove minha força interior.	0	1	2	3	4

47.	As perguntas seguintes têm a ver com sua <b>satisfação</b> em várias áreas de sua vida.  Escolha, por favor, a resposta mais apropriada para sua situação em cada pergunta. Se uma pergunta não refletir sua situação atual, deixe-a em branco, simplesmente.  <b>Eu descreveria minha satisfação com...:</b>	Tenho sentimentos ambíguos (satisfações ou não)						
		Muito insatisfeita	Insatisfeita	Um pouco insatisfeita	3	Um pouco satisfatória	Satisfatória	Muito satisfatória
H1	... minha vida familiar ...	0	1	2	3	4	5	6
H2	... minhas amizades ...	0	1	2	3	4	5	6
H3	... meu local de estudo...	0	1	2	3	4	5	6
H4	... mim mesmo ...	0	1	2	3	4	5	6
H5	... o lugar onde moro ...	0	1	2	3	4	5	6
H6	... a vida de forma geral ...	0	1	2	3	4	5	6
H7	... minha situação financeira ...	0	1	2	3	4	5	6
H8	... meus planos futuros ...	0	1	2	3	4	5	6
H9	... minha carreira na odontologia ...	0	1	2	3	4	5	6
H10	... meu local de trabalho...	0	1	2	3	4	5	6
G1	...minha saúde física...	0	1	2	3	4	5	6
G1	...minha saúde mental...	0	1	2	3	4	5	6
G3	...minha qualidade de vida...	0	1	2	3	4	5	6
G4	...minha habilidade para enfrentar a vida diária ...	0	1	2	3	4	5	6
G5	...minha boa forma e vitalidade ....	0	1	2	3	4	5	6

**Muito obrigado pela sua participação!**