

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE EDUCAÇÃO E HUMANIDADES
MESTRADO EM TEOLOGIA**

LUCAS GUILHERME TETZLAFF DE GERONE

**UM OLHAR SOBRE A RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE
NA PRÁTICA DO CUIDADO ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE
E PASTORALISTAS**

CURITIBA

2015

LUCAS GUILHERME TETZLAFF DE GERONE

**UM OLHAR SOBRE A RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE
NA PRÁTICA DO CUIDADO ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE
E PASTORALISTAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teologia, Área de Concentração: Teologia e Sociedade, da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Teologia.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Mary Rute Gomes Esperandio

CURITIBA

2015

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

G377o
2015 Gerone, Lucas Guilherme Tetzlaff de
Um olhar sobre a religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado entre
profissionais da saúde e pastoralistas / Lucas Guilherme Tetzlaff de Gerone;
orientadora, Mary Rute Gomes Esperandio. -- 2015
127 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2015.
Bibliografia: f. 102-112

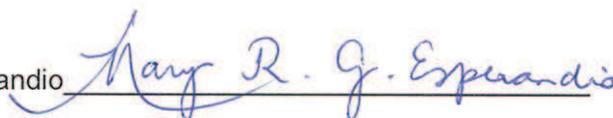
1. Experiência (Religião). 2. Religiosidade. 3. Teologia pastoral. 4. Obras da
Igreja junto aos doentes. 5. Profissionais da área médica. 6. Humanização dos
serviços de saúde. I. Esperandio, Mary Rute Gomes, 1960-.
II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação
em Teologia. III. Título.

CDD 20. ed. – 291.4

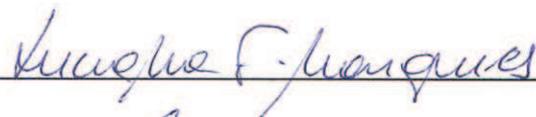
**ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE EXAME DE DISSERTAÇÃO Nº. 085
DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE
LUCAS GUILHERME TETZLAFF DE GERONE**

Aos dezenove dias, do mês de fevereiro de dois mil e quinze, às oito horas reuniu-se na Sala de Defesa – Segundo Andar da Escola de Educação e Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, a Banca Examinadora constituída pelos professores: Mary Rute Gomes Esperandio, Luciana Fernandes Marques, Paulo Sergio Macuchen Nogas e Márcio Luiz Fernandes, para examinar a Dissertação do candidato, Lucas Guilherme Tetzlaff de Gerone, ingressante no Programa de Pós-Graduação em Teologia – Mestrado, no primeiro semestre de dois mil e treze. Linha de Pesquisa: Teologia e Sociedade. O mestrando apresentou a dissertação intitulada: “UM OLHAR SOBRE A RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NA PRÁTICA DO CUIDADO ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E PASTORALISTAS”. O candidato fez uma exposição sumária da dissertação, em seguida procedeu-se à arguição pelos membros da banca e, após a defesa, o candidato foi aprovado pela Banca Examinadora. A sessão encerrou-se às 10 h 00 min. Para constar, lavrou-se presente ata, que vai assinada pelos membros da Banca Examinadora.

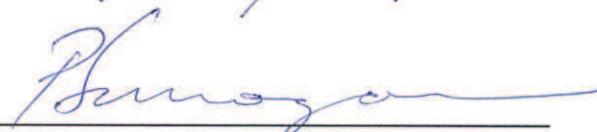
Prof^a.Dr^a. Mary Rute Gomes Esperandio
Presidente/Orientadora.



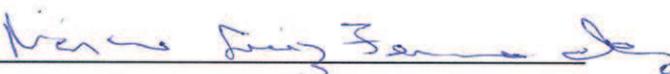
Prof^a.Dr^a Luciana Fernandes Marques
Convidada Externa



Prof. Dr. Paulo Sergio Macuchen Nogas
Convidado Interno



Prof. Dr. Márcio Luiz Fernandes
Convidado Interno



CIENTE



Prof. Dr. Agenor Brighenti

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Teologia- *Stricto Sensu*
PPGT - PUCPR



RESUMO

Durante toda a história da humanidade, os temas religiosidade/espiritualidade e saúde estiveram interligados, o que impactou a prática do cuidado entre os profissionais da saúde. Entretanto, são poucas as pesquisas que abordam o tema da espiritualidade no contexto da saúde na perspectiva da teologia. Assim, o presente estudo tem como objetivo investigar as experiências, crenças e atitudes dos profissionais da saúde e pastoralistas acerca dos temas religiosidade/espiritualidade nos cuidados em saúde. Para isto, utilizou-se como instrumento de pesquisa um questionário com 34 questões fechadas e 1 aberta. Foram sujeitos da pesquisa 106 profissionais da saúde do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba/Paraná: 2 psicólogos/as, 63 enfermeiros/as ou técnicos/as em enfermagem, 4 assistentes sociais, 3 fisioterapeutas, 3 fonoaudiólogos/as, 5 farmacêuticos/as, 2 nutricionistas clínicos, 3 capelães/pastoralistas, 5 médicos e 16 profissionais da área administrativa. Os resultados apontam que a maioria dos profissionais da saúde é cristã e, por isso, realiza frequentemente práticas religiosas ou espirituais e acredita que a religiosidade/espiritualidade pode ser um recurso para enfrentar as adversidades da vida, sobretudo em contextos de saúde-doença. Sobre a integração da religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado em saúde, os profissionais acreditam ser importante abordar o tema da espiritualidade junto aos pacientes e concordam que é necessário ter conhecimento sobre como fazê-lo. Contudo, a despeito de acreditarem que a espiritualidade impacta o próprio tratamento, a maioria dos profissionais é da opinião de que a abordagem desse tema deve ser de responsabilidade do capelão/pastoralista ou de um líder religioso. Poucos são os profissionais que integram a dimensão espiritual na prática do cuidado ao paciente. A teologia pode contribuir com o debate sobre a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde e prover novos estudos nessa área, tais como *coping* religioso espiritual, conflitos espirituais e práticas de cuidado. Ao investigar questões relativas à espiritualidade do paciente em contextos de saúde, a teologia pode contribuir com reflexões que ajudem na promoção de um cuidado mais integral e humanizado.

Palavras-chave: Cuidado. Religiosidade. Espiritualidade. Saúde. Profissional de saúde. Pastoralista.

ABSTRACT

Throughout human history religiosity/spirituality and health have always been linked, so influenced, the practice of care among health professionals. However there are few researches on the theme of spirituality in the context of health from the perspective of theology. Thus, this study aims to investigate the experiences, beliefs and attitudes of health professionals and pastoralists, about spirituality / religiosity in health care. For this, we used as a research tool a questionnaire with 34 closed questions and one half open. Research subjects were 106 health professionals of the Evangelical Hospital in Curitiba / Paraná. 2 psychologists / as, 63 nurses / or the technical / as in nursing, 4 social workers, 3 physical therapists, 3 speech / as, 5 Pharmaceutical / as, 2 clinical dietitians 3 chaplains / pastoralists, 5 medical, and 16 administrative workers. The results show that the majority of health professionals are Christians, so often held religious or spiritual practices and believe that spirituality / religiosity can be a resource to face the adversities of life, especially in the context of health and disease. On the integration of spirituality / religiosity in the practice of health care, professionals believe to be important to address the topic of spirituality with patients and agree that it is necessary to have knowledge about how to do it. However, despite believing that spirituality impacts the treatment itself, most professionals are of the opinion that the approach to this issue should be the responsibility of the chaplain / pastoralist or a religious leader. There are few professionals who integrate the spiritual dimension in the practice of patient care. Theology can contribute to the debate on the relationship between spirituality / religiosity and health and provide new studies in this area, such as spiritual religious *coping*, spiritual conflicts and care practices. To investigate issues relating to spirituality in the context of the patient's health, theology can contribute to reflections that help to promote a more comprehensive and humane care.

Key words: Care. Religiosity. Spirituality. Health. Healthcare professional. Pastoralist.

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

TABELA 1 – Estudos acadêmicos	27
TABELA 2 – Áreas do conhecimento	28
TABELA 3 – Instituições de ensino	29
TABELA 4 – Afiliação religiosa dos profissionais da saúde	44
GRÁFICO 1 – A prática religiosa dos profissionais da saúde	45
GRÁFICO 2 – A questão religiosa/espiritual no tratamento	48
GRÁFICO 3 – A abordagem da religiosidade/espiritualidade no tratamento	49
GRÁFICO 4 – As questões religiosas e os pacientes	49
GRÁFICO 5 – A formação sobre religiosidade/espiritualidade	50
FATOR 1 – O impacto positivo da religiosidade/espiritualidade para o tratamento dos pacientes	66
FATOR 2 – A abordagem da religiosidade/espiritualidade no cuidado aos pacientes na formação dos profissionais da saúde	68
FATOR 3 – O atendimento espiritual e religioso por meio do pastoralista/capelão	69
FATOR 4 – A religiosidade/espiritualidade na vida dos profissionais da saúde	71

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. PANORAMA TEOLÓGICO SOBRE RELIGIOSIDADE/ ESPIRITUALIDADE E OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	14
1.1 DEFINIÇÕES DAS TERMINOLOGIAS: RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE.....	14
1.2 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE E O CAMPO DA SAÚDE	16
1.3 A REFLEXÃO TEOLÓGICA SOBRE A SAÚDE.....	20
1.4 PROFISSIONAIS DA SAÚDE, RELIGIOSIDADE/ ESPIRITUALIDADE E A TRADIÇÃO CRISTÃ.....	23
1.5 REVISÃO DE LITERATURA SOBRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E A RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE.....	25
1.5.1 Método utilizado no levantamento dos estudos.....	25
1.5.2 Resultados.....	27
1.5.3 Estudos sobre religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado entre profissionais da saúde.....	30
1.5.3.1 A oncologia e a religiosidade/espiritualidade.....	30
1.5.3.2 A religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado prestado por profissionais da saúde e pastoralistas/capelães.....	31
1.5.3.3 A religiosidade/espiritualidade no contexto hospitalar e na vida pessoal dos profissionais da saúde.....	32
1.5.3.4 A integração da religiosidade/espiritualidade na formação acadêmica e no trabalho dos profissionais da saúde.....	34
1.5.3.5 Considerações.....	37
2. RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NA PRÁTICA DO CUIDADO ENTRE OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA/PR	39
2.1 METODOLOGIA DE PESQUISA.....	39
2.2 RESULTADOS E DISCUSSÕES DA PESQUISA.....	43
2.2.1 Dados sociobiodemográficos dos profissionais da saúde.....	43
2.2.2 As práticas religiosas, as noções de religiosidade e espiritualidade e do <i>coping</i> religioso/espiritual para os profissionais da saúde.....	44

2.2.3 A relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde e a sua integração no cuidado aos pacientes.....	47
2.2.4 Experiências de integração da religiosidade/espiritualidade na prática de cuidados em saúde.....	51
2.2.4.1 Profissionais da saúde que dizem não ter qualquer experiência sobre a espiritualidade no cuidado dos pacientes ou optaram por não responder.....	52
2.2.4.2 Profissionais da saúde que acreditam haver uma relação entre religiosidade/espiritualidade e a saúde dos pacientes, mas não há certeza se deve haver integração destas na prática do cuidado.....	53
2.2.4.3 A prática do cuidado espiritual/religioso com base nas crenças e experiência religiosa dos profissionais da saúde.....	54
2.2.4.4 Profissionais da saúde que praticam a integração da religiosidade/espiritualidade no cuidado aos pacientes por meio da estimulação da religiosidade/espiritualidade dos pacientes.....	55
2.2.4.5 A prática do cuidado espiritual/religioso aos pacientes por meio de um capelão/pastoralista.....	57
2.2.4.6 Percepções dos profissionais da saúde acerca do impacto negativo da religiosidade/espiritualidade na saúde dos pacientes.....	59
2.2.4.7 Percepções dos profissionais da saúde acerca do impacto positivo da religiosidade/espiritualidade para a saúde dos pacientes.....	60
2.2.4.8 CRE na vida pessoal dos profissionais da saúde.....	62
2.3 SOBRE O INSTRUMENTO UTILIZADO NA COLETA DOS DADOS: UMA ANÁLISE.....	64
2.3.1 Resultados da análise fatorial.....	65
2.3.2 Discussões.....	66
3. A CONTRIBUIÇÃO DA TEOLOGIA PARA O CUIDADO EM SAÚDE.....	73
3.1 A METODOLOGIA EM UM ESTUDO TEOLÓGICO SOBRE A SAÚDE.....	74

3.2 A RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE DOS PACIENTES E PRÁTICA DO CUIDADO EM SAÚDE ENTRE OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	75
3.3 AS CRENÇAS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE ACERCA DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO AOS PACIENTES.....	78
3.4 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	80
3.5 UMA REFLEXÃO BÍBLICA SOBRE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO CUIDADO.....	84
3.5.1 A noção de saúde na prática de cuidado no Antigo Testamento.....	84
3.5.2 A noção de saúde na prática do cuidado no Novo Testamento.....	85
3.6 O CUIDADO EM CRISTO COMO UM MODELO PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	86
3.7 A IGREJA, OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E CUIDADO.....	89
3.8 AS PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE ACERCA DO CAPELÃO/PASTORALISTA NO CONTEXTO DE CUIDADO.....	91
3.9 O CAPELÃO/PASTORALISTA, UM CUIDADOR DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DIANTE DE SUAS EXPERIÊNCIAS COM A MORTE E O SOFRIMENTO.....	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
REFERÊNCIAS.....	102
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO - ESPIRITUALIDADE E SAÚDE.....	113
ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO COM RESULTADOS.....	120

INTRODUÇÃO

Durante toda a história da humanidade, os temas religiosidade/espiritualidade e saúde estiveram interligados, influenciando diretamente o trabalho dos profissionais da saúde. Por isso, vários campos da ciência pesquisam as relações existentes entre esses temas. Dentro desse contexto, este estudo busca compor uma reflexão teológica sobre a religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado entre os profissionais da saúde e pastoralistas.

O presente estudo está inserido na linha de pesquisa “Teologia e Sociedade”, do Programa de Pós-Graduação em Teologia, e faz parte de um projeto de pesquisa mais amplo, sobre *Subjetividade Contemporânea, Religiosidade e Saúde Mental*, liderado pela professora Mary Esperandio. Entre os temas pesquisados no referido projeto está “Espiritualidade e Saúde – Crenças, Atitudes, Experiências e Expertise dos Profissionais da Saúde e Pastoralistas”, sendo que o presente estudo contribui com tal projeto, trazendo os dados levantados no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

Dentro da linha de pesquisa “Teologia e Sociedade” existem importantes justificativas para desenvolver estudos em torno da religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado em saúde entre os profissionais da saúde e pastoralistas. A primeira está no fato de, na perspectiva bíblico-cristã, a saúde comungar com a existência e salvação integral do sujeito. Por exemplo, pode-se perceber na prática do cuidado de Cristo aos enfermos um olhar para a existência integral da pessoa, ou seja, biológica, física, psicológica, social e espiritual. A segunda justificativa está no fato de ser possível encontrar, durante a história, uma relação de proximidade entre a religião e a prática de cuidado entre os profissionais da saúde — por exemplo, na Idade Média (uma época expoente da influência da Igreja), em que era comum os profissionais da saúde praticarem o cuidado médico e o religioso, como a prática de orações no tratamento dos enfermos. Todavia, devido ao avanço científico e tecnológico, houve um afastamento entre as questões religiosas e a saúde (HEIMANN, 2003, p. 37).

Portanto, estudar na teologia a questão da religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado entre os profissionais da saúde é um ato de valorização e resgate histórico-teológico. Contudo, atualmente, pouco se estuda sobre tal questão sob a ótica da teologia. De acordo com Esperandio (2014, p. 811), “a teologia não tem um

histórico de pesquisa na interface saúde e espiritualidade”. Neste sentido, surge uma advocação para a teologia nas pesquisas de religiosidade/espiritualidade e saúde, especificamente nas questões da prática do cuidado em saúde entre os profissionais da saúde, um campo de estudo quase nada explorado na academia.

A terceira justificativa está no fato de que há reflexões especiais da teologia que podem contribuir para a prática do cuidado integral em saúde. Para o teólogo Álvarez (2013, p. 98), a saúde é uma “realidade poliédrica e pluridimensional, não reduzível a um único olhar”. Um único olhar, como muitas vezes acontece na ciência médica, pode “biologizar” a saúde do sujeito, e mesmo que isto de um lado proporcione um conhecimento da causa doença, do outro, pode objetivar e subestimar a realidade corporal e humana (ÁLVEREZ, 2013, p. 99).

É na busca da valorização pluridimensional existencial do sujeito que a teologia pode contribuir para a prática do cuidado entre os profissionais da saúde, apontando a religiosidade/espiritualidade como parte do cuidado integral em saúde. É o espírito que diferencia a humanidade dos demais seres vivos e integra a capacidade de ser livre e resistir às adversidades da vida (ARAÚJO, 2011, p. 13). Ou seja, no contexto de saúde, a espiritualidade (qualidade daquilo que é espiritual) em meio ao sofrimento, à doença, possibilita construir uma condição de resiliência para os pacientes, seus familiares e a equipe de saúde (TAVARES, 2013, p. 43).

Diante do acima exposto, este estudo tem com objetivo pesquisar a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde, colocando foco nas questões pertinentes à prática do cuidado entre 106 profissionais da saúde do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba/PR (HUEC). Especificamente, busca-se:

- a) Verificar as percepções, experiências, crenças e atitudes dos profissionais da saúde e pastoralistas acerca da religiosidade/espiritualidade no cuidado aos pacientes e na vida pessoal e profissional;
- b) Identificar dificuldades e possibilidades de integração (ou não) da religiosidade/espiritualidade no cuidado aos pacientes;
- c) Verificar a *expertise* e as habilidades dos profissionais da saúde em lidar com as questões religiosas e espirituais dos pacientes.

Buscou-se estruturar este estudo da seguinte forma: no capítulo “Panorama teológico sobre religiosidade/espiritualidade e os profissionais da saúde” são abordadas as noções de religiosidade, espiritualidade e da saúde dentro de uma perspectiva teológica; a relação entre a religiosidade/espiritualidade e saúde dentro do

campo da saúde; uma reflexão teológica cristã sobre a saúde; uma reflexão teológica histórica sobre a tradição cristã e os profissionais da saúde; e uma revisão de literatura acerca da religiosidade/espiritualidade no contexto de saúde com foco na prática do cuidado entre os profissionais da saúde e pastoralistas.

No capítulo 2 é apresentada a pesquisa sobre a religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado entre os 106 profissionais da saúde do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba/PR. Portanto, são abordadas a metodologia do estudo, o instrumento de análise, o local e o período escolhidos e a amostra da população selecionada, assim como a apresentação e a análise dos dados levantados. Ainda no capítulo 2, apresentam-se os resultados e as discussões da pesquisa, como os dados sociobiodemográficos dos respondentes; as práticas religiosas, as noções de religiosidade e espiritualidade e do *coping*¹ religioso/espiritual para os profissionais da saúde; a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde e a sua integração no cuidado aos pacientes; as experiências dos profissionais da saúde na integração da religiosidade/espiritualidade na prática de cuidados em saúde; e os resultados e as discussões sobre uma análise estatística, que trouxe uma inovação na exploração da temática deste estudo, tanto na descoberta de dados como na condução de testes dos apontados quantitativos.

Depois, o capítulo 3 apresenta uma reflexão acerca de algumas questões importantes sobre a contribuição da teologia para o cuidado em saúde, fundamentadas nos capítulos anteriores. Por isso, retomam-se algumas discussões dentro de um contexto teológico da saúde, tais como: a metodologia em um estudo teológico sobre a saúde; a religiosidade/espiritualidade dos pacientes e a prática do cuidado em saúde entre os profissionais da saúde; as crenças dos profissionais da saúde acerca da religiosidade/espiritualidade no cuidado aos pacientes; religiosidade/espiritualidade na formação dos profissionais; uma reflexão bíblica sobre saúde na perspectiva do cuidado; o cuidado em Cristo como um modelo para os profissionais da saúde; a Igreja, os profissionais da saúde e o cuidado; as percepções dos profissionais da saúde acerca do capelão/pastoralista no contexto de cuidado; o capelão/pastoralista, um cuidador dos profissionais da saúde diante de suas experiências com a morte e o sofrimento.

¹ O *coping* é uma palavra derivada do inglês que não possui tradução literal em português, podendo significar “lidar com”, “manejar”, “enfrentar” ou “adaptar-se a” (PANZINI, 2004, p. 20).

Nas considerações finais, ressaltam-se os principais resultados e discussões deste estudo sobre a contribuição da teologia no contexto de cuidado em saúde, como a religiosidade/espiritualidade na vida dos profissionais de saúde, na prática de cuidado hospitalar, na formação acadêmica.

1. PANORAMA TEOLÓGICO SOBRE RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE E OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Este primeiro capítulo visa contextualizar o presente estudo. Para isto, torna-se necessário definir as noções terminológicas de religiosidade, espiritualidade e saúde e descrever as relações existentes entre elas. Também se fará a contextualização do estudo dentro do campo da teologia, construindo uma reflexão sobre a saúde e a relação entre a tradição cristã e os profissionais da saúde. Por fim, por meio de uma revisão de literatura, será apontado o que vem sendo feito academicamente no campo de estudos de religiosidade/espiritualidade e a prática de cuidado entre os profissionais da saúde.

1.1 DEFINIÇÕES DAS TERMINOLOGIAS: RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

A definição de uma terminologia científica especificando a noção que se adotará é mais que um ponto de partida; é algo essencial para a sustentabilidade e a verificação de qualquer teoria. Dentro desse quadro, busca-se aqui vislumbrar os termos centrais da pesquisa, a saber: religiosidade, espiritualidade e saúde.

Percebe-se, no meio eclesial, na teologia, no campo da saúde e/ou no discurso dos próprios profissionais da saúde uma interrogação na definição de religiosidade e espiritualidade. Apesar de existir distinções nas noções supracitadas, não há um padrão de definição. Quem decide pesquisar sobre religiosidade/espiritualidade e saúde apodera-se de uma noção pessoal característica, muitas vezes relacionada com suas crenças religiosas ou áreas de conhecimento.

Por isso, não se pretende emitir aqui uma noção completa e final, mas busca-se construir um panorama dos termos dentro de uma percepção teológica e da área saúde.

No meio acadêmico, existe uma associação comum entre religiosidade e espiritualidade. Para o médico norte-americano Harold G. Koenig (2012, p. 12), autoridade mundial no conhecimento de religiosidade e saúde, a maior parte dos estudos sobre estes temas utiliza “o termo espiritualidade no título ou na discussão dos resultados”. Por isso, neste estudo, religiosidade e espiritualidade aparecem unidas, se-

paradas apenas por uma barra (/). Todavia, mesmo existindo esta associação, não se pode considerar religiosidade e espiritualidade como sinônimos.

De um lado, a religiosidade é uma qualidade daquilo que faz parte da religião, aqui entendida a partir de sua etimologia latina, *religare*, que significa “religação” entre o homem e Deus (DERRIDA, 2000, p. 52). De acordo com Koenig (2012, p.11), religião é um sistema de crenças e práticas observado por um grupo de pessoas que se apoiam em rituais ou em um conjunto de escrituras e ensinamentos “que reconhecem, idolatram, comunicam-se com ou se aproximam do Sagrado, do Divino, de Deus”.

Por outro lado, a espiritualidade é uma qualidade da natureza do espírito, um fator pertinente a todo ser humano. Conforme afirma Waldir Souza (2013, p. 97), é “uma condição humana da qual não se escapa”. Ou seja, a espiritualidade é uma dimensão existencial dinâmica, cultivada no espírito, que impulsiona o ser humano consciente em seus conhecimentos e escolhas vitais, e que pode (ou não) estar relacionada à religião (SOUZA, 2013, p. 97). Portanto, espiritualidade se constitui um domínio fora do sistema religioso, e pode estar presente em qualquer experiência humana — como, por exemplo, em seus valores, ética, moral, no amor, na compaixão, na arte, ligado a conexão, paz interior, energia, esperança, alegria, força, suporte, amizade, solidariedade, humanismo, conforto — e, notoriamente, no sentido e no propósito da vida.

Para Puchalski (2006, pp. 14-15), médica e uma das pioneiras no movimento para integrar a espiritualidade nos cuidados de saúde, espiritualidade é a:

busca inerente de cada pessoa do significado e do propósito definitivo da vida. Esse significado pode ser encontrado na religião, mas, muitas vezes pode ser mais amplo do que isso, incluindo a relação com uma figura divina ou com a transcendência, relações com os outros, bem como a espiritualidade encontrada na natureza, na arte e no pensamento racional. Todos esses fatores podem influenciar o modo como os pacientes e os profissionais da saúde percebem a saúde e a doença e como interagem uns com os outros.

Os fatores que permeiam a noção de espiritualidade, como sentido e propósito de vida, paz interior, compaixão, suporte social, esperança, dentre outros, influenciam as percepções sobre a noção de saúde dos pacientes e dos profissionais da saúde, porque estes fatores de espiritualidade se tornam um indicador positivo para a saúde. Neste contexto, espiritualidade é um dos indicadores da noção de saúde.

Etimologicamente, “saúde” tem a sua origem no latim *salutis*, ou *salus*, que significa salvar, curar, livrar e conservar a vida (LUZ, 2009). O significado de saúde designa, portanto, uma afirmação positiva da vida que pode contemplar a espiritualidade em seu horizonte.

Para o Grupo de Avaliação da Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL GROUP, OMS, 1994), a saúde está relacionada à qualidade de vida, o que pode ser a intuição do ser humano sobre a sua condição de vida, de acordo com o contexto cultural. Ainda, é a estrutura de princípios com os quais o ser humano relaciona seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Portanto, a qualidade de vida diz respeito a diversas noções de saúde: (a) biológicas e funcionais, como *status* de saúde, *status* funcional e incapacidade; e (b) sociais e psicológicas, como bem-estar, satisfação, felicidade e origem econômica (PANZINI et al, 2007, p.106).

A noção de saúde mais utilizada no meio acadêmico é da própria OMS, sendo uma situação de completo bem-estar físico, mental e social. Para Sciar, esta noção busca expressar “uma vida plena” (2007, p. 37). Por isso, Luz (2009) afirma que se acrescentou a dimensão espiritual à noção de saúde, visto que a religiosidade/espiritualidade influencia toda a vida — os valores, os comportamentos, a política, a economia, a cultura, a educação —, os quais se refletem diretamente na noção de saúde.

1.2 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE E O CAMPO DA SAÚDE

Existem grupos religiosos que se propõem a buscar a saúde como uma de suas finalidades religiosas. São religiões que prescrevem e proscvem doutrinas ou ensinamentos sobre um comportamento saudável (LEVIN, 2003, p. 13). Em um estudo, Levin (2003, pp. 112-113) aponta 32 grupos religiosos e tradições de fé no mundo que possuem crenças específicas aos eventos relativos à saúde, como por exemplo: ao sangue e aos produtos do sangue, à eutanásia, à cura, a práticas de cura, a medicamentos, à doação de órgãos, a questões sobre o direito de morrer, a procedimentos cirúrgicos e ao recebimento de visitas.

O processo de as religiões prescreverem e proscverem o que é saudável ou não impacta significativamente a saúde dos seus fiéis. Por um lado, existem algumas religiões com condutas fundamentalistas em relação à saúde dos seus fiéis, as

quais fogem da visão médica tradicional, como, por exemplo, a proibição de determinados medicamentos e tratamentos. Por outro lado, a maior parte das tradições religiosas possui uma relação positiva com as suas crenças religiosas e a saúde, e recomendam fazer exercícios, manter a forma física, meditar, dormir o suficiente, tomar vacinas, ter disposição para passar por um exame médico, empreender uma peregrinação por razões de saúde, dizer a verdade a respeito de como se sente, ter esperanças de recuperação, combater o estresse, submeter-se a exercícios físicos e aconselhamentos e ser capaz de lidar com desenvoltura com uma deficiência física (LEVIN, 2003, p. 49).

Nos últimos anos, as pesquisas no campo da saúde têm constatado que a religião é um fator psicológico e social poderoso, que influencia grandemente a saúde das pessoas (KOENIG, 2012, p. 38). Para Koenig (idem, pp 38-48), participar de um grupo religioso muitas vezes pode contribuir para a melhora da função imunológica, das funções endócrinas, bem como para a produção de citosinas, o combate aos distúrbios metabólicos, a luta contra a doença neurológica, cardiovascular, arterial coronariana, ou a insuficiência cardíaca congestiva, a hipertensão, o acidente vascular cerebral, a infecção, ajudando na cicatrização de feridas, no combate ao câncer e na maneira de lidar com as deficiências. Também é um fator positivo diante do índice de depressão, do controle da ansiedade, da busca pelo bem-estar, de emoções positivas, do estado de espírito elevado, do otimismo, da esperança, da longevidade, da melhoria da expectativa de vida, da qualidade de vida, dentre outros.

Portanto, de fato a religião ocupa um importante papel na saúde e, por isso, para Moreira-Almeida (2010, p. 18), “religiosidade e espiritualidade têm sido objeto de um crescente interesse entre clínicos e pesquisadores na área de saúde” — por exemplo, a epidemiologia, uma área que estuda a frequência e a distribuição de doenças na coletividade humana, ou os problemas de saúde em grupos numerosos de pessoas e, às vezes, em grupos pequenos (ROSSETTO, 2011, p. 7). Considerando que as religiões se constituem grupos de pessoas com algo em comum sobre Deus, estudos feitos por epidemiólogos apontam uma relação entre a saúde e as crenças e práticas espirituais, incluindo a prece, o comparecimento a serviços religiosos, a meditação, a fé em Deus e outras. Para Levin, também o vínculo social dentro de um grupo religioso influencia o comportamento humano, o qual, por sua vez, influencia a saúde (2003, pp. 23-24).

No campo da psicologia, existem algumas abordagens sobre religiosidade/espiritualidade e saúde, dentre as quais:

a) A logoterapia — criada pelo psiquiatra vienense Viktor Frankl, trata-se de um sistema teórico-prático que procura dar um sentido à vida e à existência do ser humano.

Em virtude da autotranscendência da existência humana, o homem é um ser em busca de sentido. Ele é dominado pela vontade de sentido. Hoje, contudo, a vontade de sentido está frustrada. Cada vez mais os pacientes voltam a nós psiquiatras queixando-se de sentimentos de falta de sentido e de vazio, de uma sensação de futilidade e de absurdo. São vítimas da neurose de massa hoje (FRANKL, 1989, p. 82).

A falta de sentido está também no esquecimento da autotranscendência, o que pode ocasionar neuroses e sofrimentos no paciente, cabendo aos profissionais psicoterapeutas e/ou psiquiatras ajudá-lo a encontrar sua cura por intermédio de uma harmonia entre as dimensões somática (dos fenômenos corporais e da fisiologia), psicológica (dos instintos, condicionamentos e cognições) e noética (do grego *nous*, que significa espírito) (CORREA, 2012, p. 428).

b) A psicologia da religião — é uma parte da psicologia que busca estudar o comportamento humano e sua relação com o transcendente, as crenças, os valores, as motivações, a felicidade, a vida espiritual, a sede e a fome de Deus, o desejo e o sentido do além (FERREIRA, 2002, p. 240). Sua visão é contrária à de Sigmund Freud. Em *Futuro de uma Ilusão*, Freud descreve que a religião causava sintomas neuróticos e sintomas psicóticos, não sendo, portanto, saudável. Para Barros (2000, p. 7), “a psicologia da religião pode ajudar a purificar muitas imagens ou concepções falsas ou deturpadas de Deus”. Ou seja, trazer uma compreensão saudável sobre o comportamento humano com relação a Deus. Para Gomes (2009, p. 2), dentro de uma visão junguiana, inúmeras neuroses estão principalmente ligadas ao fato de as necessidades religiosas da alma não serem mais levadas a sério pela psicologia.

c) A neuroteologia — também conhecida como neurociência espiritual, é uma área da saúde que busca investigar a influência da fé (crenças, religião) no cérebro humano, ou a “participação do sistema límbico nos fenômenos espirituais” (ALEJANDRO, 2015). O sistema límbico é a unidade responsável pelas emoções e pelos comportamentos, como atribuir valor sentimental às experiências emocionais: “um exemplo pode ser a sensação agradável que existe quando alguém termina uma oração ou canta para louvar” (ALEJANDRO, 2015). Para Raul Marino, médico neu-

rociurugião, as orações, os louvores e as meditações são pertinentes à área cerebral e podem ser um recurso para o paciente acelerar o seu processo de cura ou se adaptar ao tratamento (ALEJANDRO, 2015).

Atualmente, existem estudos em diversos campos da saúde, com mais constância em psicologia e neurociência espiritual, que buscam entender como as práticas religiosas e espirituais, como as orações, os louvores e as meditações, podem ser um recurso para a cura ou o enfrentamento de situações de sofrimento, estresse e problemas da vida que interferem na saúde física e mental. Este processo de recurso e enfrentamento através das práticas religiosas e espirituais se chama *coping* religioso/espiritual (PANZINI, 2004, pp. 20-25). O *coping* religioso espiritual pode ser tanto positivo quanto negativo. Como exemplos de *coping* religioso espiritual negativo, temos: sentir-se abandonado, descontente com Deus ou a religião, atribuir a causa do sofrimento e do problema ao pecado ou a ato demoníaco. O *coping* positivo relaciona-se a esforços em buscar sentido e propósito de vida em meio às adversidades, ainda que diante de distintas ocasiões de sofrimento, estresse etc. (PANZINI, 2004, pp. 24- 33).

Para Waldir Souza (2013, p. 105), em uma situação como o sofrimento, a vulnerabilidade humana se torna mais aguda, evocando significados desde força e fraqueza, medo e coragem, despertando emoções positivas e negativas na pessoa. Dentro deste contexto, a religiosidade/espiritualidade pode ajudar a responder a questões centrais sobre o sofrimento, como, por exemplo, de onde provém e para que serve, ou “para onde vou depois da morte” (ZUBEN, 1993).

São estas questões que unem religiosidade/espiritualidade e o campo da saúde, pois ambas procuram respondê-las (SOUZA, 2013, p. 103). De fato, o saber médico explica o como das moléstias, já seções religiosas procuram responder o porquê (MONTERO, 1985, p. 11).

Diante do acima exposto, a teologia se torna fundamental como uma intermediadora entre a religiosidade/espiritualidade e o campo da saúde. A teologia é uma ciência da fé naquilo que nutre as experiências religiosas e espirituais e, por isso, tem como primazia ser uma ciência de contraste com a medicina e/ou campo da saúde, a fim de reconhecer aspectos da doença e da realidade que passariam despercebidos (HAMMES, 2006, pp. 549-553). Enquanto a resposta sobre a indagação de como foi possível determinada doença se relaciona ao diagnóstico médico, a per-

gunta sobre o “porquê” é buscada na esfera da religiosidade/espiritualidade, como um sentido de vida diante de uma enfermidade.

1.3 A REFLEXÃO TEOLÓGICA SOBRE A SAÚDE

A reflexão teológica sobre a saúde em uma perspectiva cristã se inicia no plano de salvação, em que, “no modelo cristológico a saúde está inseparavelmente unida ao projeto de vida” (ÁLVAREZ, 2013, p. 215). Para Jesus Cristo, saúde não é somente a cura das enfermidades somáticas, mas uma vida de abundância (João 10:10). Portanto, na teologia cristã, saúde representa toda a existência da pessoa, “física, psíquica, mental, relacional, comunitária, ambiental, moral e espiritual” (ÁLVAREZ, 2013, p. 216).

No início da era cristã, o cristianismo é fecundado nesta concepção, tornando-se “uma religião medicinal”, com uma mensagem de *salus* para a humanidade. Por exemplo, encontra-se na tradição patrística, em Inácio de Antioquia, um Cristo médico “corporal e espiritual”, enviado para evangelizar os pobres e para curar os contritos de coração (Lucas 4:18) (ÁLVAREZ, 2013, p. 23).

A ideologia do início da era cristã estende-se no decorrer da história, e até a alta Idade Média, há uma forte crença no poder milagroso do evangelho para curar as doenças (idem, p. 23). A partir do século 16, com os avanços científicos e o Iluminismo, os quais influenciaram negativamente a reflexão teológica sobre a saúde, houve mudanças nessa perspectiva. Teólogos importantes, como Rudolf Karl Bultmann (1884—1976), afastaram a teologia da saúde. Bultmann dizia que “Já não é possível [...], em caso de doença, fazer uso da medicina moderna ou dos atuais instrumentos clínicos e, ao mesmo tempo, continuar crendo no mundo dos espíritos e dos milagres do Novo Testamento” (GESTEIRA, 1991, p. 254). Com isso, os milagres de cura começaram a suscitar inquietação, requerendo uma mentalidade científica para explicá-los.

Outro fator negativo que afastou a teologia da saúde está na valorização do sofrimento e da enfermidade. De acordo com Haring (1981 *apud* ÁLVAREZ, 2013, p. 27), alguns teólogos acreditavam que Deus salvava apenas pela experiência do sofrimento e da enfermidade, pois “um corpo sadio não é com frequência um lugar habitado por Deus”. Um dos motivos disto está no fato de que a teologia não percebia a saúde como uma experiência humana, algo incorporado à consciência, elaborado,

valorizado e estimulado, mas apenas como um estado de ausência de enfermidade ou doença (idem, p. 28).

Um progresso teológico significativo acerca da saúde se passa na década de 1960, em que o Conselho Mundial das Igrejas, uma iniciativa ecumênica, evidencia um desejo de a comunidade cristã pensar na saúde dos indivíduos e da sociedade (idem, p. 29). Neste caso, de fato houve uma reflexão teológica genuína sobre a saúde:

[...] especialistas europeus da pastoral no mundo da saúde se perguntavam de que modo fundamentar bíblica e teologicamente sua ação. Já não basta a teologia do sofrimento, da doença e da morte, dizia-se: é necessário acrescentar a “da saúde”. Em diversas igrejas (e este é um dado significativo), deixara-se de falar de “pastoral do enfermos” e passara-se a falar de *Pastorale de La Santé, Pastorale Sanitaria, Pastoral Health Care* (ÁLVA-REZ, 2013, p. 30).

Outro progresso teológico sobre a saúde se deve ao teólogo Karl Barth, do século 20. Barth resgata a visão de que a saúde está ligada ao projeto de vida e de salvação do ser humano. De acordo com Roccheta (1993, pp. 14-15), na teologia de Barth, toda concepção de salvação no Antigo e no Novo Testamento relaciona-se com a saúde, desde a criação, o alimento, o trabalho, o descanso, a doença, a morte e a promessa de salvação esperada por Israel e realizada em Cristo.

Na contemporaneidade surgiram outras importantes reflexões teológicas sobre a saúde. Existem diversas disciplinas e ênfases teológicas inseridas na saúde:

- a. A teobiologia. É a relação entre a teologia e a biologia. Visto que os seres humanos são organismos incorporados, os instrumentos da psicologia, da biologia e da psicofisiologia podem ser utilizados para elucidar as relações entre teologia, corpo humano e experiência religiosa (PANZINI, 2004, p. 34).
- b. A teologia do corpo. Ganha expressividade no pontificado do papa João Paulo II, como título de trabalho para suas primeiras catequeses, ministradas entre 1979 e 1984 durante as Audiências Gerais. Nelas, o papa abordou assuntos referentes à vida cristã, entre eles a saúde, a relação do homem e da mulher no significado sponsal do corpo humano, a natureza e a missão da família, o matrimônio, o celibato, a luta espiritual do coração do homem e a linguagem profética do corpo humano.
- c. Dentro da reflexão teológica sobre a mensagem cristã em ação e a missão da Igreja na sociedade, surge a teologia prática, que busca praticar os ensina-

mentos teológicos através de ações pastorais destinadas as pessoas em diferentes situações, como: imigrantes, carcerários, crianças, juventude, idosos e enfermos. Nesta última, situa-se a ação da pastoral da saúde. Conforme o Documento de Aparecida, a pastoral da saúde busca dar “resposta às grandes interrogações da vida, tais como o sofrimento e a morte, à luz da morte e da ressurreição do Senhor”. Sua finalidade é “promover, cuidar, defender e celebrar a vida, tornando presente na história o dom libertador e salvífico de Jesus, que veio trazer-nos vida e vida em abundância” (DURÃES E SOUZA, 2011, p. 11). Dentro do contexto teológico da saúde, a abundância é ter sentido de viver mesmo em meio à condição humana da enfermidade. Isto torna-se um ato libertador na medida em que não se limita a saúde apenas em ter (ou não) uma enfermidade. Portanto, a vida em abundância em Jesus é uma vida que transcende a condição humana da enfermidade, ou seja, não é trazer apenas uma vida com saúde, mas vida de salvação. Para Martins (2010, p. 549), a pastoral da saúde é a relação entre a comunidade cristã e os diversos ambientes ligados à saúde, desde instâncias políticas, como os conselhos locais de saúde, até visitas solidárias aos enfermos em hospitais e domicílios.

- d. Na década de 1960 surge uma teologia relacionada à missão da Igreja na libertação das opressões sociais, políticas, econômicas que sofre o povo latino-americano. A teologia da libertação impulsiona comunidades compostas por membros insatisfeitos das classes populares a lutarem por moradia, transporte, saneamento básico, iluminação pública, educação, creche e saúde (ROSSI, 2002).
- e. A teologia moral. Trata de questões que envolvem a moral humana e, especificamente, procura orientar os cristãos diante da realidade da vida, incluído vários temas sobre a saúde — como, por exemplo: a cibernética, a clonagem, a dignidade humana, embrião e feto, as pesquisas com células-tronco embrionárias, a tecnologia médica, a nanotecnologia, o envelhecimento e o idoso, as intervenções antienvelhecimento, os pacientes terminais e as grandes questões éticas (TRASFERETTI, 2013, p. 155).
- f. Destaca-se, ainda, a proposta do teólogo Camiliano Francisco Álvarez sobre uma teologia da saúde. Para Álvarez (2013), uma teologia da saúde se fundamenta em um discurso teológico orientado para a práxis cristã e pastoral,

em que a saúde é um dom e uma missão da igreja, manifesta na vivência individual e comunitária da fé com a proclamação da história salvífica de Deus, e uma harmonia dinâmica entre corpo, psique e o espírito. Por isso, a teologia da saúde precisa buscar contraste com a psicologia e a medicina com objetivo de harmonizar o anúncio da salvação e os serviços em saúde, como a prática do cuidado hospitalar.

1.4 PROFISSIONAIS DA SAÚDE, RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE E A TRADIÇÃO CRISTÃ

Durante a história da humanidade, o trabalho com saúde sempre esteve ligado à religiosidade/espiritualidade.

Seria uma impropriedade teórica iniciar a caracterização da Medicina sem ligá-la à Religião, visto que um dos aspectos mais evidentes no advento da Medicina é a íntima associação da mesma com a magia e a religiosidade, sendo esta uma constante em todas as civilizações e épocas (HEIMANN, 2003, p. 67).

De fato, medicina e religião são áreas que têm em comum a questão do cuidado humano, expresso na atenção à saúde. A medicina contemporânea foca-se, sobretudo, no cuidado com a saúde física, enquanto a religião olha a saúde desde uma perspectiva espiritual, com acento na relacionalidade (cuidado na relação com outros, consigo próprio e com a transcendência). Muitas civilizações antigas desenvolveram seu serviço de saúde na figura de um sacerdote médico, como, por exemplo, o poder divino de cura nas figuras dos xamãs, dos pajés das tribos indígenas, dos druidas das antigas civilizações europeias e dos curandeiros e feiticeiros das tribos africanas e da Oceania (BOTSARIS, 2011, p. 57).

Dentro da tradição cristã há evidências da relação entre os clérigos/religiosos e o serviço da saúde. Encontra-se, por exemplo, dentre os apóstolos de Jesus, São Lucas, um médico evangelista. Conforme a apresentação histórica de Alexsandro Silva (2010), para Justino (ca. 100—165), prestar serviços aos enfermos era uma condição indispensável para ser um diácono ou participar da comunidade cristã. O teólogo Éfrem (ca. 306—373) construiu um hospital em Edessa para infectados pela peste. Os bispos Eustácio de Sebaste (ca. 356—380), Basílio (ca. 360—379) e João Crisóstomo (ca. 347—407) construíram hospitais para os leprosos. São Cesário de Arles (ca. 470—543) fundou um hospital junto à sua catedral. São Bento (ca. 480—

547) praticava a hospedaria e a enfermagem nos mosteiros e nos jardins botânicos desenvolvia a farmacopeia². Cassiodoro (ca. 490—581) foi um dos primeiros monges médicos. São Roque (ca. 1295—1317), considerado padroeiro de diversas profissões ligadas à saúde, estudou medicina e desejou a vida religiosa na causa dos enfermos. Frei João Gilbert Joffré em 1409 criou uma das primeiras instituições psiquiátricas com terapia ocupacional, ou seja, sem o tratamento de tortura. São João de Deus (ca. 1495—1550) e São Camilo de Lellis (ca. 1550—1614), devido às suas dedicações aos serviços de saúde, foram declarados por Leão XIII (1886) padroeiros dos doentes, dos hospitais e dos profissionais da saúde. São Luís Gonzaga (ca. 1568—1591) faleceu em Roma cuidando dos enfermos. O cardeal São Carlos Borromeu (ca. 1538—1584) se envolveu tanto na causa dos enfermos que chegou a ter uma moradia no hospital. São Martinho de Porres (ca. 1679—1639) deu assistência aos enfermos de todas as etnias. São Vicente de Paula (ca. 1581—1660) foi um grande militante social das causas estruturais da pobreza e da doença. Santa Luísa de Marillac (ca. 1591—1660) fundou com São Vicente a congregação das “Filhas da Caridade”, que criou hospitais e casas de assistência aos doentes (SILVA, 2010, pp. 17-22).

Lentamente, na baixa Idade Média e no início da modernidade, diminuiu-se o papel do clérigo médico devido aos avanços dos cursos de medicina nas universidades de Bolonha, Paris, Oxford e Salamanca, que passam a conferir à categoria médica um título de doutor no intento de caracterizar e oficializar uma identidade ocupacional, pois antes disto os médicos eram vistos como curandeiros, figura que, por vezes, estava ligada ao sacerdócio (LANDMANN, 1984, p. 222). A própria Igreja também notou esta necessidade de uma identidade ocupacional para o médico, pois muitos clérigos perderam a sua vocação religiosa por terem mais atribuições médicas do que eclesiásticas. Neste sentido, o Concílio de Clermont, no século 11, reprovou a participação dos clérigos em operações médicas (XAVIER FILHO, 1993, p. 101). O papa Inocêncio III (1139) também proibiu o clérigo no exercício da medicina. Bonifácio VIII (1302) corroborou esta proibição (ALARCOS, 2006, p. 207).

Todavia, segundo Pitta (1991, p. 42), somente a partir do século 19 os médicos passam a cumprir seu ofício e sua ocupação sem atrelamento a um aspecto re-

² Arte e técnica de preparar medicamentos básicos, princípios ativos e coadjuvantes, insumos e compostos.

ligioso/espiritual, devido ao foco tecnológico e à prestação de serviços advinda da Revolução Industrial, em que o modelo médico-sacerdote passou a ser visto como algo artesanal. Surge, então, um modelo técnico de trabalho de saúde, e os profissionais da saúde assumem funções específicas, “como por exemplo o médico clínico, o laboratorista, a enfermeira, a fisioterapeuta, a cirurgiã, os atendentes, etc.” (HEIMANN, 2003, p. 37).

Na contemporaneidade, este modelo pautado pela eficiência técnica e pelo foco na prestação dos serviços é prevalecente, tendo isto um lado positivo quando a tecnologia ajuda a curar e a tratar doenças que em séculos passados eram incuráveis, proporcionando melhor qualidade de saúde à humanidade. Contudo, o uso indiscriminado da tecnologia, ainda que apinhado de boas intenções, pode resultar no abandono, muitas vezes não intencional, de outras dimensões humanas respeitáveis, como o conforto e o controle da dor, a comunicação, os valores significativos e, especialmente, as questões espirituais e religiosas. Neste sentido, surge “um desafio aos profissionais da saúde para responder às questões sobre o equilíbrio entre saúde e espiritualidade” (PERES, 2007, p. 86). Ou seja, uma retomada em integrar a religiosidade/espiritualidade como parte do trabalho dos profissionais da saúde.

1.5 REVISÃO DE LITERATURA SOBRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E A RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

Esta revisão de literatura tem como objetivo central apontar os estudos que tratam a religiosidade/espiritualidade e os profissionais da saúde, suas crenças, comportamentos e habilidades. Dentro deste contexto, consideram-se também as lacunas e as oportunidades para os estudos no campo da teologia. Por isso, alguns estudos serão retomados na discussão do capítulo 3.

1.5.1 Método utilizado no levantamento dos estudos

As palavras de busca para pesquisa nos bancos de dados foram *religiosidade*, *espiritualidade* e *saúde*. Foram utilizados dois bancos de dados: o de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e os artigos indexados pelo *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO),

uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros.

No banco de teses e dissertações da CAPES, o levantamento ficou em um primeiro momento entre o período entre 1987 (data inicial disponível para consulta) e 20 de agosto de 2013. Neste período foram encontradas 296 dissertações de mestrado e 81 teses de doutorado. Desses, 29 estudos foram descartados por não se relacionarem diretamente ao tema, obtendo-se, portanto, 348 estudos. Em um segundo momento, no dia 14 de janeiro de 2015, foi feita uma nova busca com as palavras *religiosidade*, *espiritualidade* e *saúde*, e não foram encontrados estudos posteriores a 2012, o que significa nenhuma dissertação de mestrado ou tese de doutorado em 2013 e 2014. Notou-se, neste segundo momento, que a ferramenta de busca de teses da CAPES está mais aprimorada, com uma melhor visualização dos estudos e possibilidades de encontrar informações mais rapidamente, tais como: o autor, a área do conhecimento, instituição de ensino e data da defesa. Todavia, foi encontrado um total de 47 estudos, já visualizados na primeira busca. Ressalta-se a discrepância entre a quantidade de estudos encontrados na primeira e na segunda busca.

A busca no Scielo se restringiu ao período entre 2000 (data inicial disponível para consulta) e 24 de agosto de 2013 (data final da revisão). Foram encontrados 59 artigos científicos produzidos no Brasil. Em um segundo momento, no dia 14 de janeiro de 2015, foi feita uma nova busca com as palavras *religiosidade*, *espiritualidade* e *saúde*, o que resultou num total de 40 estudos, ou seja, na segunda busca houve uma diminuição dos estudos disponíveis no banco de dados³. Entre os 40 estudos, 37 já foram visualizados na primeira busca e apenas 3 estudos são novos. Diante dos resultados discrepantes entre a primeira e segunda busca, preferiu-se somar os 59 artigos da primeira busca com os 3 artigos encontrados na segunda busca, obtendo-se, portanto, 62 artigos indexados no Scielo — perfazendo, assim, entre os 62 artigos da SCIELO e os 348 estudos da CAPES um total de 410 estudos sobre religiosidade, espiritualidade e saúde (RES).

³ Não se encontrou nos sites da CAPES e da SCIELO informações sobre a diminuição dos estudos ou mudanças sobre os resultados de busca dos estudos.

O exame dos 410 estudos mostra os seguintes resultados: (a) 130 trabalhos fazem referência aos termos religiosidade/espiritualidade e saúde como achados em estudos diversos, tais como religiosidade/espiritualidade e qualidade de vida, religiosidade/espiritualidade no processo de reabilitação de uso de drogas ou entorpecentes, e outros; (b) 125 trabalhos abordam diretamente o tema da religiosidade/espiritualidade e saúde, tais como *coping* religioso/espiritual (CRE) em situações de dor, sofrimento e estresse, e espiritualidade e religiosidade e a cura de doenças; (c) em 126 trabalhos a religiosidade/espiritualidade aparece como um achado em diversos temas ligados aos profissionais da saúde, como, por exemplo, bioética, tecnologia, humanização, qualidade de vida dos pacientes e outros; (d) 29 estudos foram selecionados por abordarem diretamente a questão da religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado entre os profissionais da saúde:

TABELA 1 – Estudos acadêmicos

Enquadramento acadêmico do estudo	Banco de dados de onde foi retirado o estudo	Quantidade de estudos encontrados
Dissertações de mestrado	CAPES	17 (61%)
Teses de doutorado	CAPES	5 (18%)
Artigos	SCIELO	7 (26%)
TOTAL		29

Sobre as temáticas abordadas nestes 29 estudos, encontra-se a religiosidade/espiritualidade no campo da saúde, no cuidado ou na assistência prestada por profissionais da saúde e pastoralistas/capelães, no contexto hospitalar e na vida pessoal dos profissionais, e na formação acadêmica e no trabalho dos profissionais da saúde. Os 29 estudos selecionados serão discutidos no tópico 5.3.

1.5.2 Resultados

Apontam-se os resultados acerca das 17 dissertações de mestrado e das 5 teses de doutorado, ou seja, dos 22 estudos da CAPES, que representam 76% dos 29 estudos selecionados.

Há que se fazer uma ressalva no levantamento apresentado. A Revista Estudos da Religião - REVER é a única dentre os Programas de Teologia e Ciências da Religião, indexada no SCIELO. Em razão do levantamento dos artigos ter priorizado

o Banco de Dados do SCIELO, as Revistas da área de Teologia e Ciências da Religião ficaram excluídas desse levantamento.

Sendo assim, parece-nos de bom tom, destacar que na área da Teologia e Ciências da Religião há dois programas onde aparecem pesquisas (e produções não indexadas no SCIELO) relacionando espiritualidade e saúde: o de Ciências da Religião, da Universidade Federal de João Pessoa e o Programa de Teologia da PUC-PR (PEREIRA & KLÜPPEL, 2014; PEREIRA & KLÜPPEL, 2014; ESPERANDIO, 2013; ESPERANDIO, 2014a; ESPERANDIO, 2014b; SIMOES et al. 2012; COURAS & KLÜPPEL, 2009; KLÜPPEL & SOUSA, 2009; KLÜPPEL et al 2007).

Sobre as áreas do conhecimento dos 22 estudos da CAPES, encontram-se:

TABELA 2 – Áreas do conhecimento

Área do conhecimento	Quantidade de estudos
Administração	1 (4,54%)
Antropologia	2 (9,09%)
Bioética	2 (9,09%)
Saúde coletiva	2 (9,09%)
Teologia	2 (9,09%)
Psicologia	4 (18,18%)
Ciências da religião	4 (18,18%)
Enfermagem	5 (22,72%)
Total	22 (100%)

Sobre as instituições de ensino dos 22 estudos, encontram-se:

TABELA 3 – Instituições de ensino

Instituições	Quantidade de estudos
Universidade Católica de Pernambuco	1 (4,54%)
Universidade Federal do Ceará	1 (4,54%)
Universidade Federal do Rio de Janeiro	1 (4,54%)
Universidade de Brasília	1 (4,54%)
Centro Universitário São Camilo	2 (9,09%)
Escola Superior de Teologia	2 (9,09%)
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	2 (9,09%)
Universidade do Vale do Rio dos Sinos	2 (9,09%)
Universidade Federal da Paraíba	2 (9,09%)
Universidade Federal do Paraná	2 (9,09%)
Universidade Metodista de São Paulo	2 (9,09%)
Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto	4 (18,18%)
Total	22 (100%)

Diante do acima exposto, dentre as 22 instituições de pós-graduação da CAPES, 5 (23%) delas possuem uma tradição cristã e cursos no campo da saúde e teologia. Estas cinco instituições são responsáveis por 9 (41%) dos estudos entre os 22. São elas: a Universidade Católica de Pernambuco, com um estudo na área da psicologia; a Escola Superior de Teologia, com dois estudos de teologia, sendo os únicos entre os 22; a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, com dois estudos, um na área de ciência da religião e outro na de antropologia; a Universidade Metodista de São Paulo, com dois estudos na área da ciência da religião; e o Centro Universitário São Camilo, com dois estudos na área da bioética.

Entre as instituições de ensino dos 22 estudos, destaca-se a Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto) como a instituição que mais pesquisou sobre religiosidade/espiritualidade e saúde e profissionais da saúde, com quatro estudos ligados ao campo da saúde: um estudo de psicologia, um estudo de saúde coletiva e dois estudos de enfermagem.

Em relação à produção anual das áreas do conhecimento dos 22 estudos, sobre o período de 1987 a 2012, a teologia aparenta ter pouquíssima expressividade, com apenas uma produção em 2003 e outra em 2010. Já o campo da saúde produziu em 2003, 2006, 2008 um estudo por ano, sendo um na psicologia, um na saúde coletiva e um na enfermagem. Em 2009, dois estudos, ambos da enferma-

gem; 2010 dois estudos, um da psicologia e outro da enfermagem; em 2011 um estudo da enfermagem; e em 2012 três estudos, dois da psicologia e um da enfermagem.

Acerca da produção anual e sobre a discussão dos 7 artigos indexados no Scielo, que representam 24% dos 29 estudos selecionados, entre o período de 2000 a 2014, nenhum artigo traz uma discussão teológica. Os 7 artigos possuem discussões no campo da saúde, tendo a enfermagem três estudos, produzidos em 2002, 2011 e 2013 (um estudo por ano). A psicologia traz dois estudos, produzidos em 2006 e 2007 (um estudo por ano) e, por fim, dentro da discussão sobre religiosidade, saúde social, religiosidade e os profissionais de saúde, encontram-se dois estudos, produzidos em 2009 e 2010.

1.5.3 Estudos sobre religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado entre profissionais da saúde

Os 29 estudos da CAPES e da SCIELO que foram selecionados por abordarem diretamente a questão da religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado entre profissionais da saúde foram classificados em quatro categorias.

A primeira categoria relaciona três estudos do campo da oncologia com religiosidade/espiritualidade. A segunda categoria possui oito estudos que discutem religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado ou na assistência prestada por profissionais da saúde e pastoralistas/capelães. A terceira categoria possui nove estudos sobre religiosidade/espiritualidade dos profissionais da saúde no contexto hospitalar e na vida pessoal. E a quarta categoria possui oito estudos sobre a integração da religiosidade/espiritualidade na formação acadêmica e no trabalho dos profissionais da saúde.

1.5.3.1 A oncologia e a religiosidade/espiritualidade

O câncer é uma doença que causa impactos biopsicossociais e espirituais que se refletem no contexto de saúde, no tratamento e no cuidado hospitalar prestado pelos profissionais da área de oncologia. Neste contexto, para Freitas (2012), os profissionais da saúde da área da oncologia percebem que a espiritualidade é um recurso positivo para o enfrentamento do câncer. De fato, em uma pesquisa com

seis enfermeiros da área da oncologia, Freitas constatou que estes profissionais acreditam que a espiritualidade é uma dimensão que mobiliza o ser humano para transpor e transcender o seu físico para enfrentar situações difíceis provocadas pelo câncer.

Em um estudo com psicólogos e médicos sobre a fé como fator de resiliência no tratamento do câncer, Barolomei (2008) constatou que para os profissionais da saúde, a fé presente na religiosidade/espiritualidade é algo útil para o amparo e o fortalecimento no lidar com a problemática da doença.

Em um estudo com enfermeiros, psicólogos, capelães/pastoralistas e médicos inseridos no tratamento do paciente idoso com câncer, Teixeira (2003) constatou que os profissionais da saúde dão importância à fé religiosa enquanto recurso de enfrentamento dos desafios da vida que a doença causa.

1.5.3.2 A religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado prestado por profissionais da saúde e pastoralistas/capelães

Não há contradições, diante da ausência de saúde, em o paciente recorrer à sua religiosidade/espiritualidade. Para Peres (2007) e Lima (2012), a maior parte dos profissionais da saúde reconhece a importância e valoriza a religiosidade/espiritualidade no cuidado hospitalar.

Para Alves (2010), os médicos, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais possuem uma postura incerta diante da questão religiosidade/espiritualidade. De um lado, estes profissionais acreditam ser importante integrar a religiosidade/espiritualidade no cuidado hospitalar devido à sua influência na saúde. De outro, há restrições destes profissionais em relação à religiosidade/espiritualidade quando atrapalham o cuidado hospitalar — por exemplo, aversão de alguns pacientes religiosos a determinadas vacinas ou tratamentos. De acordo com Alves, esta postura incerta dos profissionais está relacionada com a falta de treinamento e de preparo para lidar com a religiosidade/espiritualidade no contexto do cuidado.

Para Bonfim (2010), Marcos Silva (2007) e Alexandro Silva (2010), a religiosidade/espiritualidade dentro do contexto de cuidado está a cargo de profissionais capelães/pastoralistas, que precisam estar devidamente treinados e preparados para atender a necessidades espirituais.

Entre as funções do capelão/pastoralista inclui-se a de resgatar a dimensão humana por meio da religiosidade/espiritualidade e ser um auxiliador diante do sofrimento, ao transmitir uma presença solidária por meio do amor, do consolo e da esperança existentes em Deus ou no elemento transcendente. Para Heimann (2003), o cuidado espiritual prestado por capelães/pastoralistas abarca não somente os pacientes e seus familiares, mas também os profissionais da saúde. Um dos maiores desafios destes profissionais é preservar a vida. Porém, mesmo lidando com certa frequência com questões difíceis, comunicar um prognóstico negativo ao paciente ou óbito aos familiares colocam esses profissionais diante de tarefas difíceis. Em muitas destas experiências há um sentimento de fracasso por não ter preservado a vida, ou de espelho e projeção — imagem de si próprio na mesma situação. Por isso, Heimann afirma que os profissionais da saúde que assistem pacientes graves no limiar da morte ou em situação de sofrimento precisam, também, ter um acompanhamento espiritual/religioso dentro dos moldes da psicologia pastoral⁴.

Michell Araújo (2011) aponta um modelo de cuidado espiritual que serve como um suporte para os profissionais da saúde que vivenciam o sofrimento e a iminência de morte. Este cuidado espiritual se consolida em três etapas: *kronos* — fase de construção que se refere ao tempo humano que pode ser contado ou medido; compreende desde a fase de pré-interação até a de orientação do profissional para o paciente; *kairós* — fase de busca do tempo oportuno, não contado ou medido, e de sentido de vida para o paciente, pautada no amor, na esperança e na fé; e *aión* — fase da integração que representa o tempo cíclico, de voltar a reviver e aproveitar o tempo vivido ou a vida. Nesta etapa se reafirmam as outras etapas, integram-se os familiares no cuidado e se busca uma integração religiosa, caso o paciente demonstre este interesse.

1.5.3.3 A religiosidade/espiritualidade no contexto hospitalar e na vida pessoal dos profissionais da saúde

Há diversos estudos sobre profissionais religiosos. Eveline Araújo (2007) trabalha com o tema em um hospital espírita, estudando a atuação de médicos-

⁴ Psicologia Pastoral é a junção do aconselhamento da psicologia com a teologia pastoral na assistência espiritual (HEIMANN, 2003, p. 111).

espíritas que creem na dimensão espiritual da causalidade das doenças como parte do tratamento. Rezende (2012) estuda a visão da saúde e a prática profissional de médicos e psicólogos espíritas atuantes na Associação Médico-Espírita de Minas Gerais (AMEMG), que realiza uma arte médica híbrida, em que atuam as terapias da medicina ortodoxa/convencional e da medicina paralela, esta última fundamentada no espiritismo, que apresenta a lei de ação/reação como orientação, atribuindo ao indivíduo a responsabilidade por seus problemas, sofrimentos e doenças.

Sobre a religiosidade/espiritualidade dos profissionais da saúde, Gobatto (2012) estudou 85 profissionais da saúde, divididos em assistentes sociais, biólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, odontologistas, psicólogos e psico-oncologistas. Por meio de uma escala breve de enfrentamento religioso, identificou que a metade dos profissionais (43) não pratica atividades religiosas, mas possuem um grau elevado de espiritualidade. Espíndula (2009), em pesquisa qualitativo-descritiva no Hospital Beneficência Portuguesa, em Ribeirão Preto (São Paulo), buscou identificar o significado da religiosidade para 11 profissionais da saúde: médicos, psicólogos, enfermeiros, dentistas e radioterapeutas. Constatou que sete profissionais não frequentam nenhuma igreja e dizem ser espiritualistas, experimentando uma “religião pessoal”, sem influência de um líder religioso ou de uma religião institucionalizada. Também verificou que um profissional acredita que a religião é essencial a todo ser humano. Dois profissionais acreditam que existe proteção divina para suas práticas profissionais e pedem cotidianamente ajuda de Deus ou de Nossa Senhora Aparecida para desenvolverem um bom trabalho com os doentes e seus familiares, com os outros profissionais da equipe de trabalho e para enfrentar situações difíceis. Junqueira (2008), em uma entrevista com oito médicos de diferentes instituições, descreve que estes profissionais recorrem à espiritualidade, ao transcendente e aos rituais religiosos como recurso de enfrentamento na lida cotidiana com a morte e doenças severas. Há também nestes momentos uma postura mais contemplativa diante de um Deus interno, cultivando a religiosidade em seu próprio mundo, sem frequentarem rituais.

Melo Jr. (2012), em uma entrevista com dez médicos intensivistas do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, da cidade de João Pessoa, aponta que a presença da religiosidade/espiritualidade na comunicação profissional feita pelo médico seria de grande relevância para melhorar a qualidade de vida do paciente e a relação com os familiares e a equipe médica.

Camila Freitas (2011), em uma abordagem quantitativa descritiva e exploratória, investiga a dimensão espiritual no trabalho de 98 enfermeiros que atuam em atenção básica na microrregião de Irecê, na Bahia. Houve percepções positivas acerca da espiritualidade no trabalho relacionada com mais comprometimento afetivo (um vínculo emocional com a organização). Mendes (2002) pesquisa a reumanização do trabalho da enfermeira executiva com enfoque na contribuição positiva da dimensão espiritual para a sua qualidade de vida pessoal e profissional.

Em um estudo sobre o uso do *coping* religioso/espiritual em 126 enfermeiras da Unidade de Urgência e Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Jesus (2012) constatou um alto nível de religiosidade sem nenhum impacto negativo na vida profissional e pessoal destes profissionais, sendo necessários novos estudos para analisar o impacto negativo do *coping* R/E.

1.5.3.4 A integração da religiosidade/espiritualidade na formação acadêmica e no trabalho dos profissionais da saúde

Apontam-se estudos que demonstram as dificuldades e os desafios da integração da religiosidade/espiritualidade na formação acadêmica e no trabalho dos profissionais da saúde.

Cavalheiro (2010) aplica um questionário biossociodemográfico da Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE) e da Subescala de Religiosidade, Espiritualidade e Crenças Pessoais (SRPB-WHOQOL-100) em formandos e calouros de psicologia de todas as Universidades de Pelotas (RS). Constata que a espiritualidade aparece significativamente menor nos formandos do que nos calouros. Ainda os formandos referem acreditar em Deus e/ou em uma força superior de modo significativamente menor do que os calouros. Identificou-se que os formandos e os calouros de psicologia se sentem despreparados ou indiferentes para atender à demanda da espiritualidade na clínica psicológica.

A falta de preparo e a indiferença dos formandos e calouros de psicologia com a religiosidade/espiritualidade como uma dimensão que integra o humano é preocupante, na medida em que a influência desta dimensão na saúde psíquica como o bem-estar espiritual/religioso, possivelmente, não será contemplada na prática clínica destes futuros profissionais. Neste sentido, sugere-se que desde o início até

o final do curso de psicologia, assuntos em torno da religiosidade/espiritualidade e saúde, como o bem-estar espiritual/religioso, sejam abordados na grade curricular.

Gastaud (2006), por meio de uma escala de bem-estar espiritual, o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), e de informações sociodemográficas, constatou que 84,6% dos alunos de psicologia apresentaram espiritualidade negativa, comparados a 68,8% dos acadêmicos de medicina. Gastaud ressalta uma preocupação de existir estudantes da área da saúde que se mostrem distantes das questões espirituais/religiosas, levando-se em conta a relação entre espiritualidade/saúde e doença. Ainda, para Gastaud, um dos motivos para alunos de psicologia se mostrem distantes das questões espirituais/religiosas está na separação entre ciência e religião ocorrida nos séculos passados. Neste sentido, dentro da grade curricular do curso de psicologia, é necessário estudar a importância da relação entre a ciência, neste caso, a psicologia, e a religião. Por exemplo, Gastaud, em seu estudo, aponta pesquisas da área da saúde sobre o papel da religião em forma de instituição social como organizadora da experiência subjetiva e para a saúde mental.

Tomasso (2011), em um estudo transversal com 30 docentes e 118 discentes de enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Nove de Julho, em São Paulo, constatou que mais de 95% dos profissionais possuem algum tipo de filiação religiosa, 96% acreditam que a espiritualidade influencia muito a saúde do paciente e 77% se sentem à vontade para abordar o assunto no trabalho — mas somente 36% julgam-se preparados. As principais barreiras em abordar o assunto foram a falta de tempo devido às atribuições profissionais, a negligência diante da questão da dimensão espiritual/religiosa como parte da grade curricular, o medo de impor as próprias crenças e o medo de ofender os pacientes. Portanto, cabe aos cursos de enfermagem abordar, dentro de disciplina de cuidado em saúde, uma visão holística, que considere a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde.

Souza (2006), em uma entrevista semiestruturada com dez estudantes do décimo período do curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública em Curitiba/PR, constatou que os enfermeiros perceberam que as necessidades espirituais fazem parte do enfoque no cuidado dos pacientes durante as aulas teórico-práticas, os estágios e o voluntariado. Todavia, sentem-se despreparados para prestar um cuidado espiritual devido à falta de aprofundamento na formação acadêmica. De fato, a questão da religiosidade/espiritualidade e saúde, muitas das vezes, faz parte de uma disciplina — por exemplo, a Antropologia Filosófica —, que por or-

dem do Ministério de Educação e Cultura em 1994, foi inserida na grade curricular de graduação em enfermagem com objetivo proporcionar aos futuros profissionais conhecimentos sobre as dimensões do ser humano (SOUZA, 2006, p. 48). Todavia, devido ao apontamento de Souza (2006) sobre o despreparo dos enfermeiros em prestar um cuidado espiritual diante da falta de aprofundamento na formação acadêmica, torna-se necessário aumentar as horas-aulas sobre a questão da religiosidade/espiritualidade e saúde, ou desenvolver, dentro da grade curricular de graduação em enfermagem, uma disciplina específica sobre a religiosidade/espiritualidade no contexto de cuidado em saúde.

Espinha (2013), em um estudo exploratório, descritivo, transversal e de natureza quantitativa com 146 estudantes do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), constatou que religiosidade/espiritualidade está presente na forma de os profissionais da saúde e os pacientes lidarem com os problemas da vida e de saúde. No entanto, pouco se aborda a respeito da religiosidade/espiritualidade no contexto do cuidado em saúde devido à falta de conhecimento e formação sobre tal questão.

Cortez (2009), em estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa com 52 acadêmicos de enfermagem do 8º período do Centro Universitário Plínio Leite, em Niterói (RJ), constatou que a religiosidade/espiritualidade está mais presente nos momentos práticos de ensino do que nos teóricos, o que se reflete negativamente na integralidade do cuidado. Os enfermeiros se sentem despreparados para lidar com a dimensão espiritual e religiosa dos pacientes. Portanto, é necessário aumentar o ensino teórico com foco na religiosidade/espiritualidade na prática de cuidado entre os enfermeiros. Por exemplo, realizar uma revisão de literatura sobre a religiosidade/espiritualidade e o cuidado em enfermagem como uma tarefa avaliativa, integrar na linha de pesquisa de trabalhos de conclusão de curso temas sobre religiosidade/espiritualidade e saúde, dentre outros.

Peixoto (2000) descreve a importância da dimensão religiosa cristã na educação em enfermagem para um cuidado humanizado. Ele aponta que os docentes da área de enfermagem testificam que pouco se aborda acerca desta dimensão na assistência aos pacientes. Neste sentido, a abordagem dos valores cristãos dentro da formação dos enfermeiros, como o amor ao próximo (Lucas 10:27), uma qualidade humana que é expressa no cuidado fraternal, pode contribuir para prática de cuidado humanizado em saúde.

Para André Dal-Farra e César Geremia (2010), existem algumas formas de integrar a espiritualidade na formação de profissionais da saúde, como, por exemplo, oferecer cursos de extensão e estágios que sejam utilizados como atividades complementares, com uma abordagem na transversalidade, na qual os componentes curriculares tratem das práticas educativas com atenção aos aspectos relativos à espiritualidade e à sua relação com a saúde. Dentro deste contexto, André Dal-Farra e César Geremia apontam instituições de ensino com cursos de medicina no Brasil que integram a espiritualidade na grade curricular: a Universidade Federal do Ceará oferece em sua matriz curricular uma disciplina optativa no curso de medicina denominada “Medicina e Espiritualidade”; a Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro traz “Saúde e Espiritualidade”; e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, “Medicina, Saúde e Espiritualidade”.

Ressalta-se que o processo de integrar as disciplinas sobre a religiosidade/espiritualidade nos cursos da área da saúde não pode atrapalhar o calendário acadêmico dos estudantes, visto que, em alguns cursos, como a medicina, já existe uma sobrecarga de atividades curriculares. Portanto, o processo de integrar a religiosidade/espiritualidade na formação acadêmica dos profissionais da saúde deve ser flexível e completar as atividades em outras disciplinas, como a antropologia, seminários sobre a saúde integral ou humanizada e outros.

Para Vasconcelos (2009), a religiosidade/espiritualidade é uma dimensão presente na cultura do Brasil, em que grande parte da população é religiosa. De fato, a religiosidade/espiritualidade influencia a forma de as pessoas pensarem, sentirem e agirem, em diferentes dimensões, entre elas a saúde. Assim, é necessário refletir em nível acadêmico sobre o significado da espiritualidade como instrumento e espaço de relação educativa entre profissionais e usuários dos serviços de saúde.

1.5.3.5 Considerações

Dentro de uma perspectiva teológica, considera-se que há poucos estudos sobre religiosidade/espiritualidade e profissionais da saúde, conforme visto nos resultados — entre os 29 estudos da CAPES e SCIELO, apenas dois deles são da área da teologia — Heimann (2003) e Silva (2010), ambos da Escola Superior em Teologia em São Leopoldo (RS), sendo esta também a única entre as cinco instituições que realizou estudo de cunho teológico. Outras instituições, como a Pontifícia

Universidade Católica de São Paulo e a Universidade Metodista de São Paulo, que possuem cursos na área da saúde e da teologia, realizaram um total de três estudos no campo da ciência da religião, uma área próxima da teologia. Portanto, dentre os 29 estudos, somando os dois estudos de teologia e os três de ciência da religião, cinco (17%) são de modo geral de cunho religioso. Considera-se que, mesmo assim, ainda há pouca produção acadêmica sobre religiosidade/espiritualidade e profissionais da saúde dentro das áreas da teologia e da ciência da religião.

Todavia, considera-se que os demais estudos de outras áreas, como da enfermagem, da psicologia, da bioética e da antropologia, dispõem, em suas discussões e resultados, de um adendo teológico em relação à religiosidade/espiritualidade e profissionais da saúde, como visto na discussão sobre a notável valorização da relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde, sobre a importância da religiosidade/espiritualidade na vida pessoal e no trabalho da maioria dos profissionais da saúde e sobre a necessidade de integrar a religiosidade/espiritualidade no cuidado hospitalar e na formação dos profissionais.

Destacam-se a enfermagem e a psicologia como as áreas de conhecimento que mais produzem estudos sobre religiosidade/espiritualidade e profissionais da saúde. Este dado demonstra que: (a) há um grande interesse e reconhecimento da área da saúde nas questões que envolvem a religiosidade/espiritualidade e saúde; (b) há veracidade na importância de estudos que abordem a religiosidade/espiritualidade e profissionais da saúde; (c) há uma falta de interdisciplinaridade nos trabalhos, já que a maioria dos estudos se concentra nas áreas da enfermagem e da psicologia, necessitando, assim, de pesquisas em outros campos da saúde, como a medicina, e da área humana, como a teologia.

Neste sentido, a teologia pode trazer questões que seriam úteis para os profissionais da saúde, como, por exemplo, a importância da religiosidade/espiritualidade para uma vida saudável, que pode ser um recurso para lidar com o sofrimento, a morte e o estresse vivido cotidianamente no trabalho.

Por fim, com objetivo de melhor explorar a temática deste estudo, empreendeu-se junto aos profissionais de saúde do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba/PR uma pesquisa que busca verificar o modo como a religiosidade/espiritualidade é compreendida e integrada à prática do cuidado entre estes profissionais da saúde.

2. RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NA PRÁTICA DO CUIDADO ENTRE OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA/PR

Este capítulo apresenta a pesquisa propriamente dita. Primeiro, se descreve a metodologia utilizada, o instrumento de coleta e de análise, a amostra da população, o período de pesquisa e os critérios de participação. Posteriormente, descrevem-se os dados levantados e analisam-se os resultados da investigação.

A pesquisa foi realizada com 106 profissionais de saúde do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba/PR (HUEC), que responderam à pesquisa no período de 21 de março a 30 de junho de 2014.

2.1 METODOLOGIA DE PESQUISA

Utilizou-se como método a pesquisa quantitativa de tipo *survey*, classificada como descritiva. Trata-se de um questionário com 35 perguntas, sendo 11 perguntas elaboradas em escala nominal e ordinal, 23 perguntas elaboradas em escala de Likert (“discordo totalmente” a “concordo totalmente”⁵ e “totalmente falso” a “totalmente verdadeiro”) e 1 pergunta aberta.

As 35 perguntas foram divididas em cinco seções: seção I – dados sociobiográficos; seção II – noções de religiosidade e espiritualidade e o lugar desses conceitos na vida pessoal; seção III – relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde; seção IV – *coping* religioso-espiritual do profissional; e seção V – integração da religiosidade e da espiritualidade no cuidado com o paciente. Nesta última seção, a pergunta 35, por ser aberta, permitiu aos profissionais da saúde relatar suas experiências de integração da religiosidade/espiritualidade na prática de cuidados em saúde. Para uma melhor compreensão dos relatos obtidos, utilizou-se o método de análise de conteúdo:

⁵ Encontra-se dificuldade de interpretação em algumas perguntas com as alternativas de “concordância/discordância”; neste caso, deveria ser em termos de “totalmente falsa/totalmente verdadeira”, pois os termos “concordância/discordância” podem dar margem à interpretação de outro tipo de pergunta, que poderia ser “concorda em perguntar”.

A análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 2011, p. 47).

As cinco seções do questionário foram elaboradas visando investigar o porquê e o como ocorre a integração da religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado aos pacientes entre os profissionais da saúde e pastoralistas. Portanto, cada seção possibilita uma discussão sobre o tema deste estudo.

O questionário foi elaborado e aplicado via *Qualtrics*. De acordo com Nogas (2011), *Qualtrics* é uma plataforma (*software*) que permite aos usuários criar seus questionários em ambiente *web*. Uma vantagem importante do questionário *on-line* é o fato de evitar consumo de papel, utilizado na aplicação de questionários tradicionais. Para isso, um *link* de acesso da *web* que remetia ao questionário foi enviado aos *e-mails* dos profissionais da saúde. Assim, cada resposta inserida passou a alimentar automaticamente a base de dados, evitando a necessidade de digitação posterior, conferência e, conseqüentemente, eliminando a possibilidade de ocorrência de erros neste processo.

Devido ao acolhimento do HUEC em relação à pesquisa, houve uma possibilidade de coletar os dados face a face no HUEC, em que se convidava cordialmente os profissionais para participar da pesquisa e, ao aceitar, eles respondiam de forma privada o questionário em uma sala com estrutura cedida pelo HUEC para realização da pesquisa. Isto facilitou o desenvolvimento da pesquisa em relação à rapidez na coleta dos dados e como um incentivo para os profissionais da saúde participarem da pesquisa.

Os dados coletados no *Qualtrics* foram exportados e analisados no *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), um programa de computador que permite análises estatísticas elementares e avançadas, como métodos multivariados, de forma rápida, tornando a interpretação conveniente para um usuário casual ou experiente (PEREIRA, 2006, p. 34). O método quantitativo, como por exemplo, a análise estatística, não é muito utilizado em estudos que abordam a temática da religiosidade/espiritualidade entre os profissionais da saúde, mas tem sido amplamente difundido nas Ciências Sociais e nos estudos que envolvem o comportamento ou a percepção dos indivíduos. De fato, na revisão de literatura apresentada no capítulo an-

tecedente, dos 28 estudos encontrados, apenas 6 são de natureza quantitativa, sendo que os dois estudos da área da teologia são de natureza qualitativa. Para Moreira-Almeida (2010, p. 6), na metodologia dos estudos de espiritualidade e saúde, é fundamental ter diferentes abordagens de conhecimento, bem como “criatividade e diversidade na escolha dos métodos e associação de estratégias investigativas, como métodos quantitativos e qualitativos”. Por isso, neste estudo, além das contextualizações teológicas qualitativas, buscou-se, em um segundo momento, uma interação entre os métodos qualitativo e quantitativo, com o intento de trazer maior credibilidade acadêmica, acrescentando também alguma inovação na exploração desta temática.

Para assegurar a confiabilidade do questionário aplicado aos profissionais da saúde, avaliou-se a sua consistência interna. Para este procedimento, utilizou-se o cálculo do coeficiente Alpha de Cronbach. De acordo com Hair et al. (2005, p. 466), este coeficiente “é uma medida comumente usada de confiabilidade para um conjunto de dois ou mais indicadores de construto. Os valores variam entre 0 e 1, mas as medidas mais altas indicando maior confiabilidade entre os indicadores”. Conforme George e Mallery (2003), a interpretação dos valores do Alpha de Cronbach pode ser adotada da seguinte forma: $\alpha > 0,90$ = excelente; $\alpha > 0,80$ = bom; $\alpha > 0,70$ = aceitável; $\alpha > 0,60$ = questionável; $\alpha > 0,50$ = pobre; $\alpha < 0,50$ = inaceitável. Dentro deste contexto, o questionário aplicado aos profissionais da saúde obteve 0,881 de valor, ou seja, algo muito próximo de excelente.

Como se trata de um estudo exploratório, optou-se por trabalhar com uma amostra que representasse no mínimo 10% dos profissionais da saúde do HUEC. Buscou-se uma proporcionalidade na obtenção da amostra, sempre arredondando o valor obtido para o número inteiro subsequente – por exemplo, no caso de uma amostra calculada com tamanho um e meio (1,5) considerou-se que ela deveria ter tamanho dois (2).

O objetivo foi o de pesquisar determinadas profissões de saúde, descritas a seguir, ressalta-se que em determinadas profissões obteve-se uma amostra de população maior que 10%, por isso, aponta-se a quantidade de amostra coletada e o percentual representativo dentro da população total: 2 psicólogos/as representam 20% do total desta população; 63 enfermeiros/a ou técnicos/a em enfermagem, representam 10% do total desta população; 4 assistentes sociais representam 66% do total desta população; 3 fisioterapeutas representam 75% do total desta população; 3 fo-

noaudiólogos/as representam 100% do total desta população; 5 farmacêuticos/as representam 20% do total desta população; 2 nutricionistas clínicos representam 33% do total desta população; 3 capelães/pastoralistas representam 23% do total desta população; 5 médicos contratados representam 11% do total desta população (não se incluiu na amostra os médicos residentes, por serem terceirizados e o HUEC não ter a quantidade exata destes profissionais; portanto, a amostra concentra-se nos médicos contratados). Houve 16 profissionais que foram classificados como “outros”. São funções como pessoal de administrativo, atendimento, recepção etc. Como o objetivo central da pesquisa são os profissionais da saúde citados anteriormente, estes “outros” profissionais não se enquadram rigorosamente no critério da amostra de 10%, pois, o HUEC possui cerca de 3 mil funcionários e boa parte são funções que pertencem ao grupo de “outros” profissionais (administrativo, atendimento, recepção e limpeza).

Todavia, mesmo com uma amostra relativamente menor em relação à população, ressalta-se que a participação destes “outros” profissionais é importante para a pesquisa, uma vez que estão inseridos no ambiente hospitalar, tendo, assim, experiências relativas à religiosidade/espiritualidade e a saúde. Por exemplo, os profissionais que atuam na recepção ou atendimento são os primeiros a terem contato com pacientes, que podem estar fragilizados espiritualmente por conta de uma doença.

Foi formalmente requerida ao HUEC a assinatura de um termo de consentimento e aprovação para a realização da pesquisa. Também foi requerido a cada participante que assinasse um termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE – em que constava: uma explicação sobre o objetivo da pesquisa; o tempo aproximado da duração da pesquisa (15 minutos); orientações de como responder à pesquisa; informações sobre a segurança da pesquisa, como o sigilo dos dados do respondente, que ajuda a garantir a veracidade das suas respostas e evita represália à sua opinião.

No intento de enquadrar o questionário em relação à ética acadêmica de pesquisa, obteve-se o parecer da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR, consubstanciado no nº 48582, em 2 de julho de 2012. No questionário havia telefone e *e-mail* do pesquisador responsável para casos de eventualidades, como dúvidas, sugestões ou reclamações dos participantes.

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre os critérios de participação, como ser voluntário, maior de 18 anos e estar filiado à instituição por pelo menos um ano – este critério garante que o participante tenha conhecimento adequado do local de trabalho e, assim, se possa analisar melhor a sua prática profissional.

Por fim, ciente da explicação sobre o objetivo da pesquisa, da segurança e dos critérios da pesquisa, o participante optava por “concordo” ou “discordo”. Em caso de “discordo”, a pesquisa era finalizada automaticamente – porém, nenhum caso assim ocorreu.

2.2 RESULTADOS E DISCUSSÕES DA PESQUISA

Os dados são apresentados na amostra dos 106 participantes. Para identificar a pergunta em discussão no texto, utiliza-se a letra maiúscula P e o número da pergunta entre parênteses, de acordo com as seções do questionário — por exemplo: (P10).

Os dados são apresentados de acordo com as cinco seções dos questionários. Assim, no primeiro tópico são descritos os dados sociobiodemográficos dos profissionais da saúde que corresponde às perguntas 1 a 11; no segundo tópico, discute as práticas religiosas, as noções de religiosidade e espiritualidade e do *coping* religioso/espiritual para os profissionais da saúde, o que corresponde às perguntas 12 a 18 e 25 a 27. No terceiro tópico, aborda-se a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde e a sua integração no cuidado aos pacientes, o que corresponde às perguntas 19 a 24 e 28 a 34. Por fim, no quarto tópico, são analisados os relatos dos profissionais da saúde acerca das suas experiências de integração da religiosidade/espiritualidade na prática de cuidados em saúde, obtidos na pergunta 35, que era aberta. Ressalta-se que algumas discussões dos quatro tópicos serão retomadas no capítulo 3, com objetivo de explorar melhor os resultados dentro do contexto teológico do cuidado em saúde.

2.2.1 Dados sociobiodemográficos dos profissionais da saúde

A maior parte dos profissionais da saúde, 82, é do sexo feminino (77%). Em relação à idade, 50 possuem entre 26 e 35 anos (47%), 38 têm entre 36 e 40 anos

ou acima disto (36%) e 18 possuem de 21 a 25 anos (17%) (P02). Sobre os níveis de escolaridade, 39 possuem o superior completo (37%) e 56 pós-graduação (especialização/mestrado/doutorado) (53%) (P03). Em relação ao tempo de atuação profissional na área da saúde, 54 possuem de 0 a 5 anos (51%), 23 de 6 a 10 anos (22%) e 29 de 11 a 20 anos ou acima disto (28%) (P06).

Ao perguntar aos profissionais da saúde sobre a sua afiliação religiosa, as respostas foram as seguintes:

TABELA 4 – Afiliação religiosa dos profissionais da saúde

#	Opções	Respostas	%
1	Ateísta – não acredito em Deus	1	1%
2	Sem religião – mas acredito em Deus	6	6%
3	Católico	49	46%
4	Evangélico, mas não afiliado a nenhuma igreja	8	8%
5	Protestante (Batista; Menonita; Presbiteriano; Metodista)	20	19%
6	Pentecostal: Assembleia de Deus; Congregação Cristã no Brasil	5	5%
7	Adventista	4	4%
8	Igreja do Evangelho Quadrangular	3	3%
9	Igreja Universal do Reino de Deus	0	0%
10	Espírita	6	6%
11	Religiões Afro-brasileiras (Umbanda, Candomblé, Batuque etc.)	2	2%
12	Outras	2	2%
	Total	106	100%

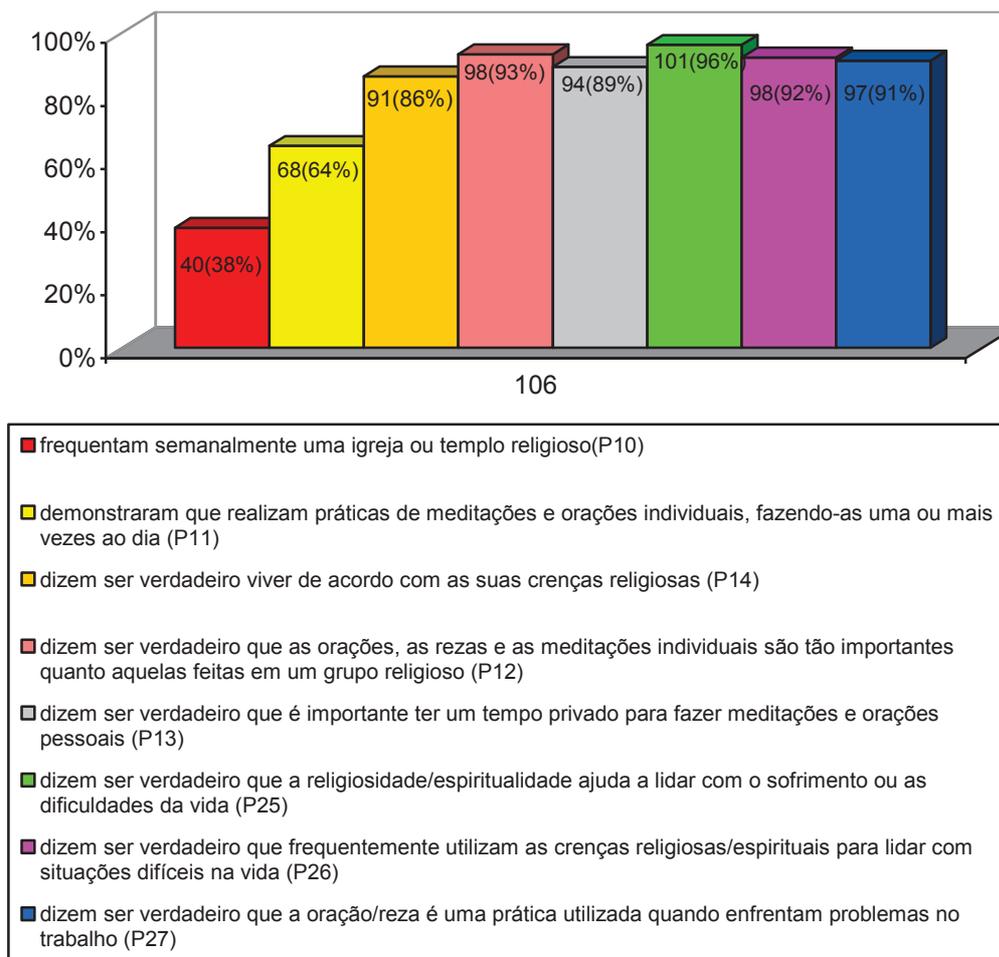
2.2.2 As práticas religiosas, as noções de religiosidade e espiritualidade e do *coping* religioso/espiritual para os profissionais da saúde

Diante dos resultados, tem-se que 90 (85%) profissionais da saúde são cristãos, sendo 49 católicos (46%) e 41 protestantes ou evangélicos (39%) (P09). Dados do IBGE referentes ao Censo de 2010 sobre a religião divulgam que 86,8% da população brasileira é composta de cristãos, com 64,6% católicos e 22,2% evangélicos (AZEVEDO, 2012).

Porém, mesmo que a maioria dos profissionais seja cristã, de um lado, poucos deles frequentam semanalmente uma igreja ou templo religioso. De outro lado, a

crença cristã dos profissionais da saúde pode ser um dos motivos de alguns resultados estarem acima da metade das respostas ou em alta, dado que:

GRÁFICO 1 - A prática religiosa dos profissionais da saúde



Diante destas observações, associando a questão da baixa frequência dos profissionais a uma igreja ou templo religioso com o fato de a maioria destes profissionais ser cristã e dar importância para a crença e as práticas religiosas de forma individual, bem como o uso do *coping* para enfrentar as situações adversas da vida, pode-se considerar que os profissionais da saúde possuem uma religiosidade individual. De acordo com Koenig, a religiosidade individual, também conhecida como religiosidade não organizacional:

refere-se à atividade religiosa que é realizada a sós e em particular, como orar, ou se comunicar com Deus em casa, meditar, ler escrituras religiosas,

assistir a programas de televisão religiosos, escutar rádios religiosos, ou realizar rituais privados, como acender velas, usar acessórios religiosos e assim por diante (KOENIG, 2012, p. 11).

Destaca-se que a noção alcunhada por Koenig sobre uma religiosidade individual ou não organizacional mantém o *religare* com o sagrado, com Deus e as práticas religiosas, como orações, meditações e outras, porém, sem a necessidade da participação direta ou a frequência a uma igreja ou templo religioso. Para Teixeira (2005), esta religiosidade “sem religião” é composta por pessoas não adeptas da religião organizacional, que preferem ter uma experiência religiosa independente do sistema religioso tradicional.

Por esta razão, muitas vezes este conceito de religiosidade individual/não organizacional é associado ao conceito de espiritualidade. Todavia, para Koenig (2012, p. 20), é comum em pesquisas haver alguma conexão entre espiritualidade e religião. Devido ao fato de a espiritualidade ser uma noção ampla e complexa, pode incluir em seu horizonte as práticas religiosas ou exercícios espirituais específicos. Nesse sentido, há uma aparente ligação entre os conceitos de religiosidade individual e de espiritualidade na pesquisa feita com os profissionais da saúde do HUEC. Pode-se confirmar isto por meio da proximidade do percentual sobre a importância das práticas religiosas individuais e de se ter um tempo privado para praticá-las, e dos altos níveis da importância da espiritualidade, em que: (a) 94 profissionais (88%) dizem ser verdadeiro que a espiritualidade é importante para uma vida equilibrada e estável, do mesmo modo como a cidadania e as amizades (P16); e (b) 102 profissionais (96%) dizem ser verdadeiro sentir a presença divina (ou do sagrado, de uma energia cósmica, de um ser superior, de Deus, do Espírito Santo ou de algo maior que eu) (P17).

Diante dos resultados apresentados, é necessário relacioná-los à questão da integração da religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado aos pacientes entre os profissionais da saúde, portanto:

- a) O fato de os profissionais da saúde darem importância à sua religiosidade/espiritualidade pode favorecer a compreensão de que a religiosidade/espiritualidade dos pacientes é fundamental para tratamento. Ou seja, assim como os profissionais da saúde compreendem que a sua religiosidade/espiritualidade influencia o modo de enfrentamento das adversidades no

ambiente de trabalho, podem também compreender a presença da religiosidade/espiritualidade dos pacientes no tratamento.

- b) O de a maioria dos profissionais ser cristã pode facilitar o diálogo sobre a importância de integrar a religiosidade/espiritualidade no cuidado aos pacientes, tendo em vista que na religião cristã o cuidado dos necessitados ou enfermos faz parte da crença religiosa. De fato, encontra-se na visão bíblica cristã uma preocupação especial com o cuidado aos enfermos: “Quando te vimos enfermo, ou na prisão, e fomos visitar-te? E responder-lhes-á o Rei: Em verdade vos digo que, sempre que o fizestes a um destes meus irmãos, mesmo dos mais pequeninos, a mim o fizestes” (Mateus 25:39-40). Também se encontra na visão bíblica cristã a compreensão da integralidade do ser humano: “E o mesmo Deus de paz vos santifique em tudo; e todo o vosso espírito, e alma, e corpo, sejam plenamente conservados irrepreensíveis para a vinda de nosso Senhor Jesus Cristo” (1 Tessalonicenses 5:23).

Neste sentido, para os profissionais da saúde cristãos, a integração da religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado trata de uma testificação dos seus valores religiosos.

2.2.3 A relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde e a sua integração no cuidado aos pacientes

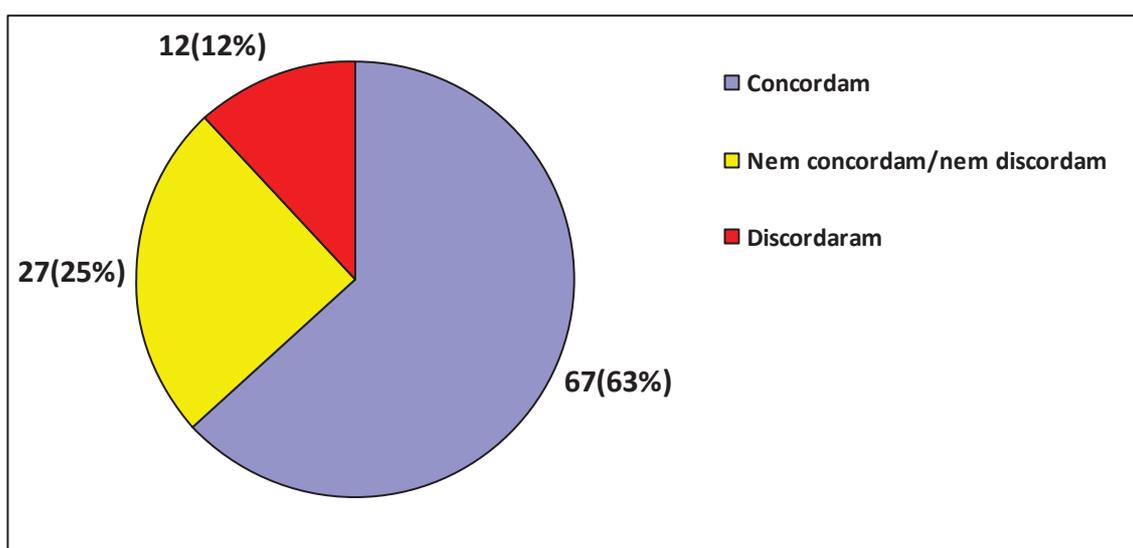
Analisando os resultados obtidos, observa-se que há fortes indícios de relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde para os profissionais da saúde do HUEC. De fato: (a) 100 profissionais (94%) concordam que os problemas de saúde fazem com que as pessoas se voltem para a religião, portanto, quase todos os profissionais vivenciaram situação em que anteviram que, em meio aos problemas de saúde, há uma relação entre a religiosidade e saúde (P19). Sobre esta relação: (b) 77 profissionais (72%) concordam que determinadas práticas religiosas interferem negativamente no tratamento de saúde (P20), por exemplo, quando o paciente recusa o tratamento médico por causa da sua religião. Ao contrário disto, quando a religiosidade/espiritualidade é bem empregada no tratamento médico, quase todos os profissionais da saúde acreditam que há uma relação positiva entre religiosidade/espiritualidade no tratamento do paciente, sendo que: (a) 100 profissionais (94%) concordam que a religiosidade do paciente (como oração, reza, meditação, frequên-

cia a um grupo religioso) coopera no tratamento (P21); e (b) 99 profissionais (93%) concordam que a espiritualidade do paciente tem influência positiva em seu tratamento (P22).

Apesar de os profissionais da saúde outorgarem alta veracidade ao fato de que as práticas religiosas e a espiritualidade são positivas para o tratamento, o mesmo não se dá ao abordar o tema da integração da religiosidade/espiritualidade no tratamento envolvendo diretamente as práticas dos profissionais da saúde.

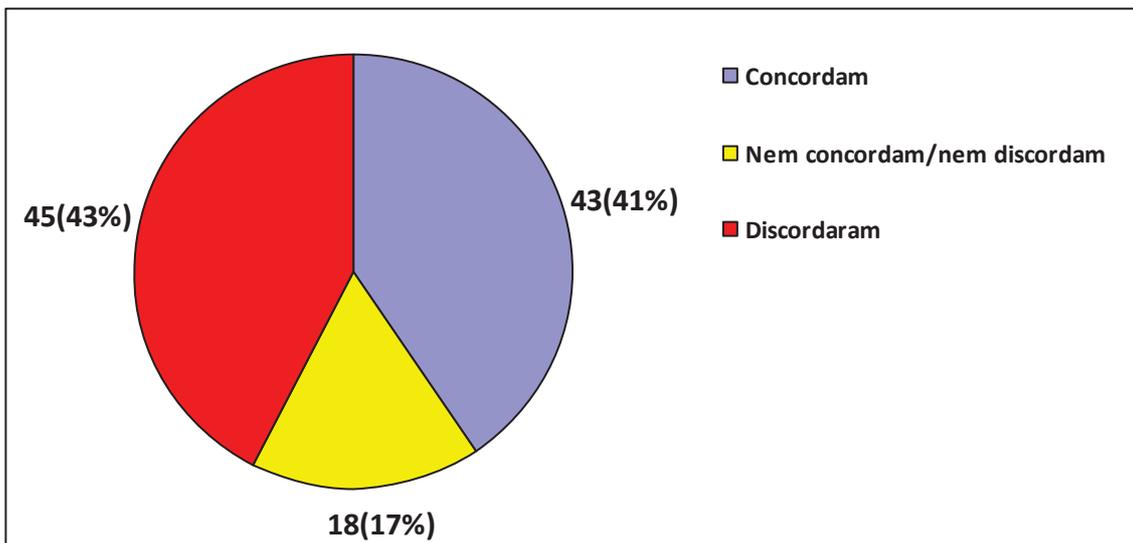
Ao perguntar (P29) aos 106 profissionais se os pacientes gostariam de trazer a questão religiosa/espiritual para o tratamento, o percentual de concordância se aproxima de dois terços do total:

GRÁFICO 2 – A questão religiosa/espiritual no tratamento



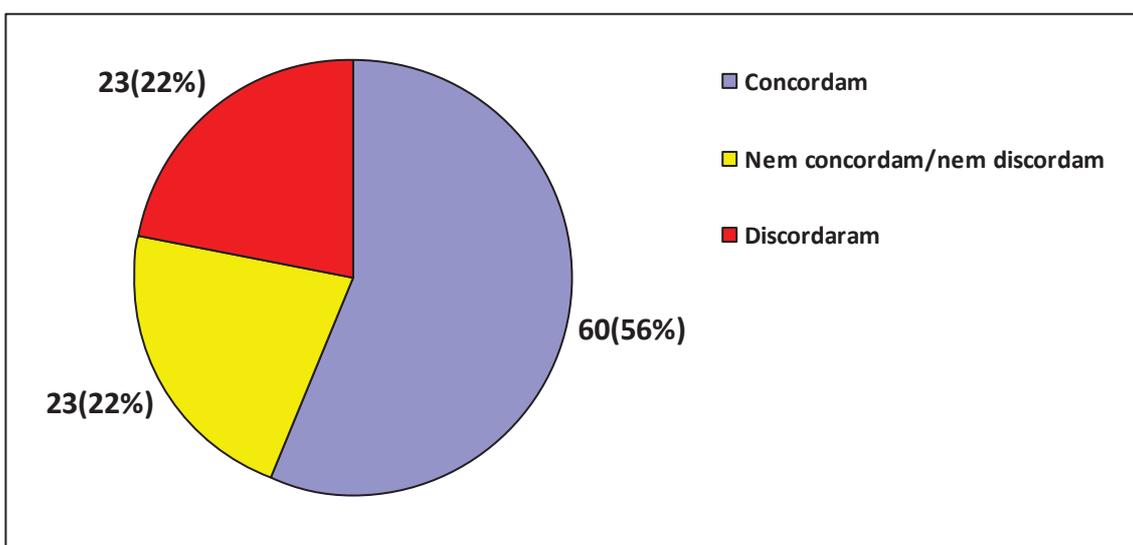
Se os 106 profissionais perguntam frequentemente aos pacientes sobre questões religiosas ou espirituais (P30), há uma forte discrepância nos resultados – poucos respondentes neutros e quase um empate entre os discordantes e os concordantes que, somados representam 84% do total de respondentes, conforme se observa no abaixo:

GRÁFICO 3 – As questões religiosas e os pacientes



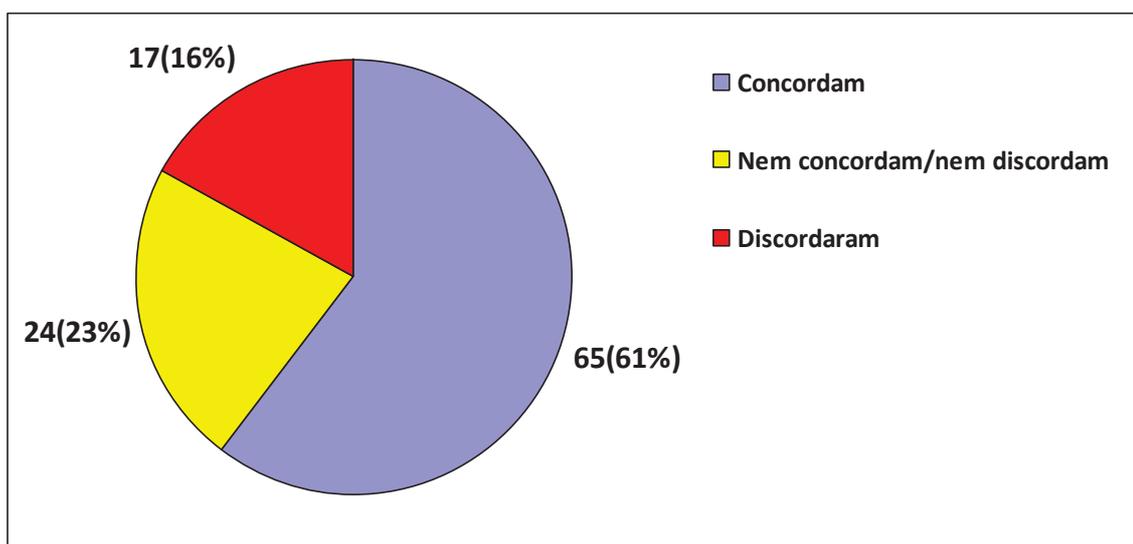
Ainda, ao perguntar aos 106 profissionais se eles se sentem confortáveis em abordar a questão religiosa/espiritual durante o processo de tratamento (P32), novamente o percentual de concordância foi preponderante, enquanto que os percentuais da discordância e da neutralidade empataram:

GRÁFICO 4 – A abordagem da religiosidade/espiritualidade no tratamento



Diante do acima exposto, um dos motivos para que não haja um alto percentual de concordância nestas perguntas (P29, P30 e P32) que envolvem diretamente as práticas dos profissionais na integração de religiosidade/espiritualidade no tratamento dos pacientes pode estar associado à falta de formação em relação à religiosidade/espiritualidade. De fato, entre 106 profissionais da saúde, a maior parte concorda que deveriam receber formação sobre como abordar a questão religiosa/espiritual do paciente durante o tratamento (P31):

GRÁFICO 5 – A formação sobre religiosidade/espiritualidade



Diante destes dados, considera-se que mais da metade dos profissionais concordam que necessitam de mais preparo para lidar com esta questão, e outra parte dos profissionais se manteve neutra. Entre tantas interpretações, isso pode significar que estes profissionais ainda não haviam pensando sobre a religiosidade/espiritualidade no âmbito da formação — neste sentido, a neutralidade parece indicar uma carência na formação dos profissionais ou uma preocupação com a questão religiosa/espiritual. Dentro deste contexto, considera-se que se os profissionais recebessem em sua formação informações sobre a religiosidade/espiritualidade, poderiam avaliar melhor se elas realmente deveriam fazer parte da formação ou da prática no cuidado aos pacientes.

Outro motivo de não haver um alto percentual de concordância nas perguntas que envolvem diretamente as práticas dos profissionais na integração da religiosidade/espiritualidade no cuidado com os pacientes pode ser o fato de os profissionais da saúde acreditarem que a prática do cuidado espiritual e religioso é função do capelão/pastoralista. Isso pode ser confirmado pela pesquisa, em que 96 profissionais (91%) concordaram com a importância da atuação de um pastoralista ou líder religioso atendendo as necessidades espirituais dos pacientes no meio hospitalar (P33). Por fim, 94 profissionais (88%) concordaram em encaminhar um paciente a um pastoralista ou líder religioso caso este fosse apto para fazer atendimentos religiosos e/ou espirituais (P34).

2.2.4 Experiências de integração da religiosidade/espiritualidade na prática de cuidados em saúde

Entre os 106 participantes da pesquisa, concentram-se neste tópico os relatos dos 77 profissionais da saúde que descreveram as suas experiências de integração da religiosidade/espiritualidade na prática de cuidados em saúde. Neste sentido, considera-se que 77 profissionais da saúde (72%) apresentaram respostas válidas, enquanto outros 29 (28%) colocaram como resposta um ponto final, uma exclamação ou a letra N, o que pode significar “não responder”.

Os relatos dos profissionais da saúde foram obtidos na pergunta 35, formulada como uma questão aberta, o que tornou necessário a utilização de uma análise qualitativa dos dados, optando-se pelo emprego da metodologia de análise de conteúdo. Neste processo, buscou-se inicialmente uma seleção dos relatos que realmente comungam com a temática do estudo. Após isso, com objetivo de melhorar o entendimento, tomou-se a liberdade de fazer uma correção ortográfica e/ou de digitação dos relatos, sem tirar o sentido das suas comunicações. Em um segundo momento, buscou-se agrupar relatos de acordo com suas particularidades, ou seja, mensagens que se completam ou dialogam entre si. Por fim, realizou-se um tratamento do conteúdo, ou um processo de interpretação.

Surgiram oito categorias: (1ª) profissionais da saúde que dizem não ter qualquer experiência sobre a espiritualidade no cuidado dos pacientes ou optaram por não responder; (2ª) profissionais da saúde que acreditam haver uma relação entre religiosidade/espiritualidade e a saúde dos pacientes, mas não há certeza se deve

haver integração destas na prática do cuidado; (3^a) profissionais cuja opinião defende a prática do cuidado espiritual/religioso com base nas crenças e experiências religiosas dos profissionais da saúde; (4^a) profissionais da saúde que praticam a integração da religiosidade/espiritualidade no cuidado aos pacientes por meio da estimulação da religiosidade/espiritualidade dos pacientes; (5^a) profissionais de opinião que a prática do cuidado espiritual/religioso aos pacientes deve se dar por meio de um capelão/pastoralista; (6^a) profissionais da saúde que afirmam ver como positivo o impacto da religiosidade/espiritualidade para a saúde dos pacientes; (7^a) profissionais da saúde que afirmam ver como negativo o impacto da religiosidade/espiritualidade para a saúde dos pacientes; (8^a) CRE na vida pessoal dos profissionais da saúde.

2.2.4.1 Profissionais da saúde que dizem não ter qualquer experiência sobre a espiritualidade no cuidado dos pacientes ou optaram por não responder

Nesta categoria são descritos alguns exemplos de relatos dos 29 profissionais da saúde (28%)⁶ que dizem não ter qualquer experiência sobre a integração de questões relativas à espiritualidade no cuidado dos pacientes ou optaram por não responder as experiências, manifestando isto por escrito.

- a) “Não tenho nenhuma relação de espiritualidade com cuidado de pacientes.”
- b) “Não me recordo de alguma experiência no momento.”
- c) “Não tenho essa experiência.”
- d) “Não presenciei nada de mais na vida.”
- e) “Nenhuma até o momento.”
- f) “Nada.”
- g) “Nenhum.”
- i) “Não quero responder.”
- j) “Não gostaria de opinar, pois são relações muito pessoais.”
- k) “Prefiro não relatar sobre a pergunta.”
- l) “Nada a declarar. Obrigada.”

O fato de estes profissionais da saúde não terem relatado as suas as experiências sobre a integração da espiritualidade/religiosidade na prática do cuidado não significa que eles sejam contra esta integração. Portanto, o motivo para estes profissionais não descreverem qualquer experiência talvez seja por não terem pensado

⁶ Dentre 106 participantes.

sobre a religiosidade/espiritualidade como algo efetivo no contexto do cuidado em saúde. Neste sentido, para estes profissionais da saúde, a religiosidade/espiritualidade tem a ver com experiências pessoais, que não devem ser relatadas ou não se relacionam com o contexto de saúde, mas, sim, com as experiências religiosas no âmbito privado.

2.2.4.2 Profissionais da saúde que acreditam haver uma relação entre religiosidade/espiritualidade e a saúde dos pacientes, mas não há certeza se deve haver integração destas na prática do cuidado

Nesta categoria são descritos os relatos de 8 profissionais da saúde (10%)⁷ que acreditam haver uma relação entre religiosidade/espiritualidade e a saúde dos pacientes, por exemplo: o paciente é um ser integrado, com dimensões corporais e espirituais; deve haver respeito quanto à crença religiosa de cada paciente; é importante envolver a religiosidade/espiritualidade com a saúde dos pacientes – porém, não há uma certeza se estes profissionais praticam a integração da religiosidade/espiritualidade no cuidado aos pacientes, pois esta prática não está clara nos relatos. Ainda, em alguns relatos, há colocações que pressupõem uma incerteza da prática de integração da religiosidade/espiritualidade no cuidados dos pacientes, como, por exemplo, a falta de preparo para isto. Outras afirmam que o profissional da saúde não deve impor as questões espirituais e deve seguir uma lógica científica no cuidado aos pacientes.

- a) “O ser humano é um sistema integral, não é separado por partes.”
- b) “O paciente não só adocece fisicamente, mas também emocionalmente e espiritualmente.”
- c) “A espiritualidade tem grande importância no tratamento do corpo e mente.”
- d) “Alguns pacientes tem a questão mais espiritual do que clinica.”
- e) “Respeito a religião dos pacientes, independente de qual seja.”
- f) “Acredito que a demanda espiritual deve ser trazida pelo paciente e não imposta, pois existem pessoas de credos diferentes.”
- g) “Acredito ser de suma importância, no entanto não vejo as equipes de saúde sendo preparadas para tal atuação.”
- h) “Abordagem destas questões com os pacientes depende da abertura que o paciente dá ao profissional para abordar tais temas. Entendendo que o

⁷ Dentre 77 respostas válidas.

paciente deve tomar a iniciativa. O profissional de saúde deve ater-se às questões da profissão, seguindo a lógica científica para tratar o paciente.”

De acordo com os relatos, parece que na prática do cuidado aos pacientes, os profissionais de saúde preferem seguir o modelo biomédico, mesmo cientes da relação entre espiritualidade/religiosidade e saúde dos pacientes. Neste sentido, a visão biomédica de certa forma pode atrapalhar os profissionais de saúde em integrar a espiritualidade/religiosidade no cuidado aos pacientes. Contudo, alguns profissionais de saúde propõem alternativas para que a espiritualidade/religiosidade passe a integrar a prática do cuidado aos pacientes, como, por exemplo, os pacientes começarem a trazer a demanda espiritual para o tratamento e preparar as equipes de saúde para integrar a questão espiritual e religiosa no tratamento.

2.2.4.3 A prática do cuidado espiritual/religioso com base nas crenças e experiências religiosas dos profissionais da saúde

Nesta categoria, agrupam-se relatos de 7 profissionais da saúde (9%)⁸ que demonstram ser bem religiosos, pois expressam algumas peculiaridades religiosas na sua prática do cuidado aos pacientes, como, por exemplo, citar aos pacientes palavras que julgam sábias e confortantes encontradas na Bíblia; pedir a presença de um pastor e/ou capelão para atender os pacientes; orar e cantar; transmitir a presença de Deus na vida dos pacientes.

- a) “Falar sobre Deus e sobre o seu amor e sua misericórdia conforta e dá esperança aos nossos pacientes. Eles ficam mais confiantes em relação ao tratamento e muitas vezes a resposta ao tratamento é surpreendente!!”
- b) “Olhamos com outros olhos; sabemos as duas partes do histórico do paciente; lidando com a religião de cada um, sabemos o que e onde podemos agir para ajudá-los; dar conselho e confortar familiares se torna mais fácil com a sabedoria e palavras confortantes que encontramos na bíblia; ter sempre a disposição um capelão é essencial, ouvir os conselhos e contar sempre com uma oração; trabalhar na área de saúde dentro de uma UTI sempre regada com amor, ternura e solidariedade com o próximo, torna nosso trabalho mais confortável.”
- c) “Geralmente pergunto qual a religião do meu paciente e canto algumas músicas...”
- d) “Sou pastor e faço relação direta entre minha relação com pacientes e a espiritualidade.”
- e) “Comentar sobre a crença religiosa, e se permitido encaminhar para conversa/oração com pastor.”

⁸ Dentre 77 respostas válidas.

- f) “É muito importante você ter um contato com o paciente sem forçar um assunto específico, e no momento em que o paciente estiver confortável e de coração aberto para receber uma palavra de ajuda, é este o momento, às vezes eles vem evangelizar e ai tudo dá certo para os dois lados e, Deus age de certa forma tão linda e grandiosa que não dá nem para explicar.”
- g) “Sempre falo que existe um Deus que sabe de todas as coisas e para ele tudo é possível desde que seja de sua vontade, e peço para os pacientes, não importa qual a religião, estar sempre orando e pedindo a Deus para estar no comando de suas vidas. Trabalho com pacientes oncológicos, por isso falo de Deus por estarem supersensíveis e muitas vezes assustados com o diagnóstico.”

Observa-se que esta prática do cuidado espiritual/religioso com base nas crenças e experiências religiosas dos profissionais da saúde é algo peculiar com a tradição evangélica do hospital. De fato, estes frequentemente apontam a importância de um pastor, abordam assuntos ligados diretamente à crença e à prática religiosa cristã ou praticam a evangelização falando de Deus e de sua misericórdia. Neste contexto, considera-se que estes profissionais da saúde precisam ter a consciência de que nem todos os pacientes podem ser coniventes com a prática do cuidado com base nas suas crenças e experiências religiosas, ou seja, o profissional precisa averiguar se os pacientes estão receptivos e de acordo com este tipo de cuidado.

2.2.4.4 Profissionais da saúde que praticam a integração da religiosidade/espiritualidade no cuidado aos pacientes por meio da estimulação da religiosidade/espiritualidade dos pacientes

Ao contrário da categoria anterior, esta integração não se caracteriza a partir da religiosidade dos profissionais, como incentivo à leitura da Bíblia, oração, cânticos religiosos e outros, mas caracteriza-se a partir do diálogo sobre a fé em geral, palavras amigas, de esperança, de apoio e ajuda de paz e força, e da existência de um Deus e/ou Ser Supremo. Em todos estes diálogos que buscam estimular a religiosidade/espiritualidade dos pacientes 11 profissionais de saúde (14%)⁹ aparecem como um facilitador, que ajuda e apoia os pacientes a praticar a sua própria religiosidade/espiritualidade:

⁹ Dentre 77 respostas válidas.

- a) “Os pacientes encontram-se fragilizados e palavras de fé e esperança são sempre aceitas. Percebo que saem mais tranquilos quando conseguimos dar esse apoio.”
- b) “Nos momentos difíceis devemos ajudar os pacientes da melhor forma possível, tanto do lado profissional quanto do lado espiritual, até mesmo uma palavra amiga dizendo para acreditar, ajuda a pessoa a ter mais coragem e mais fé para continuar em frente.”
- c) “Tento conversar sobre sua crença e sua fé sempre tendo estimular esta prática de fé para melhoria do tratamento do paciente e dos acompanhantes. Ter fé de cura é o mais importante para podemos agir com a cura da medicina.”
- d) “Respeitar a crença de cada paciente. Sempre ouvi-lo e lha dizer alguma palavra desconforto. Isso é a minha prática diária.”
- e) “Tento dialogar com o paciente fazendo com que ele aceite a situação em que está vivendo de acordo com sua crença/religião. Deve haver entendimento das questões religiosas do paciente para que possamos abordá-lo com mais precisão. Falo sempre de Deus independente da crença do mesmo, caso perceba que não há aceitação, tento contornar a situação de acordo com as questões religiosas do paciente.”
- f) “Uma das experiências foi com familiar de pacientes muito graves, quando observei que eles estavam muito abalados, e para tentar amenizar eu perguntava se eles acreditavam em Deus ou em outro ser supremo e falava para eles então terem fé e pedir que ele o ajudasse independente se o paciente iria sobreviver, falava pra eles acreditarem porque só Deus sabia o que era melhor, levando em consideração o estado do paciente.”
- g) “Considero importante o conhecimento e crenças de cada paciente, em uma abordagem relativamente conseguimos identificar suas crenças, nos dando fundamentos para uma abordagem eficaz.”
- h) “Quando falamos de espiritualidade os pacientes se sentem confortáveis acolhidos.”
- i) “Respeito o paciente como um todo e me envolvo nas necessidades espirituais dele.”
- j) “Conforto os pacientes e aos familiares durante o processo saúde-doença.”
- k) “Em minha prática profissional, utilizo sempre a conversa sobre religião, pois muitos pacientes utilizam esse meio como uma parte do tratamento, pois todos acreditam em algo que lhes fornecem força e paz espiritual.”

Embora não haja um método universal para integrar a espiritualidade/religiosidade na prática do cuidado aos pacientes, considera-se que estes profissionais de saúde realizaram a integração de uma forma apropriada. O profissional, mais do que manifestar a sua religiosidade/espiritualidade, busca despertar nos pacientes a sua própria religiosidade/espiritualidade. Isto pode ajudar a evitar conflitos entre as crenças religiosas dos pacientes e dos profissionais e com os pacientes não religiosos, que possivelmente preferem ter um cuidado com palavras amigas, de esperança, de apoio e ajuda de paz e força, ao invés de um cuidado com características mais religiosas com orações, cânticos e leituras sagradas.

Portanto, esta integração da religiosidade/espiritualidade no cuidado em saúde tem se mostrado apropriada, pois atende à necessidade tanto de um paciente religioso quanto de um paciente não religioso. Além disto, a prática de cuidado com

palavras amigas, de esperança, de apoio e ajuda de paz e força aproxima-se mais do conceito de um cuidado hospitalar humanizado, tendo em vista que o cuidado com uma característica apenas religiosa pode fazer o paciente confundir e inverter a função médica dos profissionais da saúde pela função religiosa, ou pensar que o hospital é um espaço mais religioso do que médico.

2.2.4.5 A prática do cuidado espiritual/religioso aos pacientes por meio de um capelão/pastoralista

Nesta categoria encontram-se relatos dos 15 profissionais da saúde (19%)¹⁰ que consideram importante o atendimento religioso prestado por um líder religioso ou capelão/pastoralista aos pacientes. Os profissionais relatam que, por causa da tradição cristã evangélica do HUEC, a atuação do capelão/pastoralista é mais presente, sendo isto um fator importante e contribuinte para o processo de cura, recuperação dos pacientes e amparo aos familiares em meio à morte ou ao sofrimento dos pacientes. Ainda, dentro do contexto da importância, sendo o capelão/pastoralista hospitalar um profissional do campo da saúde e também da teologia e/ou religião, sua participação na equipe médica torna-se primordial, pois, às vezes, os profissionais da saúde não sabem como lidar com as questões religiosas dos pacientes. Também devido à ocupação com as atribuições específicas do trabalho, há relatos de profissionais da saúde apontando a falta de tempo como justificativa para não integração dessas questões na prática do cuidado, cabendo, portanto, ao capelão/pastoralista prestar este cuidado.

- a) “Eu acho importante ter um serviço de suporte nessa parte espiritual, alguns pacientes tem melhora significativa em seu tratamento devido a esse suporte.”
- b) “Acredito que a presença de líderes religiosos em ambientes hospitalares diminui o sofrimento e dá esperança aos pacientes e familiares.”
- c) “A presença de um representante religioso diante de enfermidade traz muitos benefícios e ajuda na recuperação.”
- d) “A presença do pastor é muito importante, principalmente no amparo aos familiares nos momentos difíceis.”
- e) “Acho que é viável em um ambiente hospitalar o apoio religioso independente de qual seja, trabalhando como uma equipe multiprofissional.”
- f) “Eu já tive a oportunidade de ver e de presenciar resultados maravilhosos, onde as pessoas eram consideradas desenganadas pelos médicos e foi so-

¹⁰ Dentre 77 respostas válidas.

licitado ao Pastor que orassem e no outro dia o resultado dos exames foram bons. Melhor são inúmeros os casos, e parabéns pela iniciativa de fazer esta pesquisa, Deus o abençoe.”

g) “Já presenciei casos de pessoas desenganadas pelos médicos e foi solicitado oração por um pastor e o pastor orou e esta pessoa foi curada por Deus.”

h) “Já testemunhei de caso onde o paciente estava desenganado dos médicos e foi solicitado ao Pastor que orasse ao repetir os exames o quadro de saúde desta pessoa mudou, na realidade foi à graça de Deus nesta vida, mas este pastor foi usado por Deus, porque a oração de um servo do Senhor tem muito poder em seus efeitos.”

i) “Em uma paciente em tratamento de queimadura, estava com sinais de depressão e foi solicitada a presença do pastor para realizar visitas todos os dias para melhor "conforto" pela situação. Porém a paciente veio a óbito, mas acreditamos que foi satisfeito as visitas e orações.”

j) “Em minha prática diária percebemos a importância do acompanhamento religioso por um líder, talvez essa seja uma forma de aliviar suas dores e aflições. Me vejo sempre em uma situação difícil perante a morte de um paciente, pois nunca sei como pedir por esta pessoa que se foi.”

k) “Observo que o serviço de capelania utilizado nos hospitais proporciona muita segurança para nós profissionais da área da saúde, e trazem tranquilidade, conforto mental aos pacientes. E faz parte no tratamento prestado ao paciente.”

l) “Em minha vivencia profissional trabalhei em outras instituições onde não haviam uma abordagem espiritual tão intensa quanto nesta instituição em que trabalho atualmente, e com essa experiência pude observar e comparar como é importante no atendimento aos pacientes, os capelães nos auxiliam em muitas questões e facilitam a abordagem dos pacientes.”

m) “Gosto desta instituição, pois acho que eles trabalham muito bem a parte da espiritualidade com pacientes e familiares. Sempre que precisamos do serviço de pastoral, esses nos atendem muito bem.”

n) “Aqui no hospital com ajuda da capelania facilita momentos de atendimento aos familiares e pacientes sendo momentos de muito sofrimento ou de graças, esse profissional consegue realizar uma conversa mais próxima do paciente atendendo as necessidade desse indivíduo, pois a enfermagem não consegue realizar tal atendimento devido demanda de falta de tempo e falta de alguns conhecimentos do âmbito religioso.”

o) “Como trabalho em UTI, nem sempre os pacientes estão aptos a diálogos, então fica difícil considerar algumas questões aqui presentes. No entanto temos um pastor bem presente no momento, que uma vez na semana toca violão e canta curtas canções, acredito que essa energia boa é sentida pelos pacientes, e ainda que não os traga a cura, acalenta seus corações.”

De acordo com estes relatos, através do pastoralista/capelão, considera-se que pode haver uma harmonia entre as questões religiosas e de saúde na prática do cuidado aos pacientes entre os profissionais da saúde. Neste sentido, o pastoralista/capelão deve conduzir seu trabalho integrado à equipe médica, e sua função é comunicar uma visão holística da pessoa, bem como as dimensões sociais, físicas e psíquicas do ser, cultivando uma espiritualidade salvífica, sendo cuidador que gera vida e esperança em meio à dor, ao sofrimento e à morte. Os relatos acima, ainda, mostram que existe uma percepção positiva dos profissionais da saúde acerca da atuação do capelão no hospital é positiva.

2.2.4.6 Percepções dos profissionais da saúde acerca do impacto negativo da religiosidade/espiritualidade na saúde dos pacientes

Nesta categoria encontram-se experiências consideradas negativas dos 6 profissionais da saúde (7%)¹¹ sobre a religiosidade/espiritualidade e à saúde dos pacientes; por exemplo: quando a crença religiosa atrapalha o tratamento médico; quando o paciente se sente abandonado por Deus; ou quando a causa da enfermidade é atribuída à negligência religiosa.

Em alguns relatos, os profissionais da saúde descrevem a importância da religiosidade/espiritualidade como uma influência positiva no tratamento dos pacientes e no enfrentamento de doenças. Ainda mencionam a importância de se ter um profissional qualificado e/ou um líder religioso para lidar com as questões espirituais e religiosas dos pacientes. Todavia, os profissionais da saúde também descrevem um lado negativo, como, por exemplo, quando os pacientes acreditam que a religião é mais importante do que as orientações e dicas no processo de tratamento da enfermidade; quando a presença de um religioso atrapalha o trabalho dos profissionais da saúde, influenciando negativamente as decisões familiares dos pacientes sobre o tratamento médico; quando há uma falta de equilíbrio entre a crença religiosa e o tratamento médico; e quando há um exagero ao forçar a questão espiritual no ambiente hospitalar.

a) “Algumas religiões/crenças levam a desentendimentos de maior agravamento ao tratamento do que ao auxílio para o paciente.”

b) “Já peguei casos em que o paciente não aceita receber CH devido a sua religião.”

c) “Um paciente com tratamento de câncer me relatou que estava agoniado por ter passado todo o tempo de sua vida buscando adquirir coisas e não teve tempo para Deus, e que naquele momento ele estava precisando de Deus mais que tudo e não tinha certeza se Deus o atenderia por causa de sua falta para com Deus. Neste momento é muito importante uma pessoa qualificada lidar com uma questão tão complicada, onde envolve um sentimento de abandono de Deus.”

d) “Paciente tem que entender que religião é uma coisa, e tratamento médico é outra! Se ele sabe conciliar as duas, ótimo! Se coloca a religião acima do tratamento, então quer dizer que a religiosidade está atrapalhando sua vida.”

¹¹ Dentre 77 respostas válidas.

e) “Em alguns casos o líder religioso influencia de maneira positiva no tratamento do paciente, porém, é necessário que existam momentos exclusivos para isso para que não prejudique as rotinas de trabalho já estabelecidas e nem influencie os familiares em condutas e decisões.”

f) “É possível observar que a espiritualidade está presente nos pacientes, e para eles fazem parte do tratamento e ajudam no enfrentamento da doença, acredito que a questão psicológica que está ligada a espiritualidade, tem uma boa influência, no entanto, devido a gama de crenças, algumas restringem formas de tratamento, o que torna negativo do ponto de vista profissional. Assim, como tudo que nos cerca, deve ser utilizado com equilíbrio e respeitando a crença de cada pessoa, paciente, familiar ou profissional.”

Analisando os relatos, considera-se que realmente existem pacientes religiosos com determinadas práticas e crenças que vão contra o princípio de conservação da vida. Sabe-se que o objetivo de qualquer profissional de saúde é preservar e/ou conservar a vida, portanto, quando a crença e a prática religiosa conspiram contra isto, pode haver por parte dos profissionais da saúde uma percepção negativa em relação à religiosidade/espiritualidade na saúde.

Todavia, estes profissionais precisam considerar que a maior parte das religiões e crenças religiosas defende e preza a vida do ser humano, e isto inclui submeter-se ao tratamento e/ou orientação médicas. Neste sentido, mesmo que existam pacientes com crenças e práticas religiosas danosas à sua saúde, é necessário os profissionais da saúde considerar também a contribuição positiva das práticas religiosas para a saúde dos pacientes.

2.2.4.7 Percepções dos profissionais da saúde acerca do impacto positivo da religiosidade/espiritualidade para a saúde dos pacientes

Nesta categoria, há uma percepção de 16 profissionais (20%)¹² sobre o efeito positivo do emprego de estratégias de *coping* pelos pacientes e sua importância e efeito no tratamento/recuperação, por exemplo: aceitação da condição de saúde; ter paz e conforto em meio à enfermidade; descoberta de uma razão de viver por meio da condição de saúde; ter uma melhor recuperação no tratamento médico; colaboração para o trabalho dos profissionais da saúde; promoção da cura de enfermidades; e ajuda no enfrentamento de situações difíceis, como o sofrimento, a dor e o luto.

¹² Dentre 77 respostas válidas.

- a) “A fé é um fator importante na recuperação do doente.”
- b) “Acredito que o cuidado espiritual interfere de fator positivo no cuidado material.”
- c) “Percebo que alguns pacientes realmente são curados de doenças que os médicos já não possuem mais soluções, por conta de sua fé.”
- d) “O paciente em fase terminal na maioria dos casos procura ajuda espiritual.”
- e) “Acredito que a fé auxilia muito no tratamento hospitalar, principalmente no momento de aceitação de uma doença e principalmente do óbito.”
- f) “Uma criança com morte cerebral, os pais não aceitavam... depois de 7 dias o pai chegou e falou que o filho dele já estava no céu brincando e iria falar com a esposa depois de 2 horas a criança entrou em óbito. A aceitação da morte.”
- g) “Em minha experiência profissional pude observar que pacientes em estado terminal, que se mostraram apegados a sua religiosidade sempre tem melhor aceitação de seu estado e de sua condição, o que facilita seu tratamento e facilita também a aceitação e conforto da família, o que facilita o nosso trabalho.”
- h) “Percebo na minha prática diária que pacientes que demonstram mais fé, conseguem superar e passar melhor pelas dificuldades, principalmente aceitam melhor a dor que tem vivenciado, muitas vezes crendo que o que está acontecendo é por algum motivo divino.”
- i) “Muitos pacientes referem gostar de ler materiais religiosos enquanto estão internados, às vezes trazem seus ‘amuletos’ para ficar junto com eles durante esse período, e muitas vezes isso trás paz e conforto para eles.”
- j) “É importante essa relação, pois muitos pacientes com problema de saúde se apegam a religião em orações, pedidos. Acredito que isso faça muita diferença no tratamento do doente.”
- k) “Sim a espiritualidade tem em partes uma importância vital para o tratamento de uma comorbidade e o fato do paciente estar com pensamentos positivos ajuda em muito em sua melhora ou em sua aceitação de seu caso atual ou futuro.”
- l) “Não adianta cuidar somente do corpo físico, e preciso cuidar também do nosso espírito, pois não somos constituídos somente de carne e sim de um envoltório enérgico a ser ainda totalmente decifrado. Podemos perceber que o paciente que cuida também da parte espiritual e tem alguma crença, consegue um melhor enfrentamento dos obstáculos, conseguindo evoluir melhor em qualquer tratamento.”
- m) “Na vivência que tive até momento pude perceber que a confiança em um ser superior e na religiosidade da um impulso e esperança para que o paciente busque forças para realizar o tratamento e buscar a cura ou até mesmo desenvolve um novo motivo para querer viver.”
- n) “Percebo que o aspecto tanto dos pacientes quando dos familiares melhoram, sentem-se mais esperançosos, alegres e conseqüentemente melhora o estado de humor dos pacientes.”
- o) “Durante o processo de doença do paciente, este encontra-se fragilizado fisicamente e espiritualmente, um conforto espiritual oferecido pode acalmar, tranquilizar e confortar tanto cliente como familiar. Acredito que a espiritualidade está completamente ligada a saúde física e ambos devem ser tratadas com o mesmo respeito e importância.”
- p) “No ambiente hospitalar é importante a espiritualidade, pois os pacientes independente da religião creem muito que Deus está agindo, mas tem que saber dosar, não forçar. Mas acredito que uma oração é sempre muito bem vindo.”

As observações dos profissionais da saúde sobre a influência positiva da religiosidade/espiritualidade no tratamento médico dos pacientes são um indicador im-

portante para a prática de cuidado em saúde. São relatos de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, pastoralistas e outros que são sujeitos inseridos cotidianamente no ambiente hospitalar. Portanto, as suas experiências podem apontar as necessidades e oportunidades em relação ao cuidado em saúde, como, por exemplo, a integração da religiosidade/espiritualidade, que influencia positivamente o tratamento médico.

2.2.4.8 CRE na vida pessoal dos profissionais da saúde

Nesta categoria, encontram-se relatos de 11 profissionais da saúde (14%)¹³ que utilizam a sua religiosidade/espiritualidade como um recurso de enfrentamento de situações difíceis em sua vida pessoal, no ambiente de trabalho, com a equipe médica e com os pacientes e familiares. Exemplos: praticar algum rito religioso; participar de cultos ou orar; buscar a presença divina (Deus) e/ou a espiritualidade no dia a dia; realizar o trabalho de acordo com as crenças em Jesus ou orientado pelo Espírito Santo.

- a) “É muito importante estar sempre na presença de Deus para enfrentar qualquer problema, seja de saúde ou outros.”
- b) “Quando é possível participar da integração da espiritualidade, sempre me proponho a ir ao culto, pois é importante para o nosso dia a dia.”
- c) “Quando tenho dificuldades no trabalho, tanto com pacientes como colegas, busco sempre minhas práticas religiosas e sinto-me melhor para praticar as atividades do dia a dia.”
- d) “A fé em Deus é imprescindível para a recuperação do paciente. Temos que sempre colocarmos as nossas vidas nas mãos de Deus.”
- e) “Não questiono a religião do paciente, temos o direito de escolhas como seres vivos. Acredito num ser superior que nos criou e faço o meu trabalho com amor como Jesus nos ensinou.”
- f) “Acredito e vivencio que a prática religiosa, o ser religioso de uma pessoa esteja ela em qualquer momento de sua vida seja importante, pois interferirá na sua reação a enfrentamento de dificuldades que surgirão em sua vida.”
- g) “Durante os atendimentos frequentemente, costumo fazer minhas orações para que possa atender os pacientes/familiares em sua totalidade. Inclusive nos momentos de casos de pacientes terminais ou óbitos. Acredito que tudo que fazemos deva ser também permeado com orientação do Espírito Santo nas nossas ações diárias. Já tive experiências muito fortes nesse sentido.”
- h) “Como pastoralista tenho tido boas experiências nas questões religiosas ajudando a recuperação dos pacientes.”
- i) “Acredito que a espiritualidade nos dá força e entendimento para lidar com as dificuldades do próximo, ela nos torna mais humanos para acolher a dor do outro, nos colocar no lugar dele para então poder dar algum conselho.”

¹³ Dentre 77 respostas válidas.

j) “Quando estou fortalecida em meu caminhar com Deus sinto muita diferença nos relacionamentos, trabalho, estudos entre outras atividades que faço no meu dia a dia. Sinto-me mais calma, amorosa, dedicada, sensível. A prática religiosa seja qual for é de suma importância a todas as pessoas. Por que sem Deus não somos nada, porém Deus sem nós ainda continua sendo Deus.”

k) “Precisamos estar bem espiritualmente sim antes de cuidarmos de pessoas doentes, fragilizados, porém respeitando toda e qualquer religião, pois acredito que a crença/fé de cada indivíduo é capaz de tudo inclusive um ‘milagre’ e a pessoa se sente capaz de superar grandes obstáculos da vida.”

m) “Na minha vivência, frequentemente temos a presença de religiosos, tanto para pacientes acordados como os sedados. Os que estão acordados sentem-se muito bem com a presença do religioso, que por vezes é evangélico e outras católicas. Agradecem sempre a presença deles, muitas vezes se emocionam, e até pedem orações ou pedido de algum hino a ser cantado (é rotina uma vez na semana o pastor entrar na UTI e cantar com a equipe, e sempre próximo dos pacientes que estão acordados). Até mesmo para nós profissionais é bom, sentirmos as forças renovadas, um ânimo a mais, já que nosso dia a dia é muito próximo da dor do próximo.”

Embora não sejam especificamente relatos de experiência de integração da religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado, mas da religiosidade/espiritualidade dos profissionais da saúde como uma forma de enfrentar as adversidades da vida, nota-se que eles estão associados à experiência de integração. Por exemplo, em alguns relatos citados acima, a espiritualidade no cuidado aos pacientes está associada ao fato de o profissional ir ao culto e com seu dia a dia; também se observa que a espiritualidade/religiosidade do paciente é imprescindível para a sua recuperação, e, para que isto aconteça, é preciso que o profissional coloque a sua vida nas mãos de Deus; as orações do profissional servem para melhor atender os pacientes/familiares em sua totalidade; a espiritualidade do profissional ajuda acolher a dor do outro; a comunhão entre Deus e o profissional ajuda nas atividades do dia a dia e no cuidado com os pacientes; as práticas religiosas, orações e cânticos feitos por um capelão renovam as forças e o ânimo dos profissionais para lidar com a dor do próximo.

Diante do acima exposto, considera-se que para estes profissionais a integração da religiosidade/espiritualidade no cuidado em saúde implica envolver a própria crença religiosa e espiritual, o que parece oferecer uma melhor condição para cuidar do paciente. Isto aponta para o fato de que o profissional recorre à sua religiosidade/espiritualidade como um recurso para cuidar de si mesmo, antes de cuidar do outro. Neste sentido, a religiosidade/espiritualidade no cuidado em saúde precisa contemplar todos os sujeitos inseridos no contexto hospitalar: os pacientes e os pro-

fissionais da saúde, que, em meio às adversidades da vida, recorrem à religiosidade/espiritualidade como uma forma de cuidado.

2.3 SOBRE O INSTRUMENTO UTILIZADO NA COLETA DOS DADOS: UMA ANÁLISE

Como se trata de uma análise exploratória do questionário de pesquisa, optou-se por utilizar um recurso estatístico para análise das respostas obtidas com o questionário, que é a análise fatorial exploratória. De acordo com Espinoza (2003, p. 106), trata-se de um procedimento estatístico multivariado, que identifica variáveis altamente correlacionadas, agrupando-as em fatores. Neste contexto, considera-se que cada pergunta do questionário buscou avaliar a percepção dos respondentes a respeito de uma variável observável. De acordo com semelhanças nos padrões de resposta observados nas diversas variáveis (perguntas do questionário), foram identificados os fatores, os quais podem ser entendidos como construtos. Estes construtos, depois de avaliada sua relevância estatística, devem ser interpretados à luz da teoria que fundamenta o estudo.

Para aplicar a análise fatorial, de acordo com Damasio (2012, p. 215), é necessário averiguar se a matriz de dados é apta para este tipo de análise. Para isso, utilizam-se dois critérios: o primeiro é o critério de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), também, conhecido como “Medida de Adequação da Amostra”, uma medida para quantificar o grau de intercorrelações entre as variáveis, assumindo um valor entre zero e um (Hair et al, 2005, p. 98). Para Hair et al (*idem*), quando o valor for menor que 0,5 é inaceitável; neste caso, deve-se descartar a hipótese de aplicar a análise fatorial. Valores entre 0,5 e 0,7 não são muito relevantes estatisticamente. Valores entre 0,7 e 0,8 são considerados bons. Valores entre 0,8 e 0,9 são considerados excelentes. Dentro deste contexto, no questionário aplicado aos profissionais da saúde, o valor obtido do teste de KMO foi 0,798, algo próximo daquilo que os autores pesquisados consideraram um valor excelente. O segundo critério é o teste de esfericidade de Bartlett, que avalia a significância de todas as correlações em uma matriz de dados (Hair et al, 2005, p. 98).

Para Hair et al (2005, p. 91), “valores do teste de esfericidade de Bartlett com níveis de significância inferiores a 5% ($p < 0,05$) indicam que a matriz é “fatorável” e que se pode prosseguir com a análise fatorial. No questionário aplicado aos profissionais da saúde, o valor obtido no teste de Bartlett indicou $p < 0,001$, ou seja, a matriz

de dados obtida é fatorável. Na prática, isso significa que se pode prosseguir com a análise.

Posterior aos testes KMO e Bartlett — métodos de retenção¹⁴ que buscam averiguar a possibilidade do uso da análise fatorial —, faz-se tal análise. Em alguns casos, como o presente estudo, é necessário, ainda, aplicar um método de rotação¹⁵. Para isso, foi utilizado o método de rotação ortogonal *varimax*¹⁶. De acordo com Espinoza (2003, p. 107), essa rotação busca relacionar os fatores distintos e não correlacionados e, assim, simplificar a interpretação dos fatores que não estejam claros, ou seja, é possível conseguir uma melhor interpretação dos resultados à luz do significado das variáveis.

2.3.1 Resultados da análise fatorial

Na condução da análise fatorial sobre as respostas a um conjunto de questões respondidas pelos 106 profissionais da saúde¹⁷, se obteve como resultado quatro fatores, o primeiro fator correlacionou perguntas em torno do impacto positivo da religiosidade/espiritualidade para o tratamento dos pacientes; o segundo, sobre a abordagem da religiosidade/espiritualidade no cuidado aos pacientes na formação dos profissionais da saúde; o terceiro, sobre o atendimento espiritual e religioso por meio do pastoralista/capelão; e o quarto, sobre a religiosidade/espiritualidade na vi-

¹⁴ Busca-se fazer a retenção de itens que contêm informação importante para avaliar o construto sob investigação. Veja: LAROS, J. A. “O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores”. In: L. Pasquali (org.). *Análise fatorial para pesquisadores*. Brasília: LabPAM, Editors, 2005, p. 171.

¹⁵ O objetivo do processo de rotação é conseguir uma estrutura fatorial simples. Uma estrutura simples é alcançada quando cada variável, preferencialmente, tem uma única carga alta em um único fator. Veja: LAROS, J. A. “O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores”. In: L. Pasquali (org.). *Análise fatorial para pesquisadores*. Brasília: LabPAM, Editors, 2005, p. 184.

¹⁶ O objetivo de Varimax é maximizar a variância das cargas fatoriais para cada fator por meio do aumento das cargas altas e da diminuição das cargas baixas. LAROS, J. A. “O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores”. In: L. Pasquali (org.). *Análise fatorial para pesquisadores*. Brasília: LabPAM, Editors, 2005, p. 185.

¹⁷ Apesar da amostra utilizada neste estudo ser pequena, algo que limita os resultados da análise fatorial ao grupo estudado, ou seja, não permite extrapolação ou generalização, de todo modo, a opção pela análise fatorial se deu por se tratar de um estudo exploratório e por seu ineditismo dentro da teologia.

da dos profissionais da saúde. Os quatro fatores possuem uma variância explicada de 51,8%. Isto significa que os quatro fatores identificados conseguem representar 51,8% das informações constantes nas 17 perguntas e, de acordo com Hair et al (2005, p.106), valores superiores a 50% são considerados satisfatórios. O primeiro fator contribui com 17,066%; o segundo com 14,751%; o terceiro com 11,306%; e o quarto com 8,747%. Os quatro fatores encontrados representam 17 das 23 perguntas do questionário, que foram elaboradas usando a escala de Likert, ou seja, perguntas fechadas com opções de respostas: discordo totalmente a concordo totalmente e totalmente falso a totalmente verdadeiro.

A análise fatorial permitiu agrupar em fatores as perguntas mais relevantes das cinco seções do questionário. Por isso agrupam-se, em cada um dos quatro fatores, uma ou mais perguntas, conforme um indicador denominado fator de carregamento. É desejável que seu valor seja, ao menos, próximo de 0,5; quanto maior, mais forte é a correlação da pergunta com o seu respectivo fator (HAIR et al, 2005, p. 107).

2.3.2 Discussões

Os quatro fatores encontrados na análise foram nomeados de acordo com a peculiaridade de correlação das perguntas (variáveis). São eles:

Fator 1 - O impacto positivo da religiosidade/espiritualidade para o tratamento dos pacientes

	Fator de carregamento
P21 - A religiosidade do paciente (tais como oração, reza, meditação, frequência a um grupo religioso) coopera no tratamento.	0,824
P22 - A espiritualidade do paciente tem influência positiva em seu tratamento.	0,744
P23 - É importante para o profissional da área da saúde compreender melhor a relação entre saúde e espiritualidade.	0,481
O teste Alfa de Cronbach apresentou valor de 0,791. Caso qualquer uma das questões seja retirada, o valor do Alfa de Cronbach resta reduzido. Portanto, considera-se que cada uma das questões contribui positivamente com este fator.	

Neste fator, agrupam-se perguntas correlacionadas com o impacto positivo da religiosidade/espiritualidade no tratamento. Ressalta-se que, na análise fatorial, ne-

nhuma pergunta relacionada à questão negativa da religiosidade/espiritualidade no tratamento apresentou correlação significativa com outra a ponto de gerar um novo fator (construto).

Porém, de um lado, o fator agrupa uma pergunta que não é específica sobre o impacto positivo ou negativo da religiosidade/espiritualidade no tratamento, mas refere-se à importância dos profissionais da saúde compreender melhor a relação entre saúde e espiritualidade (P23). Nesse sentido, considera-se que “compreender melhor” pode também remeter aos impactos causados pela relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde, sejam eles positivos ou negativos, os quais são inevitáveis no tratamento dos pacientes, tendo em vista, por exemplo, as diferentes óticas dos pacientes, dos familiares e dos profissionais sobre a relação da saúde com as crenças e práticas religiosas ou espirituais.

Por outro lado, as perguntas sobre o impacto positivo da espiritualidade/religiosidade no tratamento dos pacientes são extremamente relevantes. A pergunta com a maior relevância, com valor de 0,824, deste fator e entre todos outros fatores refere-se ao efeito positivo da religiosidade (oração, meditação e frequência a um grupo religioso) no tratamento dos pacientes (P21). A segunda pergunta mais relevante, com valor de 0,744, deste fator e entre todos outros fatores, refere-se à influência positiva da espiritualidade no tratamento (P22). Ou seja, as altas relevâncias destas perguntas como as mais relacionadas ao fator em questão podem indicar que os profissionais estão convictos de que há um maior impacto positivo da religiosidade/espiritualidade no tratamento dos pacientes.

Ainda, percebe-se que a pergunta 21, referente à influência da “religiosidade” (oração, meditação e frequência a um grupo religioso) para o tratamento dos pacientes, tem um maior peso na definição deste fator, quando comparada com a pergunta 22, que se refere à influência positiva da “espiritualidade” no tratamento. Dentro deste contexto, pode-se depreender que, para os profissionais da saúde, a espiritualidade dos pacientes ocorre mediante as práticas religiosas: oração, meditação e frequência a um grupo religioso. A composição do fator parece, ainda, indicar que para estes profissionais, a espiritualidade não é uma noção própria, mas algo derivado da religiosidade.

Ressalta-se isto pelo fato de que esta compreensão da espiritualidade como algo derivado da religiosidade pode interferir tanto positiva como negativamente na abordagem da religiosidade/espiritualidade no tratamento dos pacientes. Por exem-

plo, um paciente que apresenta a necessidade de ter um cuidado espiritual, de um lado, pode se sentir mais bem amparado se receber juntamente neste cuidado práticas religiosas, como orações, meditações e outras. De outro lado, pode também ter a sensação de estar sendo desrespeitado por causa de uma imposição religiosa ou insatisfação com a abordagem religiosa realizada no cuidado.

Portanto, neste contexto, mesmo que a espiritualidade seja derivada da religiosidade e positiva para o tratamento, cabe aos profissionais da saúde considerar na abordagem tanto a questão da religiosidade como da espiritualidade.

Fator 2 - A abordagem da religiosidade/espiritualidade no cuidado aos pacientes na formação dos profissionais da saúde

	Fator de carregamento
P31 - Profissionais da saúde deveriam receber formação sobre como abordar as questões religioso-espirituais do paciente durante o tratamento.	0,711
P32 - Sinto-me confortável em abordar questões religioso-espirituais durante o processo de tratamento.	0,677
P30 - Frequentemente pergunto aos meus pacientes sobre questões religiosas ou espirituais.	0,640
P28 - É importante ter conhecimento de questões relativas à religiosidade ou espiritualidade do paciente em tratamento de saúde.	0,628
P29- Os pacientes gostariam de trazer as questões religioso-espirituais para o tratamento.	0,578
P24 - É importante reconhecer as necessidades espirituais dos pacientes.	0,555
Alfa de Cronbach: 0,820. Caso qualquer das perguntas seja excluída, o Alfa de Cronbach assume valor inferior. Portanto, considera-se que todas as perguntas contribuem positivamente com este fator.	

Neste fator há correlações de perguntas sobre a abordagem da religiosidade/espiritualidade no tratamento dos pacientes, sendo a pergunta com maior fator de carregamento do fator a de receber formação sobre como abordar a questão espiritual e religiosa no tratamento (P31). Portanto, de um lado, a boa abordagem da religiosidade/espiritualidade no tratamento dos pacientes está correlacionada com o fato de os profissionais da saúde receberem formação sobre esta temática.

Por outro lado, na segunda e na terceira perguntas com maior fator de carregamento do fator, os profissionais que declararam se sentir confortáveis em abordar

a questão espiritual e religiosa no tratamento (P32) também realizam com frequência (P30) estas perguntas. Neste sentido, entende-se que a formação pode ajudar o profissional a se sentir mais confiante ou mais preparado para abordar tal questão.

De fato, em outra pergunta correlacionada a este mesmo fator, os profissionais responderam sobre a importância de se ter o conhecimento sobre a questão religiosa e espiritual no tratamento de saúde (P28). Portanto, mesmo para os profissionais que já abordam esta questão com frequência no tratamento, ainda assim é importante se ter um conhecimento sobre isto. Neste sentido, este conhecimento se correlaciona com a formação sobre a questão espiritual e religiosa no tratamento.

Ainda, vale ressaltar a correlação entre as perguntas que tratam de receber formação sobre como abordar a questão espiritual e religiosa no tratamento (P31) e da importância de ter conhecimento sobre esta questão no tratamento de saúde (P28) com reconhecer as necessidades espirituais e religiosas dos pacientes (P24) e se estes gostariam de trazer estas necessidades para o tratamento (P29). Neste contexto, considera-se que a formação e o conhecimento sobre a religiosidade/espiritualidade pode ajudar os profissionais da saúde a reconhecer a necessidade espiritual e religiosa dos pacientes e identificar se estes gostariam de trazer isso para o tratamento. Em geral, os profissionais da saúde que apresentam concordância com uma destas questões concordam também com as demais e, portanto, podem abordar a religiosidade/espiritualidade dos pacientes ou encaminhá-los a um pastoralista/capelão. O inverso vale para aqueles que apresentam discordância com tais questões: neste caso, os mesmos não abordam a religiosidade/espiritualidade, limitando-se às questões relativas aos cuidados com a saúde.

Fator 3 - O atendimento espiritual e religioso por meio do pastoralista/capelão

	Fator de carregamento
P33 - Considero importante a atuação de um pastoralista ou líder religioso atendendo a necessidades espirituais dos pacientes no meio hospitalar.	0,808
P34 - Eu encaminharia um paciente a um pastoralista ou líder religioso caso este fosse apto para fazer atendimentos religiosos e/ou espirituais.	0,728
Alfa de Cronbach apresenta valor de 0,800, denotando a confiabilidade interna do fator (construto).	

Neste fator encontram-se duas perguntas altamente relevantes sobre a atuação de um pastoralista/capelão no ambiente hospitalar. Uma delas se refere à importância da atuação do pastoralista/capelão para atender às necessidades espirituais dos pacientes (P33). A outra se relaciona ao profissional de saúde e se ele encaminharia um paciente a um pastoralista ou líder religioso caso este fosse apto para fazer atendimentos religiosos e/ou espirituais (P34). Considerando a correlação entre estas perguntas, analisam-se os seguintes pontos:

- 1) Percebe-se que a pergunta 33 se refere à atuação de um pastoralista/capelão (a maior parte deles é cristã) ou líder religioso (qualquer religião); portanto, há dois sujeitos. Na maioria das vezes, o pastoralista/capelão também é um líder religioso, como, por exemplo, o pastor ou padre que realiza ações pastorais no ambiente hospitalar. Já o líder religioso não precisa necessariamente ser um pastoralista/capelão para realizar o atendimento espiritual e religioso dos pacientes. Porém, para os profissionais da saúde, tanto o pastoralista/capelão quanto o líder religioso precisa ser apto para fazer o atendimento religioso e espiritual, ou seja, ter um preparo ou uma formação teórica e prática sobre isto.
- 2) Como na maioria dos hospitais, no HUEC cada profissional possui uma atribuição específica de afazeres. Neste contexto, o atendimento religioso e espiritual aos pacientes faz parte das atribuições do pastoralista/capelão. Por isso, torna-se importante a sua atuação no ambiente hospitalar, pois o pastoralista/capelão é o profissional apto para realizar o atendimento espiritual e religioso aos pacientes que são encaminhados pelos profissionais da saúde.
- 3) O elevado fator de carregamento observado nas perguntas com foco no pastoralista/capelão e no atendimento espiritual e religioso pode ser pelo fato de que, além de atender os pacientes, o pastoralista/capelão pode prestar atendimento espiritual e religioso aos profissionais da saúde. De fato, a religiosidade/espiritualidade é um recurso que ajuda os profissionais da saúde a lidar com problemas da vida e realizar melhor o seu trabalho.
- 4) As duas perguntas são independentes; entretanto, o fato de ambas comporem um fator denota que aqueles que responderam com concordância elevada uma delas, também o fizeram em relação à outra. Do mesmo modo, uma resposta discordante em uma delas, em geral, representará também resposta discordante na outra.

Fator 4 - A religiosidade/espiritualidade na vida dos profissionais da saúde

	Fator de carregamento
P27 - A oração/reza é uma prática que utilizo quando enfrento problemas no trabalho.	0,713
P15 - Toda a minha vida se fundamenta em minha espiritualidade.	0,695
P16 - A espiritualidade ajuda a manter minha vida equilibrada e estável do mesmo modo como minha cidadania, minhas amizades e minha participação em outros grupos me ajudam.	0,690
P14 - Eu me esforço para viver toda a minha vida de acordo com minhas crenças religiosas.	0,549
P17 - Em minha vida, eu sinto a presença divina (ou do sagrado, de uma energia cósmica, de um ser superior, de Deus, do Espírito Santo ou de algo maior que eu).	0,539
P13 - É importante, para mim, ter um tempo privado para fazer minhas meditações e orações.	0,381
Alfa de Cronbach com valor de 0,799, que se reduz caso qualquer das perguntas seja retirada do fator. Portanto, considera-se que todas as perguntas contribuem positivamente para este fator.	

Neste fator, agrupam-se perguntas relacionadas à espiritualidade (P15, P16 e P17) e à religiosidade (P14 e P27) dos profissionais da saúde, confirmando na prática a relação entre ambas encontrada na teoria que foi pesquisada para o presente estudo — correlação positiva entre as respostas.

Para os profissionais da saúde, a espiritualidade aparenta ser uma dimensão da transcendência humana, presente na vida, sentida como presença divina ou do sagrado, de uma energia cósmica, de um ser superior, de Deus, do Espírito Santo ou de algo maior que o ser humano (P17). Todavia, esta forma de espiritualidade é vivida e entendida por meio da religiosidade. De fato, a pergunta mais relevante do fator se refere à religiosidade — neste caso, a prática religiosa da oração como um recurso utilizado para enfrentar os problemas no trabalho (P27). Já a segunda pergunta mais relevante busca avaliar se toda a vida dos profissionais se fundamenta

na sua espiritualidade (P15). Ainda, outra pergunta correlacionada ao fator é: “Eu me esforço em viver toda a minha vida de acordo com minhas crenças religiosas”? (P14).

Portanto, pode-se entender neste contexto que, para os profissionais da saúde, a espiritualidade ocorre por meio da religiosidade, por práticas e crenças religiosas — como a importância das meditações e orações realizadas de forma privada (P13) —, que se refletem em toda vida; por exemplo, no ambiente de trabalho (P27) e no exercício da cidadania, no convívio social com amigos e na participação em grupos (P16).

Da presente análise, pode-se depreender que as técnicas estatísticas aplicadas não têm a pretensão de substituir a análise das questões fundamentais deste estudo. As mesmas se prestaram a contribuir para a interpretação dos resultados observados nas respostas às perguntas do questionário e, em alguns casos, confirmar ou reforçar questões estudadas na literatura. Neste sentido, os resultados obtidos pela análise fatorial reforçam a importância da reflexão teológica sobre a religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado em saúde, e da confiabilidade do questionário.

3. A CONTRIBUIÇÃO DA TEOLOGIA PARA O CUIDADO EM SAÚDE

Ao chegar ao último capítulo, parte-se para a reflexão sobre algumas questões importantes relacionadas à contribuição da teologia no contexto do cuidado em saúde. Esta reflexão é fundamentada nas discussões dos capítulos anteriores. Por isso, este capítulo se estrutura da seguinte forma: no tópico 1, “A metodologia em um estudo teológico sobre a saúde”, busca-se fazer uma reflexão sobre a importância da metodologia utilizada neste estudo, que ajuda a explorar melhor o tema da pesquisa.

No tópico 2, “A religiosidade/espiritualidade dos pacientes e a prática do cuidado em saúde entre os profissionais da saúde”, aponta-se informações sociodemográficas entre crenças e saúde e, também, dados da pesquisa sobre a influência positiva e negativa da religiosidade/espiritualidade no tratamento médico. Dentro disto, considera-se como os profissionais da saúde podem lidar com estas situações.

No tópico 3, “As crenças dos profissionais da saúde acerca da religiosidade/espiritualidade no cuidado aos pacientes”, aborda-se como os profissionais podem utilizar as suas crenças religiosas e espirituais visando o cuidado com os pacientes.

No tópico 4, “Religiosidade/espiritualidade na formação dos profissionais da saúde”, propõe-se a necessidade de inserir na grade curricular dos diversos cursos da área da saúde temas sobre religiosidade/espiritualidade e saúde. Também, aponta-se formas de qualificar os profissionais sobre este tema.

No tópico 5, “Uma reflexão bíblica sobre saúde na perspectiva do cuidado”, descreve-se exemplos bíblicos de cuidado em saúde.

No tópico 6, “O cuidado em Cristo como um modelo para os profissionais da saúde”, aborda-se a prática do cuidado integral da pessoa a partir de Cristo, que pode ser um modelo para os profissionais da saúde.

No tópico 7, “A Igreja, os profissionais da saúde e o cuidado”, descreve-se como ocorre o cuidado na Igreja, que pode auxiliar os profissionais da saúde no cuidado em saúde.

No tópico 8, “As percepções dos profissionais da saúde acerca do capelão/pastoralista no contexto de cuidado” e, finalmente, no tópico 9, “O capelão/pastoralista, um cuidador dos profissionais da saúde diante de suas experiências com a morte e sofrimento”, descreve-se a importância do capelão/pastoralista no

contexto hospitalar, como agente de cuidado espiritual/religioso para os pacientes e profissionais da saúde.

3.1 A METODOLOGIA EM UM ESTUDO TEOLOGICO SOBRE A SAÚDE

Como visto na revisão de literatura sobre a religiosidade/espiritualidade e saúde, ainda há poucos estudos que utilizam um método de pesquisa quantitativo, ou misto, qualitativo e quantitativo na área em questão, sendo da ciência da saúde a maior parte dos estudos com método de pesquisa quantitativo. A medicina, por exemplo, já possui uma tradição histórica de pesquisa com este método (TURATO, 2005, p.508). Também a psicologia frequentemente utiliza escalas quantitativas a fim de validar seus estudos qualitativos (BRYMAN; CRAMER, 1990, p. 40).

Porém, o método quantitativo em estudos na teologia é algo raro, tendo em vista que o objeto central de estudo da teologia é a fé, o que torna difícil uma quantificação. Por conta disto, no contexto acadêmico teológico, a maioria dos estudos traz métodos qualitativos como forma de abordagem. Todavia, mesmo a fé não sendo quantificada, pode-se, na teologia, estudar quantitativamente os artifícios da fé, por exemplo, analisar estatisticamente padrões de comportamento religiosos saudáveis de uma determinada comunidade religiosa (LEVIN, 2003, p. 22). Neste sentido, dentro da pesquisa em teologia, o método quantitativo, juntamente com o qualitativo, pode favorecer uma visão ampla do fenômeno de estudo.

De fato, ao utilizar neste estudo a análise qualitativa e a análise quantitativa nos dados da pesquisa, se obteve resultados diferentes, mas não contraditórios. Em outras palavras, os resultados encontrados nas análises se complementam, proporcionando uma visão ampla que ajuda a fundamentar melhor as discussões levantadas no decorrer deste estudo. Por exemplo, dentro da discussão dos resultados da pesquisa no capítulo 2, a abordagem qualitativa do tópico “A prática do cuidado espiritual/religioso aos pacientes por meio de um capelão/pastoralista” comunga com os resultados e a abordagem quantitativa do *Fator 3*, “O atendimento espiritual e religioso por meio do pastoralista/capelão”.

Assim, o uso do método quantitativo pode contribuir com a consolidação das discussões qualitativas, tornando-as mais relevantes para o meio acadêmico teológico e também para o campo da saúde, pois é sabido, por exemplo, que o campo acadêmico da medicina tem dificuldade de aceitar como estudo científico aqueles

que utilizam apenas o método qualitativo (TURATO, 2005, p. 508). Dentro deste contexto, considera-se que os métodos de pesquisa utilizados neste estudo atendem ao padrão acadêmico teológico e da saúde, com informações importantes sobre a religiosidade/espiritualidade no contexto de cuidado em saúde.

Além da importância do método quantitativo para um estudo da teologia no contexto de cuidado em saúde, é importante que se tenha uma perspectiva interdisciplinar. Em outras palavras, o fazer teológico sobre a saúde precisa dialogar com outras ciências. Para Lambert (2002, p.10), a abertura da teologia às ciências não é um obstáculo à fé, mas justamente uma ocasião de evitar o reducionismo. Ou seja, a interdisciplinaridade proporciona uma visão ampliada sobre o objeto de estudo, neste caso, a saúde.

De fato, neste estudo, buscou-se um diálogo com o campo da saúde, especialmente com a enfermagem, que em relação à religiosidade/espiritualidade na prática de cuidado em saúde é a área do conhecimento que mais produz estudos¹⁸, devido ao fato de ser uma profissão muito presente no amparo aos pacientes. Destaca-se também a psicologia da religião, que tem um histórico de estudos sobre o *coping* religioso/espiritual (PANZINI, 2004, pp. 22-24) que, como visto, influencia significativamente¹⁹ a saúde dos pacientes e a prática de cuidado entre os profissionais da saúde.

Em síntese, considera-se que um estudo teológico sobre religiosidade/espiritualidade no contexto de cuidado em saúde possui pelo menos duas características metodológicas: (a) um método de pesquisa com caráter exploratório qualitativo e analítico quantitativo para obter dados amplos e significativos; e (b) interdisciplinaridade entre as demais áreas do conhecimento, especialmente com o campo da saúde, para permitir uma discussão relevante para o meio acadêmico e os sujeitos da teologia e da saúde.

3.2 A RELIOSIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE DOS PACIENTES E A PRÁTICA DO CUIDADO EM SAÚDE ENTRE OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

¹⁸ Conferir a revisão de literatura no tópico 5.2.1 do capítulo 1.

¹⁹ Conferir tópicos 2.4.6 e 2.4.7 do capítulo 1.

Um dos motivos para os profissionais da saúde integrarem a religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado aos pacientes está no fato de que muitos pacientes são praticantes de religiões e atribuem muito valor às suas crenças religiosas (KOENIG, 2012, p. 156). Por exemplo, no Brasil, apesar de o Estado ser laico, segundo dados do IBGE, 86,8% da população brasileira é composta de cristãos (AZEVEDO, 2012). Outro dado aponta que o Brasil passa por uma mudança no perfil de doenças, em que:

“as patologias predominantes deixaram de ser as doenças infecciosas e parasitárias para serem as crônico-degenerativas. O enfrentamento deste tipo de problemas de saúde não acontece com ações curativas pontuais, como é possível com a maioria das doenças infecciosas e parasitárias. Encontra-se aí a força da espiritualidade como instrumento de promoção da saúde, na medida em que lida com as dimensões pouco conscientes do ser em que se assentam os valores, motivações profundas e sentidos últimos da existência individual e coletiva” (VASCONCELOS, 2009, p. 325).

Diante deste fenômeno sociocultural religioso na saúde, os profissionais da área não encontrariam empecilhos para integrar a religiosidade/espiritualidade no cuidado aos pacientes. De fato, Peres (2007, p. 83) aponta que 77% dos pacientes creem que os profissionais da saúde precisam considerar as suas crenças religiosas e espirituais; além disso, 73% esperam partilhar as suas crenças religiosas com os profissionais e 66% manifestam desejo de que os profissionais questionem e abordem a sua religiosidade/espiritualidade.

Os resultados vistos durante o desenvolvimento deste estudo confirmam que os profissionais da saúde concordam que os pacientes desejam e trazem suas crenças religiosas ou espirituais para o tratamento médico²⁰, de forma positiva, em que a religiosidade/espiritualidade é recurso para o enfrentamento da doença e do sofrimento, ou não:

a)“A fé é um fator importante na recuperação do doente.”

²⁰ Veja no capítulo 2 as percepções dos profissionais da saúde acerca do impacto positivo da religiosidade/espiritualidade para a saúde dos pacientes, o impacto positivo da religiosidade/espiritualidade para o tratamento dos pacientes e as percepções dos profissionais da saúde acerca do impacto negativo da religiosidade/espiritualidade na saúde dos pacientes.

- b) “Acredito que o cuidado espiritual interfere de fator positivo no cuidado material.”
- c) “Sim a espiritualidade tem em partes uma importância vital para o tratamento de uma comorbidade e o fato do paciente estar com pensamentos positivos ajuda em muito em sua melhora ou em sua aceitação de seu caso atual ou futuro.”

De forma negativa, a religiosidade/espiritualidade está ligada aos sentimentos de abandono por Deus ou uma associação da causa da doença com a negligência religiosa:

- a) “Algumas religiões/crenças levam a desentendimentos de maior agravamento ao tratamento do que ao auxílio para o paciente.”
- b) “Um paciente com tratamento de câncer me relatou que estava agoniado por ter passado todo o tempo de sua vida buscando adquirir coisas e não teve tempo para Deus, e que naquele momento ele estava precisando de Deus mais que tudo e não tinha certeza se Deus o atenderia por causa de sua falta para com Deus.”

Nestas situações, em que os pacientes utilizam a religiosidade/espiritualidade como enfrentamento positivo ou negativo, os profissionais da saúde podem potencializar o processo de recuperação da saúde dos pacientes, consolidando a importância da religiosidade/espiritualidade para o tratamento médico, oferecendo um auxílio espiritual/religioso no intento de desmistificar as questões negativas (por exemplo, solicitando ao capelão/pastoralista que atenda os pacientes com conflitos religiosos e espirituais), dentre outros. Além disso, os profissionais da saúde podem solicitar ao líder religioso um aconselhamento ao paciente com objetivo de fortalecer a importância da fé para a recuperação e também proporcionar uma redenção espiritual das falhas religiosas a fim de eliminar as superstições negativas. Neste sentido, os resultados deste estudo apontam que 88% dos profissionais de saúde do HUEC concordaram em encaminhar um paciente a um pastoralista ou líder religioso para fazer atendimentos religiosos e/ou espirituais, em que se pode tratar das questões religiosas positivas e eliminar as negativas dos pacientes. Ao contrário disto, se os profissionais da saúde forem indiferentes quanto à religiosidade/espiritualidade dos pacientes, podem ferir e desrespeitar a sua dignidade ou agravar seus conflitos religiosos, o que pode influenciar negativamente seu estado de saúde (KOENIG, 2012, pp. 157-158).

3.3 AS CRENÇAS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE ACERCA DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO AOS PACIENTES

Nos relatos dos profissionais da saúde acerca das experiências de integração da religiosidade/espiritualidade, percebe-se que alguns deles incorporam suas crenças religiosas e espirituais no cuidado aos pacientes²¹, apesar de não ter havido relato que conte um incômodo dos pacientes sobre isto. Recomenda-se que o processo de integração da religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado aos pacientes não tenha interferências das crenças religiosas dos profissionais da saúde, pois não se trata de um processo de catequização religiosa, conforme afirma Koenig (2012, p. 169): “[...] o profissional de saúde não deve prescrever religião para pacientes não religiosos e nem tentar convertê-los”.

Este pode ser o motivo para outros profissionais da saúde não abordarem a questão religiosa/espiritual no cuidado com os pacientes, pensando ser necessário envolver as suas crenças pessoais com objetivo de converter os pacientes. Isso possivelmente geraria conflitos, como o profissional passar a ser visto pelos pacientes como um religioso ao invés de um especialista da saúde. De fato, isto ocorreu na Idade Média, por conta do forte envolvimento de clérigos na medicina. Houve confusão entre a função médica e religiosa²². Conforme afirma Heimann (2003, p. 35), “na Idade Média, a influência da Igreja permaneceu no estabelecimento e manutenção de hospitais, porém estes se mantinham, fundamentalmente, como instituições eclesíásticas e não médicas”.

Portanto, para alguns profissionais, abordar a religiosidade/espiritualidade no cuidado aos pacientes pode denotar imposição de uma crença ou função religiosa, assim como ocorrido na Idade Média, uma época não agradável historicamente para a medicina, em que se lembra de uma fase de atraso científico e de limitações profissionais provocados pelo autoritarismo da Igreja nas questões científicas. Infelizmente, alguns profissionais da saúde são influenciados por este histórico. Encontram-se, por exemplo, alguns profissionais da saúde que relatam que a integração

²¹ Veja a seção “A prática do cuidado espiritual/religioso com base nas crenças e experiência religiosa dos profissionais de saúde”, neste estudo.

²² Confira, no capítulo 1, item 4: “Profissionais da saúde, religiosidade/espiritualidade e a tradição cristã”.

da religiosidade/espiritualidade no cuidado em saúde é um ato de imposição, e não necessariamente parte do cuidado, ou que a prática do cuidado deve seguir uma lógica científica:

a) “Acredito que a demanda espiritual deve ser trazida pelo paciente e não imposta, pois existem pessoas de credos diferentes.”

b) “Abordagem destas questões com os pacientes depende da abertura que o paciente dá ao profissional para abordar tais temas. Entendendo que o paciente deve tomar a iniciativa. O profissional de saúde deve ater-se as questões da profissão, seguindo a lógica científica para tratar o paciente.”

Neste sentido, ressalta-se que a lógica científica biomédica pode proporcionar cura e/ou diagnóstico de doenças com precisão, mas também pode levar a uma desvalorização da dignidade do humano (PERES, 2007, p. 86). Portanto, considera-se que na prática do cuidado aos pacientes é precioso ter um equilíbrio entre a lógica científica e as questões que envolvem dignidade humana, especialmente, aqui, a espiritual e religiosa, considerando a sua influência na saúde.

Diante do exposto, observa-se que existem formas adequadas de abordar a religiosidade/espiritualidade no cuidado aos pacientes sem tentar convertê-los, criar confusão entre a função médica e religiosa ou desmerecer a lógica científica. Encontram-se exemplos nos próprios relatos dos profissionais da saúde:

a) “Nos momentos difíceis devemos ajudar os pacientes da melhor forma possível, tanto do lado profissional quanto do lado espiritual, até mesmo uma palavra amiga dizendo para acreditar, ajuda a pessoa a ter mais coragem e mais fé para continuar em frente.”

b) “Tento conversar sobre sua crença e sua fé sempre tendo estimular esta prática de fé para melhoria do tratamento do paciente e dos acompanhantes. Ter fé de cura é o mais importante para podermos agir com a cura da medicina.”

c) “Em minha prática profissional, utilizo sempre a conversa sobre religião, pois muitos pacientes utilizam esse meio como uma parte do tratamento, pois todos acreditam em algo que lhes fornecem força e paz espiritual.”²³

Por fim, neste sentido, percebe-se que esta prática de cuidado é adequada, pois agrega o valor científico do tratamento médico com os valores e emoções humanas como a fé, a coragem e a força de viver, a paz em meio ao sofrimento e uma palavra amiga de solidariedade — o que se torna plausível, visto que, de acordo

²³ Veja o capítulo 2, tópico “Profissionais de saúde que praticam a integração da espiritualidade/religiosidade no cuidado aos pacientes por meio da estimulação da espiritualidade/religiosidade dos pacientes”.

com Koenig (2012, p. 157), as maiores queixas dos pacientes pós-hospital estão ligadas ao descaso com a questão emocional e espiritual.

3.4 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Nas discussões deste estudo, a questão religiosidade/espiritualidade na formação dos profissionais da saúde aparece com frequência, como na revisão de literatura, no tópico 5.3.4, em que se encontram estudos que abordam especificamente a integração da espiritualidade/religiosidade na formação acadêmica dos profissionais de saúde. Também, no tópico 2 - *Fator 2*, a análise fatorial agrupou perguntas do questionário que condizem com a questão da necessidade dos profissionais da saúde receberem, em sua formação, conhecimento sobre a abordagem da religiosidade/espiritualidade no tratamento dos pacientes.

Neste contexto, conforme Koenig (2012, p. 170), os profissionais da saúde precisam receber um treinamento e/ou preparo que visa à questão religiosa/espiritual no cuidado aos pacientes. Para Heimann (2003, p. 10), abordar o tema do cuidado do ser humano conduz a um campo bastante amplo e complexo, que envolve questões de cunho antropológico, filosófico, ético, teológico, psicoafetivo, físico, espiritual, social e material, entre outros. Portanto, integrar a religiosidade/espiritualidade na formação dos profissionais da saúde demanda uma visão interdisciplinar, que envolve várias áreas do conhecimento das ciências sociais, da saúde e das humanas, e, especialmente aqui, da teologia. De acordo com Tavares (2013, p. 53), na interdisciplinaridade na implantação de estratégias humanizadoras no contexto de saúde, a teologia pode contribuir das seguintes maneiras:

- a) Nas discussões, como a morte e o morrer, na ajuda com decisões delicadas que envolvem pacientes, familiares e profissionais da saúde, como, por exemplo, decisão sobre as intervenções terapêuticas (comunicação de notícia difícil). Isto vem a calhar com um relato em que o profissional da saúde sente dificuldade para lidar com situações delicadas, como a questão da morte: “Me vejo sempre em uma situação difícil perante a morte de um paciente, pois

nunca sei como pedir por esta pessoa que se foi”²⁴. Nestas situações, se houver uma aceitação por parte dos familiares, um profissional da saúde com conhecimento adequado sobre religiosidade/espiritualidade pode consolar os familiares do falecido, trazendo outro sentido para a morte, como a esperança de uma vida pós-morte, visto que “todas as religiões, sem exceção, enxergam na morte o início de outro tipo de existência, que começaria pela sobrevivência de uma parte da essência humana — chame-se a ela de alma, espírito ou qualquer outro nome” (CARELLI, 2005). Especificamente dentro do cristianismo, a morte é um motivo de esperança, pois nela se encontra vida eterna (João 3:16), sem, morte, tristeza, sofrimento ou dor (Apocalipse 21:4).

- b) A teologia pode oferecer consultoria ou suporte científico e humano aos profissionais da saúde sobre as questões que envolvem religiosidade/espiritualidade. Neste contexto, o capelão/pastoralista (um profissional da saúde com conhecimento ou formação teológica) pode ser o sujeito responsável por oferecer esta consultoria ou suporte, e de acordo com alguns relatos dos profissionais da saúde, percebe-se que o capelão/pastoralista já ocupa esta função:

a) “[...] a capelania [...] consegue realizar uma conversa mais próxima do paciente atendendo as necessidades desse indivíduo, pois a enfermagem não consegue realizar tal atendimento devido demanda de falta de tempo e falta de alguns conhecimentos do âmbito religioso.”

b) “Um paciente com tratamento de câncer [...] estava precisando de Deus mais que tudo e não tinha certeza se Deus o atenderia por causa de sua falta para com Deus [...] neste momento é muito importante uma pessoa qualificada lidar com uma questão tão complicada...”

c) “[...] É rotina uma vez na semana o pastor entrar na UTI e cantar com a equipe, e sempre próximo dos pacientes que estão acordados. Até mesmo para nós profissionais é bom, sentirmos as forças renovadas, um ânimo a mais, já que nosso dia a dia é muito próximo da dor do próximo.”²⁵

Diante destes relatos, considera-se a necessidade de aprimorar a consultoria ou o suporte que o capelão/pastoralista vem oferecendo aos profissionais da saúde. Além de atender às necessidades religiosas/espirituais dos pacientes, o capelão/pastoralista pode oferecer aos profissionais da saúde cursos, treinamentos e acompanhamento em atividades teórico-práticas, com o objetivo de aprofundar o

²⁴ Relato encontrado no tópico 2.4.5, *A prática do cuidado espiritual/religioso aos pacientes por meio de um capelão/pastoralista*, letra J.

²⁵ Conferir capítulo 2, item 2.4.8, *CRE na vida pessoal dos profissionais de saúde*.

conhecimento dos profissionais da saúde sobre a religiosidade/espiritualidade, visto que, na revisão na revisão de literatura, Souza (2006), Cortez (2009) e Peixoto (2000)²⁶ apontam que os profissionais da saúde afirmam receber pouca orientação sobre religiosidade/espiritualidade na formação acadêmica.

Infelizmente, nem todos os hospitais possuem um capelão/pastoralista em tempo integral. De acordo com Cavalcanti (1992, p. 129), o hospital opera seus serviços sem depender de um capelão, mas não sem depender de médicos e enfermeiros. Diante disto, nem sempre existe um capelão/pastoralista para prestar consultoria e suporte aos profissionais da saúde e, por isso, também, é necessário aprofundar o conhecimento da religiosidade/espiritualidade na formação acadêmica de profissionais da saúde de outra forma. Neste sentido, de acordo com André Dal-Farra e César Geremia (2010), sugerem algumas formas de incluir a religiosidade/espiritualidade na grade curricular dos profissionais da saúde. Por exemplo, na medicina, no primeiro ano de curso, pode-se aplicar uma introdução sobre a espiritualidade e a medicina com foco na relação médico-paciente, em que se pode explorar a compreensão dos pacientes e dos estudantes sobre a religiosidade/espiritualidade na doença e na cura. No segundo ano de curso, pode-se estudar os resultados de diagnósticos e tratamento médicos que tiveram uma abordagem da questão espiritual e religiosa (Dal-Farra, 2010, p. 594). Atualmente, existem vários estudos de diversas áreas sobre o impacto da religiosidade/espiritualidade para a saúde. No terceiro ano de curso, pode-se estudar as questões éticas e espirituais relativas à prática do cuidado entre os profissionais, promover, palestras e discussões de grupos sobre a diversidade, a liberdade religiosa e a saúde e sobre os conflitos religiosos e a saúde, ou realizar entrevistas com pacientes e familiares com foco na questão espiritual/religiosa. As atividades deste período podem também apontar se as crenças religiosas ou espirituais dos estudantes podem influenciar as abordagens a respeito da doença e da cura no cuidado aos pacientes. Isto ajudaria estes estudantes e futuros profissionais a entender melhor as necessidades espirituais e religiosas dos pacientes, como também deles próprios, pois tais necessidades são vistas desde a formação acadêmica (Dal-Farra, 2010, p. 594). No quarto ano do curso, pode-se incluir uma disciplina eletiva denominada “Espiritualidade e Medici-

²⁶ Conferir capítulo 1, item 5.3.4, *A integração da espiritualidade/religiosidade na formação acadêmica e no trabalho dos profissionais de saúde*.

na”, ou incluir a questão da espiritualidade e da saúde como parte do tópico de estudo de outras disciplinas, como a tanatologia. Também pode-se oferecer cursos de extensão e estágios que sejam utilizados como atividades complementares, nos quais os componentes curriculares tratem das práticas educativas com foco na religiosidade/espiritualidade e saúde (Dal-Farra, 2010, p. 594).

Ressalta-se que o acima exposto é apenas um exemplo de como incluir a religiosidade/espiritualidade na grade curricular. Existem outras formas de proceder esta inclusão. Por exemplo, algumas instituições de ensino têm introduzido atividades relacionadas à importância da espiritualidade para a saúde com objetivo de aprimorar o cuidado integral ao ser humano. Entre algumas das instituições de ensino no Brasil estão a Universidade Federal do Ceará, que oferece em sua matriz curricular uma disciplina optativa no curso de Medicina denominada “Medicina e Espiritualidade”; a Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, que traz “Saúde e Espiritualidade”; e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, que tem “Medicina, Saúde e Espiritualidade” (André Dal-Farra e César Geremia, 2010, pp. 593-594).

Nos cursos de medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição e psicologia da Faculdade Evangélica do Paraná há uma disciplina sobre teologia em saúde. Esta faculdade é gerida pela mesma entidade mantenedora do HUEC, local da pesquisa deste estudo, no qual se constatou que: os profissionais da saúde concordaram que deveriam receber formação e ter conhecimento sobre como abordar a questão religiosa/espiritual do paciente durante o tratamento.

Neste sentido, diante da tradição religiosa do HUEC e da sua relação institucional com a Faculdade Evangélica do Paraná, que oferece cursos na área da saúde e também de teologia, sugere-se criar um programa de treinamento sobre a religiosidade/espiritualidade para os profissionais da saúde. Por exemplo, dentro deste programa pode-se: (a) formar grupos, fóruns de discussão com profissionais da saúde e pacientes, familiares, religiosos, capelães/pastoralistas e comunidade em geral, com o objetivo de possibilitar um aprendizado através da troca de experiências e da empatia entre estes diferentes sujeitos inseridos no contexto de cuidado; (b) estabelecer um modelo de mentoria em que, de um lado, os profissionais da saúde possam oferecer aos religiosos ou teólogos conhecimentos básicos sobre saúde, como incentivo e prevenção em saúde, e, de outro, os teólogos possam oferecer aos profissionais da saúde conhecimentos sobre religiosidade/espiritualidade, como cultura religiosa e saúde, em que se podem abordar as percepções religiosas sobre a saú-

de²⁷; (c) implantar estratégias para medir, identificar e suprir as necessidades religiosas/espirituais e emocionais dos profissionais da saúde através, por exemplo, da psicologia pastoral.

3.5 UMA REFLEXÃO BÍBLICA SOBRE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO CUIDADO

Qualquer estudo do campo da teologia-cristã precisa ter um fundamento bíblico sobre a temática que se pretende estudar, neste caso, a religiosidade/espiritualidade no contexto de cuidado em saúde. Outro motivo que fundamenta esta reflexão se encontra nos relatos dos profissionais da saúde sobre as experiências de integração da religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado em saúde, em que a leitura da Bíblia aos pacientes aparece como parte desta integração: “dar conselho e confortar familiares se torna mais fácil com a sabedoria e palavras confortantes que encontramos na Bíblia”²⁸; e “muitos pacientes referem gostar de ler materiais religiosos enquanto estão internados”²⁹.

Portanto, pretende-se aqui explorar panoramicamente a reflexão teológico-bíblica da saúde na perspectiva do cuidado. Para isso, aborda a noção de saúde no Antigo e no Novo Testamento, relacionando com a prática do cuidado entre os sacerdotes, Cristo e o apóstolo João.

3.5.1 A noção de saúde na prática de cuidado no Antigo Testamento

Na tradição hebraica não existe um vocábulo específico para a saúde, sendo usado *shalom*, da raiz semita *slm*, que dá a ideia de “paz”, “estar ileso”, “satisfeito”, algo mais próximo da noção de saúde. Apesar de uma ideia ampla, para o povo hebreu *shalom* não representava uma saúde integral, mas uma condição de se ter (ou não) uma doença ou de não pecar (ÁLVEREZ, 2013, p. 112). De fato, no Antigo Tes-

²⁷ Confira, no capítulo 1, tópico 2, *Religiosidade/espiritualidade e o campo da saúde*, a percepção de saúde em algumas religiões.

²⁸ Confira o capítulo 2, tópico 2.4.3, *A prática do cuidado espiritual/religioso com base nas crenças e experiência religiosa dos profissionais de saúde*, letra b.

²⁹ Confira o capítulo 2, tópico 2.4.7, *Percepções dos profissionais de saúde acerca do impacto positivo da espiritualidade/religiosidade para a saúde dos pacientes*, letra l.

tamento, nota-se que o povo hebreu acreditava que a doença era causada pelo pecado (Gn 12:17; Pv 23:29-32), e a saúde estava ligada a obedecer a Deus: “Eu sou o Senhor, e é saúde que te trago” (Êxodo 15:26); “De Deus vem toda a cura” (Eclesiastes 38:1-9).

Esta percepção hebraica, de que a doença é oriunda do pecado e Deus é a razão da saúde, originou no povo hebreu uma prática de cuidado em saúde iminentemente religiosa. Por exemplo, encontram-se na figura do sacerdote duas finalidades: uma médica, em que cabia a ele conhecer e diagnosticar a doença do leproso: “examinará a parte afetada da pele, e, se naquela parte o pelo tiver se tornado branco e o lugar parecer mais profundo do que a pele, é sinal de lepra”. “Depois de examiná-lo, o sacerdote o declarará impuro” (Levítico 13:3). E outra finalidade religiosa: “E assim o sacerdote fará propiciação perante o Senhor em favor daquele que está sendo purificado” (enfermo) (Lv 14:31).

Caso não alcançasse a cura, cabia ao sacerdote excluir o enfermo dos afazeres religiosos e do convívio e atividades sociais. Esta exclusão, além dos motivos religiosos (o pecado do enfermo), também servia como um método de prevenção e controle de epidemias. Devido à limitação médica da época e à precariedade de medicamentos e inexistência de tratamentos apropriados, uma doença contagiosa como a lepra podia passar de uma pessoa para outra durante o ato de falar, espirrar, tossir ou beijar, ou seja, era fácil de transmitir (SCLIAR, 2007, pp. 30-31). Portanto, a exclusão do sujeito enfermo do convívio social e religioso era uma forma de cuidar da saúde de toda a comunidade — algo parecido com o cuidado hospitalar atual, em que os enfermos com doenças altamente transmissíveis são internados isoladamente em locais fechados e afastados do convívio e contato com outras pessoas, para evitar uma epidemia da doença.

3.5.2 A noção de saúde na prática do cuidado no Novo Testamento

No Novo Testamento, Cristo é a essência e a personificação da saúde, e não é algo que Ele trouxe, mas a expressão da sua identidade, o ungido pelo Espírito, o terapeuta, libertador e salvador (Lucas 4:18), que se revela e desdobra em seu itinerário vital e ministerial, nos gestos e nas palavras (ÁLVEREZ, 2013, p.134).

Diante disto, Cristo como a essência e a personificação da saúde, traz outro sentido de saúde na perspectiva do cuidado, ao contrário do sacerdote do Antigo

Testamento, para o qual a doença era causada pelo pecado. Para Cristo, o Sumo Sacerdote (Hebreus 2:17; 4:14), a saúde e a salvação andam juntas. De acordo com ÁLVEREZ (2013, pp.135-136), Cristo, como Salvador, instaura um processo de transformação total que chega até os recôncavos mais profundos da alma e do coração. Nada é excluído. Tudo aponta para a salvação: a vida e a morte, a doença e a cura, o corpo e o que nele acontece. Em outros termos: ele oferece aos seres humanos, sempre necessitados de cura integral, uma saúde que eleva a condição humana.

Esta noção de cuidado integral passa a fazer parte do ministério dos discípulos e dos apóstolos. Por exemplo, o apóstolo João, ao escrever sobre a saúde do presbítero Gaio, considerou-a como uma integralidade existencial: “Amado, desejo que te vá bem em todas as coisas, e que tenhas saúde, assim como bem vai a tua alma” (João 1:2). Ou seja, para o apóstolo João, todas as coisas da vida, a saúde em meio a uma possível doença, e a alma, estão contempladas na existência e na condição humana de Gaio. Dentro disto, saúde e doença no contexto de cuidado ganham um novo significado. Mesmo em meio à doença (como visto em Gaio), pode-se buscar ter saúde. Quando a alma e/ou a dimensão espiritual está bem, pode-se ir bem em todas as coisas da vida, encontrar propósito e bem-estar.

Neste sentido, de acordo com Álvarez (2013, p. 272), em Cristo, “na doença nem tudo se torna necessariamente patológico, pode ser até terapêutico e saudável, ou ser vivido de forma santa e saudável; é possível encontrar graça na desgraça”.

3.6 O CUIDADO EM CRISTO COMO UM MODELO PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Em vários trechos bíblicos encontra-se a prática de cuidado em saúde de Cristo. Todavia, especialmente Lucas, o evangelista médico, parece ter uma maior sensibilidade em relatar os acontecimentos de saúde no ministério de Cristo.

O evangelista expõe o cuidado em saúde como algo profundamente unido a Cristo quando afirma: “E toda a multidão procurava tocar-lhe, porque saía dele virtude, e curava a todos” (Lucas 6:19). Dentro deste texto, a prática de cuidado encontra-se especialmente no toque, um ato de confiança e reconhecimento entre o curado e curador, que deriva virtude, uma força para a cura.

Ora, Cristo promove um cuidado humanizado e procura estabelecer um toque que transmite virtudes — e só, então, a cura. Dentro da concepção bíblico-cristã, pode-se encontrar três atributos da virtude: a fé, a esperança e o amor (GEORGE WEIGEL, 2002, p. 101). São estas virtudes o diferencial do cuidado em Cristo. Acima da cura, é preciso oferecer condições humanas: fé, esperança e amor. A cura, por si só, não responde à necessidade de saúde humana. De acordo com Laín (1984, p. 187), “ninguém goza de saúde completa se não puder responder à pergunta: saúde pra quê? Não vivemos para ser saudáveis, mas somos saudáveis para viver e agir”. Isso demanda ter fé, esperança e amor (1Coríntios 13:13).

Diante do acima exposto, a teologia-cristã tem a possibilidade de contribuir com um modelo de cuidado em saúde humanizado dentro da perspectiva da fé, da esperança e do amor encontrados no cuidado de Cristo. De fato, na pesquisa feita com os profissionais da saúde do HUEC, há relatos sobre estas virtudes como condições que precisam integrar o cuidado em saúde, tais como:

- a) “Falar sobre Deus e sobre o seu amor e sua misericórdia conforta e dá esperança aos nossos pacientes. Eles ficam mais confiantes em relação ao tratamento e muitas vezes a resposta ao tratamento é surpreendente!!”
- b) “Na vivência que tive até momento pude perceber que a confiança em um ser superior e na religiosidade dá um impulso e esperança para que o paciente busque forças para realizar o tratamento e buscar a cura ou até mesmo desenvolve um novo motivo para querer viver.”

Estes relatos demonstram que estes profissionais, diante da incapacidade de curar uma doença por meio do tratamento médico tradicional, podem ainda cuidar da pessoa, trazendo fé, esperança e amor e, assim como ocorria em Cristo, após estas virtudes, os profissionais da saúde podem vivenciar experiências de curas, como:

Curas interiores, que são encontradas nas experiências relatadas pelos profissionais da saúde:

- a) “Na vivência que tive até momento pude perceber que a confiança em um ser superior e na religiosidade dá um impulso e esperança para que o paciente busque forças para realizar o tratamento e buscar a cura ou até mesmo desenvolve um novo motivo para querer viver.”
- b) “Tento conversar sobre sua crença e sua fé sempre tendo estimular esta prática de fé para melhoria do tratamento do paciente e dos acompanhantes. Ter fé de cura é o mais importante para podemos agir com a cura da medicina.”

No cuidado em Cristo aos atritos de coração (problemas psicoemocionais), o “espírito” era a condição para o processo da cura (Lucas 4:18). Tendo isto como exemplo para prática de cuidado entre os profissionais da saúde, a religiosidade/espiritualidade pode curar a psique, trazer saúde psicoemocional, mesmo na impossibilidade de curar uma doença física/corporal. Portanto, encontra-se na cura interior uma superação da doença, ao invés de ser motivo de opressão e depreciar a vida. Ela traz saúde: bem-estar emocional, esperança e sentido de viver (SOUZA, 2013, pp.104-105).

Curas milagrosas são também encontradas nas experiências relatadas pelos profissionais da saúde, tais como:

- a) “Precisamos estar bem espiritualmente sim antes de cuidarmos de pessoas doentes, fragilizados, porém respeitando toda e qualquer religião, pois acredito que a crença/fé de cada indivíduo é capaz de tudo inclusive um ‘milagre’ e a pessoa se sente capaz de superar grandes obstáculos da vida.”
- b) Acredito que a crença/fé de cada indivíduo é capaz de tudo inclusive um ‘milagre’ e a pessoa se sente capaz de superar grandes obstáculos da vida.”

Em Cristo, para alcançar a cura milagrosa, era necessário crer no sobrenatural (Mateus 8:2-3). Neste sentido, as experiências de curas milagrosas relatadas aconteceram com pacientes e profissionais da saúde cristãos³⁰, visto que há uma relação entre os relatos de curas milagrosas com a crença pessoal dos profissionais, como atribuir a cura do paciente à “graça de Deus”. Também nestes relatos, é possível depreender uma crença e aceitação sobre o poder da oração do pastor para mudar o quadro e o exame clínico dos pacientes.

Percebe-se que, para estes profissionais, as curas milagrosas podem ser o motivo para integrar a religiosidade/espiritualidade na prática de cuidado, pois a cura milagrosa pode proporcionar aos profissionais um sentimento de cumprimento do cuidado em saúde, ou seja, conseguir curar os pacientes.

No entanto, esta percepção de cura milagrosa dentro de um contexto hospitalar que considere pacientes, familiares e outros profissionais da saúde, religiosos ou não, pode ser também um motivo de dificuldade para integrar a religiosidade/espiritualidade no cuidado em saúde — visto que os relatos sobre as curas mila-

³⁰ Diante dos resultados da pesquisa, 85% dos profissionais da saúde são cristãos. Conferir tópico 2.2 do capítulo 2.

grossas por meio do poder da oração de um pastor e da graça de Deus são tratadas como algo que está além da dimensão humana/sobrenatural que pertence ao reino espiritual, e não a ciência médica. E isto pode fazer os profissionais verem a religiosidade/espiritualidade como uma força desconhecida não coerente com a prática da medicina tradicional, o que acaba dificultando a sua integração no cuidado em saúde.

Para evitar esta dificuldade, há formas de integrar a religiosidade/espiritualidade no cuidado em saúde que podem ser compreensíveis à prática médica. Por exemplo, de acordo com Michell Araújo (2011), o cuidado espiritual na prática dos profissionais da saúde não deve ser fundamentado apenas em cura espiritual, pois seria um processo religioso e não médico, mas deve fundamentar-se na influência terapêutica das virtudes da religiosidade/espiritualidade para saúde, como a força curadora do amor, da esperança e da fé, que possibilita ao paciente uma vida em plenitude, na medida em que transcende a inevitável condição humana da doença, do sofrimento e da morte e consegue encontrar sentido e propósito de vida.

3.7A IGREJA, OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E O CUIDADO

No cuidado espiritual/religioso aos pacientes, os profissionais da saúde podem estabelecer uma relação com as comunidades de fé, com o objetivo de potencializar ou dar continuidade ao cuidado espiritual/religioso. Isso porque a igreja e/ou comunidade de fé é um lugar de cuidado, na perspectiva do cuidado de salvação, um processo contínuo de cura integral do ser humano, seja do corpo, da alma ou em todos os ciclos da vida (GAEDE, 2007, p. 68). Neste contexto, o cuidado em saúde entre a igreja e os profissionais da saúde pode ocorrer das seguintes formas:

Através dos símbolos litúrgicos ou das práticas religiosas, como a oração, a imposição de mãos, a bênção, a absolvição, a eucaristia e a unção com óleo, celebrados por diversos motivos, como, por exemplo, de doença e saúde, nascimento e morte (GAEDE, 2007, p. 69).

Ressalta-se que estas práticas religiosas realizadas no cuidado da igreja também fazem parte da prática do cuidado hospitalar. Por exemplo, é normal o paciente pedir a um líder religioso ou capelão/pastoralista uma oração. Para Koenig (2012, p. 164), o paciente religioso pode solicitar também aos profissionais da saúde uma oração, o que faz sentido, uma vez que “a oração foi apontada como um dos métodos

de *coping* mais utilizadas pelos pacientes nos processos de saúde-doença” (ESPERANDIO, 2014a apud ESPERANDIO, 2014b p. 815). As experiências positivas da oração na saúde-doença “apontam diminuição da ansiedade, melhora na capacidade de funcionar, busca de um comportamento mais assertivo e suporte espiritual para uma vida com mais sentido e propósito” (ESPERANDIO; LADD, 2013, p. 644).

Neste contexto, percebe-se que a oração pode ser uma forma eficiente de cuidado espiritual/religioso em saúde, pois é uma prática que pode envolver e ser realizada tanto pela igreja quanto pelos profissionais da saúde. Diante disto, este estudo constatou que 94% dos profissionais da saúde concordam que a religiosidade do paciente, como oração, reza, meditação, frequência a um grupo religioso (igreja), dentre outros, coopera no tratamento. Ainda, para alguns profissionais da saúde, a oração é uma forma de integrar a religiosidade/espiritualidade no cuidado em saúde realizada juntamente com o capelão/pastoralista, um representante da igreja ou comunidade religiosa em geral:

a) “[...] e peço para os pacientes, não importa qual a religião, estar sempre orando e pedindo a Deus para estar no comando de suas vidas. Trabalho com pacientes oncológicos, por isso falo de Deus por estarem supersensíveis e muitas vezes assustados com o diagnóstico.”

b) “Durante os atendimentos frequentemente, costumo fazer minhas orações para que possa atender os pacientes/familiares em sua totalidade.”

Percebe-se nestes relatos que a prática da oração é fácil de ser integrada pelos profissionais da saúde, pois, não se trata apenas de uma questão religiosa, mas também, de uma expressão do estado de espírito que busca elevar a vida acima da doença, que permite o cuidado aos pacientes incondicionalmente da sua condição de cura física/biológica através de conselho, conforto, ternura, solidariedade e empatia, que também, são encontrados em um comunidade de Fé.

Outra forma de cuidado na igreja está na união do “Corpo de Cristo”, a comunidade a partir do exemplo apostólico e do mandato de Jesus, tem uma atenção especial aos enfermos (BRESSARI, 1999, p. 1335), em que, se um membro sofre, todos sofrem, e se um deles é honrado, todos são honrados com ele (1Coríntios 12:25s) (GAEDE, 2007, p. 70). Ressalta-se que a motivação de um membro para oferecer este tipo de suporte a outro não se refere apenas a um contrato social, mas ao “amar o próximo” e cuidar de quem sofre, que é parte do próprio sistema de crenças. Neste contexto, a união entre os membros de uma comunidade religiosa influ-

encia positivamente o estado de saúde. Por exemplo, o suporte social, financeiro, material, emocional e espiritual que pode ser encontrado em uma comunidade religiosa ajuda a baixar o nível de estresse do paciente e fazer com que ele tenha mais qualidade de vida (KOENIG, 2012, p. 57).

Diante do acima exposto, considera-se que a união entre os membros de uma comunidade religiosa é um ato de cuidado, com gesto de promoção, serviço, alívio, e acompanhamento terapêutico. Neste sentido, a igreja pode colaborar com os profissionais da saúde, como os assistentes sociais, a prestar um cuidado que busque melhorar a qualidade de vida dos que sofrem vulnerabilidade social. Frequentemente, este cuidado da igreja acontece pelas pastorais, como, por exemplo: grupo de mulheres, grupo de homens, grupo de crianças ou pessoas idosas e outros (GAEDE, 2007, p. 70). As ações destas pastorais têm a ver com promover, defender e celebrar a vida, bem como cuidar dela, ou seja, tais ações estão demasiadamente ligadas com a promoção de uma saúde preventiva, física, mental e biológica.

Outra forma de cuidado da igreja está ligada à saúde social. De acordo com Koenig (2012, p. 33), as crises sociais e econômicas mundiais repercutiram e se refletiram em um aumento dos valores dos planos de saúde, provocando uma crise no sistema de saúde pública — como, por exemplo, a falta de hospitais em países emergentes. Neste cenário, a igreja ocupa um papel importante para a promoção e o cuidado em saúde. Há várias igrejas que criam ou mantêm comunidades terapêuticas, asilos e orfanatos, ou desenvolvem grupos de apoio psicológico pastoral, bem como palestras sobre prevenção aos males e incentivo à saúde para os membros e a comunidade local.

Apesar do contexto brasileiro, cuja saúde pública é ainda tão deficitária, espera-se em longo prazo que o cuidado em saúde promovido pela igreja aumente e se torne mais eficaz, assim como acontece na realidade americana, em que as próprias comunidades religiosas têm seus profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros, que atendem os membros e a população em geral de forma integral. Ou seja, as comunidades religiosas são uma extensão dos hospitais, assim como existe a extensão da igreja nos hospitais, como nas capelas, nos espaços de oração e meditação e na atuação do capelão/pastoralista (KOENIG, 2012, p. 34)

3.8 AS PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE ACERCA DO CAPELÃO/PASTORALISTA NO CONTEXTO DE CUIDADO

Conforme a Confederação Internacional de Capelania e Teologias Progressistas e a Ordem dos Capelães Evangélicos do Brasil (OCEB), os capelães e pastoralistas são profissionais preparados e treinados em aconselhamento pastoral, capelania pastoral ou com formação em teologia. Estes profissionais atuam nas entidades civis e militares de internação coletiva, prestando atendimento religioso e espiritual aos internados (*site* da OCEB). Especificamente no ambiente hospitalar, para Alexandre Silva (2010, p. 27), o serviço de capelania consiste em um ministério de apoio espiritual, social e emocional que colabora na formação integral do ser humano por meio de atitudes concretas: presença, gestos, palavras, orações, textos sagrados, música, silêncio e fortalecimento, aconselhamento e consolação em horas de angústia e incerteza junto aos enfermos, às famílias de enfermos e às equipes de saúde. Conforme Brusco, a Conferência Episcopal Italiana (Conselho Nacional da Pastoral da Saúde, 1992) a Capelania Hospitalar é um organismo eclesial “*expressão do serviço religioso prestado pela comunidade cristã na instituição de saúde. Compõe-se de um ou mais sacerdotes, aos quais podem ser agregados diáconos, religiosos e leigos*”. Dentro das funções da Capelania Hospitalar encontram-se: (a) criar na Instituição de Saúde um ambiente eclesial, possibilitando uma ação missionária; (b) ser um ambiente onde mediante as pessoas, a vivência e os gestos, inclusive os sacramentais, Deus revele a sua ternura ao homem, acompanhando-o na prova, ajudando-o a lutar pela vida até ao fim; (c) promover e coordenar todas as forças presentes na comunidade hospitalar, com recursos de instrumentos adequados e iniciativas (Conselhos pastorais...); (d) contribuir com o envolvimento dos cristãos, presentes na área, na promoção da saúde e na assistência aos doentes (BRUSCO, 1999, p. 140-142).

Diante do acima exposto, o capelão/pastoralista é um intermediador entre a questão religiosa/espiritual e os sujeitos inseridos no ambiente hospitalar: os enfermos e familiares e, principalmente, os profissionais da saúde. De acordo com Marcos Silva (2007, p. 25), durante a história dos hospitais, sempre houve uma ligação entre o cuidado religioso e o médico, por intermédio de médicos religiosos ou da relação entre o capelão/pastoralista com os médicos. De fato, encontram-se, por exemplo, o teólogo protestante Anton Boisen, que por anos trabalhou como capelão ao lado do médico Richard Cabot no cuidado de doentes mentais. Destaca-se que Boisen foi o pioneiro em integrar estudantes de teologia dentro de um hospital psi-

quiátrico para o treinamento pastoral clínico. Outro exemplo é o do pastor metodista Leslie Weatherhead, que, em 1916, tornou-se capelão do exército da Índia, sendo enviado para o deserto da Mesopotâmia, onde trabalhou junto aos médicos no cuidado de doentes (SILVA, 2007, p. 25).

Atualmente, a função do capelão/pastoralista se tornou tão importante para o cuidado integral que em vários hospitais o capelão/pastoralista faz parte da equipe médica (ASSUNÇÃO, 2009, p. 14). Para Alexsandro Silva (2010, p. 28), uma das questões de maior importância na atuação do capelão/pastoralista hospitalar para o cuidado dos enfermos está no fato de, “[...] depois de esgotadas todas as possibilidades técnicas e feito todo o possível do ponto de vista clínico, justamente, então, estaremos diante do momento de maior vulnerabilidade e de maior necessidade do enfermo”. Neste contexto, ao contrário do cuidado clínico, o cuidado espiritual consegue estabelecer uma harmonia de compreensão entre o enfermo e a doença e, assim, dar um significado ao sofrimento (ASSUNÇÃO, 2009, p. 5). De fato, encontra-se nos relatos dos profissionais da saúde sobre a importância o cuidado espiritual promovido por um capelão/pastoralista no contexto de doença-saúde³¹:

a) “A presença e um representante religioso diante de enfermidade, trás muitos benefícios e ajuda na recuperação.”

b) “Observo que o serviço de capelania utilizado nos hospitais proporciona muita segurança para nós profissionais da área da saúde, e trazem tranquilidade, conforto mental aos pacientes. e faz parte no tratamento prestado ao paciente.”

Diante destes relatos, considera-se que, de um lado, é bom que os profissionais da saúde deem a devida importância ao cuidado espiritual prestado pelo pastoralista/capelão, o que demonstra que religião e ciência podem dialogar visando à melhoria do cuidado em saúde, ao contrário de alguns conflitos que ocorreram durante a Idade Média entre clérigos e profissionais da saúde. Do outro lado, apesar de os profissionais da saúde reconhecerem a importância do cuidado espiritual para o contexto em saúde, é necessário que eles também o pratiquem, visto que nos relatos destes profissionais o cuidado espiritual aos pacientes é uma prática específica

³¹ Confira os relatos no capítulo 2, tópico “A prática do cuidado espiritual/religioso aos pacientes por meio de um capelão/pastoralista”.

do capelão/pastoralista. De fato, de acordo com a pesquisa deste estudo³², os resultados confirmam que os profissionais da saúde valorizam o cuidado espiritual/religioso aos pacientes, mas a maioria prefere atribuir a prática do cuidado espiritual/religioso ao capelão/pastoralista.

Mesmo que o cuidado espiritual/religioso seja de responsabilidade principal do capelão/pastoralista, os profissionais da saúde podem integrar esse processo. Só pelo fato de considerar a espiritualidade e a saúde do paciente, estabelece-se uma harmonia de compreensão entre o enfermo e a doença (Assunção, 2009, p. 5).

Neste sentido, apesar de não existir uma unanimidade dos profissionais sobre um método específico para integrar a religiosidade/espiritualidade no cuidado em saúde, existem alguns procedimentos aceitáveis pela maioria dos profissionais da saúde, pacientes, familiares e outros inseridos no cuidado. Por exemplo: de acordo com Koenig (2012, p. 160), na coleta padrão dos dados sociobiodemográficos dos pacientes, com a permissão destes e uma explicação sobre se tratar de um procedimento de rotina, pode-se levantar um breve histórico espiritual:

1. Suas crenças religiosas/espirituais oferecem conforto ou são uma fonte de estresse? 2. Você tem crenças espirituais que possam influenciar suas decisões médicas? 3. Você é membro de alguma comunidade espiritual, e ela oferece suporte a você? 4. Você tem alguma outra necessidade espiritual que gostaria de ser atendida por alguém? (KOENIG, 2012, p.161)

Muito semelhante ao histórico espiritual citado acima, o *American College of Physicians*, uma renomada organização médica que busca ampliar o conhecimento científico e a experiência clínica sobre o diagnóstico, bem como o tratamento e o cuidado, sugere aos profissionais da saúde que questionem o paciente sobre os seguintes aspectos, a fim de integrar (ou não) a religiosidade/espiritualidade no cuidado: (1) A fé (religião, espiritualidade) é fundamental para você nesta doença? (2) A fé (religião, espiritualidade) já foi importante em outras épocas da sua vida? (3) Você tem alguém para discutir as questões religiosas? (4) Você gostaria de explorar as questões religiosas com alguém? (PERES, 2007, p. 84).

Ressalta-se que estes métodos foram desenvolvidos dentro do campo da saúde, ou seja, apesar de abordar a religiosidade/espiritualidade, não se trata de uma

³² Confira o tópico “A relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde e a sua integração no cuidado aos pacientes”.

prática ou doutrina religiosa, mas de uma técnica que possibilita aos profissionais da saúde integrar a religiosidade/espiritualidade na sua prática de cuidado sem perder a sua ética e a característica profissional de especialista da saúde. Para Koenig (2012, p. 160), o histórico espiritual serve para mostrar aos pacientes que se houver uma necessidade espiritual, ela pode ser discutida. Neste contexto, cabe aos profissionais escrever no prontuário médico as observações sobre estas necessidades, por exemplo, se os pacientes gostariam de receber oração ou ser encaminhados ao capelão/pastoralista, ter a presença de um líder religioso ou de outro sujeito da comunidade religiosa.

Por fim, diante do acima exposto, considera-se que a integração da religiosidade/espiritualidade no cuidado em saúde, apesar de ser responsabilidade do capelão/pastoralista, deve ter o envolvimento de todos os sujeitos inseridos no contexto hospitalar; caso contrário, pode-se criar a sensação de monopólio, em que as questões do corpo pertencem à ótica médica, e as da alma, aos religiosos. Neste sentido, o cuidado espiritual/religioso não deve ser algo fora do cuidado hospitalar, mas uma parte importante do cuidado integral humanizado.

3.9 O CAPELÃO/PASTORALISTA, UM CUIDADOR DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DIANTE DE SUAS EXPERIÊNCIAS COM A MORTE E O SOFRIMENTO

Além da atuação do capelão/pastoralista no cuidado espiritual/religioso aos pacientes e familiares, outro ponto importante de sua atuação no contexto hospitalar é a possibilidade do cuidar de quem cuida, ou seja, amparar e aconselhar os profissionais da saúde, pois diante do sofrimento ou da doença e da morte dos pacientes, muitos destes profissionais despertam seu sentido espiritual e religioso (PAIVA, 2004, p. 126), que pode ser tanto negativo quanto positivo.

Por exemplo, sabe-se que um dos maiores desafios dos profissionais da saúde é preservar a vida. Assim, muitas vezes, lidar com um prognóstico negativo e ter de comunicá-lo ao paciente (ou o óbito aos familiares) torna-se uma tarefa difícil. Em muitas destas experiências, há um sentimento de fracasso por não ter preservado a vida, ou de espelho e projeção — imagem de si próprio na mesma situação —, bem como sensação de pudor e mistério (ALVES, 2011, pp. 24-25). Se, nestas situações, os profissionais receberem um aconselhamento de um capelão/pastoralista, isso pode despertar um sentido espiritual e religioso positivo — por exemplo, conseguir

viver em um ambiente de trabalho mais integrado com sentidos abrangentes de maior confiança do seu ser (PAIVA, 2004, p. 126). De fato, neste estudo, Percebe-se, a partir dos relatos, que também os profissionais da saúde usam as suas crenças religiosas e espirituais para enfrentarem dificuldades, tais como atesta o seguinte depoimento:

a) “É muito importante estar sempre na presença de Deus para enfrentar qualquer problema, seja de saúde ou outros.”

Diante destes relatos, percebe-se que a religiosidade/espiritualidade dos profissionais da saúde evidencia seu lado humano limitado. Emerge, então, uma demanda de cuidado espiritual/religioso que pode ser cumprida pelo capelão/pastoralista, atendendo os profissionais pessoalmente ou desenvolvendo aconselhamento em grupo, com meditações e orações flexíveis e ecumênicas. O capelão/pastoralista não encontraria empecilhos em desenvolver estas atividades, visto que no HUEC a maior parte dos profissionais é religiosa e, por isso, já realiza práticas de meditações e orações, e poucos deles frequentam semanalmente uma igreja ou templo religioso — o que pode ser pelo horário de trabalho não compatível com horários de cultos de sua comunidade religiosa ou por conta de outros afazeres, como o estudo.

Considerando o fato de que a maioria dos profissionais da saúde que participaram da pesquisa possui curso superior e pós-graduação, isto demonstra que cresceu a exigência de qualificação acadêmica entre os profissionais da saúde, um fator que demanda um longo investimento de tempo. Outro fator que toma tempo dos profissionais são os afazeres e prioridades familiares. Considerando que a maioria dos profissionais participantes desta pesquisa é do sexo feminino e casada, concorda-se com Jesus (2011, pp. 53-59) ao afirmar que a mulher é mais sensível do que o sexo masculino e, por isso, sempre ocupou um papel preponderante de cuidado tanto na saúde, como por exemplo, enfermeiras, como cuidadoras formidáveis do lar. Ou seja, atualmente a mulher desenvolve vários papéis na sociedade, tendo que dividir seu tempo entre a alta carga horária de trabalho e vida pessoal.

Portanto, diante desta falta de tempo dos profissionais da saúde, frequentar semanalmente uma comunidade religiosa torna-se muito difícil. Neste sentido, o aconselhamento pessoal ou em grupo com capelão/pastoralista, pode ser um meio para que os profissionais da saúde sintam-se alicerçados em sua fé, ou em comunhão com Deus, o que é um fator crucial para seu desempenho no trabalho, como a

prática do cuidado. De fato, pode-se constatar isto em alguns relatos: “Precisamos estar bem espiritualmente sim antes de cuidarmos de pessoas doentes...”. “Quando estou fortalecida em meu caminhar com Deus sinto muita diferença nos relacionamentos, trabalho, estudos entre outras atividades que faço no meu dia a dia...”

Por fim, diante do acima exposto, o capelão/pastoralista pode ser uma importante figura espiritual para os profissionais da saúde, ajudando-os através da religiosidade/espiritualidade a desenvolver uma melhor prática de cuidado aos pacientes, combater o estresse no ambiente de trabalho, bem como o sentimento de solidão vivido pelos profissionais no trabalho. Além disso, é capaz de oferecer ajuda aos profissionais na tomada de decisões sobre as intervenções terapêuticas (comunicação de notícia difícil, por exemplo) e humanizar as relações de trabalho, permitindo a construção de diálogos e o compartilhamento das dificuldades diante do sofrimento e da morte (TAVARES, 2013, p. 54).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, considera-se que a teologia sempre atentou para a temática da saúde. Nota-se que a Igreja buscou cuidar dos enfermos, assim como Jesus ensinou, através de pastorais da saúde ou criando e mantendo hospitais, cujo tratamento médico aos pacientes passava também pela questão religiosa.

Considera-se, primeiramente, ser preciso aumentar e dar continuidade à produção de estudos da teologia sobre a saúde, especialmente sobre a questão da religiosidade/espiritualidade no cuidado entre os profissionais da saúde. A ideia é a de que esses estudos sejam compostos com uma metodologia de pesquisa mista e interdisciplinar. Neste sentido, percebe-se que a medicina reconhece academicamente os estudos com abordagem quantitativa, e que a enfermagem é uma área bem presente no contexto do cuidado aos pacientes; já a psicologia contribui com questões relativas ao comportamento humano religioso diante do estado de saúde-doença. Portanto, diante disto, é necessário um estudo da teologia sobre a saúde que tenha uma abordagem quantitativa e interdisciplinar, dialogando com outras áreas do conhecimento. Isto pode proporcionar uma visão mais ampla e com novos parâmetros não somente diante do tema do estudo presente, mas também para futuros estudos da teologia com foco no cuidado em saúde, tais como *coping* religioso/espiritual, conflitos espirituais e práticas de cuidado e a religiosidade/espiritualidade como parte de um cuidado mais integral e humanizado (ESPERANDIO, 2014, p. 827-828).

Em um segundo momento, no intento de responder aos objetivos deste estudo, considera-se que:

a) Para os profissionais da saúde, há uma relação entre a religiosidade/espiritualidade e a saúde dos pacientes, tendo isto um impacto mais positivo do que negativo no tratamento médico. Esta percepção dos profissionais sobre a influência positiva da religiosidade/espiritualidade na saúde aparece associada ao fato de a maioria destes profissionais ser cristã.

Notou-se que a crença cristã dos profissionais delineia sua noção de espiritualidade como algo que ocorre dentro da religiosidade, expressa em práticas religiosas, orações e meditações feitas individualmente. Portanto, conclui-se, que os profissionais da saúde possuem uma religiosidade individual que interfere na sua forma de enfrentar os problemas da vida pessoal e do trabalho, com os colegas de profissão, pacientes e familiares.

b) Sobre a integração da religiosidade/espiritualidade no cuidado aos pacientes, observou-se que poucos profissionais realizam. A maior parte dos profissionais demonstra integrar a religiosidade/espiritualidade no cuidado em saúde, atribuindo ao capelão/pastoralista a responsabilidade do cuidado espiritual/religioso e solicitando a sua presença quanto a uma necessidade dos pacientes. Neste sentido, considera-se que é fundamental os profissionais da saúde participarem do cuidado espiritual/religioso dos pacientes juntamente com o capelão/pastoralista.

Outra questão que os profissionais da saúde atribuem ao capelão/pastoralista é sua capacidade de prestar cuidado religioso/espiritual aos próprios profissionais, trazendo consolo em meio ao luto e ao sofrimento vivido diariamente no meio hospitalar. Também, os profissionais da saúde acreditam que o capelão/pastoralista é um profissional qualificado para lidar com as questões espirituais e religiosas. Neste sentido, percebe-se que o capelão/pastoralista pode ocupar uma função de capacitador, oferecendo aos profissionais da saúde treinamento e conhecimento sobre a abordagem da religiosidade/espiritualidade no cuidado aos pacientes. Diante disto, nota-se que há por parte dos profissionais da saúde uma expectativa em relação ao trabalho do capelão/pastoralista, de que tenha qualificação sobre as diferentes formas de religiosidade/espiritualidade encontradas entre os pacientes, seus familiares e os profissionais da saúde.

c) Entre os desafios e motivos para os profissionais da saúde não integrarem a religiosidade/espiritualidade no cuidado aos pacientes, a falta de formação e conhecimento acadêmico sobre a questão religiosa/espiritual aparecem como as causas principais. Neste sentido, constatou-se que a formação dos profissionais visa mais o lado científico e biomédico, e pouco se estuda a respeito da influência das dimensões humanas na saúde, entre elas a espiritual e religiosa.

Portanto, considera-se importante inserir disciplinas próprias sobre religiosidade/espiritualidade e saúde na grade curricular dos profissionais da saúde, ou aumentar a carga horária das disciplinas existentes. Também, é necessário desenvolver estágios e programas de treinamentos que visem capacitar os futuros profissionais a realizar uma correta abordagem da religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado dos profissionais.

d) Como meio de integrar a religiosidade/espiritualidade no contexto de cuidado, os profissionais têm a possibilidade de praticar o cuidado espiritual/religioso aos pacientes trabalhando com a influência terapêutica das virtudes da religiosida-

de/espiritualidade para saúde, conforme sugere Michell Araújo,(2011). Também se pode optar pelo “histórico espiritual”, sugerido por Koenig (2012) ou pelo modelo de abordagem elaborado pela *American College of Physicians*, além do envolvimento de igrejas, pastorais e líderes religiosos no contexto de cuidado em saúde.

e) Notou-se que os estudos sobre religiosidade/espiritualidade e saúde achados na revisão de literatura e os utilizados como fundamento teórico comungam com os resultados deste estudo, em que estes elementos estão ligados ao estado de saúde-doença e, por isso, religiosidade/espiritualidade podem fazer parte do cuidado entre os profissionais da saúde.

Neste estudo, a temática sobre religiosidade/espiritualidade e saúde é abordada em uma visão holística acadêmica, com estudos de diversas áreas da saúde e humanas, tais como: psicologia, enfermagem, bioética e antropologia. Também, buscou-se explorar a temática sobre religiosidade/espiritualidade e saúde na ótica religiosa, ou seja, não se faz apologia a uma fé específica, mas sim, ao poder terapêutico da religiosidade/espiritualidade no estado de saúde-doença. Todavia, como este estudo se situa no campo da teologia cristã, e o HUEC apresenta tradição religiosa cristã, bem como a maior parte dos profissionais da saúde são cristãos, aplicou-se no terceiro capítulo a contribuição da teologia cristã, utilizando-se assim, trechos bíblicos e a ótica de Cristo no cuidado em saúde como um exemplo de prática de cuidado espiritual e religioso entre os profissionais da saúde. Neste sentido, assim como visto no primeiro capítulo sobre a religiosidade/espiritualidade e o campo da saúde, ressalta-se que todas as religiões relacionam a prática da fé e a doutrina religiosa com o estado de saúde-doença (LEVIN, 2003, pp. 112-113). Cabem, portanto, estudos específicos sobre cada tradição religiosa e sua percepção e contribuição no cuidado hospitalar entre os profissionais da saúde.

Por fim, nas execuções e no desenvolvimento deste estudo, percebeu-se a importância de dar continuidade à pesquisa, com amostras maiores de participantes, que pode tornar a pesquisa mais expressiva estatisticamente. Apesar da amostra utilizada neste estudo ser pequena, algo que limita os resultados da análise fatorial ao grupo estudado, ou seja, não permite extrapolação ou generalização, de todo modo, a opção pela análise fatorial se deu por se tratar de um estudo exploratório e por seu ineditismo. Espera-se, portanto, que o mesmo suscite novas incursões em estudos futuros.

Também se percebeu necessário retornar ao HUEC e apresentar ao grupo de profissionais da saúde que participou da pesquisa os resultados obtidos, com objetivo de avaliar e discutir suas percepções sobre a religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado com os pacientes.

Enfim, crê-se não apenas que os objetivos deste estudo foram alcançados, como também se mostrou que a teologia pode contribuir com o debate sobre a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde. Novas investigações sobre temas tais como a relação entre saúde e coping religioso espiritual, conflitos espirituais e práticas de cuidado, se fazem necessárias. Ao investigar questões relativas à espiritualidade do paciente em contextos de saúde, a teologia pode contribuir com reflexões tanto do ponto de vista teórico quanto de implicações práticas que ajudem na promoção de um cuidado mais integral e humanizado. Neste sentido, a teologia pode contribuir para o cuidado humanizado, ajudando o campo da saúde na descoberta pessoal de transcendência do estado de saúde-doença do indivíduo, onde a religiosidade/espiritualidade traz um sentido de vida e conforto em meio ao sofrimento. Além disto, a teologia pode contribuir para a reflexão da humanização no trabalho dos profissionais da saúde, como: conforto em meio à morte e ao sofrimento dos pacientes na incapacidade médica de curá-los, dignidade e valorização pessoal como um aspecto de desenvolvimento e prática profissional, e equilíbrio emocional em meios aos conflitos vivenciados no trabalho.

Considera-se, portanto, que tais reflexões sobre um cuidado e um trabalho mais humanizado entre os profissionais da saúde remetem também à natureza da fé cristã. Nela a pessoa encontra “vida em abundância” (João 10:10), como sentido de vida e dignidade humana mesmo em uma situação de sofrimento ou conflito. É neste processo que teologia como ciência da fé, representada aqui pela dimensão da religiosidade/espiritualidade, tem seu espaço na reflexão da humanização no campo da saúde, pois tal dimensão desperta em todos os sujeitos inseridos no contexto hospitalar uma força terapêutica de superação das situações de sofrimento e conflito.

REFERÊNCIAS

- ALARCOS, Francisco J. **Bioética e pastoral da saúde**. São Paulo: Paulinas, 2006.
- ÁLVAREZ, F. **Teologia da saúde**. São Paulo: Paulinas/Centro Universitário São Camilo, 2013.
- ALVES, J. **Espiritualidade e saúde**. São Leopoldo: Unisinos, 2010.
- ALVES, M. **A espiritualidade e os profissionais da saúde em cuidados paliativos**. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2011.
- ARAÚJO, E. **Médicos, médiuns e mediações: um estudo etnográfico sobre médicos-espíritas**. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2007.
- ARAÚJO, M. **O cuidado espiritual: um modelo à luz da análise existencial e da relação de ajuda**. Tese de Doutorado em Enfermagem. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2011.
- ALEJANDRO, I. "Neuroteologia e as bases das crenças". Disponível em: <http://www.institutodehipnose.com/search/label/NEUROTEOLOGIA%20AS%20BAS%20DA%20CREN%C3%87A>. Acesso em 22 de maio de 2015.
- ASSUNÇÃO, L. "A relação entre ministros religiosos, médicos e pacientes no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo". Anais do II Encontro Nacional do GT História das Religiões e das Religiosidades. **Revista Brasileira de História das Religiões** v. 1, n. 3. Maringá, jan. de 2009
- AZEVEDO, R. "O IBGE e a religião – Cristãos são 86,8% do Brasil; católicos caem para 64,6%; evangélicos já são 22,2%". Disponível em: <http://veja.abril.com.br/blog/reinaldo/geral/o-ibge-e-a-religiao-%E2%80%93-cristaos-sao-868-do-brasil-catolicos-caem-para-646-evangelicos-ja-sao-222/>. Acesso em 29 de julho de 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BAROLOMEI, M. **A fé como fator de resiliência no tratamento do câncer: uma análise do que pensam os profissionais da saúde sobre o papel da espiritualidade na recuperação dos pacientes**. Dissertação de Mestrado em Ciências da Religião. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2008.

BARROS, J. "Felicidade: teorias e factores". **Psicologia, Educação, Cultura**, 4 (2), 281-309.

BRESSARI, E. **Unção dos enfermos**. Dicionário interdisciplinar da pastoral da saúde. São Paulo: Paulus/Centro Universitário São Camilo, 1999.

BRUSCO, A. "Capelania Hospitalar". In VENDRAME, Calisto; PESSINI, Leocir (diretores da edição brasileira). *Dicionário interdisciplinar da pastoral da saúde*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo e Ed. Paulus, 1999.

BÍBLIA DE JERUSALÉM. São Paulo: Paulus, 2002.

BÍBLIA SAGRADA. Edição Revista e Corrigida. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1969.

BONFIM, N. **Um olhar bioético sobre a espiritualidade como fator de saúde para o ser humano em fase terminal**. Dissertação de Mestrado em Bioética. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2010.

BOTSARIS, A. S. **Sem anestesia: o desabafo de um médico. Os bastidores de uma medicina cada vez mais distante e cruel**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

BRYMAN, A.; CRAMER, D. **Análise de dados em Ciências Sociais: Introdução às técnicas utilizando o SPSS**. Oeiras: Celta, 1990.

CARELLI, G. "Os vivos e as outras vidas: É possível que a existência humana, tão complexa e rica, se dissolva quando o coração para?". **Revista Veja**, edição 1.904, 11 de maio de 2005. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/110505/p_112.html>. Acesso em 9 de dezembro de 2014.

CAVALCANTI, Eleny Vassão de Paula. **No leito da enfermidade**. São Paulo: Presbiteriana, 1992.

CAVALHEIRO, C. **Espiritualidade em psicologia: um olhar sobre a formação acadêmica no Rio Grande do Sul**. Dissertação de Mestrado em Psicologia. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2010.

CONFERÊNCIA GERAL DO EPISCOPADO LATINO-AMERICANO (CELAM). **Documento de Aparecida: texto conclusivo da V Conferência Geral do Episcopado Latino-americano e do Caribe**. Brasília: CNBB; São Paulo: Paulus, Paulinas, 2007. Disponível em: <<http://www.veritatis.com.br/doutrina/documentos-da-igreja/6938-documento-de-aparecida-parte-iii>>. Acesso em 15 de novembro de 2014.

CORREA, W. H.; HOLANDA, A. F. **Prostituição e sentido de vida: relações de significado Psico-USF**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712012000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 de junho de 2014.

CORTEZ, E. **Religiosidade e espiritualidade no ensino de enfermagem: contribuição da gestão para a integralidade no cuidado**. Tese de Doutorado em Enfermagem. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.

COURAS, R. N. A; KLÜPPEL, B. L. P. . As Cirurgias Espirituais como Catalisadores de Cura - relato de um caso. **Religare** (UFPB), v. 6, p. 53-66, 2009.

DAL-FARRA, R. A.; GEREMIA, C. “Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas”. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000400015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 de dezembro de 2013.

DAMASIO, Bruno Figueiredo. “Uso da análise fatorial exploratória em psicologia”. **Aval. Psicol.**, Itatiba, v. 11, n. 2, 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712012000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 de setembro de 2014.

DERRIDA, Jacques; VATTIMO, Gianni (orgs.). **A religião: o seminário de Capri**. São Paulo: Estação Liberdade, 2000.

DURÃES, J.; SOUZA, W. "A pastoral da saúde e o SUS: para que todos tenham vida em abundância". In: **Anais do II Congresso de Humanização I Jornada Interdisciplinar de Humanização**, 2011.

ESPERANDIO, M. R. G. "Prayer and Health. A Portuguese Literature Review". **Rev. Pistis Prax.**, Teol. Pastor., Curitiba, v. 6, n. 1, p. 51-66, jan./abr. 2014.

ESPERANDIO, M.; LADD, K. L. "Oração e saúde: questões para a Teologia e para a Psicologia da Religião". **Horizonte Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião** v. 11, pp. 627-656, 2013.

ESPERANDIO, M. "Teologia e a pesquisa sobre espiritualidade e saúde: um estudo piloto entre profissionais da saúde e pastoralistas". **Horizonte Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião** v. 12, n. 35, pp. 805-832, jul./set. 2014b

ESPÍNDULA, J. **O significado da religiosidade para pacientes com câncer e para profissionais da saúde**. Tese de Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, 2009.

ESPINOZA, F. da S.; HIRANO, A. S. "Como dimensões de avaliação dos atributos importantes na compra de condicionadores de ar: um estudo aplicado". **Rev. Adm. Contemp.**, Curitiba, v. 7, n. 4, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552003000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 de setembro de 2014.

ESPINHA, Daniele Corcioli Mendes et al . Opinião dos estudantes de enfermagem sobre saúde, espiritualidade e religiosidade. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 34, n. 4, p. 98-106, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Maio de 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000400013>.

FERREIRA, J. **Psicologia, educação e cultura** v. I. Colégio Internato dos Carvalhos, 2002.

FRANKL, V. E. **Um sentido para vida**. Aparecida: Santuário, 1989.

FREITAS, C. **Espiritualidade no trabalho como fator de comprometimento organizacional: o caso das enfermeiras da microrregião de Irecê-Bahia**. Dissertação de Mestrado em Administração. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2011.

FREITAS, E. **O olhar do enfermeiro à luz da espiritualidade e na qualidade de vida do paciente oncológico: uma reflexão bioética**. Dissertação de Mestrado em Bioética. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2012.

FREUD, S. "Future of an illusion". In: STRACHEY, J. (ed.). **Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**. Londres: Hogarth Press, 1962.

GAEDE, R. "Implicações para as relações de cuidado". In: HOCH, Lothar Carlos; L ROCCA, S. M. **Sofrimento, resiliência e fé: implicações para as relações de cuidado**. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2007.

GASTAUD, Marina Bento et al . "Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de psicologia: estudo transversal". **Rev. Psiquiatr. Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 de dezembro de 2013.

GEORGE WEIGEL. **A verdade do catolicismo: resposta a dez temas controversos**. Lisboa: Bertrand Editora, 2002.

GEORGE, D.; MALLERY, P. **SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update**. Boston: Allyn & Bacon.

GESTEIRA, M. "Christus medicus. Jesús ante el problema del mal". **Revista Española de Teología**, Madri: Cristiandad, 1991.

GOBATTO, C. **Religiosidade e espiritualidade em oncologia: um estudo sobre as concepções de profissionais da saúde**. Dissertação de Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde. Brasília: Universidade de Brasília, 2012.

GOMES, V; FERRET, J. "A religião na obra de Jung: contribuições para a compreensão do homem moderno". In: **Anais do Encontro Internacional de Produção Científica**. Maringá: Cesumar, 2009.

HAIR JR., J. H.; BABIN, B.; MONEY, A. H.; et all. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HAMMES, J. "Pode teologia ser ciência?" **Rev. Trim. Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 36, n. p. 153, setembro de 2006.

HEIMANN, T. **Cuidando de cuidadores: acompanhamento a profissionais que assistem pacientes em UTI'S - uma abordagem a partir da psicologia pastoral**. Dissertação de Mestrado em Teologia. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia, 2003.

JESUS, L. **Coping religioso-espiritual em profissionais de enfermagem que atuam em unidade de urgência e emergência**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, 2012.

JUNQUEIRA, L. **Vivências de médicos oncologistas: um estudo da religiosidade no cuidado existencial em saúde**. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, 2008.

KOENIG, H. **Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade**. Porto Alegre: LMP, 2012.

KLÜPPEL, B. L. P. ; SOUSA, M. S. ; FIGUEIREDO, C A.. As práticas integrativas e o desafio de um novo paradigma em saúde. **Religare** (UFPB), v. 2, p. 33-42, 2007.

KLÜPPEL, B. L. P. ; SOUSA, M. S. Aproximações entre o Yoga e o Xamanismo estudados por Eliade e a Homeopatia criada por Hahnemann. **Religare** (UFPB), v. 5, p. 17-28, 2009.

LAÍN, Entralgo P. **Antropologia médica**. Barcelona: Salvat, 1984.

LANDMANN, Jayme. **A outra face da medicina: um estudo das ideologias médicas**. Rio de Janeiro: Salamandra, 1984.

LEVIN, J. **Deus, fé e saúde - explorando a conexão espiritualidade-cura**. São Paulo: Cultrix, 2003.

LIMA, M. **A plenitude humana e o cuidado integral na perspectiva de Viktor Frankl**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Recife: Universidade Católica de Pernambuco, 2012.

LUZ, M. **Origem etimológica do termo**. Disponível em: <<http://www.epsvv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sau.html>>. Acesso em 1º de outubro de 2013.

MARTINS, A. "A Pastoral da Saúde e a sua importância no mundo da saúde: da presença solidária ao transcender a dor e o sofrimento". **O Mundo da Saúde** v. 34, n. 4, São Paulo, pp. 547-552, out/dez. 2010.

MELO JUNIOR, I. M. de **"Espera por um milagre": os médicos diante da morte encefálica de pacientes adultos jovens**. Dissertação de Mestrado em Ciências das Religiões. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2012.

MENDES, I. et al. "A re-humanização do trabalho da enfermeira executiva: um enfoque na dimensão espiritual". **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v. 10, n. 3, pp. 401-407, jun. 2002.

MONTERO, Paula. **Da doença à desordem: a magia na Umbanda**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

MOREIRA-ALMEIDA A, et al. "Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil". **Revista de Psiquiatria Clínica** v. 37, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832010000100003&script=sci_arttext>. Acesso em 29 de setembro de 2013.

MOREIRA-ALMEIDA, A. **Metodologia de pesquisa para estudos em espiritualidade e saúde. Arte de cuidar: saúde, espiritualidade e educação**. Bragança Paulista: Comenius, 2010.

NOGAS, P. **Curso de software de pesquisa Qualtrics**. Disponível em: <<http://Sigamkt.Wordpress.Com/2011/05/26/Curso-De-Software-De-Pesquisa-Qualtrics/>>. Acesso em 11 de julho de 2014.

“O que é teologia do corpo?” Disponível em: <<http://teologiadocorpo.com.br/o-que-e-a-teologia-do-corpo/>>. Acesso em 2 de abril de 2014.

OCEB - Ordem dos Capelães Evangélicos do Brasil. **Legislação Capelania**. Disponível em: <<http://www.oceb.com.br/site/paginas/pagina.php?IDAlbum=16>>. Acesso em 4 de abril de 2013.

PAIVA, J. **Espiritualidade e qualidade de vida: Pesquisas em psicologia**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

PANZINI, R; ROCHA, N; BANDEIRA, D; et. al. “Qualidade de vida e espiritualidade”. **Rev. Psiq. Clín.** v. 34, pp. 105-115, 2007.

PANZINI, R. **Escala de coping religioso-espiritual (escala cre)**. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

PEIXOTO, L. **Dimensão religiosa cristã na educação em enfermagem**. Dissertação de Mestrado em Ciências da Religião. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo, 2000.

PEREIRA, A. **Guia prático de utilização do SPSS: Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia**. Lisboa: Sílabo, 2006.

PEREIRA, V. N. A; KLÜPPEL, B. L. P. A Cura pela fé. Um diálogo entre Ciência e Religião. **Caminhos**. Goiânia, v. 12, n. 1, p. 93-104, jan./jun. 2014

PERES, M. F. P. et al. “A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos”. **Revista Psiquiatra Clínica**, São Paulo, v. 34, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 de dezembro de 2013.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1991.

PUCHALSKI, C. M. "Espiritualidade e medicina: os currículos na educação médica". **Journal of Education Câncer: O Jornal Oficial da Associação Americana para a Educação do Câncer**, 21 (1), pp. 14-18, 2006.

REZENDE, E. **O espiritismo e a arte médica**. Tese de Doutorado em Ciências Sociais. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2012.

ROCCHETTA, C. "Salute e salvezza nei gesti sacramentali". **Camillianum** v. 7, pp. 9-27, 1993.

ROSSETTO, E. **Epidemiologia e vigilâncias em saúde**. Brasília: W Educacional, 2011.

ROSSI, W. "A Teologia da Libertação e as transformações do mundo". **Revista Espaço Acadêmico** n. 17, out. 2002.

SCLIAR, M. "Histórico do conceito de saúde". **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 17, v. 1, pp. 29-41, 2007.

SILVA, A. **A capelania hospitalar: uma contribuição na recuperação do enfermo oncológico**. Dissertação de Mestrado em Teologia. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia, 2010.

SILVA, M. **Capelania Hospitalar como Práxis libertadora junto às pessoas com HIV/AIDS**. 2007,123f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) Universidade Metodista de São Paulo. São Bernardo do Campo, 2007.

SIMÕES, A. S. ; KLÜPPEL, B. L. P. ; SOUSA, S. . Bem-Estar Espiritual e Síndrome de Burnout em Psicólogos de Hospitais Públicos em João Pessoa. **Logos & Existência**, v. 1, p. 192-202, 2012.

SOUZA, J. **A dimensão espiritual no cuidado de enfermagem: vivência do estudante de graduação**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2006.

SOUZA, W. "A espiritualidade como fonte sistêmica na Bioética". **Rev. Pistis Prax., Teol. Pastor.**, Curitiba, v. 5, n. 1, pp. 91-121, jan./jun. 2013.

TAVARES, C. “Espiritualidade e bioética: prevenção da 'violência' em instituições de saúde”. **Rev. Pistis Prax., Teol. Pastor.**, Curitiba, v. 5, n. 1, pp. 39-57, jan./jun. 2013.

TEIXEIRA, F. “O potencial libertador da espiritualidade e da experiência religiosa”. In: AMATUZZI, M. M. **Psicologia e espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005.

TEIXEIRA, J. **O significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer e a percepção dos profissionais da saúde**. Tese de Doutorado em Saúde Pública. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.

TOMASSO, C. de S.; BELTRAME, I. L.; LUCCHETTI, G. “Conhecimento e atitudes de professores de enfermagem e estudantes sobre a interface entre religiosidade, espiritualidade e saúde”. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 de dezembro de 2013.

TRASFERETTI, J. “Teologia moral, bioética e cultura da morte: desafios para a Pastoral”. **Rev. Pistis Prax., Teol. Pastor.**, Curitiba, v. 5, n. 1, pp. 147-168, jan./jun. 2013.

TURATO, Egberto Ribeiro. “Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa”. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 de novembro de 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **O testemunho de Daniel Paul Schreber (1842-1911) em Memórias de um Doente dos Nervos (1903): Construção Hipertextual dos Alunos da Disciplina de Psicopatologia**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psicopatologia/schreber/#diagnostico>>.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. “Espiritualidade na saúde em educação popular”. **Cad. CEDE**, Campinas, v. 29, n. 79, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622009000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 de dezembro de 2013.

WHOQOL Group. "The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument". In: J. ORLEY; W. KUYKEN (eds.). **Quality of life assessment: International perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag, 1994.

XAVIER FILHO, E. **O homem e a cura**. Porto Alegre: Rígel, 1993.

ZUBEN, N. "A filosofia e a condição humana". **Faculdade de Educação, UNICAMP**, Vol. 4, n. 3, nov. 1993. Disponível em: <<http://www.fae.unicamp.br/vonzuben/filos.html>>. Acesso em 11 de abril de 2014.

ANEXO 1: QUESTIONÁRIO - ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

Crenças, atitudes, experiências e expertise entre profissionais da saúde e pastoralistas (Projeto aprovado pelo Comitê de Ética - Parecer Consubstanciado nº 48582). Este questionário tem como objetivo verificar o modo como a dimensão da religiosidade e espiritualidade é compreendida e integrada na prática dos profissionais da área da saúde e pastoralistas. (Essa pesquisa dura em média 15 minutos). Para participar desta pesquisa você deve ter acima de 18 anos, ler cuidadosamente as instruções que se seguem e assinalar ao final destas instruções, uma das opções: “CONCORDO” ou “NÃO CONCORDO” com os termos de participação da mesma: 1. Será garantido o anonimato e o sigilo das informações, além da utilização dos resultados exclusivamente para fins científicos. 2. Você poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa a qualquer momento, com a pesquisadora responsável, Dra. Mary R. G. Esperandio, Professora Adjunta no Programa de Pós-Graduação na PUC-PR, tel. 8433-2200. 3. Sua participação não é obrigatória, podendo retirar-se do estudo ou não permitir a utilização dos dados em qualquer momento da pesquisa. 4. Sendo um participante voluntário, você não terá nenhum pagamento e/ou despesa referente à sua participação no estudo. 5. Por favor, responda todas as questões. Não deixe nenhuma em branco. Caso não tenha certeza sobre qual resposta dar, sugiro escolher, entre as alternativas, a que lhe parecer a mais adequada, sendo normalmente esta a primeira escolha. 6. Você deve marcar a alternativa que melhor represente a sua realidade, experiência, opinião ou crença.

- CONCORDO (1)
- NÃO CONCORDO (2)

SEÇÃO I - Dados Sociobiográficos

01 - SEXO

- Masculino (1)
- Feminino (2)

02 - IDADE

- De 18 à 20 anos (1)
- De 21 à 25 anos (2)
- De 26 à 30 anos (3)
- De 31 à 35 anos (4)
- De 36 à 40 anos (5)
- Acima de 40 anos (6)

03 - NÍVEL DE ESCOLARIDADE

- Médio (ou técnico) incompleto (1)
- Médio (ou técnico) completo (2)
- Superior Incompleto (3)
- Superior Completo (4)
- Pós-Graduação (Especialização/Mestrado/Doutorado) (5)

04 - ESTADO CIVIL ATUAL

- Solteiro (1)
- Casado (ou vivendo como casado) (2)
- Separado/Divorciado (3)
- Viúvo (4)

05 -TURNO EM QUE TRABALHA

- Diurno (1)
- Noturno (2)
- Ambos (3)

06 - TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DA SAÚDE

- De 0 a 5 anos (1)
- De 6 a 10 anos (2)
- De 11 a 15 anos (3)
- De 16 a 20 anos (4)
- Acima de 20 anos (5)

07 - COMO VOCÊ AVALIA SUA SAÚDE?

- Muito ruim (1)
- Ruim (2)
- Nem boa, nem ruim (3)
- Boa (4)
- Muito Boa (5)

08 - SUA OCUPAÇÃO PROFISSIONAL

- Médico Contratado - Especialidade: (1) _____
- Médico Residente - Especialidade: (2) _____
- Psicólogo/a (3)
- Enfermeiro/a (4)
- Técnico em enfermagem (5)
- Auxiliar em enfermagem (6)
- Serviço Social (7)
- Fisioterapeuta (8)
- Fonoaudiólogo/a (9)
- Farmacêutico/a (10)
- Nutricionista Clínico (11)
- Pastoralista (12)
- Outro (13)

09 - AFILIAÇÃO RELIGIOSA

- Ateísta – não acredito em Deus (1)
- Sem religião, mas acredito em Deus (2)
- Católico (3)
- Evangélico, mas não afiliado a nenhuma igreja (4)
- Evangélica – Protestante (Batista; Menonita; Presbiteriana; Metodista) (5)
- Pentecostal: Assembleia de Deus; Congregação Cristã no Brasil (6)
- Adventista (7)
- Igreja do Evangelho Quadrangular (8)

- Igreja Universal do Reino de Deus (9)
- Espírita (10)
- Religiões Afro-brasileiras (Umbanda, Candomblé, Batuque...) (11)
- Outra (12)

10 - COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ VAI A UMA IGREJA, TEMPLO OU OUTRO ENCONTRO RELIGIOSO?

- Uma vez por semana (1)
- Mais de uma vez por semana (2)
- Duas a três vezes por mês (3)
- Algumas vezes por ano (4)
- Uma vez por ano ou menos (5)
- Nunca (6)

11 - COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ DEDICA O SEU TEMPO A ATIVIDADES RELIGIOSAS INDIVIDUAIS, COMO PRECES, REZAS, MEDITAÇÕES, LEITURA DA BÍBLIA OU DE OUTROS TEXTOS RELIGIOSOS?

- Mais de uma vez ao dia (1)
- Diariamente (2)
- Duas ou mais vezes por semana (3)
- Uma vez por semana (4)
- Poucas vezes por mês (5)
- Raramente ou nunca (6)

SEÇÃO II - Noções de religiosidade e espiritualidade e o lugar desses conceitos na vida pessoal Assinale o nível de concordância com as declarações que se seguem. Por exemplo, assinale a primeira se a afirmação for totalmente falsa para você ou você discordar completamente dela. Assinale a última para o nível máximo de veracidade ou concordância com a afirmação.

12 - MEDITAÇÕES, ORAÇÕES E REZAS QUE EU FAÇO QUANDO ESTOU SOZINHO SÃO TÃO IMPORTANTES QUANTO AS ORAÇÕES, REZAS E MEDITAÇÕES QUE FAÇO EM CONJUNTO COM UM GRUPO RELIGIOSO.

- Totalmente falsa (1)
- Em parte falsa (2)
- Nem verdadeira, nem falsa (3)
- Em parte verdadeira (4)
- Totalmente verdadeira (5)

13 - É IMPORTANTE PARA MIM, TER UM TEMPO PRIVADO PARA FAZER MINHAS MEDITAÇÕES E ORAÇÕES

- Totalmente falsa (1)
- Em parte falsa (2)
- Nem verdadeira, nem falsa (3)
- Em parte verdadeira (4)
- Totalmente verdadeira (5)

14 - EU ME ESFORÇO EM VIVER TODA A MINHA VIDA DE ACORDO COM MINHAS CRENÇAS RELIGIOSAS

- Totalmente falsa (1)
- Em parte falsa (2)
- Nem verdadeira, nem falsa (3)
- Em parte verdadeira (4)
- Totalmente verdadeira (5)

15 - TODA A MINHA VIDA FUNDAMENTA-SE EM MINHA ESPIRITUALIDADE

- Totalmente falsa (1)
- Em parte falsa (2)
- Nem verdadeira, nem falsa (3)
- Em parte verdadeira (4)
- Totalmente verdadeira (5)

16 - A ESPIRITUALIDADE ME AJUDA A MANTER MINHA VIDA EQUILIBRADA E ESTÁVEL DO MESMO MODO COMO MINHA CIDADANIA, MINHAS AMIZADES, E MINHA PARTICIPAÇÃO EM OUTROS GRUPOS ME AJUDAM

- Totalmente falsa (1)
- Em parte falsa (2)
- Nem verdadeira, nem falsa (3)
- Em parte verdadeira (4)
- Totalmente verdadeira (5)

17 - EM MINHA VIDA, EU SINTO A PRESENÇA DIVINA (OU, DO SAGRADO, DE UMA ENERGIA CÓSMICA, DE UM SER SUPERIOR, DE DEUS, DO ESPÍRITO SANTO, OU DE ALGO MAIOR QUE EU).

- Totalmente falsa (1)
- Em parte falsa (2)
- Nem verdadeira, nem falsa (3)
- Em parte verdadeira (4)
- Totalmente verdadeira (5)

18 - MINHA ESPIRITUALIDADE OU RELIGIOSIDADE NADA TEM A VER COM A FORMA COMO REALIZO MEU TRABALHO.

- Totalmente falsa (1)
- Em parte falsa (2)
- Nem verdadeira, nem falsa (3)
- Em parte verdadeira (4)
- Totalmente verdadeira (5)

SEÇÃO III - Relação entre religiosidade, espiritualidade e saúde

19 - PROBLEMAS DE SAÚDE FAZEM COM QUE AS PESSOAS SE VOLTEM PARA A RELIGIÃO

- Discordo totalmente (1)
- Discordo em parte (2)
- Nem concordo, nem discordo (3)
- Concordo em parte (4)

- Concordo totalmente (5)

20 - DETERMINADAS PRÁTICAS RELIGIOSAS INTERFEREM NEGATIVAMENTE NO TRATAMENTO DE SAÚDE

- Discordo totalmente (1)
- Discordo em parte (2)
- Nem concordo, nem discordo (3)
- Concordo em parte (4)
- Concordo totalmente (5)

21 - A RELIGIOSIDADE DO PACIENTE (TAIS COMO ORAÇÃO, REZA, MEDITAÇÃO, FREQUÊNCIA A UM GRUPO RELIGIOSO) COOPERA NO TRATAMENTO.

- Discordo totalmente (1)
- Discordo em parte (2)
- Nem concordo, nem discordo (3)
- Concordo em parte (4)
- Concordo totalmente (5)

22 - A ESPIRITUALIDADE DO PACIENTE TEM INFLUÊNCIA POSITIVA EM SEU TRATAMENTO

- Discordo totalmente (1)
- Discordo em parte (2)
- Nem concordo, nem discordo (3)
- Concordo em parte (4)
- Concordo totalmente (5)

23 - É IMPORTANTE PARA O PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE COMPREENDER MELHOR A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E ESPIRITUALIDADE

- Discordo totalmente (1)
- Discordo em parte (2)
- Nem concordo, nem discordo (3)
- Concordo em parte (4)
- Concordo totalmente (5)

24 - É IMPORTANTE RECONHECER AS NECESSIDADES ESPIRITUAIS DOS PACIENTES.

- Discordo totalmente (1)
- Discordo em parte (2)
- Nem concordo, nem discordo (3)
- Concordo em parte (4)
- Concordo totalmente (5)

SEÇÃO IV - Coping religioso-espiritual do profissional

25 - EM TEMPOS DE SOFRIMENTO OU DIFICULDADE EM MINHA VIDA, MINHA RELIGIOSIDADE-ESPIRITUALIDADE ME AJUDA A LIDAR COM A SITUAÇÃO.

- Totalmente falsa (1)
- Em parte falsa (2)
- Nem verdadeira, nem falsa (3)

- Em parte verdadeira (4)
- Totalmente verdadeira (5)

26 - FREQUENTEMENTE UTILIZO MINHAS CRENÇAS RELIGIOSAS-ESPIRITUAIS PARA LIDAR COM SITUAÇÕES DIFÍCEIS EM MINHA VIDA

- Totalmente falsa (1)
- Em parte falsa (2)
- Nem verdadeira, nem falsa (3)
- Em parte verdadeira (4)
- Totalmente verdadeira (5)

27 - A ORAÇÃO/REZA É UMA PRÁTICA QUE UTILIZO QUANDO ENFRENTO PROBLEMAS NO TRABALHO

- Totalmente falsa (1)
- Em parte falsa (2)
- Nem verdadeira, nem falsa (3)
- Em parte verdadeira (4)
- Totalmente verdadeira (5)

SEÇÃO V - Integração da religiosidade e espiritualidade no cuidado ao paciente

28 - É IMPORTANTE TER CONHECIMENTO DE QUESTÕES RELATIVAS À RELIGIOSIDADE OU ESPIRITUALIDADE DO PACIENTE EM TRATAMENTO DE SAÚDE .

- Discordo totalmente (1)
- Discordo em parte (2)
- Nem concordo, nem discordo (3)
- Concordo em parte (4)
- Concordo totalmente (5)

29 - OS PACIENTES GOSTARIAM DE TRAZER AS QUESTÕES RELIGIOSAS-ESPIRITUAIS PARA O TRATAMENTO.

- Discordo totalmente (1)
- Discordo em parte (2)
- Nem concordo, nem discordo (3)
- Concordo em parte (4)
- Concordo totalmente (5)

30 - FREQUENTEMENTE PERGUNTO AOS MEUS PACIENTES SOBRE QUESTÕES RELIGIOSAS OU ESPIRITUAIS

- Discordo totalmente (1)
- Discordo em parte (2)
- Nem concordo, nem discordo (3)
- Concordo em parte (4)
- Concordo totalmente (5)

31 - PROFISSIONAIS DA SAÚDE DEVERIAM RECEBER FORMAÇÃO SOBRE COMO ABORDAR AS QUESTÕES RELIGIOSAS-ESPIRITUAIS DO PACIENTE DURANTE O TRATAMENTO

- Discordo totalmente (1)
- Discordo em parte (2)
- Nem concordo, nem discordo (3)
- Concordo em parte (4)
- Concordo totalmente (5)

32 - SINTO-ME CONFORTÁVEL EM ABORDAR QUESTÕES RELIGIOSAS-ESPIRITUAIS DURANTE O PROCESSO DE TRATAMENTO.

- Discordo totalmente (1)
- Discordo em parte (2)
- Nem concordo, nem discordo (3)
- Concordo em parte (4)
- Concordo totalmente (5)

33 - CONSIDERO IMPORTANTE A ATUAÇÃO DE UM PASTORALISTA OU LÍDER RELIGIOSO ATENDENDO NECESSIDADES ESPIRITUAIS DOS PACIENTES NO MEIO HOSPITALAR.

- Discordo totalmente (1)
- Discordo em parte (2)
- Nem concordo, nem discordo (3)
- Concordo em parte (4)
- Concordo totalmente (5)

34 - EU ENCAMINHARIA UM PACIENTE A UM PASTORALISTA OU LÍDER RELIGIOSO CASO ESTE FOSSE APTO PARA FAZER ATENDIMENTOS RELIGIOSOS E/OU ESPIRITUAIS

- Discordo totalmente (1)
- Discordo em parte (2)
- Nem concordo, nem discordo (3)
- Concordo em parte (4)
- Concordo totalmente (5)

35 - ESPAÇO PARA RELATAR SUA EXPERIÊNCIA DE INTEGRAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE NA PRÁTICA DO CUIDADO AOS PACIENTES

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO COM RESULTADOS

Sexo:

#	Opções	Respostas	%
1	Masculino	24	23%
2	Feminino	82	77%
	Total	106	100%

P02 – Idade:

#	Opções	Respostas	%
1	De 18 a 20 anos	0	0%
2	De 21 a 25 anos	18	17%
3	De 26 a 30 anos	29	27%
4	De 31 a 35 anos	21	20%
5	De 36 a 40 anos	16	15%
6	Acima de 40 anos	22	21%
	Total	106	100%

P03 – Nível de escolaridade:

#	Opções	Respostas	%
1	Médio (ou técnico) incompleto	0	0%
2	Médio (ou técnico) completo	6	6%
3	Superior Incompleto	5	5%
4	Superior Completo	39	37%
5	Pós-graduação (Especialização/Mestrado/Doutorado)	56	53%
	Total	106	100%

P04 – Estado civil atual:

#	Opções	Respostas	%
1	Solteiro	32	30%
2	Casado (ou vivendo como casado)	66	62%
3	Separado/Divorciado	7	7%
4	Viúvo	1	1%
	Total	106	100%

P05 – Turno em que trabalha:

#	Opções	Respostas	%
1	Diurno	94	89%
2	Noturno	1	1%
3	Ambos	11	10%
	Total	106	100%

P06 – Tempo de atuação profissional na área da saúde:

#	Opções	Respostas	%
1	De 0 a 5 anos	54	51%

2	De 6 a 10 anos	23	22%
3	De 11 a 15 anos	14	13%
4	De 16 a 20 anos	8	8%
5	Acima de 20 anos	7	7%
	Total	106	100%

P07 – Como você avalia sua saúde:

#	Opções	Respostas	%
1	Muito ruim	1	1%
2	Ruim	0	0%
3	Nem boa, nem ruim	11	10%
4	Boa	63	59%
5	Muito Boa	31	29%
	Total	106	100%

P08 – Sua ocupação profissional:

#	Opções	Respostas	%
1	Médico Contratado:	5	5%
2	Psicólogo/a	2	2%
3	Enfermeiro/a	58	55%
4	Técnico/a em enfermagem	5	5%
5	Serviço Social	4	4%
6	Fisioterapeuta	3	3%
7	Fonoaudiólogo/a	3	3%
8	Farmacêutico/a	5	5%
9	Nutricionista Clínico	2	2%
10	Pastoralista	3	3%
11	Outros	16	15%
	Total	106	100%

P09 – Afiliação religiosa:

#	Opções	Respostas	%
1	Ateísta – não acredito em Deus	1	1%
2	Sem religião – mas acredito em Deus	6	6%
3	Católico	49	46%
4	Evangélico, mas não afiliado a nenhuma igreja	8	8%
5	Evangélica – Protestante (Batista; Menonita; Presbiteriano; Metodista)	20	19%
6	Pentecostal: Assembleia de Deus; Congregação Cristã no Brasil	5	5%
7	Adventista	4	4%
8	Igreja do Evangelho Quadrangular	3	3%
9	Igreja Universal do Reino de Deus	0	0%
10	Espírita	6	6%
11	Religiões Afro-brasileiras (Umbanda, Candomblé, Batuque etc.)	2	2%

12	Outra	2	2%
	Total	106	100%

P10 – Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso:

#	Opções	Respostas	%
1	Uma vez por semana	25	24%
2	Mais de uma vez por semana	18	17%
3	Duas a três vezes por mês	22	21%
4	Algumas vezes por ano	34	32%
5	Uma vez por ano ou menos	5	5%
6	Nunca	2	2%
	Total	106	100%

P11 – Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da Bíblia ou de outros textos religiosos:

#	Opções	Respostas	%
1	Mais de uma vez ao dia	10	9%
2	Diariamente	58	55%
3	Duas ou mais vezes por semana	14	13%
4	Uma vez por semana	4	4%
5	Poucas vezes por mês	10	9%
6	Raramente ou nunca	10	9%
	Total	106	100%

P12 – Meditações, orações e rezas que eu faço quando estou sozinho são tão importantes quanto as orações, rezas e meditações que faço em conjunto com um grupo religioso:

#	Opções	Respostas	%
1	Totalmente falsa	1	1%
2	Em parte falsa	0	0%
3	Nem verdadeira, nem falsa	7	7%
4	Em parte verdadeira	20	19%
5	Totalmente verdadeira	78	74%
	Total	106	100%

P13 – É importante, para mim, ter um tempo privado para fazer minhas meditações e orações:

#	Opções	Respostas	%
1	Totalmente falsa	2	2%
2	Em parte falsa	2	2%
3	Nem verdadeira, nem falsa	8	8%
4	Em parte verdadeira	22	21%
5	Totalmente verdadeira	72	68%
	Total	106	100%

P14 – Eu me esforço para viver toda a minha vida de acordo com minhas crenças religiosas:

#	Opções	Respostas	%
1	Totalmente falsa	1	1%
2	Em parte falsa	6	6%
3	Nem verdadeira, nem falsa	8	8%
4	Em parte verdadeira	36	34%
5	Totalmente verdadeira	55	52%
	Total	106	100%

P15 – Toda a minha vida se fundamenta em minha espiritualidade:

#	Opções	Respostas	%
1	Totalmente falsa	3	3%
2	Em parte falsa	6	6%
3	Nem verdadeira, nem falsa	16	15%
4	Em parte verdadeira	45	42%
5	Totalmente verdadeira	36	34%
	Total	106	100%

P16 – A espiritualidade me ajuda a manter minha vida equilibrada e estável do mesmo modo como minha cidadania, minhas amizades e minha participação em outros grupos me ajudam:

#	Opções	Respostas	%
1	Totalmente falsa	1	1%
2	Em parte falsa	1	1%
3	Nem verdadeira, nem falsa	10	9%
4	Em parte verdadeira	30	28%
5	Totalmente verdadeira	64	60%
	Total	106	100%

P17 – Em minha vida, eu sinto a presença divina (ou do sagrado, de uma energia cósmica, de um ser superior, de Deus, do Espírito Santo, ou de algo maior que eu):

#	Opções	Respostas	%
1	Totalmente falsa	2	2%
2	Em parte falsa	1	1%
3	Nem verdadeira, nem falsa	1	1%
4	Em parte verdadeira	17	16%
5	Totalmente verdadeira	85	80%
	Total	106	100%

P18 - Minha espiritualidade ou religiosidade nada tem a ver com a forma como realizo meu trabalho:

#	Opções	Respostas	%
1	Totalmente falsa	51	48%
2	Em parte falsa	14	13%
3	Nem verdadeira, nem falsa	14	13%

4	Em parte verdadeira	14	13%
5	Totalmente verdadeira	13	12%
	Total	106	100%

P19 – Problemas de saúde fazem com que as pessoas se voltem para a religião:

#	Opções	Respostas	%
1	Discordo totalmente	0	0%
2	Discordo em parte	3	3%
3	Nem concordo, nem discordo	3	3%
4	Concordo em parte	50	47%
5	Concordo totalmente	50	47%
	Total	106	100%

P20 – Determinadas práticas religiosas interferem negativamente no tratamento de saúde:

#	Opções	Respostas	%
1	Discordo totalmente	8	8%
2	Discordo em parte	12	11%
3	Nem concordo, nem discordo	9	8%
4	Concordo em parte	54	51%
5	Concordo totalmente	23	22%
	Total	106	100%

P21 – A religiosidade do paciente (como oração, reza, meditação, frequência a um grupo religioso) coopera no tratamento:

#	Opções	Respostas	%
1	Discordo totalmente	0	0%
2	Discordo em parte	0	0%
3	Nem concordo, nem discordo	6	6%
4	Concordo em parte	34	32%
5	Concordo totalmente	66	62%
	Total	106	100%

P22 – A espiritualidade do paciente tem influência positiva em seu tratamento:

#	Opções	Respostas	%
1	Discordo totalmente	1	1%
2	Discordo em parte	2	2%
3	Nem concordo, nem discordo	4	4%
4	Concordo em parte	33	31%
5	Concordo totalmente	66	62%
	Total	106	100%

P23 – É importante para o profissional da área da saúde compreender melhor a relação entre saúde e espiritualidade:

#	Opções	Respostas	%
1	Discordo totalmente	0	0%

2	Discordo em parte	0	0%
3	Nem concordo, nem discordo	4	4%
4	Concordo em parte	33	31%
5	Concordo totalmente	69	65%
	Total	106	100%

P24 – É importante reconhecer as necessidades espirituais dos pacientes:

#	Opções	Respostas	%
1	Discordo totalmente	0	0%
2	Discordo em parte	3	3%
3	Nem concordo, nem discordo	5	5%
4	Concordo em parte	35	33%
5	Concordo totalmente	63	59%
	Total	106	100%

25 – Em tempos de sofrimento ou dificuldade em minha vida, minha religiosidade/espiritualidade me ajudam a lidar com a situação:

#	Opções	Respostas	%
1	Totalmente falsa	1	1%
2	Em parte falsa	0	0%
3	Nem verdadeira, nem falsa	4	4%
4	Em parte verdadeira	23	22%
5	Totalmente verdadeira	78	74%
	Total	106	100%

P26 – Frequentemente utilizo minhas crenças religiosas/espirituais para lidar com situações difíceis em minha vida:

#	Opções	Respostas	%
1	Totalmente falsa	2	2%
2	Em parte falsa	0	0%
3	Nem verdadeira, nem falsa	6	6%
4	Em parte verdadeira	28	26%
5	Totalmente verdadeira	70	66%
	Total	106	100%

P27 – A oração/reza é uma prática que utilizo quando enfrento problemas no trabalho:

#	Opções	Respostas	%
1	Totalmente falsa	2	2%
2	Em parte falsa	1	1%
3	Nem verdadeira, nem falsa	6	6%
4	Em parte verdadeira	35	33%
5	Totalmente verdadeira	62	58%
	Total	106	100%

28 – É importante ter conhecimento de questões relativas à religiosidade ou à espiritualidade do paciente em tratamento de saúde:

#	Opções	Respostas	%
1	Discordo totalmente	3	3%
2	Discordo em parte	6	6%
3	Nem concordo, nem discordo	13	12%
4	Concordo em parte	47	44%
5	Concordo totalmente	37	35%
	Total	106	100%

P29 – Os pacientes gostariam de trazer as questões religioso-espirituais para o tratamento:

#	Opções	Respostas	%
1	Discordo totalmente	4	4%
2	Discordo em parte	8	8%
3	Nem concordo, nem discordo	27	25%
4	Concordo em parte	47	44%
5	Concordo totalmente	20	19%
	Total	106	100%

P30 – Frequentemente pergunto aos meus pacientes sobre questões religiosas ou espirituais:

#	Opções	Respostas	%
1	Discordo totalmente	22	21%
2	Discordo em parte	23	22%
3	Nem concordo, nem discordo	18	17%
4	Concordo em parte	36	34%
5	Concordo totalmente	7	7%
	Total	106	100%

P31 – Profissionais da saúde deveriam receber formação sobre como abordar as questões religioso-espirituais do paciente durante o tratamento:

#	Opções	Respostas	%
1	Discordo totalmente	4	4%
2	Discordo em parte	13	12%
3	Nem concordo, nem discordo	24	23%
4	Concordo em parte	37	35%
5	Concordo totalmente	28	26%
	Total	106	100%

P32 – Sinto-me confortável em abordar questões religioso-espirituais durante o processo de tratamento:

#	Opções	Respostas	%
1	Discordo totalmente	7	7%
2	Discordo em parte	16	15%
3	Nem concordo, nem discordo	23	22%

4	Concordo em parte	33	31%
5	Concordo totalmente	27	25%
	Total	106	100%

P33 – Considero importante a atuação de um pastoralista ou líder religioso atendendo necessidades espirituais dos pacientes no meio hospitalar:

#	Opções	Respostas	%
1	Discordo totalmente	1	1%
2	Discordo em parte	0	0%
3	Nem concordo, nem discordo	9	8%
4	Concordo em parte	21	20%
5	Concordo totalmente	75	71%
	Total	106	100%

P34 – Eu encaminharia um paciente a um pastoralista ou líder religioso caso este fosse apto para fazer atendimentos religiosos e/ou espirituais:

#	Opções	Resposta	%
1	Discordo totalmente	0	0%
2	Discordo em parte	4	4%
3	Nem concordo, nem discordo	8	8%
4	Concordo em parte	27	25%
5	Concordo totalmente	67	63%
	Total	106	100%