

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL**

**TIAGO D'OLIVEIRA SILVA**

**PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SUS SOBRE  
RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Porto Alegre

2017

TIAGO D'OLIVEIRA SILVA

**PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SUS SOBRE  
RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Luciana Fernandes Marques

Porto Alegre

2017



ATA PARA ASSINATURA Nº \_\_\_\_\_

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde  
Ensino na Saúde - Mestrado Profissional  
Ata de defesa de Dissertação

Aluno: Tiago D Oliveira Silva, com ingresso em 24/04/2015

Título: **Percepções dos profissionais de saúde do SUS sobre religiosidade/espiritualidade no contexto hospitalar**

Orientador: Profa Drª Luciana Fernandes Marques

Data: 07/04/2017

Horário: 20:30

Local: Sala 41 (4º andar) / FAMED UFRGS

Banca Examinadora	Origem
Daniilo Blank	UFRGS
Paulo Peixoto de Albuquerque	UFRGS
Marta Helena de Freitas	UCB

Porto Alegre, 07 de abril de 2017.

Membros	Assinatura	Conceito	Indicação de Voto de Louvor
Daniilo Blank		Aprovado	_____
Paulo Peixoto de Albuquerque		Aprovado	_____
Marta Helena de Freitas		Aprovado	_____

Conceito Geral da Banca: ( A ) Correções solicitadas: ( ) Sim ( X ) Não  
Indicação de Voto de Louvor: ( ) Sim ( ) Não

**Observação:** Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno.

Aluno

Orientador

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde  
Av. Ramiro Barcelos, 2400 2º andar - Bairro Santa Cecília - Telefone 51 33085599  
Porto Alegre / RS -

CIP - Catalogação na Publicação

Silva, Tiago D'Oliveira  
PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SUS SOBRE  
RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO HOSPITALAR  
/ Tiago D'Oliveira Silva. -- 2017.  
81 f.

Orientador: Luciana Fernandes Marques.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa  
de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-  
RS, 2017.

1. Espiritualidade. 2. Religião. 3. Hospitais. 4.  
Pessoal de Saúde. I. Marques, Luciana Fernandes,  
orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente à minha mãe Maria Luiza e a meu irmão Daniel, fontes de inspiração, pelo carinho e apoio incondicional em todos os momentos da minha vida.

A meu pai Odelmo pela presença espiritual ao longo de toda a minha existência.

À Amane pelo amor, carinho e companheirismo de cada dia.

A todos os familiares (Vó, sobrinhas, tias e tios, primas e primos), afilhadas e afilhados que, direta ou indiretamente, apoiaram-me nesta caminhada.

À orientadora e amiga Luciana Marques que, além de ter sido muito presente com valiosas contribuições para o trabalho, serve continuamente de um exemplo de professora a ser seguido, fazendo-se serena e enérgica quando necessário. Obrigado por confiar na sincronidade da vida e acreditar no meu trabalho.

Aos amigos do Instituto Junguiano do RS que, com muita alma e coração, transformaram-se em uma fonte de inspiração para a vida.

Aos amigos e amigas do Boleiros do Findi, em especial à Letícia, Luiza, Rafael, Rodrigo, Romeu e Luciana pelos ótimos e necessários momentos de descontração.

Aos professores, colegas e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da UFRGS, pela riqueza das contribuições nas suas diferentes formações e atuações profissionais, ampliando minha visão e inspirando-me com o carinho com que trabalham cotidianamente em um contexto tão delicado como o SUS.

À Alessandra Calixto, Charlise Pasuch e Amanda Ely, profissionais em saúde do HCPA, que auxiliaram na coleta e nas discussões em grupo dos dados e à bolsista de Iniciação Científica, Lissane Dolores, pela participação nas discussões do grupo e na transcrição de boa parte das entrevistas.

À Prof<sup>a</sup> Marta Helena de Freitas, pelo convite para a participação no Projeto RESCH Nacional, abrindo as portas para a realização da pesquisa em Porto Alegre.

Aos colegas do Centro de Processamento de Dados da UFRGS pelas discussões diárias, pelo apoio e estímulo a enfrentar essa jornada.

Aos participantes da pesquisa, pela disponibilidade e entrega nas entrevistas.

Às pessoas que, mesmo não citadas nominalmente, não deixaram de ter importância nesta trajetória.

Aos fracassos, dificuldades e obstáculos que, ao deixarem-me com menos certezas, impulsionam-me para o cultivo da alma.

## RESUMO

O núcleo central da política de formação para a área da saúde se constitui da própria população, nas suas necessidades sanitárias e de educação, procurando-se reconhecer e legitimar as realidades distintas locorregionais. Sendo o Brasil um país de uma enorme diversidade religiosa, pode-se inferir que a demanda para trabalhar as intersecções da religiosidade e espiritualidade (R/E) nos atendimentos de saúde pode ser maior do que o esperado e maior do que os profissionais de saúde estejam preparados para lidar. Este trabalho buscou investigar se os profissionais de saúde de um hospital-escola de Porto Alegre têm algum aprendizado formal dentro das suas formações sobre o tema da R/E e o quanto estão receptivos para lidar com religiosidades/espiritualidades diferentes da sua e talvez desconhecidas. Foi feita uma entrevista semiestruturada com 14 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) com o objetivo de conhecer as percepções deles no que se refere a como abordam a questão da R/E no contexto hospitalar. Após análise de conteúdo, os resultados foram divididos em três eixos temáticos: boas e más práticas de assistência espiritual no contexto hospitalar, R/E na saúde e formação. Cada um desses eixos foi subdividido e agrupado em outras categorias. Foi possível observar que o tema da R/E aparece cotidianamente no contexto hospitalar, ora promovendo reflexões e incentivando uma maior integralidade no cuidado com o paciente, ora sendo invisível ou de difícil abordagem. As conclusões apontam para a necessidade de maior inserção do tema da R/E na graduação e maior oferta de educação continuada nesses temas no sentido de gerar uma formação mais adequada para que os profissionais de saúde no contexto hospitalar possam instrumentalizar-se com essa temática.

**Paravras-chave:** Espiritualidade; Religião; Hospitais; Pessoal de Saúde.

## ABSTRACT

The core of the training in the health area is formed by the population itself, in their health and education needs, seeking to recognize and legitimize different regional realities. Since Brazil is a country of huge religious diversity, it can be inferred that the demand to work the intersections of religiousness and spirituality (R / S) in health care may be higher than expected and higher than health professionals are prepared to deal with. This paper aimed to investigate whether the health professionals of a school hospital in Porto Alegre have education within their training on R / S and how receptive they are to dealing with different and/or unknown religiousness and spiritualities than their own. A semi-structured interview was conducted with 14 health professionals (physicians, nurses, psychologists and social workers) in order to know their perceptions regarding how they address R / S in the hospital context. After content analysis, the results were divided into 3 thematic axes: Good and bad practices of spiritual care in the hospital context, R / S in health and Education. Each of these axes was subdivided and grouped into other categories. It was possible to observe that R / S issue appears daily in the hospital context, sometimes promoting reflections and encouraging a greater integrality in patient care, sometimes invisible or difficult to approach. The conclusions point to the need for a greater insertion of the R / S issue in undergraduate studies and a greater offer of continuing education in these issues in order to generate a more adequate education so that health professionals in the hospital context can be trained in this issue.

**Keywords:** Spirituality; Religion; Hospitals; Health Personnel.

## SUMARIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>12</b>
2.1	RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NA GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR.....	12
2.2	A INCLUSÃO DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL .....	14
2.3	DESAFIOS DO TRABALHO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE COM A RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE DO PACIENTE .....	17
2.4	POSSIBILIDADES DA INSERÇÃO DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DO SUS.....	18
2.5	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E AMBIENTES VIRTUAIS DE APRENDIZAGEM.....	20
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>23</b>
3.1	OBJETIVO GERAL.....	23
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	23
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>24</b>
4.1	DELINEAMENTO.....	24
4.2	PARTICIPANTES .....	24
4.3	INSTRUMENTO .....	25
4.4	PROCEDIMENTOS.....	26
4.5	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	26
4.6	ANÁLISE DOS DADOS .....	27
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>29</b>
5.1	BOAS E MÁΣ PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL NO CONTEXTO HOSPITALAR .....	29
5.1.1	Suporte institucional à religiosidade/espiritualidade .....	30
5.1.2	Foco no paciente .....	34
5.1.3	Práticas integrativas e complementares .....	38
5.1.4	Despreparo das equipes profissionais para lidar com o tema .....	40
5.2	RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE .....	43
5.2.1	Religiosidade/Espiritualidade como fator de proteção .....	43
5.2.2	Religiosidade/Espiritualidade como auxílio na recuperação e cura/ <i> coping</i> e resiliência.....	44

5.2.3	Explicação religiosa da doença.....	47
5.2.4	Religiosidade/Espiritualidade, mudança de visão e do sentido da vida.....	48
5.2.5	Religiosidade/Espiritualidade como autocuidado para o profissional .....	49
5.2.6	Religiosidade/Espiritualidade como laço social/grupal .....	50
5.2.7	Preces intercessórias .....	51
5.2.8	Crer e ter fé .....	52
5.3	FORMAÇÃO .....	53
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>59</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>61</b>
	<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA.....</b>	<b>66</b>
	<b>APÊNDICE B – PROPOSTA DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE E EDUCAÇÃO.....</b>	<b>68</b>
	<b>APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..</b>	<b>72</b>
	<b>ANEXO A–PARECER COMPESQ-FAMED/UFRGS.....</b>	<b>73</b>
	<b>ANEXO B–PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/UFRGS .....</b>	<b>74</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil é um país reconhecidamente religioso e espiritualizado, embora os censos do IBGE de 1990, 2000 e 2010 tenham apontado aumento progressivo do número daqueles que se consideram sem religião. Este percentual chegou aos 8%, o que equivale a aproximadamente 15 milhões de pessoas, no censo de 2010 (ALTMANN, 2012). Os “sem religião” são as pessoas que não possuem vínculos de adesão declarados a nenhuma religião, mas não necessariamente negam a existência de Deus ou de algo que consideram sagrado ou absoluto. Tanto que a população de ateus ficou em 615 mil, bem longe dos 15 milhões. Em comparação com outros países, o Brasil também aparece como um país de predominância religiosa. Esses números revelam que a religião é um tema de interesse para o brasileiro, que atravessa a cultura e se faz presente no cotidiano influenciando suas crenças, comportamento e visão de mundo.

Esses dados são confirmados pelo site The Arda (2015), uma associação que disponibiliza o escalonamento das religiões no mundo. A Coreia do Norte é o país com maior percentual de ateus, 15,6%. Quando o tema é “Nações mais agnósticas”, que não negam a existência de Deus, mas duvidam de sua existência, o Brasil apresenta 2,4% da população neste grupo. E o país com maior percentual de agnósticos é, mais uma vez, a Coreia do Norte (56,8%).

A partir dessas constatações, pode-se inferir que a demanda para trabalhar as intersecções da religiosidade e espiritualidade (R/E) nos atendimentos de saúde pode ser maior do que o esperado e maior do que os profissionais de saúde estejam preparados para lidar. Pode-se indagar se esses profissionais têm algum aprendizado formal dentro das suas formações sobre o tema da R/E e o quanto estão receptivos para lidar com religiosidades e espiritualidades diferentes da sua e talvez desconhecidas, tendo em vista a diversidade religiosa no Brasil e até a multirreligiosidade (quando a pessoa frequenta mais de uma religião simultaneamente). O núcleo central da política de formação para a área da saúde se constitui da própria população, nas suas necessidades sanitárias e de educação, procurando-se reconhecer e legitimar as realidades distintas locais (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Se esse “duelo” entre saberes e fazeres se dá no plano teórico, na prática, a vivência da religiosidade e da espiritualidade é multidimensional: no contexto

clínico/hospitalar, o sujeito em tratamento não pode ser separado de suas dimensões cognitiva, afetiva, sociocultural, biológica, sob o risco de prejudicar o acolhimento e consequentemente proporcionar um cuidado menos integral. O enfrentamento da morte iminente, o medo do desconhecido, o receio de incapacidades físicas, são naturalmente vivências estressoras para o paciente e para a sua família. Nesse sentido, torna-se evidente a necessidade de entendimento e de um diálogo que inclua noções de religiosidade/espiritualidade a fim de que os profissionais de saúde possam fornecer uma terapêutica para aquele paciente específico, a partir de princípios que valorizem tanto os saberes médicos quanto as crenças do paciente. Isso é o que aponta a Política de Humanização do SUS ao referir o princípio da integralidade e ao adotar o modelo de que, em se tratando do tema da saúde, se produz subjetividades (ALVES; JUNGES; LÓPEZ, 2010). Da mesma forma, é necessário que os profissionais tenham algum nível de conhecimento para orientar quando percebem que certas situações de cunho religioso ou espiritual não estão sendo terapêuticas, ou ainda, quando a R/E pode ser um recurso positivo de enfrentamento.

De acordo com recentes estudos, pelo menos 90% da atual população mundial está envolvida em alguma forma de prática religiosa ou espiritual, cujas evidências remetem para um importante papel em diversos aspectos da vida, sobretudo na saúde mental (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014). Nos contextos hospitalares eclode uma demanda a partir do contato direto entre o paciente e o profissional da saúde. É esse sujeito que vai problematizar o atual saber/fazer hegemônico, que, por séculos, vem fragmentando o doente, ora colocando-o numa posição de “alma-objeto” para a religião, ora ignorando e banalizando suas questões religiosas e espirituais, que são tomadas como fantasias e mitos, cuja escuta se torna negligenciada no tratamento.

Três revisões sistemáticas da literatura acadêmica identificaram mais de 3.000 estudos empíricos em saúde e espiritualidade, cujos resultados, em geral, apontam que indivíduos que possuem maior R/E têm menos depressão, ansiedade, tentativas de suicídio e uso/abuso de substâncias, e experimentam melhor qualidade de vida, rápida remissão de sintomas depressivos, e melhores desfechos psiquiátricos (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014). Dessa forma, a R/E pode ser considerada como um fator de proteção para o risco de várias morbidades e consequentemente como auxiliar no tratamento de saúde. Mas também há aspectos potencialmente danosos da

vivência da R/E por pacientes, ainda pouco explorados, sobretudo pela falta de atenção a essas temáticas, o que amplia a demanda por mais pesquisas nessa área.

A partir dessas reflexões, o presente trabalho tem por objetivo discutir a R/E no contexto hospitalar, refletindo sobre estudos atuais e destacando os desafios, problematizações e também possibilidades da inclusão dessa temática nesse contexto. Reconhece-se a necessidade de discutir as intersecções do tema e de incluí-lo na formação profissional dos trabalhadores em saúde, porém percebe-se as dificuldades, paradoxos e desconhecimentos que envolvem tais considerações.

A partir da experiência profissional como Analista de Tecnologia da Informação no CPD da UFRGS, da trajetória acadêmica no curso de Psicologia na UFRGS e na participação como colaborador no projeto ELSA (Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto), pude observar a importância das tecnologias digitais nos contextos de saúde. Através da avaliação das demandas de profissionais de saúde do Hospital de clínicas de Porto Alegre, produzimos como produto final para o Mestrado Profissional Ensino na Saúde (Faculdade de Medicina, UFRGS) uma proposta de ação de extensão, numa modalidade totalmente a distância, usando um Ambiente Virtual de Aprendizagem (Moodle-UFRGS). A geração desse espaço virtual visa oportunizar situações que possibilitem ampliar a visão de ser humano, discutir a questão dos valores, do sagrado, das implicações sociais desses temas e, assim, promover um acolhimento mais ético, humanizado. Além disso, o acolhimento será mais integrado a uma tecnologia leve, no sentido do respeito à autonomia e à escuta do paciente (MERHY, 1997). Também vislumbramos como demanda desses profissionais a necessidade de conhecer estudos científicos sobre R/E, como lidar com a R/E do paciente, reconhecer indicadores de *coping* (estratégias de enfrentamento a problemas) religioso-espiritual positivo e negativo, para qual profissional encaminhar quando necessário, bem como trocar ideias com colegas através de salas de bate-papo on-line, sobre como manejar com situações que surgem no cotidiano dos atendimentos. Atividades de extensão como esta podem qualificar o serviço, inovar nas práticas e dar suporte aos profissionais. Além disso, sendo uma atividade virtual, pode respeitar dias e horários de trabalho, estando acessível sempre que o profissional estiver disponível para tal. Contemporaneamente, as atividades virtuais têm sido largamente utilizadas, compreendendo acesso a uma gama de possibilidades e de relacionamento em rede, além da qualificação. A aprendizagem cooperativa desenvolvida em ambiente virtual possibilita a superação não apenas

geográfica como também possibilita uma rede de relacionamento mais ampla, fora dos limites locais, possibilitando aos envolvidos desfrutar de uma visão mais universal (MARQUES; RIGO, 2014). Os profissionais de saúde poderão conversar com colegas de funções similares e que se defrontam com desafios similares no dia-a-dia do trabalho em contexto hospitalar.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NA GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR

As origens do termo hospital remontam à Idade Média, cujo espaço de acolhida a doentes e peregrinos era conhecido como *Hôtel-Dieu*, incorporando em seu próprio nome, o caráter religioso da instituição. Como tal, passou por diversos movimentos de reorganização e atualização ao longo dos séculos e chega à atualidade, após o fortalecimento do racionalismo, com tensões entre ciência e religião, entre passado e presente. Naturalmente, essas constantes tensões produziram novas conformações, possibilitando reinvenções no cuidado à saúde. Porém, também é verdade que a ciência, detentora de maior prestígio como geradora de conhecimento válido na atualidade, adotou, por longo tempo, uma postura de demérito em relação às religiões, negando os aspectos positivos que o entendimento e a aceitação da R/E possam produzir nos pacientes. Entretanto, historicamente, foram as comunidades religiosas que cuidaram dos doentes, desamparados e moribundos, de uma forma integrada e holística. Não apenas a religião perdeu espaço na medicina como o próprio paciente foi fragmentado nas suas várias dimensões e passou a ser tratado a partir de especialidades que pouco o observam na sua totalidade (KOENIG; KING; CARSON, 2012). Um exemplo dessa cisão se apresenta na atenção à dor, cuja conceituação no ocidente surge a partir do dualismo cartesiano em que corpo, mente e espírito são vistos dissociados entre si. Essa visão prejudica a compreensão integrada do ser humano, sobretudo em relação à experiência da dor, por ser esta uma vivência individual, mediada por vários componentes biológicos, afetivos, cognitivos, sociais e comportamentais (MARQUES; SILVA, 2014).

Sendo o contexto hospitalar um lugar de alta complexidade e de constante enfrentamento de variadas situações, assume-se que, ao abrir a possibilidade de respeitar o sujeito na sua integralidade, a compreensão da dimensão da R/E torna-se imprescindível. Desta forma, um hospital não pode prescindir de regulamentações e atividades incorporadas no seu fluxo cotidiano que preveja o acolhimento dessa demanda. Sendo uma organização composta por múltiplos níveis, plural em atendimentos, deve estar ciente das problematizações sociais, bem como de suas demandas. Há que se ampliar o escopo de atuação rumo a uma mudança paradigmática

para além do modelo biomédico incluindo uma abordagem holística voltada para a qualidade de vida (CASTILHO; CARDOSO, 2015).

O cuidado em saúde no contexto hospitalar brasileiro está face a face com este público que valoriza e vivencia a R/E nas suas vidas, bem como com aqueles que, frente a situações graves e estressantes, irão recorrer ao *coping* religioso-espiritual. O fato de o país ter adotado uma forma laica e secular de abordar a saúde, não torna os brasileiros a-religiosos. Apesar da laicidade, cuja diretriz deve ser seguida pelos serviços públicos, deve-se evitar o laicismo que seria não reconhecer o direito das pessoas em manifestar a sua R/E. Usada de forma equilibrada e integrada a outras dimensões, a R/E pode auxiliar na prevenção de doenças, em melhores desfechos, a ajudar no enfrentamento e proporcionar apoio e encorajamento (KLIEWER, 2004).

Outra vertente de compreensão da inserção da R/E no contexto hospitalar é o aspecto organizacional do hospital em que esta dimensão pode auxiliar funcionários e gestores a encontrar um significado mais profundo – e melhores recompensas – através do local de trabalho (LAABS, 1995). Nesse sentido, relaciona os funcionários do hospital como entidades com necessidades espirituais, que desejam experimentar um sentido de propósito e de significado no seu trabalho e que pretendem experimentar um sentido de conexão com outras pessoas e com a sua comunidade de trabalho (ASHMOS; DUCHON, 2000). Todas as instituições, independentemente do tipo de serviço ou produção, podem e devem provocar questões reflexivas e existenciais no seu público interno.

Nesse contexto, a R/E não está ligada a um sistema religioso específico, mas sim a um compromisso com a dimensão espiritual das pessoas e propõe uma forma mais humanizada no tratamento pessoal, impulsionando a autorrealização e o respeito à pluralidade religiosa. Embates entre distintas religiões no mundo atravessam o tempo e distâncias, produzindo e provocando desconfortos no contexto das microrrelações. Estas, a seu turno, podem desestabilizar os trabalhos em equipe, trazendo não apenas dificuldades gerenciais, mas também comprometendo o próprio trabalho em saúde. Há que se problematizar o fazer na instituição, seja ele o trabalho do gestor ou do profissional de saúde, a fim de que a R/E saia da invisibilidade.

Essa inserção vem sendo paulatinamente lembrada por organismos internacionais como a Organização das Nações Unidas que consideram os elementos

espirituais nos cuidados paliativos como prioridade quando a doença não mais responde a tratamentos curativos (BRASIL, 2001). Através da identificação de dificuldades e possibilidades da integração da espiritualidade nos serviços de saúde será possível planejar ações mais concretas, buscando uma prática mais humanizada e sensível às crenças dos pacientes e também com saúde mais integral para os profissionais destes contextos. Busca-se, assim, uma relação profissional-usuário onde os sujeitos sejam parceiros e aliados na produção de saúde (ALVES; JUNGES; LÓPEZ, 2010). Alguns centros de saúde têm investido na criação de espaços físicos para acolher o diálogo religioso ou mesmo serviços hospitalares como, por exemplo, a capelania, cujo objetivo é dar conta dessa dimensão. O Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, que é uma referência nacional para a humanização, contempla em sua estrutura hospitalar um espaço inter-religioso no qual lideranças de diferentes religiões podem dialogar com seus fiéis (ALVES; JUNGES; LÓPEZ, 2010). Já o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) conquistou de forma pioneira no Brasil a certificação internacional da Joint Commission International (JCI) em 2013, assegurando o respeito pelas crenças e valores dos pacientes de acordo com suas necessidades espirituais e religiosas (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2013).

## 2.2 A INCLUSÃO DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A ausência do tema na formação dos profissionais de saúde provavelmente se deve à destituição da R/E de um lugar junto às práticas médicas: um fenômeno observado a partir da incursão radical da medicina no positivismo científico e na tentativa de união de ciência e prática baseada em evidências, mais notabilizada na sociedade ocidental. Estima-se que essa cisão tenha ocorrido no século XVI com o advento da revolução científica e a emergência do método científico (KLIOWER, 2004). A construção do conhecimento levada a cabo pela racionalidade científica, além de possibilitar um notável desenvolvimento de uma medicina eminentemente técnica, também polarizou e fragmentou o entendimento do sujeito enquanto ser complexo e multidimensional, esquadrinhando o mesmo em órgãos e tecidos (FOUCAULT, 1979).

Foucault localiza o nascimento da Clínica no findar do século XVIII, quando o discurso emergente da racionalidade anátomo-clínica começa a reconfigurar a medicina moderna, transformando a organização de seu conhecimento e sua prática, pautados agora em um presumido empirismo que a coloca no glorioso lugar de disciplina científica. Nesse contexto, houve uma significativa mudança: seu objeto de investigação passa a ser a doença ou o corpo do ser que adoecer, fundamentados sob um olhar positivo e inseridos num discurso redutivista daquilo que está alocado numa subjetividade dos sintomas. A clínica instaura-se a partir da aplicação de um olhar e saber (médico e científico) sobre a doença, que assim lhe confere objetividade (FOUCAULT, 1963).

Por vários séculos a apropriação incauta do cuidado pela religião, cujo principal objetivo era o de conseguir uma “salvação espiritual” ao sujeito, fez emergir uma reação quase inconciliável entre o cientificismo pragmático e o saber religioso/espiritual, de forma que a tensão entre esses saberes permaneça atuante e, por vezes, incapacite um diálogo construtivo.

Até recentemente, esses temas não eram incluídos no currículo de profissionais de saúde, nem tinham lugar na prática clínica hospitalar de forma consistente e ética. Mas isso tem se alterado e o cuidado holístico tem se tornado um tema corrente nos programas de educação para a saúde, abrindo um campo também para a inclusão da R/E (LUNDBERG; KERDONFAG, 2010). Nos últimos vinte anos, com a publicação de várias centenas de artigos científicos na área médica e psicológica sobre a relação entre religião e saúde, muitas escolas médicas já começaram a integrar questões sobre R/E aos seus currículos. Nos Estados Unidos, 84 das 126 escolas médicas oferecem cursos sobre espiritualidade e medicina. No Brasil, iniciativas pioneiras de oferecimento de disciplinas sobre medicina e espiritualidade partiram das Faculdades de Medicina da Universidade Federal do Ceará e da Universidade Federal de Minas Gerais (STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008). Além disso, com base nestas recentes evidências empíricas, muitas organizações internacionais de profissionais da área da saúde têm apontado para o cuidado com a R/E como um importante componente da saúde do paciente, e que os profissionais deveriam integrar a prática clínica e hospitalar. Em se tratando de saúde mental, importantes organizações internacionais têm dado espaço e criado seções dedicadas especialmente a R/E. Apesar disso, quando se refere à R/E de psicólogos, um estudo recente mostrou que, em relação à população em geral, esse

profissional tem menor espiritualidade. Esses dados parecem indicar que o curso de psicologia contribui para o declínio da espiritualidade, provavelmente por sofrer influência da vertente psicanalítica (em especial no sul do Brasil) (CAVALHEIRO; FALCKE, 2014). Sem aprofundar a temática, ressalta-se aqui a possibilidade de que a concepção psicanalítica de religiosidade, como um aspecto essencialmente negativo, ainda esteja sendo amplamente transmitida, sem que se possa abrir o diálogo para um posicionamento crítico e transversalizado sobre o tema.

Tal postura merece questionamento para que a irredutibilidade e o cerceamento dogmático das instituições religiosas, devidamente combatidos pela psicanálise, não acabem sendo reproduzidos em sua própria concepção diante da inteireza das dimensões humanas e, assim, da espiritualidade (CAVALHEIRO; FALCKE, 2014, p. 42).

A despeito das dificuldades de interlocução, parece inquestionável a importância de legitimar um lugar à R/E no contexto hospitalar e na formação dos profissionais de saúde. Entretanto, grandes desafios são apresentados quando se pensa em como incorporar e implementar nas práticas profissionais esse reconhecimento, a partir de referenciais e saberes variados que sejam científicos, laicos e também oriundos da cultura e tradição local. Muitos profissionais de saúde não consideram os assuntos R/E como parte de seus trabalhos, não entendem por que deveriam ser, não sabem nem como nem quando introduzi-los e sequer imaginam quais seriam os resultados caso os incluíssem (MARR; BILLINGS; WEISSMAN, 2007). Embora seja nítida a presença de elementos espirituais nos contextos hospitalares, especialmente as necessidades e demandas dos pacientes, alguns profissionais de saúde não se sentem treinados para tanto. Outras barreiras também estão presentes como a falta de tempo ou de recursos, pouca privacidade e atitudes pessoais por parte do profissional, inclusive algum desconforto por adentrar num tema tido socialmente como privado (LIND; SENDELBACH; STEEN, 2011). Especialmente em relação à psicologia, há que se legitimar a espiritualidade na esfera científica, incorporando-a na formação acadêmica desse curso. É preciso revisar e reformular paradigmas norteadores da ciência psicológica, cuja dimensão inerente ao humano e sua contribuição à saúde psíquica tem sido negligenciada. O percurso vivenciado durante a formação acadêmica em psicologia parece estar contribuindo para o embotamento da espiritualidade dos próprios psicólogos, ao adotarem rigorosamente suas doutrinas psicológicas (CAVALHEIRO; FALCKE, 2014). E pode-se imaginar que nas outras áreas o mesmo possa ocorrer.

### 2.3 DESAFIOS DO TRABALHO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE COM A RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE DO PACIENTE

Um dos grandes desafios para integrar espiritualidade e cuidado espiritual nos currículos e na prática hospitalar tem sido a compreensão evolutiva do conceito de espiritualidade, que passa a ser entendida como algo mais amplo do que a religião, sem excluí-la (DEZORZI; CROSSETTI, 2008). Embora um conceito de religiosidade ou de espiritualidade possa ser elaborado e definido, dificilmente será aplicável a todos os contextos, faixas etárias, etnias, etc. Neste trabalho há ênfase no que a religiosidade tem em comum com a espiritualidade e unindo os dois termos em um só, religiosidade/espiritualidade, considerando uma ampla dimensão que inclui aspectos religiosos e também os existenciais ou laicos, servindo ao que quer que o público trate como dita dimensão. Entretanto, há grupos que consideram o espiritual como sendo um outro reino ou um universo paralelo cujas curas milagrosas põem em dúvida o arsenal da medicina tradicional. Este pode ser um aspecto bastante controverso no qual os grupos de bioética hospitalares têm se dedicado, especialmente quando pacientes e familiares geram um antagonismo entre a medicina tradicional e as curas espirituais.

A assistência espiritual ou a integração da experiência religiosa do paciente nos cuidados em saúde carece de sistematização prática fundamentada e de lugar institucional. Requer sair da situação de práticas desconectadas e ainda não reconhecidas ou autorizadas institucionalmente, para formarem um mosaico consistente, diverso, mas integrado, de ações e possibilidades junto aos pacientes e seus familiares, em consonância com as políticas de humanização do SUS (BRASIL, 2007). Além de maior desenvolvimento técnico proveniente de um volume consistente de estudos e publicações na área, há também habilidades humanas a serem estimuladas nos profissionais para que possam acolher e escutar de forma qualificada as demandas dos pacientes, não somente físicas, mas também espirituais.

Na visão da integralidade da atenção como um esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, as necessidades de saúde, sempre complexas, captadas em sua expressão individual, identifica-se a importância de uma formação e instrumentalização dos profissionais junto a uma adequação dos serviços de saúde a fim de que essas ações sejam institucionalizadas e ofereçam condições mais

adequadas para o acolhimento à religiosidade de seus usuários e respectivos familiares, bem como uma melhor orientação e integração dessa dimensão no cuidado em saúde (CECÍLIO; PINHEIRO; MATTOS, 2001). Igualmente, é importante ressaltar a importância da compreensão dessa dimensão na vida pessoal e profissional dos trabalhadores em saúde como autocuidado.

Além do desafio de conceitualizar a R/E, é necessário desenvolver uma sistemática de aplicação do conceito que dê conta das diversas realidades e contextos. Mas ainda outros desafios estão presentes, como por exemplo, o quanto a R/E pode ser danosa (os chamados *red flags*, ou sinais de alerta, que são os aspectos controversos e potencialmente danosos da vivência religiosa/espiritual para o paciente internado). Considerando que nas áreas humanas lidamos com questões complexas de difícil controle, também o tema da R/E não é uma prescrição absolutamente confiável. Embora inúmeros estudos apontem as associações positivas entre saúde e R/E, muitos outros também sugerem risco de prejuízos pessoais, baixa resolutividade de conflitos, *coping* negativo, culpa, abalo da fé, entre outros (PERES *et al.*, 2007).

#### 2.4 POSSIBILIDADES DA INSERÇÃO DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DO SUS

No contexto brasileiro o tema da integralidade tornou-se evidente em meados de 1970 a 1980 com o advento do Movimento da Reforma Sanitária (BERNARDES, 2011). Num estudo documental que investigou 67 políticas públicas de saúde publicadas, as autoras procuraram pelos termos “espiritualidade”, “religiosidade” e “religião” e encontraram sua presença, mas numa abordagem sutil e não explicativa, e sugerem uma ampliação da discussão (CASTILHO; CARDOSO, 2015). Os termos apareceram nas políticas principalmente na importância de se atentar para essa dimensão no cuidado em saúde no que se refere a: respeitar diversidades religiosas, povos e culturas com peculiaridades religiosas, direito de crença pessoal e direito à manifestação religiosa. Entretanto, consideraram incipiente e pouco consistente a forma de abordá-lo. Mas analisando-se este estudo sob um ângulo que as autoras não consideraram há uma nítida indicação por parte destas políticas de se considerar esses âmbitos como partícipes do cuidado em saúde e da compreensão do ser humano na sua

integralidade. Tanto nos termos humanização, acolhimento e saúde integral quanto na valorização do contato com o usuário, nas práticas dialógicas e nos processos de subjetivação, pode-se depreender a presença das múltiplas dimensões humanas, tanto do usuário quanto do profissional, a saber, a R/E.

A criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS em 2006, veio garantir a integralidade nas ações em saúde. O Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 971, instituindo a PNPIC no SUS, que faculta novas abordagens de intervenção (BRASIL, 2006). Essa política veio especialmente atender às orientações da Organização Mundial da Saúde, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiência no âmbito das referidas práticas. A PNPIC abrange a Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001) como as terapias medicamentosas com uso de fitoterapia (compostos orgânicos oriundo parte de animais e/ou minerais), e não-medicamentosas terapias manuais e/ou espirituais.

A PNPIC mostra como essa ampliação do escopo de atuação e na maneira de conceber o usuário não trata de ignorar a terapêutica tradicional, mas de complementar em direção a resultados positivos e bem-sucedidos. A indicação é no sentido de problematizar a experiência contemporânea, cuja condução no aspecto biomédico, por vezes, tem levado a um radicalismo pragmático, em um processo que vem sendo apontado como “medicalização da vida”. Há que se ir além e pensar que, se de um lado os tratamentos convencionais têm sido eficientes em larga escala, de outro, apresentam condições negativas para o paciente, como os efeitos colaterais, dificuldades de lidar com certas doenças e restabelecer o equilíbrio do organismo como um todo e no seu contexto.

As poucas iniciativas de diálogo com as práticas alternativas em saúde, deslegitimadas pelo saber científico por trazerem aspectos transcendentais (sem validade científica), põem de lado uma possível conjugação de esforços. As práticas alternativas, sobretudo as que provêm historicamente de sociedades orientais, tradições espirituais e filosóficas, se baseiam em princípios de promoção do equilíbrio e saúde, em vez de atacarem a doença e a morte. Mas, na medida em que elas se abrem a outros critérios, como a intuição ou a fé, que são vistos como atitudes suspeitas pela biomedicina ocidental, elas correm o risco de serem desacreditadas. Aquelas que

conseguem construir um discurso técnico relativamente coerente como a homeopatia ou acupuntura são toleradas. Mas as que fazem apelo mais forte a elementos ditos “mágicos” são consideradas com suspeição por extrapolarem os limites da racionalidade instrumental e laica predominante no seio do campo oficial. Assim, as ações em saúde têm perdido sua dimensão cuidadora e, apesar dos contínuos avanços científicos, elas têm perdido potência e eficácia.

Grande parte desse poder perdido provém da relação empobrecida, em que o outro é tomado como simples corpo biológico e objeto da ação, e que o deslegitima de todos os outros saberes sobre saúde. A relação que se estabelece entre o suposto saber médico e o usuário acaba sendo vertical, unidirecional, como se prescindisse da ação e da cooperação de quem está sendo tratado. Ou ainda, como se a cooperação fosse obtida automaticamente a partir da “iluminação” técnica sobre o problema e as condutas para enfrentá-lo. Mas o cientificismo não tem resolvido todos os problemas e, na prática, tem se perdido a participação e o empoderamento do usuário que tem limitada aderência aos tratamentos, sobretudo nas afecções crônicas.

Em uma recente pesquisa sobre práticas contemplativas aplicadas a pacientes com dor crônica no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, resultados parciais permitiram indicar que essa prática é totalmente viável de ser inserida, complementar ao tratamento tradicional e alopático. Também neste trabalho, a partir de relatos dos participantes e das respostas nos questionários, observou-se a melhora da atenção ao longo do processo, juntamente a melhores possibilidades de lidar com a dor e uma maior autoconsciência por parte dos pacientes (MARQUES; SILVA, 2014). Muitas práticas consideradas alternativas são compostas por questões simples (mas nem por isso menos poderosas) como a escuta e o acolhimento ao usuário que passa a aderir ao tratamento proposto e melhorar as práticas de autocuidado repercutindo em melhora geral da saúde.

## 2.5 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E AMBIENTES VIRTUAIS DE APRENDIZAGEM

A problematização do ensino tradicional nas últimas décadas, reconhecido como educação continuada, fez emergir uma série de importantes reflexões para a mudança

deste paradigma. O Ministério da Saúde, percebendo a relevância de um novo modelo de educação, lançou no ano de 2009 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS (BRASIL, 2009). A aposta do Ministério da Saúde é de que essa modalidade de educação, fundamentada na aprendizagem significativa, possa transformar as práticas profissionais, podendo ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou aprendizagem orientada a problemas, pautando-se nas necessidades de saúde das pessoas e populações. Neste documento, definiu-se que "a Educação Permanente em Saúde é a possibilidade de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho" (BRASIL, 2009, p. 20).

A educação permanente representa uma mudança significativa na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Supõe inverter a lógica do processo ao incorporar ensino e aprendizado no cotidiano das organizações, desconstruindo um modelo pautado na orientação vertical, recolocando a importância das pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento. Propõe ampliar espaços de educação e construção de redes de aprendizado, fortalecendo a integração do conhecimento nas comunidades. A PNEPS propõe ainda que, por ser centrada no processo de trabalho, deve abranger toda a equipe, sejam médicos, enfermeiros, gestores, professores, ou seja, todos aqueles que são profissionais da saúde (BRASIL, 2009).

A exponencial evolução tecnológica, ano após ano, parece ser o elemento de enlace para qualificar a educação permanente e as necessidades advindas da prática profissional cotidiana. O fortalecimento dos modelos educativos à distância que privilegiam a problematização e a construção de redes de aprendizagem, aliado ao baixo custo operacional e logístico, tornam-se não mais apostas em Educação Permanente em Serviço, adquirindo um estado de fundamental importância para a realização dos objetivos de educação (BRASIL, 2009).

Retomando a importância de que a educação permanente seja constituída de um espaço colaborativo, há que se destacar a relevância que vêm adquirindo as Comunidades Virtuais de Aprendizagem (CVA) e os Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA), como espaços de construção coletiva de resolução de problemas, em que todos auxiliam e interferem nas atividades, reciprocamente. Professores e

gestores apontam preocupações de que estas construções repousem menos no aparato tecnológico envolvido e nas condições de infraestrutura, mesmo que se configurem tópicos importantes. Afinal, são incapazes, por si mesmos, de definir uma proposta de construção coletiva do conhecimento, sem se somar às atividades individuais. Participação intensiva e trabalho colaborativo dependem da estratégia didática assumida, sendo esta a provocadora da revisão do modelo instrucionista em favor de uma abordagem eminentemente colaborativa (OLIVEIRA, 2015).

Em um estudo realizado com um grupo de 41 alunos matriculados em uma disciplina de início de curso na Universidade Estadual Paulista (UNESP), cuja abordagem era em um AVA com enfoque na Aprendizagem Baseada em Problemas, os autores demonstraram ser vantajoso prolongar a discussão do ambiente físico para o ambiente educacional virtual, sobretudo devido à limitação de espaço e tempo. Destacam os autores que as discussões iniciavam quase sempre informalmente, porém sempre mantinham foco na resolução dos problemas. Outro ponto levantado no estudo é que, por ser um ambiente virtual em um espaço e tempo diferenciados, o aluno pôde refletir sobre seu próprio pensamento, analisando sua produção intelectual e, conseqüentemente, passando a um nível superior de pensamento (SOUSA; JUNIOR, 2012). Além disso, as questões sobre Religiosidade/Espiritualidade têm aparecido com maior força nas discussões, sobretudo em ambiente hospitalar, com o alinhamento das políticas do SUS. Pondera-se que nas últimas décadas têm havido importantes problematizações na educação e na saúde, emergindo daí políticas transversais em ambas as áreas, buscando a desconstrução de modelos engessados e verticalizados que reforçavam o abismo entre a academia, o hospital e as verdadeiras necessidades sociais. É daí que surgem políticas como a Política Nacional de Humanização, as Diretrizes Curriculares Nacionais, entre outras, apontando para a necessidade de uma formação profissional em educação permanente, que se alinhe com um comprometimento ético-social e que possa ser transitiva e de fácil acesso.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar as percepções e demandas de profissionais de saúde vinculados ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre acerca da religiosidade/espiritualidade no contexto hospitalar e, a partir da análise dos dados, elaborar uma proposta para uma atividade de extensão em ambiente virtual de aprendizagem, totalmente voltada para profissionais de saúde em contexto hospitalar do SUS.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sondar, junto aos profissionais de saúde as suas percepções acerca das relações entre R/E e saúde dos pacientes atendidos nas unidades de internação e ambulatório em que atuam.
- Explorar o modo como os profissionais têm lidado, cotidianamente, com as manifestações de R/E de seus pacientes.
- Conhecer as recomendações ou não-recomendações deles acerca do que consideram boas ou más práticas de assistência espiritual no contexto hospitalar.
- Investigar se e como o tema da religiosidade/espiritualidade foi abordado ao longo da formação e qual a avaliação que os profissionais fazem acerca das decorrências disso para o seu preparo no manejo à temática.
- Elaborar uma atividade de extensão na modalidade virtual, norteadas por eixos diversos, que possa atender as demandas observadas através da pesquisa.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 DELINEAMENTO

Este estudo possui um caráter descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa. Essa pareceu ser a melhor abordagem para conhecer a percepção dos participantes do estudo e estabelecer relações entre os variados temas em análise, bem como atingir os objetivos aqui propostos. Para Minayo et. al. (1994), a pesquisa qualitativa trabalha em um espaço mais profundo das relações, de processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Possui como característica a objetivação do fenômeno, descrevendo, compreendendo, explicando e relacionando tanto o global quanto o local. Nesse tipo de pesquisa, é necessário que o pesquisador suspenda, mesmo que temporariamente, suas crenças e seus preconceitos sobre o assunto, mantendo não a sua neutralidade, mas uma atitude transparente e aberta, necessária à manifestação do fenômeno na sua complexidade e posterior compreensão do mesmo.

### 4.2 PARTICIPANTES

Foram realizadas 14 entrevistas com profissionais de saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) que atuavam diretamente com pacientes, tais como: assistentes sociais, psicólogos, médicos, enfermeiros e terapeuta ocupacional. Os critérios de inclusão foram:

- (a) Ser profissional de saúde e/ou religioso/capelão autorizado vinculado ao HCPA.
- (b) Ter contato direto com usuários e familiares na assistência hospitalar.
- (c) Ter pelo menos um ano completo de experiência em assistência hospitalar.
- (d) Concordar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Procurou-se analisar suas percepções a respeito da religiosidade/espiritualidade no contexto hospitalar. A Tabela 1 descreve as principais características dos participantes do estudo.

**Tabela 1 - Caracterização dos entrevistados**

<b>PARTICIPANTE</b>	<b>SEXO</b>	<b>IDADE</b>	<b>FORMAÇÃO PROFISSIONAL</b>	<b>ESPECIALIZAÇÃO</b>
E1	Feminino	46	Enfermagem	Residência em Enfermagem Psiquiátrica e Mestrado em Ciências Médicas
E2	Masculino	33	Enfermagem	Pós-graduação em Administração em Serviço de Enfermagem e Pós-Graduação em Gestão em Saúde (em andamento)
E3	Feminino	30	Enfermagem	Residência em Saúde Mental Coletiva
E4	Masculino	38	Enfermagem	Especialização em Enfermagem e Saúde Mental e Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva
E5	Masculino	36	Enfermagem	Mestrado e Doutorado em Enfermagem
AS1	Feminino	40	Assistência Social	Residência em Saúde Mental Coletiva e Especialização em uso de álcool e outras drogas
AS2	Feminino	37	Assistência Social	Especialização em Saúde Pública
AS3	Feminino	31	Assistência Social	Mestranda em Ciências Médicas
AS4	Feminino	43	Serviço Social	Residência em Saúde Mental e Especialização em Dependência Química
P1	Feminino	47	Psicologia	Especialização em Psicologia Hospitalar
P2	Feminino	31	Psicologia	Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (em andamento)
P3	Feminino	38	Psicologia	Pós-graduação em Psicologia Institucional e em Psicologia Hospitalar
TO	Masculino	36	Terapia Ocupacional	Especialização em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família
M1	Masculino	30	Medicina	Formação em Psiquiatria, Psicoterapia e Mestrado em Medicina

Como pode-se perceber, os entrevistados foram na sua maioria do sexo feminino (9 mulheres e 5 homens), dos quais 5 são enfermeiros, 4 assistentes sociais, 3 psicólogos, 1 médico e 1 terapeuta ocupacional. Desses, 3 possuem grau de mestre e 3 possuem grau de doutor. Todos possuíam, no mínimo, uma especialização. As idades dos participantes variaram de 30 a 47 anos (média = 37,3; desvio padrão = 5,2).

#### 4.3 INSTRUMENTO

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas individualmente. As entrevistas foram gravadas e transcritas. De acordo com Minayo (2012), na entrevista semiestruturada, o entrevistado pode discorrer sobre a temática sem se prender à pergunta formulada. O instrumento guiou inicialmente para uma caracterização dos participantes (formação profissional, idade, instituição onde atua, função que exerce). Na sequência, abriu-se espaço para a escuta das características do público que esse profissional atende, da importância dada à questão religiosa tanto deste público quanto do próprio profissional, se ele percebe alguma relação entre R/E e saúde, se há abordagem desse tema na sua prática e aspectos relativos à inclusão desses temas na formação profissional. (Ver o ROTEIRO PARA ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL - TEMAS EIXOS E POSSÍVEIS QUESTÕES DISPARADORAS – no APÊNDICE A).

#### 4.4 PROCEDIMENTOS

Os participantes foram localizados e contatados a partir de alguns contatos já existentes no HCPA como ex-alunos do Mestrado Profissional do PPGENSAU. O grupo de entrevistados foi por conveniência, a partir de indicações da rede social dos pesquisadores do hospital e também dos próprios participantes, à medida que a coleta de dados foi evoluindo. Possuía-se contato com duas enfermeiras do Hospital que indicaram nomes de profissionais de variadas formações e de diferentes contextos. A cada nova entrevista, o entrevistado sugeriu outros nomes de profissionais que poderiam se voluntariar a participar do estudo.

Previamente à entrevista, os entrevistados leram, concordaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C) em que concordaram em participar voluntariamente do estudo, com a gravação da entrevista.

#### 4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada considerando os aspectos éticos presentes na legislação brasileira, sobretudo a Resolução nº 466 (BRASIL, 2012), que trata de pesquisas e testes com seres humanos, garantindo a integridade dos participantes. O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFRGS

e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, CAAE número 51234815.0.1001.5347 e parecer número 1.464.314 (ANEXOS A e B).

Os dados que foram utilizados para este estudo serão armazenados pelo pesquisador e mestrando durante 5 (cinco) anos e após este período serão destruídos.

Os participantes foram orientados quando surgiram dúvidas durante as entrevistas, tendo eles assinado previamente o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C), em duas vias, sendo que uma ficou com o entrevistado e outra ficou com o pesquisador. Os participantes tinham a liberdade de, a qualquer momento, desistir da pesquisa, não havendo prejuízo algum. Foi também assegurado o anonimato dos sujeitos na divulgação dos resultados do estudo.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Foram realizadas análises do conteúdo das entrevistas, objetivando a reflexão sobre as condições de produção e apreensão dos significados das falas, buscando compreender determinados modos de funcionamento, produções sociais de sentido e organização do material como um todo (MINAYO *et al.*, 1994).

Como estratégia sequencial, fizemos a escuta, transcrição, leitura e releitura das entrevistas, procurando uma compreensão conjunta global do material, escolhendo possíveis categorizações do mesmo, partindo de conceitos teóricos que orientassem a análise. Por fim, fizemos uma síntese interpretativa do material coletado. Conforme apontado por Minayo (2012), a análise de conteúdo dividiu-se em uma série de etapas, que incluíram:

(1) organizar os relatos e os dados de observação em determinada ordem, considerando agrupamentos (sexo, idade, etc.) e a criação de subconjuntos. Neste ponto as entrevistas foram mantidas separadas individualmente por profissionais, mas foram criados subconjuntos, dando início a uma tentativa de categorização inicial do material. Os subconjuntos eram referentes aos eixos principais do estudo.

(2) recortar cada item do texto, conforme foram apresentados pelos entrevistados, possibilitando organizá-los tecnicamente em subconjuntos ou gavetas, separados por assuntos, constituindo já a primeira forma de classificação do material.

Em leituras sucessivas, as categorizações iniciais deram espaço a categorias mais amplas que respondiam às grandes perguntas do estudo e aos objetivos previstos.

(3) o material contido nas muitas gavetas passou por uma nova leitura e organização para que fosse rearrumado em quatro ou cinco tópicos que os entrevistados destacaram, sobretudo, por meio da reiteração, diminuindo o número de subconjuntos, mas não desprezando a riqueza de informações. Aqui montamos tabelas, reunindo as falas de todos os profissionais, aglutinando-as por categorias.

(4) a compreensão propiciada pela leitura prévia, que originou as categorias empíricas ou unidades de sentido, mereceu um novo processo de teorização, visto que as referências teóricas que balizaram o início da investigação não foram suficientes para contemplar a interpretação dos achados de campo. Nesse último ponto demos início à análise e discussão propriamente dita do material.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados revelou três grandes eixos temáticos, cada um deles dividido em categorias, que estão compiladas na tabela a seguir:

**Tabela 2–Resultados das análises: eixos temáticos e categorias**

<i>Eixo temático</i>	<i>Categorias</i>
<i>Boas e más práticas de assistência espiritual no contexto hospitalar</i>	Suporte institucional à R/E
	Foco no paciente
	Práticas integrativas e complementares
	Despreparo das equipes profissionais para lidar com o tema
<i>R/E na saúde</i>	R/E como:
	- fator de proteção
	- auxílio na recuperação e cura/ <i> coping</i> e resiliência
	- explicação religiosa da doença
	- mudança de visão de mundo e do sentido da vida
	- autocuidado para o profissional
<i>Formação</i>	- laço social/grupal
	Preces intercessórias
	Crer e ter fé
	Ausência/presença do tema da R/E na formação
	Experiências anômalas/psicose
	Formação autônoma
Direito do paciente receber esse atendimento (direitos humanos)	
Abordar as diferentes religiosidades brasileiras	

Para cada eixo e suas categorias serão trazidas as falas dos participantes e, juntamente com as contribuições teóricas, será feita a discussão dos resultados a seguir.

### 5.1 BOAS E MÁIS PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL NO CONTEXTO HOSPITALAR

### 5.1.1 Suporte institucional à religiosidade/espiritualidade

Uma das questões mais comentadas pelos entrevistados e que parece estar condizente com o que a literatura tem apresentado é que o hospital, sendo uma instituição ampla e complexa, deve acolher as demandas e impulsionar mudanças estruturais a fim de que se possa dar atendimento adequado tanto às necessidades dos pacientes quanto ao amparo aos profissionais, na execução de suas atividades. Um hospital precisa de uma organização incorporada no seu fluxo cotidiano que esteja ciente das problematizações sociais, ampliando o escopo de atuação e atendendo as demandas rumo a um cuidado integral (CASTILHO; CARDOSO, 2015). Nesse sentido, os entrevistados mencionam a importância de um suporte institucional à R/E, como segue abaixo na fala de E3:

Nós não temos nenhuma atividade específica aqui que trabalhe isso, eu acho que faz muito sentido para eles, para aqueles que têm uma vinculação, não são todos, tem uns que se organizam bem, mas no psiquiátrico isso faz sentido, acho legal. O grupo de espiritualidade que funcionava muito bem, acho que era legal quando acontecia, ele fomenta, provoca, acho que é uma temática que merecia um espaço específico.

Alguns hospitais têm oportunizado espaços físicos para acolher a pluralidade religiosa ou mesmo serviços hospitalares como, por exemplo, a capelania. O Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, que é uma referência nacional para a humanização, contempla em sua estrutura hospitalar um espaço inter-religioso no qual lideranças de diferentes religiões podem dialogar com seus fiéis (ALVES; JUNGES; LÓPEZ, 2010). Este tipo de iniciativa deve ser considerada uma boa prática pois oferece um espaço para esse diálogo.

Desta maneira, a forma como a instituição é organizada pode dar mais ou menos espaço para este tema. Quando há abertura, o que aparece é a amplificação de questões que surgem no contato com pacientes e a manifestação de sua religiosidade. A implicação da instituição no processo parece ser um grande suporte, traduzindo-se em um manejo mais adequado em situações em que se confrontam o “certo” e o “errado”, como vemos abaixo na fala de E4:

Nós tivemos discussões sobre colares de segurança da umbanda, sobre fitinhas, pulseiras, medalhinhas, se pode, se não pode, a gente vai além, discutimos...Bom, se um paciente vier com um turbante, pode ou não pode? O simples fato de tu abrir a possibilidade para essas discussões, são boas práticas, em outros momentos já vimos que pecávamos nisso, eu acho que até botar mais o assunto na mesa é um tema atual. Ter um grupo no hospital para o desenvolvimento da espiritualidade, para estudos de espiritualidade é um avanço nesse momento frente as más práticas que eram adotadas no passado.

Esse relato suscita a discussão sobre a interferência do estado (público e laico) na esfera individual (privada e, por vezes, religiosa). No que diz respeito à laicidade nos espaços públicos, percebe-se que a confusão entre laicidade e laicismo implica preconceitos e desinformação. Enquanto a laicidade procura garantir a coexistência entre todas as convicções no espaço público, o laicismo se encaminha para um não reconhecimento do direito das pessoas em manifestar a sua R/E (MARQUES, 2016). Usada de forma equilibrada e integrada a outras dimensões, a R/E pode auxiliar na prevenção de doenças, em melhores desfechos, a ajudar no enfrentamento e proporcionar apoio e encorajamento (KLIOWER, 2004). Então é necessário buscar este equilíbrio e observar qual a medida da manifestação individual da R/E e quando isso se torna inadequado para o grupo. De algum modo, pode-se afirmar que a laicidade se coaduna com boas práticas hospitalares enquanto o laicismo seria o contrário.

Nesse sentido, um dos entrevistados relatou sobre esta discussão envolvendo a laicidade e o trabalho com R/E no Hospital e como este espaço oportunizou problematizar a formação de um grupo de espiritualidade:

Sabes que aqui no ambulatório, nós já tivemos, por um período, um grupo de espiritualidade. Acontecia toda semana, na terça-feira no final da tarde. Quem fazia era o assistente social, que já saiu daqui, trabalhou um período temporário de seis ou oito meses. Ele era bem engajado, tinha toda uma militância dentro de um viés religioso para além do trabalho, ele tem uma inserção nesse universo da espiritualidade. Ele fazia essa atividade junto com a educadora física, que ainda está aqui, ela pode te comentar, ela é uma pessoa muito legal para conversar. Eles faziam atividade em grupo com os pacientes, eles trabalhavam diversas temáticas, sem ser de uma religião específica, mas a questão da espiritualidade, de desenvolver, de poder conversar sobre se isso [...] era uma oficina bem interessante, durou alguns meses (E3).

Há uma discussão anterior dos grupos, na formação desse programa, que tenta ser o mais laico possível, tem a participação de diversos grupos religiosos e espirituais, no dia a dia da unidade, em momentos específicos direcionados para essas atividades. Além disso, um aspecto que reforça muito essa busca pela espiritualidade ao longo dos 12 passos, que ocorrem diariamente sob a coordenação de um próprio paciente, que já teve uma

formação anterior para isso, ou características que possam levar ele a coordenar esse tipo de grupo (E3).

A importância do aspecto da laicidade é salientada por E4 como sendo fundamental para a implantação de espaços multirreligiosos, sobretudo no respeito aos sujeitos que não são ligados àquela crença específica. Neste caso específico, a laicidade se refere ao fato da instituição pública, o hospital, não adotar nenhuma religião, mas oferecer um espaço misto. Mas não é o que ocorre porque há uma capela católica que é remanescente da época da fundação do hospital quando era uma instituição de caridade vinculada a esta religião. Esta fala vai ao encontro da ideia de que a integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que ela seja alcançada da forma mais completa possível. Numa primeira dimensão, a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro de saúde, uma equipe de Programa de Saúde da Família (PSF) ou um hospital (CECÍLIO; PINHEIRO; MATTOS, 2001). A extraordinária diversidade cultural e religiosa da população brasileira apoiada na busca de igualdade de direitos que propõe a laicidade, constitui uma importante faceta da integralidade, como trazida pelo profissional:

Eu acho que esse momento que a gente vive dessa discussão laica, eu acho que ela vai ao encontro de boas práticas. Até bem pouco tempo atrás, o hospital tinha uma capela e tinha capelão, ou seja, indicava um direcionamento católico da instituição pra religiosidade. Eu acredito que, justamente, nessa abertura que vai mais ao encontro dos direitos e desejos dos pacientes, sejam boas práticas a gente discutir numa unidade e abrir espaço pra grupos religiosos, eu acredito que sejam boas práticas desde que isso não tenha um impacto naquelas pessoas que não acreditam ou reservam o direito de não participação em determinados grupos religiosos, se aquilo fere suas crenças, por exemplo, acredito que isso são boas práticas, são práticas respeitadas para o desenvolvimento da sua espiritualidade, das suas crenças (E4).

Eu acho que a ideia é informá-los a respeito desse tema, cada vez mais[...] Talvez até oportunizar que venham pessoas de diversas opiniões, enfim, credos pra estar tratando dessas questões (E4).

Uma das questões sobre as necessidades de saúde seria problematizar formas de como pode se auxiliar os trabalhadores, as equipes e as redes de serviços a fazer um melhor acolhimento das pessoas que buscam cuidados em saúde, tomando suas

necessidades como centro de suas intervenções e práticas. O desafio, então, seria o de se conseguir fazer uma conceituação de necessidades de saúde que pudesse ser apropriada e implementada pelos trabalhadores de saúde nos seus cotidianos (CECÍLIO; PINHEIRO; MATTOS, 2001). É o que trazem os profissionais de saúde entrevistados, nas seguintes falas:

Muitos pedem, perguntam se não tem uma capela onde possam rezar, alguém que possa ir conversar com eles. Se eles acham necessário que venha um padre ou alguém de outra religião, a gente consegue via telefonista que essa pessoa venha e converse com eles, mas aí a demanda é deles mesmo. A gente acaba não instigando essa demanda de religiosidade (E2).

Perceber essa diversidade que nós temos em termos de religião e de espiritualidade. Poder ofertar aos pacientes, quando necessário, na clínica não acontece muito[...] no hospital geral acontece mais dos pacientes pedirem que venha algum capelão, alguém da sua religião, que eles possam ter esse acesso. (AS2)

Essa observação parece reforçada pela fala de P3:

Respeitar isso, fortalecer a partir da crença dele, não da nossa, eu acho que essa é uma boa prática. Não acho que se possa ter uma coisa única, no caso "ah, nós temos aqui no hospital uma capela", mas está ali, se quiser ir, mas ninguém vai dizer que é pra ir. Eu acho que são esses momentos, mas também existem outras religiões que podem vir, que podem ser chamadas, que podem ser acionadas.

A dimensão de um hospital como uma instituição múltipla também apresenta diferenças significativas entre as suas áreas, constituindo um importante elemento problematizador da realidade. Conforme ressaltam Castilho e Cardoso (2015), com o constante enfrentamento de variadas situações, assume-se que, ao abrir a possibilidade de respeitar o sujeito na sua integralidade, a compreensão da dimensão da R/E torna-se imprescindível. Essa questão aparece na fala de E3:

Na internação é bem diferente, porque eles têm lá umas visitas periódicas, que eles recebem capelão, o pessoal da igreja evangélica, eles têm uma agenda já com alguns religiosos. Aqui no ambulatório, não. Até porque a gente parte da ideia que o paciente está na rua, então essa prática da religiosidade e espiritualidade tem que ser vivida da forma mais natural possível, perto da sua comunidade, perto da família dele, perto da onde faz sentido, não faz o menor sentido que ele venha pra cá fazer isso. O nosso exercício é justamente potencializar a rede de proteção e a rede de sociabilidade que ele tem no seu entorno. Mas eu sei que aqui na internação

tem, sim. E dentro do hospital a gente tem um grupo que trabalha a espiritualidade.

Em relação ao projeto terapêutico para dependentes químicos, P2 mencionou a relevância de abordar a questão da espiritualidade, como algo importante no período pós-alta:

Eu acredito que, até pelas pesquisas em dependência química que tem comprovado o quanto a parte espiritual é importante, que essa parte espiritual deveria conter em todo projeto terapêutico, né? Como essa pessoa vai lidar com a questão espiritual, principalmente no pós-alta, que a gente trabalha com internação. E, isso muitas vezes não é contemplado, eu acho que isso é algo que poderia melhorar, né?

Poderia se planejar um maior suporte da instituição, inclusive para além da questão da R/E, como foi comentado por uma entrevistada quando o entrevistador mencionou a possibilidade de um acolhimento integral e maior respeito à cultura: “Mas eu vi uma experiência num hospital no Nordeste, que, por exemplo, tinha um paciente que tinha toda uma questão da cultura indígena e ele não ficou em cama, ele ficou em rede”. São estratégias como esta que, de fato, pensam na integralidade do cuidado de um paciente, observando suas necessidades em variadas dimensões.

### **5.1.2 Foco no paciente**

A expressão individual dos pacientes constitui o principal esforço das equipes de saúde na captação das necessidades de saúde com a visão da integralidade da atenção. Identifica-se a importância de uma formação e instrumentalização dos profissionais junto a uma adequação dos serviços de saúde a fim de que essas ações sejam institucionalizadas e ofereçam condições mais adequadas para o acolhimento à religiosidade de seus usuários e respectivos familiares, bem como uma melhor orientação e integração dessa dimensão no cuidado em saúde (CECÍLIO; PINHEIRO; MATTOS, 2001).

Abordar as necessidades espirituais dos pacientes significa que os profissionais de saúde devem aprender a encarar a história espiritual de uma maneira centrada no paciente e com pleno respeito às suas crenças, validando suas preocupações religiosas,

fazendo as referências apropriadas para encontrar R/E. É preciso que os profissionais de saúde aprendam a respeitar as decisões que os pacientes fazem, procurando apoiar-se no respeito à diversidade e à pluralidade das crenças religiosas (KOENIG, 2013). A percepção desta necessidade de respeitar na integralidade a R/E do paciente é trazida por P3, AS1 e AS3: “Eu acho que essa prática que temos de poder respeitar, escutar, e trabalhar a partir do discurso do outro, independente do que ele nos traga, se isso é real, se isso não é, não nos cabe estar aqui, não estamos em processo de julgamento” (P3); “O principal foco é a defesa dos direitos humanos, está lá no meu código de ética, então, a defesa dos direitos humanos é isso: é defender inclusive a questão... né. E não imposta nada que é da minha leitura” (AS1); “Os profissionais entenderem que a religião faz parte da vida das pessoas, que independente de qual seja religião, ela deve ser respeitada” (AS3); E2 associa o respeito a uma boa prática profissional no contexto hospitalar:

Respeitar todas as religiões, assim... Acho que não tem como a gente querer influenciar as pessoas a uma determinada religião ou parte espiritual, acho que é respeitar e procurar acomodar da melhor maneira possível a demanda que vem do nosso paciente, né? Acho que essas seriam as boas práticas, nossas, como pessoas do setor de saúde frente aos pacientes. (E2)

As falas acima mostram o quanto os profissionais de saúde entrevistados, em sua maioria, consideram as necessidades do paciente, de acordo com o que também mostra a literatura: em um estudo transversal com 101 pacientes de um hospital geral, 84,2% acreditavam que “cuidar da saúde é também ser atendido nas suas necessidades espirituais/religiosas”; 81,1% consideravam que o profissional de saúde deveria reconhecer as crenças religiosas/espirituais como parte do plano terapêutico; 76,7% consideravam que “têm direito de ter suas necessidades espirituais/religiosas atendidas durante um atendimento médico ou internação” e 81,3% acreditavam que suas crenças religiosas ajudavam a compreender e lidar com o processo de saúde-doença. Um outro dado importante trazido por essa pesquisa aponta que 86% nunca havia sido questionado sobre suas crenças em atendimentos médicos (DE OLIVEIRA, *et al.*, 2013).

Quando os médicos lidam de forma insensível com a R/E dos pacientes, sem cautela ou treinamento, os resultados podem ser bastante negativos (KOENIG, 2013). Esta influência do saber médico é apontada por P3: “Se pensar na população que

trabalhamos aqui no hospital, são pessoas extremamente humildes, se o médico disser que um padre tem que ir, eles vão aceitar o padre, se derem uma bíblia, eles vão ler” (P3). Outro entrevistado indaga sobre a imposição desse saber médico, interferindo na prática religiosa:

Um paciente com sintomas psicóticos, estava muito místico, ele era frequentador de uma igreja neopentecostal, que sabemos que os ritos são bem intensos[...] mexem muito com o inconsciente coletivo que está ali. E ele foi orientado a não frequentar mais, só que a família dele, inteira, era evangélica...o quanto a religião ajuda a pessoa a ficar bem do que ficar mal? Então, eu fiquei na dúvida sobre aquela conduta da equipe, na hora de um profissional, da equipe médica, de orientar que ele estava bem proibido, vetado de ir em culto. (E3)

Também foi mencionado por AS3 seu incômodo ao perceber uma discriminação no diagnóstico psiquiátrico sobre determinadas crenças/cultos afrodescendentes:

O que me incomoda muito dentro da psiquiatria é a mistura de diagnóstico com crença religiosa, onde a questão de que pacientes com religião afrodescendentes tendem a ter um diagnóstico, ou sintoma, ou serem vistos como um sintoma psiquiátrico, quando na verdade isso deve ser levado em consideração que é a crença dessa pessoa, é o que ela acredita. Eu tanto percebo isso que quando é o contrário isso não é levado em consideração, inclusive é um ponto positivo, por exemplo, pacientes pertencentes a umbanda e candomblé, religiões afrodescendentes, contam pontos negativos dentro de uma avaliação psiquiátrica, enquanto pacientes judeus e católicos são melhores aceitos e não são rotulados como sintomas psiquiátricos, isso acho muito grave e ainda acontece dentro do serviço de psiquiatria não só do hospital, mas da psiquiatria como um todo, tem lugares, tem viés que estão estudando isso, mas se a pessoa diz que é de religião afrodescendente ela já é meio inclinada a ser tachada, de psicótico, ou de sintomas psicóticos ou coisas parecidas. (AS3)

Outro aspecto de uma conduta inadequada em relação aos pacientes diz respeito à imposição (e ao desrespeito) que possa vir a ocorrer entre a manifestação da R/E do profissional de saúde e a do paciente: “Eu acho que essa é a grande dificuldade dos profissionais. Eu lembro de uma situação, ou eles negam, dizem que não existe, do tipo ‘não quero falar disso’, ou eles dão uma bíblia para o paciente” (P3); “Uma prática que acho inadequada é, por exemplo: eu sou católica então não aceito que meu paciente tenha outra religião, ‘não, isso não serve para ti’. Ele não pode impor o desejo pessoal ou profissional para outra pessoa” (AS2):

Acho que a pessoa de uma determinada religião, tu querer impor o conceito de uma outra, por exemplo: a pessoa é umbandista e tu querer impor um

conceito da religião católica nessa pessoa. Ou ela ser espírita, ter lá o seu pastor, e tu querer que venha um padre católico pra dar uma bênção pra ela ou conversar com ela, sendo que ela, não sei, acho que é querer impor a tua religião frente a outra pessoa. Acho que são práticas inadequadas. (E2)

O problema da imposição não aparece apenas em relação aos profissionais, mas também em relação a visitas:

Em alguns momentos, essas práticas, conforme as pessoas que aplicavam, se tornaram situações de alguma forma agressivas para os pacientes. Por exemplo: alguns traziam sal e achavam que era importante os pacientes passarem o sal. Então os pacientes começaram a relatar que se sentiam desconfortáveis com isso. E isso foi trazido para uma reunião de equipe para se falar sobre essa questão e aí se pensou então, que a partir disso, seria visto quem eram as pessoas que não iriam vir e se faria uma situação mais voltada para aquele tipo de crença. (P1)

[...] já aconteceu de estar na sala de visita, por exemplo, e chegar uma pessoa e querer fazer uma pregação para todos os pacientes e familiares dentro, eu acho isso muito inadequado, de querer expulsar os demônios, que também já aconteceu comigo, de querer expulsar o demônio do paciente, eu acho que esse tipo de imposição que é ruim. (E1)

Em alguns hospitais há uma abertura para que representantes de diferentes religiões possam entrar e atender aos pacientes. Se por um lado isso parece ser algo bastante importante, por outro, isso pode se tornar algo problemático, dependendo da condução que tiver. De qualquer forma, essa questão aponta para a necessidade de os hospitais e os profissionais terem um olhar para isso, a fim de que os pacientes possam ser respeitados em suas necessidades espirituais durante o período de internação.

A importância de validar a crença individual foi trazida pelos entrevistados em variados apontamentos, como: “Se a pessoa tem uma crença e aquilo é importante na vida da pessoa, valorizar aquilo” (P1). “Porque tem toda uma crença por trás que não pode ser desvalorizada. Porque não existe certo ou errado na crença. Ele simplesmente acredita naquilo” (AS1). “Eu penso que orientar cada paciente com a sua crença, de modo positivo, fazer a busca dessa espiritualidade junto com ele também” (AS2).

Respeitar as crenças dos pacientes, se eles não creem em nada, tentar ver o que acontece, porque o fato de não crer em nada, também é uma forma de dizer que não está esperançoso com nada, eu acho que principalmente o respeito, ouvir o que eles têm para dizer que é sempre importante, e é bom quando eles sentem que estão sendo genuinamente ouvidos, que a gente está aí presente do lado deles, acho que isso é fundamental: o respeito e saber

ouvir o que eles tem pra dizer, o que eles pensam, sem ter postura julgadora, de que eles estão certos ou errados. Isso não vem ao caso. (E1)

Por fim, há que se atentar para essa dimensão no cuidado em saúde no que se refere a: respeitar diversidades religiosas, povos e culturas com peculiaridades religiosas, direito de crença pessoal e direito à manifestação religiosa. Há uma clara intencionalidade de os profissionais de saúde considerarem R/E como aspectos bastante relevantes do cuidado em saúde e da compreensão do ser humano na sua integralidade, com foco no usuário/paciente e nas suas necessidades. Tanto no que se refere a humanização, acolhimento e saúde integral quanto na valorização do contato com o usuário/paciente, nas práticas dialógicas e nos processos de subjetivação, pode-se depreender a presença das múltiplas dimensões humanas, tanto do usuário/paciente quanto do profissional (CASTILHO; CARDOSO, 2015).

### 5.1.3 Práticas integrativas e complementares

Ao considerar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), implantada em 2006 no SUS (BRASIL, 2006), alguns entrevistados mencionam a importância de se ter uma ampliação de atendimentos que estejam em consonância com essa política, pois, na percepção destes profissionais, há uma demanda dos próprios pacientes para a inclusão de novas práticas integrativas e complementares ou a ampliação das que já estão disponibilizadas, conforme percebemos nas seguintes falas:

Então se pensou muito na questão assim, além da terapia ocupacional, arte-terapia, enfim, que é um outro tipo de prática que às vezes não é utilizada, mas que é fundamental para os pacientes assim como a espiritualidade. (P1)

Mas eu acho que ainda poderia ter mais, assim, por exemplo, esses dias um paciente, que veio de outros tratamentos, perguntou se nós tínhamos Reiki, né? Então ele já vivenciou isso em algum tratamento, para ele fez bem. Eu acho que poderia ter mais terapias alternativas, acho que seria bem válido. (P2)

A partir da percepção de que o ser humano é multidimensional, uma das contribuições da PNPIC é dar a possibilidade para que ele possa ser reconhecido e tratado, também, nessas outras dimensões e na integração delas numa abordagem holística. Porém, parece que a implementação desta política ainda está longe de ser efetivada na amplitude em que ela é prevista:

Eu vejo que está tudo muito fragmentado, ainda. Apesar de nós termos equipes multiprofissionais, de termos outros olhares, ainda há muita fragmentação no sentido de uma equipe médica olhando muito a parte biológica, a parte da doença, da medicação, e outros profissionais que fazem parte daquela equipe tentando colocar um olhar: "Ah não, mas o paciente também tem o lado familiar, tem o lado social", a gente, ainda, tentando entrar com essa parte, a dimensão espiritual ainda nem é falada, nesses "rounds", nessas reuniões, quando vamos tratar do projeto terapêutico do paciente. (P2)

Aparece também como uma má prática a exclusividade do modelo biológico como o único a ser considerado. Inclusive uma forma de dialogar com o paciente que não seja exclusivamente com a linguagem científica:

O paciente traz que ele precisa frequentar a igreja e que ele acredita que isso vai ser um fator de recuperação para ele, mas a equipe ainda desconsidera isso, está mais preocupada se ele vai ou não tomar remédios depois que sair daqui, então não reforça tanto esse aspecto. (P2)

Acho que qualquer palavra que tu levas para ele, em consideração de religiosidade e espiritualidade, ele acaba aceitando melhor algumas coisas, do que se for só a parte científica que tu tragas. (E2)

Um outro entrevistado traz o fundamento pelo qual a PNPIC aparece como uma prática legítima, ao se pensar no princípio da integralidade que o SUS preconiza:

Eu acho que a gente tem que respeitar os princípios do SUS, e um dos princípios do SUS é a questão da integralidade. Eu vejo isso como um ponto bem problemático, ainda, porque tem uma dificuldade de os profissionais conseguirem reconhecer dimensões, no paciente, dimensões que eles ainda não estão familiarizados. Por exemplo, para um médico é difícil reconhecer que aquele paciente tem uma dimensão social, sócio-histórica da vida dele. As vezes para um psicólogo pode ser difícil reconhecer que um paciente tem uma dimensão espiritual, então, cada profissional acaba tendo dificuldades. (P2)

#### 5.1.4 Despreparo das equipes profissionais para lidar com o tema

Das diversas más práticas comentadas pelos entrevistados na condução da temática da R/E pelas equipes profissionais, pode-se destacar o pouco incentivo por parte da equipe profissional do hospital para que o paciente fale sobre esse tema, como nesse trecho:

Em geral essa questão da religiosidade e da espiritualidade a gente aborda só quando admite, depois desse primeiro contato que é quando a gente pergunta qual a religião, se ele frequenta algum centro religioso, mas depois, isso em geral não é mais abordado. Aí vem mais por parte do próprio paciente, dele querer ter esse atendimento espiritual ou religioso em algum momento da internação. Mas não é algo que se aborde todos os dias, em geral é só na admissão do paciente. E é uma abordagem mais geral sobre qual religião dele, se ele frequenta algum culto, mas a gente não vai a fundo, isso acaba ficando meio de lado. E mesmo aqui na própria unidade a gente não tem espaço para essa pessoa poder frequentar como uma capela ou setor ecumênico que ele possa ir para desenvolver essa parte. (E2)

Também pode-se ver na próxima fala que talvez o profissional não esteja receptivo para perceber a temática (invisibilidade do tema). Quando indagado se lembrava de algum caso de paciente em que o tema da R/E apareceu, ele responde: “Pessoas em estágios avançados de câncer ou alguma outra doença que aí eles acabam pedindo para ter esse conforto espiritual. Não lembro de nenhum outro caso”. Sendo um profissional de saúde, espera-se que cotidianamente ele se depare com pacientes que tragam esta temática (sobretudo num país reconhecido por sua pluralidade religiosa). Talvez pudéssemos considerar a pouca receptividade ao tema como uma má prática. Nesse caso pode ser algo involuntário, já que o profissional talvez não considere esse um tema relevante na sua atuação.

Ainda sobre as más práticas, outro aspecto revelado pelos profissionais é em relação ao respeito à pluralidade religiosa e às práticas não dominantes (como as religiões católicas e neopentecostais) como se percebe nas próximas três falas:

Eu fico pensando assim: dentro da saúde mental a gente exclui muito determinadas práticas religiosas. Dentro da saúde como um todo, na verdade. A gente pré-rotula, principalmente o que é da matriz africana: “essas religiões não vão nos ajudar”. A gente nega toda uma gama[...] tanto que os pacientes, para chegar e dizer que são dessas religiões, levam um tempo. Porque é mais bonito dizer que é evangélico e que acredita em Deus e que Deus é um só e que é Jesus que cura e salva, porque isso é mais aceito socialmente. Então acho que a gente exclui muito, acho que as equipes de saúde pecam um

pouco nesse sentido. Elas relacionam muito direto a questão de espiritualidade com determinada linha religiosa. E negam outras e negam, inclusive, a não existência de uma crença religiosa. (AS1)

Então talvez até nesse sentido, as equipes de saúde mental, no meu ver, na minha leitura, pecam muito. Em negar esses outros dispositivos de cuidados que estão além de focos religiosos. Se a gente for ver, na nossa internação, vem apenas a igreja evangélica. “ah, mas foi aberto para todas as religiões.”, tá, mas alguém fez contato com outras religiões? E se vierem? Aqui pode ser feito um culto evangélico, aqui em cima. E se vier um pai de santo fazer um culto afro? Como que é? “Ah, é psicótico”, tá, mas essa é a verdade pra eles. (AS1)

Uma pratica inadequada é agir preconceituosamente com as religiões das pessoas, por exemplo, numa unidade de internação, eu acho que jamais pode ser aceito certos preceitos religiosos e outros não, por conta de preconceito, ou se aceita tudo ou não se aceita nada. Então a bíblia é aceita, mas um amuleto diferente da religião que eu não conheço, não é aceito porque acho que isso pode causar psicose na pessoa. Coagir paciente a mudar de religião ou não frequentar seu espaço de religião. (AS3)

Apesar de se ter um estado laico, a colonização do Brasil, cuja base foi a Religião Católica, associada ao grande crescimento de religiões neopentecostais, parece reforçar o preconceito sobre religiões não-hegemônicas. Conforme Altmann (2012) aponta, o censo de 2010, a maioria da população brasileira ainda se diz católica. Porém há uma discussão que permeia a multirreligiosidade no Brasil e que aponta para a negação da vivência religiosa que não a hegemônica: apenas 15 mil pessoas foram registradas como sendo adeptas de mais de uma religião. Um dado que, por certo, não representa a realidade. Isso provoca um questionamento referente ao censo, indicando que talvez ele não seja a melhor forma de se captar essa peculiaridade brasileira - a dupla (ou mesmo múltipla) adesão religiosa (ALTMANN, 2012). A discriminação religiosa feita pelas equipes de saúde é traduzida como uma má prática profissional, podendo interferir negativamente nos desfechos dos pacientes nos hospitais. Mas não apenas isso: a discriminação entre os próprios pacientes associada a uma negligência na atenção dessas questões por parte das equipes de saúde, pode levar a desfechos tão negativos quanto os mencionados anteriormente.

É também importante relatar o desconforto de um profissional (P1), no que se refere a falar sobre sua própria religiosidade e o quanto ainda se sofre preconceitos por parte de colegas, como se as crenças deveriam ser ignoradas. A pouca privacidade é relatada por profissionais em outros estudos como uma grande barreira para a abordagem da R/E junto aos pacientes, revelando algum desconforto por adentrar num

tema tido socialmente como privado (LIND; SENDELBACH; STEEN, 2011). Há que se pensar se essa negação e desestímulo à aceitação pode justamente ter um efeito inverso, trazendo prejuízos e ampliando preconceitos e atravessamentos negativos no acolhimento do profissional pelos colegas e pela instituição e na consequente ação inábil dele para com o paciente. Segue a fala:

Eu penso que abrir um pouco da questão pessoal, da tua religiosidade, com algumas pessoas, eu tenho uma certa reserva. Porque têm pessoas que às vezes acreditam em outras crenças e às vezes a pessoa pode ser mal interpretada. Mas quanto à espiritualidade, de uma forma geral, eu acredito e incentivo. (P1)

Cabe refletir sobre a questão da R/E ser tratada como um tema privado. Neste caso, haverá dificuldades em ser discutida como um tema coletivo e legitimada nas suas diferentes nuances.

Por outro lado, parece claro, entre os entrevistados, que o estímulo à ampliação no acolhimento das diferentes religiões é considerado uma boa prática:

Existe algo que está para além de nós, me parece muito inquestionável, independente do que é isso. É poder estimular que se fale disso, e não seja um tabu, do tipo não se fala disso aqui, aqui a gente está pelo exame, porque não poder se falar disso? A forma mais fácil é poder mostrar o que se tem, quais são, existem várias religiões, quais são elas? O que os pacientes estão trazendo? (P3)

Eu tento ser o mais respeitoso possível e dar liberdade ao que está ao meu alcance para as manifestações dele e das coisas que ele acredita, eu acho que talvez por isso a minha preocupação leiga sobre as religiões para tentar me ambientar, tentar ter uma linguagem próxima, tentar não estar tão distante dele, quando o assunto é religiosidade e espiritualidade. Acho que deixar o canal aberto para que a gente consiga ter um entendimento maior e um vínculo maior, e também, por isso que eu digo, me despir de um crachá de religião ou de um rótulo de religião talvez favoreça essa aproximação. (E4)

No relato acima a sugestão é a de que a fé do profissional fique em suspenso e não seja manifestada em prol da manifestação livre do paciente e suas crenças.

Uma das questões mais discutidas na intersecção entre diretrizes religiosas que entram em conflito com o cuidado em saúde está a da transfusão de sangue e o quanto ela revela o despreparo do profissional de saúde, como se percebe nas seguintes falas:

Eu acho que talvez eu tivesse alguma dificuldade se fosse assim, alguma situação, ou algumas religiões que precisasse fazer alguma transfusão de sangue aí, né, que a família não aceita, que o paciente não quer, aí seria complicado para mim lidar com isso. (AS4)

Eu acho que testemunha de Jeová, por exemplo, que relaciona questões éticas muito importantes, que já vi pessoas transfundindo sangue sem contar para os familiares, então isso eu acho muito inadequado, de esconder o que está fazendo, esse tipo de coisa é horrível, pior é querer achar que o teu jeito é mais certo de todos, que tua religião é a melhor de todas e que tudo o que outro faz está errado por conta disso. (E1)

Os hospitais, em geral, possuem comitês dedicados a trabalhar questões como essas: é o caso, por exemplo, do HCPA, cujo comitê de bioética atende discussões como as trazidas acima.

Por fim, os relatos trazidos acerca do despreparo dos profissionais de saúde ratificam alguns estudos que apontam que esses trabalhadores desconsideram os assuntos da R/E como parte do seu trabalho, não entendem por que deveriam ser, não sabem nem como nem quando introduzi-los e sequer imaginam quais seriam os resultados caso os incluíssem (MARR; BILLINGS; WEISSMAN, 2007). Embora seja nítida a presença de elementos espirituais nos contextos hospitalares, especialmente as necessidades e demandas dos pacientes, alguns profissionais de saúde não se sentem treinados para tanto.

## 5.2 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE

### 5.2.1 Religiosidade/Espiritualidade como fator de proteção

Em um estudo transversal realizado com 363 indivíduos na cidade do Rio de Janeiro, considerando os grupos mais vulneráveis, houve alta prevalência no consumo de álcool e tabaco, e a religiosidade mostrou-se fator de proteção em relação ao consumo moderado/alto de álcool e tabaco (QUEIROZ; PORTELLA; ABREU, 2015). Esse estudo é corroborado pela observação de um profissional de saúde entrevistado, em relação a pacientes: “Se percebe que os pacientes se mantêm abstinentes com o fato de estarem envolvidos com algum tipo de espiritualidade”. (P1)

Em outro estudo, foi examinado o efeito das relações familiares, espiritualidade e entretenimento sobre a relação entre a resistência e uso de drogas entre 250 estudantes de uma universidade no Equador. Houve uma relação significativa entre a influência dos pares e o uso de drogas. As relações familiares e a espiritualidade mostraram-se como fatores de proteção (SCOTT *et al.*, 2015). Tal estudo também confirma a impressão do entrevistado P2:

Posso relatar o caso de um paciente que recebeu alta a pouco tempo, ele relata que, entre os períodos que ele ficou bem, na vida dele, que ele conseguiu se manter longe do uso de álcool, que é a questão dele, foi o período que ele estava muito vinculado a religião evangélica. Ele fala que foi a melhor época da vida dele, e que não era um tratamento, nem uma internação em comunidade terapêutica, era frequentar a igreja e vivenciar aquilo na vida dele. Depois ele foi se afastando da igreja, manteve outras amizades, ele acabou recaindo no uso, e agora, quando ele foi internado no projeto terapêutico dele, ele colocava muito isso, essa necessidade de voltar para essa religião, ele acreditava que era o que mantinha ele bem. (P2)

Assim como na fala destacada e nas teorias comentadas acima, a R/E tem sido considerada fator de proteção para várias condutas de risco, sobretudo as relacionadas com álcool e outras drogas, e, por esse motivo tem uma participação importante na melhoria do estado de saúde dos pacientes.

### **5.2.2 Religiosidade/Espiritualidade como auxílio na recuperação e cura/ *coping* e resiliência**

O  *coping*  religioso/espiritual tem sido largamente pesquisado nas últimas décadas, apontando sua influência positiva para diversos aspectos da saúde física e mental, tais como doenças do coração, pressão sanguínea, infarto, funções imune e neuroendócrina, doenças infecciosas, câncer, satisfação de vida, bem-estar, senso de propósito e significado da vida, esperança, otimismo, estabilidade nos casamentos e menores índices de ansiedade, depressão e abuso de substâncias. Há também diversos estudos demonstrando o mesmo desfecho positivo em saúde pública, tendo menor probabilidade de usar/abusar de álcool, cigarros e drogas, ou de apresentar comportamentos de risco, como atividades sexuais extramaritais, delinquência e crime, entre outros (KOENIG, 2004, 2009; PANZINI; BANDEIRA, 2007; WEBER;

PARGAMENT, 2014). A maioria dos profissionais de saúde entrevistados mencionaram sua percepção em relação a esses aspectos: para o entrevistado P3, a R/E “ajuda na capacidade de eles poderem ter maior resiliência, poder suportar tudo isso, porque é muito difícil, são pacientes em uma situação clínica e real muito difícil”.

Outro entrevistado menciona os pacientes da internação da dependência química (terceiro andar) cuja abordagem das questões de R/E é maior do que em outros setores do hospital:

A gente vê quando tem pacientes que estão na fase de vida lá no terceiro andar, que eles têm um semblante e uma reação mais tranquila diante das coisas que estão acontecendo com eles, enquanto que parece que aqueles que a gente não percebe a questão da religiosidade tão evidente assim, tem um desespero maior, sem criar uma demanda específica em termos de religiosidade, porque aí se entra numa situação específica de religiosidade, aí já tem crenças específicas e isso já é um pouco mais difícil contemplar. (AS3)

Em relação ao auxílio na recuperação que a R/E vem a trazer, o entrevistado E2 observa uma melhora após o contato com o representante da sua religião:

Eu já consegui ver paciente no meio da nossa unidade que acabaram tendo uma melhora depois da visita de um ente religioso, do padre ou do próprio pastor da igreja que ele frequentava. Eu acho que é um apoio assim que eles acabam tendo, não sei se dizer se tem alguma coisa fisiológica que venha influenciar, mas tu vê que tem melhora após esse contato que eles têm com o padre ou com um pastor da igreja que eles frequentavam, já vi pacientes com melhoras nessa parte. (E2)

Já o entrevistado P1, reafirmando o auxílio na recuperação, aponta que percebia uma tranquilidade maior após alguns rituais específicos da Igreja Universal. Ele pontua, porém, que estava condicionado à forma como esse ritual era conduzido:

Digamos assim, os rituais específicos da Igreja Universal [...] Nesses rituais, em alguns momentos se percebeu que dependendo da forma que a pessoa conduzia, todos os pacientes gostavam, inclusive, eu percebi que as demais atividades do restante do período, principalmente de plantão e de final de semana, eram mais tranquilas, porque faziam também com que as pessoas relaxassem um pouco mais. (P1)

A possibilidade de melhores estratégias de enfrentamento de situações difíceis para pacientes que estão ligados a uma R/E foi apontada por P1, acrescentando que as

peças que não estão vinculadas a alguma R/E possuem mais dificuldades em lidar com seus problemas:

Uma das estratégias que os pacientes utilizam é a espiritualidade e a religiosidade para trabalhar com questões mais difíceis, como a mágoa, ressentimento, perdão. Porque as pessoas que, digamos assim, conseguem focar na questão da espiritualidade/religiosidade conseguem, de alguma forma, ter estratégias melhores para lidar com isso. E pessoas que têm essa dificuldade e não investem tanto na religiosidade/espiritualidade têm muito mais dificuldades de poder pensar nisso. (P1)

Especificamente em saúde mental e abuso de substâncias, há associação positiva entre resiliência e recuperação e R/E (PARDINI *et al.*, 2000).

Tanto que a gente sabe, também, que há pesquisas que estão indicando o quanto a espiritualidade tem ajudado as pessoas a se recuperar de problemas com dependência química, e as próprias religiões que recebem as pessoas muitas vezes, que auxiliam nos processos de recuperação (P2)

Muitos familiares, às vezes tem como plano, junto com o tratamento do paciente fazer que ele frequente alguma religião de um dos membros da família, como o objetivo de aflorar mais a religiosidade do paciente, ou ate mesmo achar que a parada do uso de droga pode se dar a partir dessa vinculação com alguma instituição religiosa. (AS3)

R/E também tem sido relacionada a grupos anônimos cuja filosofia dos 12 passos tem auxiliado na abertura à mudanças e aderência ao tratamento (GALANTER *et al.*, 2007). O entrevistado P2 observa:

Os Alcoólicos Anônimos têm uma filosofia, que são os 12 passos, que vai instrumentalizando a pessoa que quer se recuperar para que ela possa ter uma visão mais espiritual. Um dos passos a pessoa, primeiro, tem que reconhecer que tem um problema, que a vida dela estava se tornando incontrolável, e o segundo é ela reconhecer que há um poder superior que pode devolver a sanidade pra ela. No momento que a pessoa pratica esse programa, ela consegue se sintonizar com algo superior, que vem trazer uma cura pra ela, claro que vai depender dela seguir, enfim. (P2)

Um dos entrevistados (AS1) confirmou aquilo que outros entrevistados trouxeram “que o aspecto religioso ajuda na questão de manter uma certa qualidade de vida do sujeito e ampliar a sua rede de leques de escolhas, e tal [...]” mas também trouxe os aspectos negativos “também tem a contrapartida que pode prejudicar. Principalmente no que diz na relação com o pecado, com a culpa”. A literatura também aponta essa

possibilidade de que algumas crenças religiosas podem aumentar a culpa e/ou levar a um desencorajamento quando eles estão em desacordo com os padrões impostos pela religião. Assim como dúvidas em relação a algumas crenças ou ensinamentos podem levar a ansiedade e depressão (WEBER; PARGAMENT, 2014).

### 5.2.3 Explicação religiosa da doença

Quando a resposta dada pela ciência médica tradicional se faz insuficiente, seja por sua impotência ou por sua soberba, os pacientes recorrem àquilo que Latour (2004, p. 371) diz ser um “salto de fé [...] que tem por objetivo pular e dançar na direção do que é próximo e presente, redirecionar a atenção, afastando-a do hábito e da indiferença...”. Na fala de E4 aparece essa necessidade de dar conta de ansiedades que não são atendidas plenamente:

Um outro aspecto que diz respeito a saúde mental, de entender o porquê que as religiões chegam para as nossas sociedades, que muitas vezes também é no sentido de explicar coisas inexplicáveis, dar conta de ansiedades da população, normatizar algumas situações, então, eu acredito que elas tenham muito esse tipo de função (E4)

Aqui também outro relato. Agora de um atendimento realizado por um assistente social:

Tem um caso de um menino de 24 anos que eu atendo, que ele esteve muito vinculado à doutrina espírita. Então foi ali, naquela doutrina, que ele encontrou algumas explicações para alguns sentimentos que ele tinha, algumas angústias, desde a infância [...] (AS1)

Ciência e religião são marcadas por relações de oposição entre conhecimento e crença. Tradicionalmente julga-se necessário superar esse embate: ou resolvê-lo polidamente ou ampliá-lo violentamente. Acontece que crença não é questão de um quase-conhecimento e conhecimento não é uma questão de quase-crença, a que supostamente podemos responder se olharmos diretamente para as coisas próximas, ao nosso alcance. A crença se faz irrelevante para qualquer ato de fala religioso e o conhecimento não é um modo preciso de caracterizar a atividade científica (LATOURE,

2004). O saber tradicional aponta para um lado e a proximidade da experiência do paciente aponta para outro:

Lembro de coisas boas, como num grupo da mama, que nós fazíamos com pacientes com CA de mama no ambulatório, que tinha um espaço, grupo específico sobre espiritualidade, elas tinham sempre essa ideia de que a culpa delas estarem doentes, porque o espírito delas não era bom o suficiente, por isso que elas estavam doentes, trabalhar esse aspecto foi muito positivo, eram pessoas muito maravilhosas. Fazia esses grupos no ambulatório, grupos de 6 encontros, cada encontro tinha um assunto duração de 2 horas e tinha um dia que era específico sobre espiritualidade. (E1)

Ele tinha alguns posicionamentos assim, em relação a tratamento, a própria condição de dependência química dele que ele trazia, isso tinha muito a ver com questões de outras vidas enfim, algo que ele fazia essa leitura da religião do espiritismo. (AS4)

Por fim, importa trazer aspectos que apareceram do entendimento dos próprios os profissionais de saúde. Havendo entendimento, há um encontro de saberes que pode conferir maior efetividade às ações de promoção, prevenção e cuidado, realizadas pelos serviços de saúde:

Eu enxergo, também, mas isso seria, talvez, uma discussão mais profunda, talvez uma coisa mais reencarnacionista, da gente poder entender uma doença hoje como algo que a pessoa precisa aprender, ou resgatar, ou vivenciar, ou talvez até um nível de adoecimento que pessoa tenha mental, emocional, que possa estar relacionado com alguma dimensão espiritual que a gente não conhece também, mas eu não teria muito subsídio para explicar isso, mas eu acredito que tenha uma relação, assim também. (P2)

#### **5.2.4 Religiosidade/Espiritualidade, mudança de visão e do sentido da vida**

Em uma revisão integrativa com 337 artigos com o tema da espiritualidade na enfermagem, identificou-se que a espiritualidade está associada à busca de sentido na vida no enfrentamento da dor, destacando-se a importância do desenvolvimento da espiritualidade no cuidado (ESPÍRITO SANTO *et al.*, 2013). Esses aspectos levantados pelo estudo são confirmados por E1 e P1:

Eu acredito e já li também vários artigos fazendo essa relação, que pacientes que tinham, apresentavam esse lado espiritual mais fortalecido toleravam melhor os sintomas da doença, não tinham a desesperança assim tão presente, muitas vezes em doenças crônicas. Acredito que eles enxergam a vida, quando se isso não é com aquela rigidez de algumas práticas religiosas, se

isso é uma coisa tranquila em que se busca ser uma pessoa melhor, está de bem com a vida, eu acho que é fundamental está em paz de espírito para poder lidar com as doenças, eu acho que até o adoecimento é de uma forma um pouco mais resignada, não é aquela revolta é só parte da vida mesmo. (E1)

No grupo eu lembro de uma situação específica de um dos pacientes que falou muito de trauma na infância, de agressão familiar, que foi bem marcante e que, através da espiritualidade, ele conseguiu de alguma forma ver as coisas de uma outra maneira. (P1)

### 5.2.5 Religiosidade/Espiritualidade como autocuidado para o profissional

Os trabalhadores da área da saúde também apresentam suas questões religiosas/espirituais, desejando encontrar no seu trabalho um sentido de propósito e de significado, pretendendo experimentar um sentido de conexão com outras pessoas e com a sua comunidade de trabalho (ASHMOS; DUCHON, 2000). Outro aspecto é a questão organizacional do hospital em que essa dimensão pode auxiliar funcionários e gestores a encontrar um significado mais profundo – e melhores recompensas – através do local de trabalho (LAABS, 1995). O entrevistado AS2 considerou que “tanto a religiosidade quanto a espiritualidade fizeram parte da minha formação como pessoa. O fato de eu ter uma crença contribuiu para minha formação, para as coisas que eu acredito, para meu trabalho”. Outro entrevistado reflete sobre a importância da R/E, sobretudo em seu trabalho em saúde mental:

Porque em saúde mental, nós somos os instrumentos do que a gente faz aqui, então diferente de um curativo que tu vais fazer, que tem um protocolo específico, na psiquiatria também tem protocolos e guias teóricas a seguir, mas passa muito pelo teu julgamento moral, tu tens um leque de opções para ofertar para o paciente que está em atendimento. Tu certamente vais botar luz em cima daqueles que tu acreditas mais. E é para gente se manter legal também, para atender um monte de problemas que atendemos, eu acho que é necessário pra gente não pirar junto[...] Então pra mim é muito importante esses outros espaços que tem fora daqui, que eu não sei se é baseado, não em religiosidade, mas de espiritualidade, ou outra forma de descarregar. (E3)

A fim de proporcionar um cuidado adequado aos pacientes, o profissional de saúde precisa olhar para si e promover um autocuidado adequado, que atenda suas necessidades integrais. Em um estudo com 63 profissionais de saúde de cuidados paliativos, os resultados apontaram que o cuidado com a espiritualidade teve efeito positivo no bem-estar espiritual desses profissionais (LIND; SENDELBACH; STEEN,

2011). Nesse sentido, o entrevistado P3 falou da importância da espiritualidade como suporte para suas dificuldades: “Eu vou em igreja também, não tanto pelo ritual, mas mais porque eu acho aquele espaço é um espaço de energia positiva, e essa energia me faz bem, isso me fortalece” (P3). Assim como E1 e AS3, que também falaram de quanto a espiritualidade auxilia nas dificuldades que aparecem no contexto de seus trabalhos:

Eu procuro entender o paciente assim como alguém que está sofrendo muito, embora muitas vezes seja difícil gostar dele, querer ficar bem com eles, tem pacientes que despertam na gente, sensações muito ruins eu acho que é pela espiritualidade, por tentar digerir todos esses sentimentos ruins que eu tenho em relação a eles, que eu consigo cuidar deles, por isso tenho uma ajuda. (E1)

Eu não costumo pensar muito nisso na espiritualidade no meu trabalho, mas eu acredito que a paz que eu tenho, que se deve a minha espiritualidade e isso com certeza se reflete no meu trabalho eu tenho muito mais segurança, para trabalhar com as coisas que eu trabalho, que eu vejo todos os dias, para ter conversas difíceis, porque eu tenho plano superior que me protege dessas coisas. (AS3)

Outro entrevistado (E2) reafirma que a R/E ajuda no enfrentamento, aflorando em pacientes em fase terminal, mas também tendo um fator importante no autocuidado:

Acho que a gente tem que ter essa visão do lado espiritual para ter força em determinados momentos da vida em que isso aflora mais do que em outros momentos. Assim como para os pacientes aflora na fase terminal, acho que para nós aflora quando temos alguma dificuldade a gente acaba e apegando mais nessa parte para tentar superar as dificuldades. (E2)

### **5.2.6 Religiosidade/Espiritualidade como laço social/grupal**

A R/E tem sido reconhecidamente associada com um menor consumo de substâncias psicoativas (DEWALL *et al.*, 2014). Em um estudo transversal realizado com 363 indivíduos, a presença da religiosidade pareceu ter efeito protetor para o consumo de álcool e tabaco. Esse resultado reforçou a ideia de que ir à igreja ou a encontros religiosos distanciaria os indivíduos do consumo nocivo de álcool e tabaco (QUEIROZ; PORTELLA; ABREU, 2015). Ao que parece, a inibição do consumo de

drogas nos espaços religiosos e o fortalecimento do laço social parece ser uma das justificativas para esse desfecho, como afirmou um dos entrevistados:

Se formos pensar em espaços de vinculação social que não tenha uso de substância, não são tantos não. Grande parte tem [...] as comemorações são vinculadas, a churrascada com cerveja, a droga lícita está muito naturalizada, ela ocupa um lugar muito comum. Dentro das religiões isso é muito mais restrito. E fora que é uma coisa que faz bem, né? Eles ficam felizes, gostam de ir, tem uns que fazem grupo de música, participam de outras coisas. Isso abre uma porta de outras possibilidades de vida, em função de vida, então tende a ser bem positivo. (E3)

As parcerias com as igrejas, templos religiosos da comunidade e grupos de autoajuda parecem favorecer o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, voltadas ao planejamento de ações educativas para a saúde, no sentido de prevenir e minimizar o abuso de substâncias psicoativas juntamente com fortalecimento da autonomia do paciente. É o que se pode ver na fala de E3:

[...] nós trabalhamos com retomada de laços sociais. "o cara tinha um vínculo lá na associação do bairro que ele participava do conselho de saúde", vamos estimular que ele retorne às atividades, é algo para ampliar repertório de circulação social. E a religiosidade tem um papel enorme aqui, nós tentamos retomar vínculos saudáveis, também, vínculos que normalmente são mais protetivos, e também a religiosidade nesse sentido ajuda muito, de garantir um espaço onde eles tenham um respaldo. (E3)

### 5.2.7 Preces intercessórias

A relação entre prece e saúde de pacientes é investigada há bastante tempo no meio acadêmico, como aponta uma recente revisão sistemática identificou 92 artigos a respeito do tema, incluindo 12 para análise (SIMÃO; CALDEIRA; DE CARVALHO, 2016). A prece foi considerada um fator positivo em 7 desses estudos, além de inúmeros outros efeitos positivos como: redução de ansiedade de mães de filhos com câncer; redução do nível de preocupação de participantes que procuram solução para seus problemas; melhora do funcionamento físico de pacientes que acreditam na eficácia da prece. O comentário de um dos entrevistados foi na mesma direção do que apontou essa revisão:

Saiu várias matérias em revistas, que a espiritualidade auxilia muito e eu acredito nisso. Que enquanto as pessoas tão vinculadas a algum tipo de

religiosidade/espiritualidade ou recebem orações, enfim. E que fazem sentido. Eu acredito que auxilia muito as pessoas. (P1)

Outro profissional comentou a respeito da sua própria relação com a oração:

Eu faço minhas orações em casa, eu acho que é muito bom, eu acredito muito na oração, e acho que até para mim, como experiência pessoal, nas situações difíceis que eu passei, que eu estava doente, ou enfim, problemas familiares, a oração me ajudou muito, eu acredito que passa uma energia, algo muito bom. (AS4)

Os autores da revisão mencionada anteriormente consideram que a prece é uma intervenção e um recurso não farmacológico que deveria ser incluído em um cuidado holístico pelas equipes de saúde para um melhor bem-estar de seus pacientes (SIMÃO; CALDEIRA; DE CARVALHO, 2016).

### 5.2.8 Crer e ter fé

Em diversas pesquisas realizadas com profissionais de saúde e/ou pacientes, a espiritualidade foi considerada como fonte de esperança e fé, auxiliando no enfrentamento das dificuldades e que as crenças estão intimamente relacionadas aos processos ligados à saúde (ALLEN *et al.*, 2014; EVANGELISTA *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2015; WEBER; PARGAMENT, 2014). Os entrevistados apresentaram percepções semelhantes ao que a literatura mostra, como pode-se ver no comentário de AS3: “Mas tenho acompanhado alguns estudos que referem isso, pessoas desesperançosas têm mais dificuldade de melhorar, sim”. A mesma coisa em relação à AS2: “Quando as pessoas têm uma crença ou são espiritualizadas ou acreditam em algo, isso contribui positivamente e acho que é necessário para cada um de forma diferente, mas acho necessário”. Por fim, E4 também corrobora a literatura, mencionando que a crença do paciente pode ser uma fonte de força de vontade:

Eu não sei se relacionado a religiosidade, mas em relação a espiritualidade, sim. Eu acho que tem a ver com as crenças, muito em relação as crenças, as coisas que ele acredita e daí uma força de vontade que talvez naturalmente ele não tenha em determinadas situações. (E4)

A dimensão da R/E pode também desempenhar um importante papel no incentivo a uma atitude que facilite a abertura à mudança e à aderência ao tratamento

(GALANTER *et al.*, 2007). P3 observa algo semelhante: “Quem tem fé tem melhor capacidade de lidar com isso, o paciente que não tem nenhum tipo de fé, eu nem digo em Deus, mas que não acredita em nada, eu acho que é mais difícil, porque ele está menos aberto”.

### 5.3 FORMAÇÃO

Políticas como a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009) apontam para a necessidade de uma formação profissional em educação permanente que traduza e atenda, da melhor forma possível, as necessidades de saúde, sempre complexas, captadas em sua expressão individual. Neste sentido, o olhar para a R/E, bem como seu acolhimento, tornam-se imprescindíveis pois esta dimensão constitui elemento fundamental do cuidado integral.

Os resultados do presente estudo revelam que em geral os profissionais não tiveram formação adequada para lidar com as questões da R/E no contexto de seu trabalho. A ausência do tema da R/E, tanto na formação inicial, quanto na formação superior, apareceu destacada, nas falas abaixo:

Nem na escola eu fiz religião, na graduação eu não tive nada sobre religiosidade, eu não fiz religião no ensino fundamental, nem no ensino médio. Eu pedi para minha mãe, porque eu não queria, porque era justamente a coisa do fechar, eu já era meio rebelde, no sentido que queria ver outras coisas, e na época ela podia dizer que eu não precisava. Nem nessa época eu participei, embora ela tenha me obrigado a fazer crisma e catequese. Mas na graduação não, nada, não que eu lembre. (P3)

Nesta outra fala, a entrevistada refere que mesmo na prática (em estágios), o tema passou despercebido e/ou ignorado:

É um tema pouco abordado entre os profissionais. Outros estágios que fiz, fiz três diferentes, não tiveram abordagem nenhuma do tema. Até aqui no hospital é pouco abordado. Só se os profissionais se interessam pelo tema voluntariamente, não é disponibilizado e divulgado. Cursos EAD, de capacitação, seria bom. (AS2)

Neste outro relato, a questão é a abordagem (psicanálise), cuja dimensão da R/E é tratada de forma negativa ou negligenciada e, inclusive, com uma diretriz clara, segundo o entrevistado, para que se tenha esse enfoque:

Porque a gente tem uma recomendação muito clara de atuar dentro de uma ótica psicanalítica, nós recebemos treinamento para isso, somos cobrados, realmente. Ainda mais como residente, não posso trazer muitas inovações, é muito complicado isso, principalmente de abordagem. Então fica mais dentro de um trabalho psicológico, psicanalítico, mas, claro, com um olhar diferenciado, que é uma coisa que eu trago da minha experiência pessoal. (P2)

Conforme as manifestações dos entrevistados, eles explicitam aquilo que a literatura tem apontado, de que os profissionais da área da saúde relatam não ter formação adequada para abordar estas questões (CAVALHEIRO; FALCKE, 2014; LIND; SENDELBACH; STEEN, 2011; MARR; BILLINGS; WEISSMAN, 2007; PERES *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2008; WASNER *et al.*, 2005).

Também foi mencionada a diferença em relação ao contexto cultural e a diferença que há, por exemplo, aqui no Rio Grande do Sul, em relação a outras regiões do Brasil:

Acho que o Rio Grande do Sul não está preparado nem um pouquinho para esse alcance e esse tipo de cuidado. É diferente tu dizer assim: “Ah, o hospital é aberto para todas as religiões”. Mas essas religiões interferem na prática e no cuidado da equipe técnica? Não, é um anexo. É o padre, é o pastor [...] mas a equipe técnica nem sequer cogita a possibilidade de dialogar com esse sujeito. (AS1)

A fala acima traz a dificuldade que alguns estados e países possuem na abordagem do tema da R/E em relação a outros. Parece importante conhecer as consequências na formação, de universidades americanas, e especialmente, as faculdades de Medicina do Ceará e de Minas Gerais, que, com pioneirismo, iniciaram a abordar esse tema na formação (STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008).

Cabe destacar algumas exceções, que se deram, sobretudo, quando as instituições de ensino superior eram vinculadas a mantenedoras religiosas. Nelas, o tema da R/E parece ter um pouco mais de visibilidade, possibilitando um espaço de discussão:

Eu estudei numa escola católica de freiras, a faculdade também, então sempre tinha um espaço para isso, na antropologia, em várias outras disciplinas também, a gente tinha teologia, filosofia e várias coisas sobre espiritualidade e religiosidade (E1).

Acima, a participante se refere à formação básica. Já na próxima, a referência é o ensino superior:

Tive disciplinas na faculdade que abordaram isso. Me formei na PUCRS em 2009. E antes da PUCRS, passei pela ULBRA e lá tem uma disciplina de Cultura Religiosa que aborda todas as religiões. Tivemos aula com um pastor da Ulbra, mas mesmo assim ele conseguiu abranger todas as religiões (AS2).

Em cursos de graduação relacionados a Serviço e Assistência Social, o panorama não é muito diferente, apesar de que parece haver uma abertura um pouco maior em relação a temas que envolvam direitos humanos e a singularidade dos sujeitos, como demonstram as falas abaixo:

Não tive cadeira específica sobre espiritualidade não, mas esse assunto sempre estava quando se falava de direito das pessoas, assim como a gente não tem cadeiras sobre orientação sexual, sobre etnia, também não se tem cadeira sobre religiosidade, mas esse tema ele é amplamente discutido dentro da academia do serviço social, durante toda faculdade desde primeiro semestre até final [...] precisaria ter mais seminários a respeito, a gente vê que tem coisas acontecendo dentro da instituição pra falar sobre espiritualidade, mas que muitas pessoas não vão, isso parte do interesse individual de cada um, então dentro dos serviços, com chefias, acho tema devia ser tratado dentro dos núcleos dos serviços dentro do hospital de forma obrigatória (AS3).

A minha formação profissional foi muito precária em relação a isso (em relação a um monte de coisas), mas acho que ela abriu as portas para mim buscar essas outras experimentações, porque no momento em que eu faço serviço social, onde o principal objeto é respeitar o desejo e o direito do outro, isso inclui uma gama de coisas. Onde diz que na minha profissão, uma das principais coisas são os direitos humanos (AS1).

Por outro lado, houve também que tivesse trazido a importância de ter tido uma formação mais voltada ao sujeito, de forma ampla:

É muito um jeito pessoal, acho que a Psicologia nos ajuda, no sentido que ela não trabalha a questão da religiosidade, da religião, mas eu acho que ela nos ensina a lidar com a diferença e a respeitar o outro e poder, a partir do outro, o nosso trabalho é muito a partir da fala do paciente. Isso nos dá recursos para podermos ter essa visão e respeitar isso, eu acho bem tranquilo (P3).

Em relação a especializações, parece que há um pouco mais de inserção do tema, conforme a entrevistada:

Eu acho que durante a graduação pouco foi tocado nesse assunto, a não ser o momento que tinha que dar a extrema unção para o paciente. Mas atualmente, nas próprias especializações, eu acho que já se abrem mais pra essa questão de subjetividade, para questões relacionadas a controle social, a desejos, direitos, eu acredito que foi mais no sentido de especialização mesmo [...] Mas como especialização eu acredito que a gente tenha bem mais, como

especialidade, tenham bem mais profissionais, hoje em dia, permeáveis a essas discussões mais amplas, sobre religiosidade e espiritualidade (E4).

Em se tratando de pensar a Psicologia (e a prática do psicólogo), a formação carece da possibilidade de não patologizar experiências contextuais, sobretudo quando se refere a experiências no contexto religioso. Essas experiências têm sido chamadas de anômalas. É o que aparece nas seguintes falas:

Mas tem várias situações, por exemplo, uma outra situação de um paciente relatar que toda noite um vulto negro visita ele, segura ele bem firme e coisas desse tipo acontecem bastante, coisas que a gente não tem muita resposta, é meio complicado de lidar assim num ambiente de internação (P2).

A forma mais fácil é poder mostrar o que se tem, quais são, existem várias religiões, quais são elas? O que os pacientes estão trazendo? Fico pensando no serviço de saúde mental, como a gente diferencia o paciente que está alucinando e o paciente que tem uma crença e veio, como que a gente diferencia isso? O que é uma patologia, e está desconectado com a realidade, e o que isso faz parte da realidade dele, faz parte da vida dele, e que não está desconectado, não está psicótico por causa disso. Então, é poder falar disso, "ah, não ele está ouvindo vozes", ele tem uma religião que preconiza isso, e vamos ignorar isso, vai dizer que é psicótico? Não. Nem todos, senão todos os espíritas seriam psicóticos, mas nem todo o psicótico tem uma mediunidade. Então essas diferenças a gente têm que poder falar, acho que isso tem que ser estimulado, acho que existe muito tabu, e muita coisa que não é dita. Acho que isso só atrapalha na relação profissional e paciente (P3).

Alguns entrevistados demonstraram interesse, enfatizaram a necessidade de adquirem maior conhecimento no tema da R/E e deram sugestões para uma qualificação de formação. Pois mesmo os que tiveram algum tipo de abordagem ao tema na graduação, nem sempre ele esteve associado ao campo da saúde. A seguir, AS2 menciona a importância de se conhecer melhor a espiritualidade: "Acho que tu ter uma visão sobre espiritualidade em geral e sobre religiões em geral facilita para compreender e no meu trabalho com os pacientes, a entender a religiosidade de cada um, as diferenças de cada um também."

Outros mencionam a necessidade de algo mais ligado à prática, como nas três falas na sequência: "Eu acho que capacitação para os profissionais. Como se fosse uma psicoeducação. Eu acho que isso seria muito bom. Porque aqui tem várias questões de ensino continuado, capacitações [...]" (P1).

Acho que eu gostaria de conhecer um pouco mais sobre esse tema né, para poder estar lidando com isso junto às famílias, enfim, de uma forma mais adequada e com os próprios pacientes, assim. Então eu acho que primeiro, teria que talvez ter algo que, enfim [...] um seminário ou algo que se trabalhasse mais isso com os profissionais, para depois [...] tu estás entrando um pouco nesse tema com as pessoas, com os pacientes, com as famílias (AS4).

Eu acho que, de alguma forma, todos têm essa necessidade. Porque o profissional da saúde também precisa se cuidar e ter, digamos assim, essa [...] eu vejo essas palestras de ensino continuado, que eles têm como uma forma de cuidado com eles. Então eu penso nessa questão como prioridade, fundamental para eles. Eu acredito que ia ser muito benéfico (P1).

Houve também a referência à importância da aproximação da academia com a prática no Hospital, como nos diz E1: "Trabalhos como esta pesquisa seria interessante mostrar para que se possa pensar mais sobre o assunto."

Abaixo tem-se também uma sugestão de inclusão de disciplinas como antropologia e sociologia, que trabalham o entendimento dos sujeitos de uma forma mais ampla:

Eu acredito que a formação hoje em dia contemple mais essas questões já, durante a formação de graduação, por exemplo. Mas mesmo se não for de religiosidade e espiritualidade, se tu tiveres espaços e disciplinas como antropologia, como sociologia, eu acho que essas coisas, né? A história da humanidade ela já começa a fazer sentido e tu já podes ter as tuas próprias reflexões, discussões, problematizações, eu acho que está mais nesse campo, né? Se é possível dar uma sugestão, é abrir para a discussão, abrir para ouvir o outro, para empatizar com o outro, para ser possível te entregar mais destes conteúdos, né? (E4)

Assim como a possibilidade de pensar mais de forma integral e que os próprios profissionais possam dispor de espaços de discussão sobre R/E (que compõe a integralidade da atenção na saúde):

Eu acho que quando a gente fala em integralidade, a gente tem que pensar em formações que contemplem mais isso, para que as pessoas possam dar conta dessa integralidade, mesmo. Que não fique aquela coisa fragmentada. Aí, tem que vir um Pastor da igreja para falar da parte espiritual, porque eu não posso falar porque sou médica, sou enfermeira, sou assistente social (P2).

Sendo o Brasil um país com uma enorme diversidade cultural e religiosa, parece ser esperado que uma das necessidades seja a de compreender estas diferentes religiosidades que compõem o cenário brasileiro, com suas nuances e diversidades:

Dentro do próprio currículo nas escolas, enfim, eu acho que tem que se trazer essa questão [...] por exemplo, se a pessoa, a criança é de uma igreja evangélica e aí a escola é católica, enfim, tem que saber como lidar. Então talvez tenha que mostrar todos, todas as opções que tem neste aspecto (AS4).

Eu acho que seria interessante ter uma noção de todas as religiões, no caso, como funciona cada uma, qual o conceito de cada uma. E também procurar encontros, se tem afinidade com alguma, procurar se aprofundar para poder entender o que aquela religião, o que aquela seita procura trazer de benefício, acho que isso é importante, procurar conhecer, não só uma, mas conhecer todas para não ter problemas de preconceito com as demais religiões, procurar entender o que cada uma quer trazer (E2).

Acho que seria interessante trazer encontros espirituais de várias religiões, trazer líderes de cada religião, para expor o que cada religião traz, benefícios que eles veem em cada religião, para que todos tenham esses conhecimentos uniformizado, acho que seriam importantes esses encontros, não que seja encontro a cada ano, mas, sei lá, diversas modalidades de encontros para que as pessoas possam expor a sua religião, acho que isso é bem importante (E2).

Os conhecimentos e incursões nos diferentes tipos de religiosidades no Brasil são relatadas por um entrevistado, cujo sentimento se refere a uma forma de “permissão”, que se pode trazer para o aspecto do respeito integral ao sujeito:

Mas pessoal eu posso dizer que a minha mãe, ela é espírita, é médium, também já frequentou umbanda, e é interessante, porque ela tem uma formação que ela passa, católica, colégio adventista, protestante, então eu acho que isso forma um mix de permissões que eu vejo dentro de mim em relação às religiões e aos cultos e tudo mais (E4).

A partir das sugestões e ideias para uma formação, pensou-se em uma proposta de ensino à distância, que está detalhada no APÊNDICE B e que também é o produto final desta dissertação do Mestrado Profissional Ensino na Saúde, conforme preconizado pela CAPES.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo o Brasil um país de uma enorme diversidade religiosa, a religiosidade e a espiritualidade (R/E) constituem temas de grande relevância e visibilidade. Este trabalho possibilitou observar que a R/E aparece cotidianamente no contexto hospitalar, promovendo a reflexão do conjunto de sua organização: de instalações físicas a pessoas (profissionais de saúde, gestores, pacientes, entre outros). A problematização deste assunto é uma necessidade que aponta para a legitimação do debate, podendo e devendo ser integrado nas práticas em saúde. O que interessa é que a R/E possa se tornar visível e interpelada no cotidiano do contexto hospitalar, dentro de uma abordagem que vise contemplar o indivíduo em sua integralidade (dimensões física, social, mental e espiritual) e instrumentalizar os profissionais de saúde a lidar com as diferenças, dentro dos princípios da ética que norteiam um melhor cuidado.

Tratando-se de um estudo qualitativo e transversal, os dados aqui ilustrados não são passíveis de generalização. Ainda assim, esta pesquisa mostra-se de acordo com a literatura ao apresentar que os profissionais da área da saúde percebem a relevância que a R/E possui no seu cotidiano dentro do hospital e, em geral, não se sentem preparados para abordar estas questões (CAVALHEIRO; FALCKE, 2014; LIND; SENDELBACH; STEEN, 2011; MARR; BILLINGS; WEISSMAN, 2007; PERES *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2008; WASNER *et al.*, 2005). Importa considerar que a participação efetiva da população fortalece os aspectos da diversidade em direção à produção do cuidado integral mais efetivo, incluindo as expressões de R/E percebidas pelos profissionais de saúde e traduzidas no desenvolvimento de políticas públicas que possam dar conta dessa pluralidade.

Considera-se este trabalho como disparador para futuros aprofundamentos na gestão do cuidado em saúde no contexto hospitalar, em discussões que apontem para a inclusão da R/E na formação dos profissionais de saúde, em futuras pesquisas que indiquem os desafios do trabalho destes profissionais junto aos pacientes e as formas que se possa inserir a R/E no contexto do SUS. Mostrou-se como fundamental a instrumentalização dos profissionais junto a uma adequação dos serviços de saúde a fim de que essas ações sejam institucionalizadas e ofereçam condições mais adequadas para o acolhimento à religiosidade de seus usuários e respectivos familiares, bem como uma

melhor orientação e integração dessa dimensão no cuidado em saúde. Da mesma forma é importante ressaltar a importância da compreensão dessa dimensão na vida pessoal e profissional dos trabalhadores em saúde como autocuidado.

A investigação das percepções e demandas de profissionais entrevistados, sobretudo em relação à forma como têm lidado com as manifestações de R/E de seus pacientes e o conhecimento das recomendações e não-recomendações daquilo que consideram boas ou más práticas de assistência espiritual no contexto hospitalar proporcionou elaborar uma proposta para atividade de extensão em Ambiente Virtual de Aprendizagem como produto final do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde. Esta proposta atenta para a necessidade relatada por esses profissionais de conhecer estudos científicos sobre R/E, de conhecer formas de abordar a R/E junto ao paciente, bem como trocar ideias com colegas através de salas de conversa online. Atividades de extensão como esta podem qualificar o serviço, inovar nas práticas e dar suporte aos profissionais sobre como manejar com situações que surgem no cotidiano dos atendimentos. Além disso, sendo uma atividade virtual, pode respeitar dias e horários de trabalho, estando acessível sempre que o profissional estiver disponível para tal. Contemporaneamente, as atividades virtuais têm sido largamente utilizadas, compreendendo acesso a uma gama de possibilidades e de relacionamento em rede, além da qualificação. A aprendizagem cooperativa desenvolvida em ambiente virtual possibilita a formação de uma rede de saberes ampla (MARQUES; RIGO, 2014) e diversificada, atendendo assim às necessidades peculiares de trabalho com um tema tão delicado e multifacetado como a R/E, especialmente em um contexto complexo como o hospitalar.

## REFERÊNCIAS

- ALLEN, Jennifer D. *et al.* Religious beliefs and cancer screening behaviors among Catholic Latinos: implications for faith-based interventions. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved** PMID: 24858865PMCID: PMC4162660, v. 25, n. 2, p. 503–526 , maio 2014.
- ALTMANN, Walter. Censo IBGE 2010 e Religião (IBGE 2010 Census and Religion) - DOI: 10.5752/P.2175-5841.2012v10n28p1122. **Horizonte**, v. 10, n. 28, 26 nov. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/4165>>. Acesso em: 2 jul. 2015.
- ALVES, Joseane de Souza; JUNGES, José Roque; LÓPEZ, Laura Cecília. A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais de saúde. **O Mundo da Saúde** v. 34, n. 4, p. 430–436, 2010.
- ASHMOS, D. P.; DUCHON, D. Spirituality at Work: A Conceptualization and Measure. **Journal of Management Inquiry** v. 9, n. 2, p. 134–145, 1 jun. 2000.
- BERNARDES, Elexandra Helena. **Sentidos de integralidade produzidos com trabalhadores de saúde em relações grupais**. Universidade de São Paulo, 2011.
- BRASIL. **Carta dos direitos dos usuários da saúde ilustrada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Editora MS, 2007.
- BRASIL. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. [S.l.]: INCA, 2001. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual\\_dor.pdf](http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf)>. Acesso em: 14 jul. 2015.
- BRASIL. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006: Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. **Diário Oficial da União**, 2006.
- BRASIL. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humaniza SUS-Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. [S.l.]: Ministério da Saúde Brasília, 2004. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus\\_doc\\_base.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf)>. Acesso em: 14 jul. 2015.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. [S.l.]: Diário Oficial da União, 2012. .
- CASTILHO, Carolina Nantes De; CARDOSO, Paula Tatiana. Espiritualidade, religiosidade e religião nas políticas públicas de saúde: um olhar para a integralidade. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social** v. 3, n. 1 , 2015.

CAVALHEIRO, Carla Maria Frezza; FALCKE, Denise. Espiritualidade na formação acadêmica em psicologia no Rio Grande do Sul. **Estudos de Psicologia (Campinas)** v. 31, n. 1, p. 35–44 , mar. 2014.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** v.14, n.1, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 2 jul. 2015.

CECÍLIO, LC de O; PINHEIRO, R; MATTOS, Araújo, R. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde** v. 1 , 2001.

DE OLIVEIRA, Gabriela Romano *et al.* Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado. **Rev Bras Clin Med. São Paulo** v. 11, n. 2, p. 140–4 , 2013.

DEWALL, C. Nathan *et al.* Explaining the relationship between religiousness and substance use: Self-control matters. **Journal of Personality and Social Psychology** v. 107, n. 2, p. 339–351 , 2014.

DEZORZI, Luciana Winterkorn; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Spirituality in self-care for intensive care nursing professionals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** v. 16, n. 2, p. 212–217 , abr. 2008.

ESPÍRITO SANTO, Caren Camargo Do *et al.* Diálogos entre espiritualidade e enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem** v. 18, n. 2 , 29 jun. 2013. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32588>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

EVANGELISTA, Carla Braz *et al.* Spirituality in patient care under palliative care: A study with nurses. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem** v. 20, n. 1 , 2016. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20160023>>. Acesso em: 4 jan. 2017.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**.-5ªed. Tradução de Roberto Machado, Rio de Janeiro: Forense Universitária v. 1998 , 1963.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal , 1979.

GALANTER, Marc *et al.* Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment** v. 33, n. 3, p. 257–264 , out. 2007.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (2013). **Accreditation standards for hospitals**, 5th edition. Disponível em: <<http://www.jointcommissioninternational.org/jci-accreditation-standards-for-hospitals-5th-edition>>. Acesso em: 13 dez. 2016. , [S.d.]

KLIEWER, Stephen. Allowing spirituality into the healing process. **The Journal of Family Practice** PMID: 15298831, v. 53, n. 8, p. 616–624 , ago. 2004.

KOENIG, Harold G. Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice: **Southern Medical Journal** v. 97, n. 12, p. 1194–1200, dez. 2004.

KOENIG, Harold G. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. **Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie** PMID: 19497160, v. 54, n. 5, p. 283–291, maio 2009.

KOENIG, Harold G. **Spirituality in patient care: why, how, when, and what**. 3rd ed. West Conshohocken, PA: Templeton Press, 2013.

KOENIG, Harold G.; KING, Dana E.; CARSON, Verna Benner. **Handbook of religion and health**. 2nd ed. Oxford; New York: Oxford University Press, 2012.

LAABS, Jennifer J. Balancing spirituality and work. **Personnel Journal** v. 74, n. 9, p. 60–77, 1995.

LATOUR, Bruno. “Não congelarás a imagem”, ou: como não desentender o debate ciência-religião. **Mana**, v. 10, n. 2, out. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-93132004000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132004000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 19 dez. 2016.

LIND, Bradley; SENDELBACH, Sue; STEEN, Sue. Effects of a spirituality training program for nurses on patients in a progressive care unit. **Critical Care Nurse** PMID: 21632597, v. 31, n. 3, p. 87–90, jun. 2011.

LUNDBERG, Pranee C; KERDONFAG, Petcharat. Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care units. **Journal of Clinical Nursing** v. 19, n. 7-8, p. 1121–1128, abr. 2010.

MARQUES, Luciana F. **Um diálogo sobre Psicologia, religião e espiritualidade**. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo: BERNI, Luiz E. V. (Org.), 2016.

MARQUES, Luciana Fernandes; RIGO, Rosa Maria. Comunidade Virtual Espiritualidade na Educação: atividade de extensão à distância. In: II ENCONTRO INTERNACIONAL EM EDUCAÇÃO E ESPIRITUALIDADE, 2014, Recife. **Anais...** Recife: [s.n.], 2014.

MARQUES, Luciana Fernandes; SILVA, Janete Mengue Da. Práticas contemplativas aplicadas a pacientes com dor crônica no SUS. 2014, Curitiba, Brasil. **Anais...** Curitiba, Brasil: [s.n.], 2014.

MARR, Lisa; BILLINGS, J. Andrew; WEISSMAN, David E. Spirituality training for palliative care fellows. **Journal of Palliative Medicine** PMID: 17298265, v. 10, n. 1, p. 169–177, fev. 2007.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71–112.

MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; KOENIG, Harold G.; LUCCHETTI, Giancarlo. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Revista Brasileira de Psiquiatria** v. 36, n. 2, p. 176–182, abr. 2014.

OLIVEIRA, Gerson Pastre De. Comunidades, comunidades virtuais, comunidades virtuais de aprendizagem: reflexões sobre a aprendizagem colaborativa. **Revista Eletrônica de Tecnologia e Cultura** n. 16, p. 95–111, 2015.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de Psiquiatria Clínica** v. 34, p. 126–135, 2007.

PARDINI, D. A. *et al.* Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: determining the mental health benefits. **Journal of Substance Abuse Treatment** PMID: 11166499, v. 19, n. 4, p. 347–354, dez. 2000.

PERES, Mario F. P. *et al.* A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista de Psiquiatria Clínica** v. 34, p. 82–87, 2007.

QUEIROZ, Nataly da Rocha; PORTELLA, Luciana Fernandes; ABREU, Angela Maria Mendes. Associação entre o consumo de bebidas alcoólicas e tabaco e a religiosidade. **Acta Paulista de Enfermagem** v. 28, n. 6, p. 546–552, dez. 2015.

SCOTT, Magaly *et al.* Influencia de pares, familia, espiritualidad, entretenimiento y consumo de drogas en estudiantes de Universidad en Manabi, Ecuador. **Texto & Contexto - Enfermagem** v. 24, n. spe, p. 154–160, 2015.

SILVA, Elizabete Vieira Matheus *et al.* A formação de profissionais de saúde em sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar. **Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS. Brasília: Ministério da Saúde**, 2008.

SIMÃO, Talita; CALDEIRA, Sílvia; DE CARVALHO, Emilia. The Effect of Prayer on Patients' Health: Systematic Literature Review. **Religions** v. 7, n. 2, p. 11, 21 jan. 2016.

SOUSA, Sidnei de Oliveira; JUNIOR, Klaus Schlünzen. A contribuição de um Ambiente Virtual de Aprendizagem para potencializar a colaboração no Desenvolvimento da Aprendizagem Baseada em Problemas. **El Hombre y la Máquina [online]** p. 44–54, set. 2012.

SOUZA, Verônica de Moura *et al.* Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais de adolescentes com câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem** v. 68, n. 5, p. 791–796, out. 2015.

STROPPA, André; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Religiosidade e saúde. **Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina**. Belo Horizonte: Inede, 2008. p. 427–443.

WASNER, Maria *et al.* Effects of spiritual care training for palliative care professionals. **Palliative Medicine** v. 19, n. 2, p. 99–104, 1 fev. 2005.

WEBER, Samuel R.; PARGAMENT, Kenneth I. The role of religion and spirituality in mental health: **Current Opinion in Psychiatry** v. 27, n. 5, p. 358–363, set. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine**. World Health Organization, 2001.

**APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA**  
**ROTEIRO PARA ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS**  
**COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL**  
**(TEMAS EIXOS E POSSÍVEIS QUESTÕES DISPARADORAS)**

**Dados demográficos:**

- Sexo / Idade / Formação profissional: graduação, pós-graduação, técnica
- Tempo de formado, em anos / Onde formou-se (graduação, pós-graduação, técnica)
- Instituição, unidade ou serviço de saúde em que atua no momento / Tipo de população atendida
- Experiências anteriores: em saúde / Referencial adotado / Técnicas mais frequentemente empregadas
- Formação / posição religiosa

**Características dos usuários e dos serviços:**

- Idades, nível social mais comum, patologias mais comuns e procedências dos pacientes que atende.
- Características específicas dos pacientes atendidos: Como, quando e por quem são encaminhados? Quais as queixas mais frequentemente apresentadas?
- Característica dos setores em que atua, natureza e tempo que dedica às diversas atividades desenvolvidas em cada setor.
- Como está estruturado os serviços na instituição para atendimento a estas demandas?

**Lugar dado à questão religiosa por parte dos usuários:**

- Costuma perceber ou identificar a religiosidade (ou a espiritualidade) dos pacientes/usuários?
- Como esta questão costuma aparecer no contexto do atendimento ou no contexto da relação do paciente com a instituição (nos casos de internamentos, por exemplo)?

**Exemplos para ilustrar**

- Você se lembra de situações onde a questão religiosa surgiu na relação ou atendimento com estes usuários/pacientes ou seus familiares?
- Por favor descreva alguma situação ou situações onde a questão da religião ou religiosidade surgiu no atendimento ou serviço prestado a estes usuários/pacientes.

**Lugar dado à questão religiosa pelo próprio profissional:**

- Qual a importância da religião/religiosidade/questão religiosa em sua vida?

- Qual a importância da religião/religiosidade/questão religiosa em sua vida profissional?
- Acha que isso influencia suas percepções em relação à saúde dos usuários e/ou nas suas atitudes profissionais nas diferentes situações de serviços prestados na instituição em que atua? Como isso ocorre?

#### **Relações que estabelece (ou não) entre religião e saúde:**

- Você vê alguma relação entre religião e saúde? Por favor descreva como e porquê.
- E entre religiosidade / espiritualidade e doença? Como e por quê?
- Como observa e percebe esta relação nas diversas atividades com os usuários da instituição onde atua e seus familiares?
- Relate algumas experiências para ilustrar.

#### **Como aborda a questão em sua prática atual e o que considera boas ou más práticas:**

- Como você lida com a relação religiosidade e saúde ou adoecimento na sua prática?
- O que considera boas práticas no modo de lidar com a religiosidade dos pacientes e as recomenda para outros profissionais. Por quê?
- O que você considera como uma boa prática profissional adequada para lidar com a religiosidade dos pacientes/usuários dos serviços em saúde mental? Você recomendaria esta prática a outros profissionais? Por quê?
- Como seria a prática profissional adequada para lidar com a religiosidade dos pacientes/usuários? Por quê?
- O que você considera como uma prática profissional inadequada para lidar com a religiosidade dos pacientes/usuários?
- Por que você não a recomendaria a outros profissionais?

#### **Religiosidade e Saúde mental ao longo da Formação:**

- Este tema foi tratado ao longo de sua formação profissional? Se não, como foi que você desenvolveu as suas habilidades para lidar com ele em sua prática profissional? Se sim, o que, quando e como?
- Sugestões para estudantes ou profissionais iniciantes: Você teria recomendações especiais ou sugestões sobre essa questão para estudantes de sua área e/ou profissionais iniciantes neste campo? Quais seriam estas sugestões?

## **APÊNDICE B – PROPOSTA DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE E EDUCAÇÃO**

A partir da avaliação das sugestões dadas pelos entrevistados e a busca na literatura atual a respeito de temas e propostas já realizadas e bem-sucedidas, sugere-se a proposta em torno das seguintes palavras-chave: Saúde, Educação, Espiritualidade, Religiosidade, Comunidades Virtuais, Rede de Saberes. A proposta de ação deverá utilizar a Plataforma do *Moodle* Institucional da UFRGS, com duração de 64 horas, estruturada em sete módulos.

### **Conteúdo Programático:**

#### **MÓDULO 1 – Religiosidade/Espiritualidade no contexto brasileiro: o mapa das religiões e estado laico**

O Brasil é reconhecidamente um país religioso e espiritualizado, possuidor de uma enorme diversidade cultural. O país possui estado laico, implicando que a laicidade deva ser seguida pelos serviços públicos. Porém, há sérios problemas de desrespeito e confusão nessa orientação, traduzindo-se em não reconhecimento do direito das pessoas em manifestar a sua R/E (laicismo).

Este módulo aprofundará as discussões sobre as diferentes religiões e os aspectos que o termo "laico" assume.

**Carga Horária: 10 horas.**

#### **MÓDULO 2 – Aspectos conceituais da Religiosidade/Espiritualidade**

Ao longo das últimas décadas ampliaram-se as discussões relacionando espiritualidade, religiosidade e religião. Não se pode negar que mesmo com alguns avanços na inclusão desses temas no âmbito científico, ainda há muitas divergências em torno dos conceitos. Neste módulo, a ideia é aprofundar a discussão acerca do que tem se pensado sobre cada um desses 3 conceitos.

**Carga Horária: 8 horas.**

#### **MÓDULO 3 – Religiosidade, espiritualidade e religião nas políticas públicas em saúde: um olhar para a integralidade**

No contexto brasileiro o tema da integralidade tornou-se evidente em meados de 1970 a 1980 com o advento do Movimento da Reforma Sanitária. Tanto a Política Nacional de Humanização (2003) quanto a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC - do SUS (2006) vieram garantir a integralidade nas ações em saúde, promovendo assim uma atenção ao acolhimento da R/E de seus usuários e respectivos familiares, bem como uma melhor orientação e integração dessa dimensão no cuidado em saúde.

A proposta deste módulo será discutir a R/E à luz do princípio da integralidade, norteados por essas políticas.

**Carga Horária: 10 horas.**

#### **MÓDULO 4 – Religiosidade/Espiritualidade e saúde: aspectos teóricos**

Nas últimas décadas, inúmeros estudos têm sido produzidos, relacionando R/E e saúde. Pode-se apontar relações positivas no que diz respeito a R/E como fator de proteção, auxílio na recuperação, cura, *coping*, resiliência, entre outros. Mas há também estudos apontando relações negativas (os chamados *red flags*) cujos fatores podem levar a prejuízos pessoais, baixa resolutividade de conflitos, *coping* negativo, culpa, abalo da fé, etc.

O módulo abordará os aspectos teóricos que envolvem a relação entre R/E e saúde, tanto nos seus aspectos positivos quanto negativos.

**Carga Horária: 10 horas.**

#### **MÓDULO 5 – Religiosidade/Espiritualidade e saúde: aspectos práticos – como abordar?**

Abordar as necessidades espirituais dos pacientes significa que os profissionais de saúde devem aprender a encarar a história espiritual de uma maneira centrada no paciente e com pleno respeito às suas crenças, validando suas preocupações religiosas, fazendo as referências apropriadas para encontrar R/E.

Este módulo buscará discutir formas de abordar a R/E com os pacientes, usando estudos de caso e exemplos clínicos sobre um cuidado mais integral, respeitando as diferenças, sem que seja desconsiderado o endereçamento das demandas dos pacientes aos profissionais de saúde.

**Carga Horária: 10 horas.**

## **MÓDULO 6 – Religiosidade/Espiritualidade como autocuidado do profissional de saúde**

A fim de proporcionar um cuidado adequado aos pacientes, o profissional de saúde precisa olhar para si e promover um autocuidado adequado, que atenda suas necessidades integrais.

Isso implica dizer que esses profissionais também apresentam suas questões religiosas/espirituais, desejando encontrar tanto em seu trabalho como no seu cotidiano, um sentido de propósito e de significado, pretendendo experimentar um sentido de conexão com outras pessoas e com a sua comunidade de trabalho.

Este módulo será dedicado a relacionar a R/E com o autocuidado do profissional como parte do seu cotidiano.

**Carga Horária: 8 horas.**

## **MÓDULO 7 – Caminhos da Religiosidade/Espiritualidade como autoconhecimento**

Tratando-se do módulo de finalização deste trabalho, a proposta será integrar os conteúdos abordados anteriormente, buscando, quando possível, relacionar suas vivências e histórias pessoais, ilustrando com exemplos, vivências, fatos vivenciados que proporcionaram aprofundamento na relação com o mundo, com os outros e consigo mesmo.

Este módulo propõe a construção individual de uma narrativa sobre as experiências relacionadas a sua R/E considerando a integração dos módulos abordados anteriormente.

**Carga Horária: 8 horas.**

### **Metodologia de trabalho**

Os módulos serão disponibilizados na Plataforma Moodle da UFRGS, utilizando-se as tecnologias de Educação à Distância.

Serão realizados seminários, leituras e discussões sobre os conteúdos teóricos e práticos programados em cada módulo.

Os alunos serão distribuídos em grupos de acordo com as temáticas a serem debatidas e terão a responsabilidade de apresentar pontos-chaves dos textos e estimular o debate de ideias.

Cada grupo deberá articular as temáticas teóricas com problemas das realidades das suas prácticas.

## APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado/a colega,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Percepções dos profissionais de saúde do SUS sobre Religiosidade/Espiritualidade no contexto hospitalar”. Esta pesquisa será desenvolvida em Porto Alegre. O objetivo deste estudo é investigar como os profissionais de saúde que atuam no contexto de internação hospitalar percebem e lidam com as possíveis relações entre Religiosidade/Espiritualidade e saúde de pacientes sob os seus cuidados e o que consideram boas ou más práticas nesse tema no seu local de trabalho.

Para tanto, você está sendo convidado a conceder uma entrevista, na qual responderá a algumas questões sobre o assunto. Caso consinta, a entrevista será gravada e, posteriormente, transcrita, de modo a possibilitar a análise dos dados. Se durante a entrevista você sentir algum desconforto, tem todo o direito de suspendê-la, ou se sentir necessidade de conversar mais sobre o assunto, a equipe de entrevistadores está à sua disposição. Também podemos sugerir locais e serviços que atendam suas necessidades. A coordenadora da pesquisa, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana Fernandes Marques, psicóloga, coloca-se à disposição, oferecendo espaço de escuta ao entrevistado, podendo fazer os encaminhamentos necessários.

É importante esclarecer que este trabalho se constitui numa pesquisa científica não tendo nenhum objetivo de defender qualquer posicionamento religioso específico. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em eventos científicos e/ou publicados em veículos de divulgação científica da área. Confirmamos nosso compromisso em manter sigilo de toda e qualquer informação que possa levar à identificação dos entrevistados. Também, durante todo o processo de sistematização e análise dos dados, todos os cuidados serão tomados para garantir a sua privacidade e anonimato. As entrevistas ocorrerão fora do horário de trabalho. Os entrevistados não terão custo financeiro para participar da entrevista, nem receberão nenhuma bonificação. Os dados coletados não serão comunicados às suas chefias nem influenciarão nas avaliações de desempenho ou promoções laborais.

Participando desta pesquisa, você estará contribuindo para o avanço da produção de conhecimento no tema das relações entre Religiosidade/Espiritualidade e saúde e suas implicações em práticas profissionais e na formação do profissional de saúde.

Agradecemos de antemão sua disponibilidade e esclarecemos que, como voluntário/a que colabora com esta pesquisa, você está livre para retirar o seu consentimento ao longo da mesma, caso deseje ou sinta necessidade de fazê-lo, sem nenhuma espécie de prejuízo.

EU, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, declaro que fui informado e devidamente esclarecido do projeto de pesquisa intitulado: “Percepções dos profissionais de saúde do SUS sobre Religiosidade/Espiritualidade no contexto hospitalar” coordenado pela profa. Dra. Luciana Fernandes Marques do Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde (Faculdade de Medicina da UFRGS). Declaro que, após ser esclarecido pelo pesquisador a respeito da pesquisa, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2015.

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( )

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante

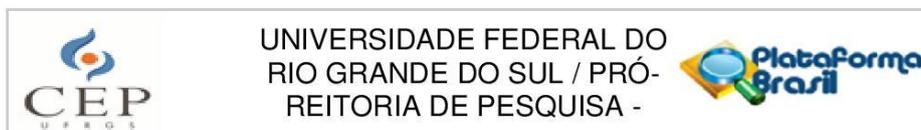
#### Declaração do pesquisador

Declaro, para fins da realização da pesquisa, que cumprirei todas as exigências acima, na qual obtive de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante acima, qualificado para a realização desta pesquisa.

CEP - UFRGS Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060 Fone: +55 51 3308 3738 etica@propesq.ufrgs.br	Prof <sup>a</sup> Dr <sup>a</sup> Luciana Fernandes Marques FACED - UFRGS, Av. Paulo Gama, s/n, Prédio 12201. CEP 90046-900 <a href="mailto:luciana.marques@ufrgs.br">luciana.marques@ufrgs.br</a> Fone: +55 51 3308 3267
--	--



## ANEXO B–PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/UFRGS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Percepções dos profissionais de saúde do SUS sobre Religiosidade/Espiritualidade no contexto hospitalar

**Pesquisador:** Luciana Fernandes Marques

**Área Temática:**

**Versão:** 5

**CAAE:** 51234815.0.1001.5347

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

**Patrocinador Principal:** Faculdade de Medicina da UFRGS

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.464.314

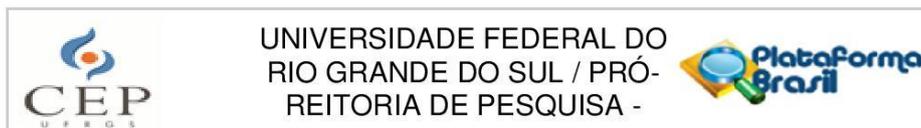
#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa exploratória segundo metodologia qualitativa coordenado pela Profa. Dra. Luciana Fernandes Marques, docente da Faculdade de Educação atuando no Programa de Pós- Graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da UFRGS. Projeta realização de entrevistas semiestruturadas com 30 profissionais de saúde que atuem diretamente com pacientes no HCPA (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e capelães) para indagar sobre questões de religiosidade e espiritualidade no atendimento hospitalar. As entrevistas serão gravadas, transcritas e analisadas quanto ao teor das manifestações dos entrevistados. Os participantes serão recrutados por conveniência com base em contatos no HCPA e indicações da rede social dos pesquisadores do hospital e dos próprios participantes.

#### Objetivo da Pesquisa:

No projeto de pesquisa, consta que o objetivo principal da pesquisa é "Investigar as percepções e demandas de profissionais de saúde vinculados ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre acerca da Religiosidade/Espiritualidade no contexto hospitalar e[,] a partir da análise dos dados, elaborar uma atividade de extensão totalmente à voltada para profissionais de saúde em contexto hospitalar do SUS" (p. 16).

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.464.314

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

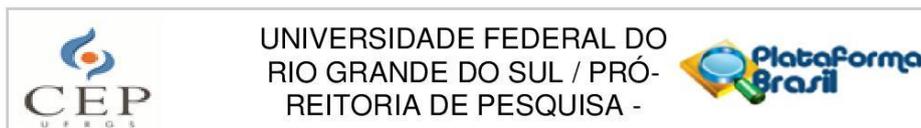
O projeto de pesquisa submetido para avaliação nesta (quinta) versão prevê, como benefícios imediatos aos participantes, um espaço de escuta em "que os entrevistados pensem sobre o tema, elaborem percepções e reflitam sobre a importância da R/E na sua prática profissional", e, como benefícios "remotos ... a oportunidade de participar de ações de extensão na temática e mais espaço entre os colegas para falar sobre o tema" (p. 19). O TCLE não alude diretamente a esses benefícios, mas trata de contribuição para o "avanço da produção de conhecimento no tema das relações entre Religiosidade/Espiritualidade e saúde e suas implicações em práticas profissionais e na formação do profissional de saúde."

Quanto aos riscos, esta (quinta) versão do projeto de pesquisa prevê, no que qualifica como "algo imponderável", que possa ocorrer "a coincidência do entrevistado estar passando por um momento difícil justamente no dia da entrevista e aproveitar o espaço de escuta para desabafar, ou ainda querer conhecer mais do tema e fazer perguntas", e afirma que "os entrevistadores são profissionais preparados para o acolhimento e encaminhamento para instituições e outros profissionais, já que ali será um espaço para pesquisa e sem fins terapêuticos". Esse mesmo texto agora consta também no formulário de informações básicas do projeto. O TCLE, contudo, alude indiretamente a outros possíveis riscos: "É importante esclarecer que este trabalho se constitui numa pesquisa científica não tendo nenhum objetivo de defender qualquer posicionamento religioso específico. ... As entrevistas ocorrerão fora do horário de trabalho. ... Os dados coletados não serão comunicados às suas chefias nem influenciarão nas avaliações de desempenho ou promoções laborais." Ou seja, conforme já apontado em pareceres anteriores, há possíveis riscos de constrangimentos, sobretudo quando se tem em conta os procedimentos de recrutamento dos participantes, que preveem indicação de colegas. Diante da recomendação de que isso recebesse tratamento na documentação do projeto, os pesquisadores reproduziram essas passagens do TCLE no projeto completo e no formulário de informações básicas.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de projeto de pesquisa exploratória sobre tema que, segundo informam os pesquisadores, é ainda pouco explorado. Assim, pode trazer contribuições relevantes para a

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.464.314

produção de conhecimento e sua aplicação nos cuidados de saúde conforme objetivos do MS.

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

A submissão apresenta folha de rosto, formulário de informações básicas do projeto, projeto de pesquisa completo, TCLE e captura de tela de parecer da Compesq/Medicina emitido em 31 de outubro de 2015. O projeto de pesquisa é em linhas gerais informativo quanto aos pressupostos, objetivos e procedimentos da pesquisa. Nesta (quinta) versão, o cronograma apresentado no formulário de informações básicas do projeto foi compatibilizado com o que consta no projeto completo, prevendo início das atividades de coleta de dados para maio de 2016. O TCLE apresentado contempla os aspectos exigidos quanto a esclarecimentos e garantias aos participantes. Na quarta versão, haviam sido acrescentados os dados completos para contato com o CEP/UFRGS e a pesquisadora responsável. Para esta quinta avaliação, foram novamente apresentados documentos de resposta ao parecer CEP anterior, bem como texto de convite aos participantes e carta de anuência do HCPA.

Diante de apontamento, feito reiteradamente nos pareceres anteriores, de que o recrutamento não seria aleatório se, como se afirma, "Os participantes serão localizados e contatados a partir de alguns contatos já existentes no HCPA como exalunos do Mestrado Profissional do PPGENSAU" e "a partir de indicações da rede social dos pesquisadores do hospital e também dos próprios participantes, à medida que a coleta de dados evoluir", os pesquisadores suprimiram a afirmação de que se trata de recrutamento aleatório.

**Recomendações:**

Recomenda-se atenção aos riscos aludidos no TCLE que não são amplamente discutidos na documentação.

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

As pendências foram resolvidas.

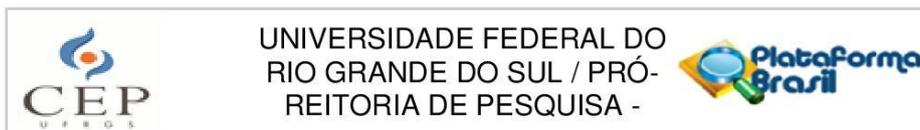
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_517362.pdf	18/03/2016 10:52:37		Aceito

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.464.314

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto rev parecer CEP 17 mar.pdf	18/03/2016 10:52:10	Tiago D'Oliveira Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_ESCLARECIDO.pdf	18/03/2016 10:51:55	Tiago D'Oliveira Silva	Aceito
Outros	RespAoParecerCEP17mar.pdf	18/03/2016 10:51:41	Tiago D'Oliveira Silva	Aceito
Outros	TermoAutorizacaoHCPA.jpg	08/03/2016 15:11:41	Tiago D'Oliveira Silva	Aceito
Outros	ConviteAosParticipantes.pdf	08/03/2016 15:10:22	Tiago D'Oliveira Silva	Aceito
Outros	Parecer_COMPESQ.pdf	24/11/2015 09:41:56	Tiago D'Oliveira Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	20/11/2015 11:07:41	Tiago D'Oliveira Silva	Aceito

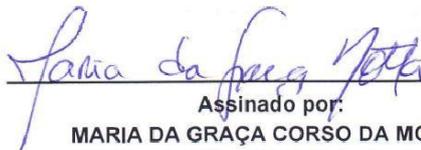
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 24 de Março de 2016

  
 Assinado por:  
**MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA**  
 (Coordenador)

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br