Universidade Federal do Rio Grande do Sul

GABRIEL MESSERSCHMIDT

A ESPIRITUALIDADE COMO RECURSO TERAPÊUTICO NO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA

Porto Alegre

2006

GABRIEL MESSERSCHMIDT

A ESPIRITUALIDADE COMO RECURSO TERAPÊUTICO NO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA

Trabalho apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II – TCC II, do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de enfermeiro.

Orientadora: Profª Maria Luiza Machado Ludwig

Porto Alegre

2006

AGRADECIMENTOS

A Deus, do qual sempre sinto a presença mesmo nos momentos do meu abandono.

A minha Família, berço, princípio e modelo do meu ser, em especial a minha mãe, Tarsilia, exemplo de uma enfermagem humanizada.

À Michele, meu amor, exemplo e força no transcorrer desse curso.

À Profª Maria Luiza, minha orientadora, pela paciência e disposição em ensinar.

A todos que de certa forma cruzaram meu caminho e me fizeram diferente do que eu era...

“O maior erro dos médicos é tentarem curar o corpo sem procurar curar a alma. Entretanto, corpo e alma são um e não podem ser tratados separadamente”.

Platão

RESUMO

A espiritualidade torna-se cada vez mais presente e motivo de discussão nos meios acadêmico e popular. No entanto, pouco se registra na prática profissional do enfermeiro as intervenções relativas a esta dimensão do ser humano. Este trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica que objetivou compreender a influência da espiritualidade e seus diversos aspectos no processo de saúde e doença e sua função como recurso terapêutico na promoção da qualidade de vida. Como resultado notou-se a importância da espiritualidade no enfrentamento das situações de agravo a saúde, bem como seu relevante papel preventivo a esses agravos. Fica como proposta o melhoramento no registro das intervenções e o incentivo ao aumento de estudos que contemplem essa dimensão do processo de saúde e doença.

Descritores: Espiritualidade. Processo saúde-doença. Qualidade de vida.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 6
2 METODOLOGIA 9
2.1 Tipo de estudo 9
2.2 Fases do estudo 9
2.3 Aspectos éticos 11
3 A ESPIRITUALIDADE E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA 12
3.1 A espiritualidade no enfrentamento aos agravos da saúde 13
3.2 A espiritualidade e a prevenção a problemas de saúde 17
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS 20
REFERÊNCIAS 22

1 INTRODUÇÃO

O mundo está carente das coisas do espírito! Essa é uma afirmação da qual comungam filósofos, escritores, jornalistas, e que se faz presente nos meios de comunicação em geral (CORTES; MORAES, 2003; ZILLES, 2004; COSTA JUNIOR, 2005). Como prova, é vista uma explosão de seitas, academias de yoga, livros sobre anjos, livros de auto-ajuda, a renovação carismática, a exposição do Budismo e de outras religiões orientais na mídia, entre tantos exemplos.

Até mesmo o meio acadêmico, marcado pelo ceticismo, desperta para necessidade de investigar esta dimensão da vida humana. A ciência deixa de ser uma antagonista da espiritualidade, vendo nas suas muitas facetas, como a religião, uma forma de melhorar a qualidade de vida, das relações e da saúde humana. (HOLANDA, 2002; PEREIRA, 2002; MULLER, 2004). Nota-se um crescente aumento dos estudos que relacionam o caráter espiritual com a qualidade de vida, mostrando um mútuo interesse de aproximação entre o científico e o religioso (SOUZA *et al.*, 2004).

A questão saúde faz parte desse pacote da explosão espiritual. Cada vez mais e mais pessoas recorrem a curandeiros, shamãs, cirurgias espirituais e outras possibilidades conhecidas da população em geral. Seja como recurso alternativo ou adjunto às terapias convencionais, seja pelo cerceamento das possibilidades da medicina conservadora, muitas pessoas vêem naquilo que transcende a materialidade uma possibilidade de cura ou diminuição do seu sofrimento.

Desde a infância convivo fortemente com os aspectos da espiritualidade nas relações de saúde e doença vivenciados no âmbito familiar, principalmente no que tange a esperança de melhora e recuperação da saúde. No ano 2000, ingressei como seminarista na Congregação dos Padres Carlistas, voltada à imigração, com componentes de diversos países, todos impregnados de sua cultura local e compreensão de espiritualidade. Durante os dois anos que ali permaneci, tive grande convívio com pessoas acamadas e idosas, percebendo que aqueles que tinham e vivenciavam intensamente sua fé, possuíam um melhor enfrentamento perante o que lhes incomodava. Cito o exemplo de dois padres acometidos por Acidente Vascular Encefálico em épocas semelhantes. O de regime contemplativo, tipo de oração marcada pelo uso intenso da meditação, apesar de seqüelas maiores, era mais ativo e demonstrava maior sucesso na recuperação de suas funções comparado ao outro que se afastara da meditação contemplativa.

Mas afinal o que é Espiritualidade? Segundo Tersariol é a qualidade daquilo que é espiritual, e Espiritual é o relativo ao espírito, da natureza do espírito, incorpóreo, místico (ESPIRITUALIDADE, 1999).

Para Zilles (2004) o conceito de espiritualidade é vago, podendo ser usado de muitas formas sem medo de equívoco. Pode ser aquilo que se contrapõe a materialidade, pode ser uma ideologia ou síntese doutrinal, bem como ser empregado para definir a identidade religiosa de uma confraria ou instituto.

Segundo Smeltzer e Bare (2002), a espiritualidade é definida como uma conexão entre o eu (*self*), os outros e uma força de vida ou Deus, permitindo às pessoas a experimentação da autotranscendência e do encontro de um significado para a vida. A religião e a natureza são veículos para o encontro com Deus ou Força Superior, independente de dogmas e instituições religiosas, sendo a fé, ou seja, a crença em algo que não se vê (SMELTZER; BARE, 2002) a base da espiritualidade.

Espiritualidade é, também, componente da esperança, onde muitas vezes pacientes e familiares encontram conforto e força emocional por meio das tradições e crenças espirituais.

Portanto, o termo espiritualidade será usado de forma ampla, abarcando conceitos diversos e incorporando os sentidos de cultura e religião nele impregnados.

Atualmente, muitas pesquisas têm mostrado que a espiritualidade é um fator importante nas vidas das pessoas, mesmo assim, no meio acadêmico, muitas vezes ela é segregada ao discurso intelectual e considerada um resíduo cultural irracional (DORNELES, 2004).

No estudo da Enfermagem comenta-se muito sobre o cuidado holístico, no qual está presente a dimensão espiritual, tendo-se diagnósticos como o de Angústia Espiritual (CARPENITO, 1998), que se refere ao estado em que o indivíduo ou grupo apresenta ou corre risco de apresentar um distúrbio no sistema de crenças e valores que proporcionam força, esperança e significado para a vida. Porém, pouco se registra tal diagnóstico na prática profissional, configurando-se um problema para os alunos atentos a tais questões.

Sarriera (2004), corrobora com essa realidade ao afirmar que há a necessidade de incluir a espiritualidade como um recurso de saúde, sendo sua inclusão no âmbito de formação dos novos profissionais uma prioridade.

Com base no que foi exposto, algumas questões podem ser apontadas:

a) a espiritualidade tem influência no processo saúde-doença?
b) o ser espiritualizado tem uma melhor qualidade de vida?

Para responder a essas questões este trabalho teve como objetivo: Compreender a influência da espiritualidade e seus diversos aspectos no processo de saúde e doença, enquanto dimensão do ser humano, e sua função como recurso terapêutico na promoção da qualidade de vida.

O estudo traz uma breve explanação histórica do conceito espiritualidade e sua interação com a ciência, além de seu papel importante no enfrentamento de situações de agravo a saúde. Mostra, também, o caráter preventivo que a espiritualidade e suas formas de expressão têm quanto ao uso de drogas e doenças mentais.

A resposta às questões citadas poderá conscientizar e direcionar a assistência do profissional de enfermagem, favorecendo a integralidade do cuidado e fornecendo maiores recursos para a concretização desse cuidado.

2 METODOLOGIA

Seguem as descrições do tipo de estudo, fases do estudo e aspectos éticos.

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, ou seja, uma pesquisa exploratória realizada para obtenção de conhecimentos, procurando encontrar informações publicadas em livros, catálogos, folhetos, artigos e outras publicações sobre o tema. (BARROS, 1986).

Gil (2002) apresenta como vantagem da pesquisa bibliográfica o fato de permitir ao investigador uma cobertura de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia ser pesquisada diretamente. Ainda, salienta a necessidade de assegurar-se das condições em que os dados utilizados para a pesquisa foram obtidos, evitando a reprodução e ampliação de erros, o que comprometeria a qualidade da pesquisa.

2.2 Fases do estudo

A confecção desse trabalho seguiu as fases propostas por Gil (2002). São elas:

a) determinação dos objetivos: obtenção de dados em resposta a um problema já formulado, com a utilização exclusiva de dados obtidos a partir de fontes bibliográficas;
b) elaboração do plano de trabalho: para orientar os procedimentos seguintes;
c) identificação das fontes: nesse caso foram utilizados como fonte artigos da área de enfermagem e artigos de áreas afins buscados na base de dados eletrônicos BIREME, que abrangessem de forma direta ou indireta o assunto, do ano 2000 até o momento presente;
d) localização das fontes e obtenção do material;

e) leitura do material: para a identificação das informações e dados, estabelecimento de relações entre as informações e os dados obtidos com o problema proposto, análise da consistência dessas informações e dados apresentados pelos autores. Essa leitura apresentou certa sistematização em seu processo, que apesar de não rígida, serviu à melhor utilização do material obtido. Seguem então os diferentes tipos de leitura apresentados:

- Leitura exploratória: leitura rápida do material bibliográfico, para verificar em que medida a obra consultada interessa à pesquisa, torna possível uma visão global da obra.
- Leitura seletiva: serve à determinação do material que realmente interessa à pesquisa, todavia, não é definitiva.
- Leitura analítica: feita a partir dos textos selecionados, com a finalidade de ordenar e sumariar as informações contidas nas fontes, de forma a possibilitar a obtenção de respostas ao problema da pesquisa.
- Leitura interpretativa: tem por objetivo relacionar o que o autor afirma com o problema a ser solucionado, procura conferir significados mais amplos aos resultados obtidos com a leitura analítica.

f) tomada de apontamentos: a fim de reter o conteúdo lido, levando em consideração o problema da pesquisa;

g) confecção de fichas: com os objetivos de identificação das obras consultadas, registro do conteúdo das obras, registro dos comentários acerca das obras e ordenação dos registros. Observação: Quando os artigos foram adquiridos por fotocópia, a confecção das fichas foi substituída por grifos no próprio texto, a fim de destacar os trechos de interesse.

h) redação do trabalho: observando qualidades referentes ao estilo, como impessoalidade, clareza, precisão, concisão.

2.3 Aspectos éticos

Como aspecto ético, houve o compromisso de citar todos os autores, bem como de respeitar a palavra dos autores utilizados, conforme as normas prescritas pela ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas.

3 A ESPIRITUALIDADE E O PROCESSO DE SAÚDE-DOENÇA

O mundo atual está embebido na questão espiritual. Uma reportagem que publicou a teoria da não existência da alma gerou diversas cartas enfurecidas de leitores questionando as bases dessa teoria e a audácia do pesquisador em questionar coisa tão solidificada na tradição popular (MARCELO..., 2004).

Durante séculos a ciência esteve subordinada à religião, sobretudo à Igreja Católica. Essa subordinação penalizava, com a força da Inquisição, aqueles que produzissem questionamentos sobre as leis da Igreja e sobre os mitos sustentados por ela. Todavia, no encerrar da Idade Média, cientistas, como Galileu (1564-1642), considerado pai da ciência experimental, passaram a minar as bases dessa hegemonia de pensamento. Filosofia e ciência deram cada vez mais importância ao material, ao quantificável, gerando o advento do racionalismo e a separação entre o cientifico e o religioso (URAZAKI, 2002).

Descartes (1596-1650), ao separar o corpo, coisa extensa, da alma, coisa pensante, criou a permissão à exploração do corpo, antes não tolerada pelas teorias da época. Para Descartes o corpo não é mais que uma máquina, um corpo saudável é um relógio bem feito, um corpo doente, um relógio malfeito (URAZAKI, 2002). Essa teoria mecaniza o pensamento em saúde e fragmenta a atenção ao doente. Ele passa a ser um órgão defeituoso e não um ser humano. Entretanto, essa forma de pensar serviu aos interesses da ciência que se libertava da escuridão da Idade Média e deixa traços bem sensíveis até a atualidade.

Muito disso se observa na fragmentação do cuidado, no apelo à técnica e às tecnologias em saúde. Por vezes na formação acadêmica, é exaltado o profissional perito no manejo do aparelho, o profissional veloz em suas práticas, que favorece a economia da instituição. Assim, mecaniza-se o cuidado e o cuidador, transformando-os em máquinas com ou sem defeito, deteriorando sua essência.

Esse desacordo acaba por criar extremismos tanto na ciência como na religião, gerando confusão e inadequação dos valores sociais quando estes estão justapostos a descobertas científicas ou preceitos religiosos. Albert Einstein discutia este desacordo e defendia que ambas deveriam ser complementares. Para ele, a ciência não só purifica o impulso religioso do entulho de seu antropomorfismo, como contribui para uma espiritualização religiosa de nossa compreensão da vida. Dizia, ainda, que o avanço da evolução espiritual mais genuína seria a religiosidade, não estando pautada no medo da vida

ou da morte ou mesmo pela fé cega, e sim pelo esforço na busca do conhecimento racional (BITTES JUNIOR, 2003).

Muitos autores concordam com a necessidade dessa integração (BITTENCOURT; CADETE, 2002; URAZAKI, 2002; BITTES JUNIOR, 2003). Solidariedade, sensibilidade, respeito, compreensão e aceitação de crenças são tão desejadas por aqueles que buscam cuidados, quanto procedimentos técnicos bem executados. Surge daí a necessidade de rever práticas, ampliando o espectro das ações do profissional da saúde na busca de integrar o corpo e o espírito, a ciência e a religião, a fé e a tecnologia, fazendo com que sejam facilitadores dos processos de cura e cuidado.

O comprometimento com a integração proposta incita o despojamento de preconceitos e a aceitação do viver humano como um processo dinâmico, multifacetado e complexo que se constrói historicamente, de forma individual e coletiva, em âmbito local e global, através de recursos sociais, culturais, políticos, econômicos, ecológicos, educacionais e espirituais, dentre outros, compartilhados por uma certa sociedade em um determinado momento histórico (MAZO *et al*., 2003). Assim, manifesta-se no homem sua multidimensionalidade: o ser biológico, social, psicológico, espiritual, laboral, ético, ecológico, cultural, estético e educacional.

Faz-se o detalhamento da dimensão espiritual, base da discussão proposta. A dimensão espiritual é entendida como sendo sua força vital, a essência que anima todas as coisas. Ela co-existe e inter-existe com as demais dimensões humanas. Depende da adesão a uma filosofia religiosa e isto terá influência nas atitudes e comportamentos do ser humano em diversos domínios (família, educação, economia, política, etc), como também em diversos assuntos como o bem e o mal, o certo e o errado. Fatores religiosos e espirituais influenciam a maior parte das ações cotidianas (MAZO *et al*., 2003). Lembra-se que nessa discussão o conceito de espiritualidade é usado de forma ampla, abrangendo inclusive as práticas religiosas.

3.1 A espiritualidade no enfrentamento aos agravos da saúde

Todos buscam formas de representar e expressar as nuances da espiritualidade vivida. Quando formaliza-se crenças e co-participasse das crenças de um grupo de semelhantes,

ocorre atribuição de significado a símbolos, formas de culto, lugares sagrados, bem como a regras de vida, que determinam as faces da espiritualidade de um grupo. Essas formas de representação são sinais da comunicação com o transcendental, são ícones da presença do divino, do sagrado, em nosso meio.

Batista (2004), analisou a presença do sagrado nos momentos críticos da vida, tendo como pano de fundo a internação em uma unidade de terapia intensiva. Dessa interação com o sagrado, pôde inferir que o objeto representativo da espiritualidade de cada indivíduo revela padrões culturais e étnicos, próprios de cada grupo social, bem como, revela a intensidade com que a religião ocupa espaço na vida da pessoa.

Esse objeto, símbolo da conexão com o transcendental, passa a despertar sensações corpóreas de otimismo, entusiasmo, inspiração e outros estados compensatórios que dignificam e enobrecem o ser humano.

Isso provoca a sensação de conexão com o sobrenatural, de proteção divina, de incentivo à auto-preservação, favorecendo a recuperação e o enfrentamento do medo e do desconforto existente nas situações críticas (BATISTA, 2004; BITTENCONURT; CADETE, 2002).

Pode-se afirmar, a partir dessas considerações, que a espiritualidade representada por um objeto sagrado e pela fé em um ser superior, seja ele Deus ou outra entidade de crença, é capaz de abarcar sentimentos e sensações que servem de amparo e refúgio nos momentos de crise do ser humano e daqueles que o cercam, promovendo através das sensações citadas, um aumento da qualidade de vida desses grupos.

A espiritualidade promove também a união de um grupo no entorno de alguém ou alguma coisa. Assim, promove conforto à família do doente, que, orando unida, congrega forças para um melhor enfrentamento da situação de crise, podendo essas forças atingirem o indivíduo doente, reforçando os mecanismos já referidos.

Também os cuidadores, em potencial a Enfermagem, manifestam em seu trabalho canais por onde a espiritualidade amplia a visão do cuidado e da relação entre cuidadores e pacientes, tendo no imaterial uma possibilidade de estímulo à auto-restauração (*healing*) e a transcendência do agir nos processos de saúde e doença (VIANNA; CROSSETTI, 2004).

Um dos grandes mercados que emprega profissionais da saúde, no papel de cuidadores, exigindo destes esforços físicos e emocionais, tendo a peculiaridade de ter um público normalmente praticante de alguma crença, são as clínicas geriátricas.

A dimensão espiritual está presente e colabora para uma visão positiva da vida de idosos institucionalizados, conforme relata Mazo *et al.* (2003). Segundo o texto a

religiosidade e a espiritualidade são aspectos importantes para as pessoas idosas e estão associadas ao bem-estar psicológico e à necessidade de manterem um certo controle sobre a morte. Para os idosos, a religião é muitas vezes fonte de reconforto, pois lhes permite entender certas questões sobre o significado da vida e do destino. A espiritualidade assume também um papel recreativo, além de tornar-se um ponto de apoio para o encontro existencial, que dá sentido à vida. Refere, também, a observação de que os idosos mais espiritualizados encaram o futuro com uma perspectiva mais positiva do que os não espiritualizados.

Essa afirmação do autor vai ao encontro da observação relatada nos aspectos motivacionais desta pesquisa, na qual aquele que dedicava maior tempo à meditação demonstrava melhores atitudes perante seu cotidiano. Aí se retorna a questão da fé como subsidio de grande valia para o enfrentamento das adversidades.

Um estudo que avaliou depoimentos de idosos portadores de doenças crônicas revela que os participantes enfrentaram as situações adversas e favoráveis com fé em Deus, com a ajuda da família e de outros, com trabalho, freqüentando grupo de idosos, cuidando da estética do corpo, com tratamento médico e rejeição às perdas naturais conseqüentes do envelhecimento. (TRENTINI *et al*., 2005).

Esse estudo define a fé como um modo de pensar construtivo. Como um sentimento de confiança de que acontecerá o que se deseja. A fé em Deus é um sentimento arraigado na nossa cultura e é tão necessária quanto os outros modos de enfrentamento. Dessa forma, o discurso mostra que a dimensão espiritual ocupa um lugar de destaque na vida das pessoas e mostra também que é imprescindível conhecer a espiritualidade dos usuários, sejam eles idosos ou não, ao planejar o cuidado de Enfermagem. Reforça, ainda, que as ações de saúde dirigidas aos idosos precisam incluir reforços para manter e/ou desenvolver a espiritualidade, independente de qualquer credo ou convicção religiosa.

De forma geral, as pessoas nunca esperam adoecer ou sofrer acidentes que modifiquem de forma drástica o curso de suas vidas, todos desejamos vida longa a nós e a nossos próximos. Mas, quando surge um diagnóstico de uma doença grave, como um câncer, a espiritualidade ainda segue como forma de enfrentamento, ou a crença em Deus é abalada diante da terminalidade e impotência perante à doença?

Para Rzeznick e Dall´Agnol (2000) é incoerente e impossível dissociar a espiritualidade dos outros aspectos da vida, do cotidiano vivido. É de fundamental importância conhecer as repercussões da vivência de um câncer sobre a espiritualidade de quem o experiencia, bem como a repercussão da espiritualidade sobre a doença.

Segundo as autoras, quando um indivíduo se encontra diante de uma situação desesperadora, com o assombro da morte inevitável, “a crença na existência de um ser superior é vivificada e a busca pela concretização do poder da fé é visto como o último e o maior recurso disponível de que o ser humano dispõe para reverter a situação uma vez que, para Deus, nada é impossível”. (RZEZNICK; DALL´AGNOL, 2000, p. 93). Também, o fato de uma circunstância dolorosa ter sido superada pode levar a um fortalecimento da fé do indivíduo, ao sentimento de proximidade com Deus, enfim, ao resgate e valorização do lado espiritual.

Essa idéia de conexão com Deus reforça a conexão com a comunidade, visto que é essa que se agrega para orar e interceder pelo doente, como já fora citado anteriormente.

Nesse contexto a ligação com os que são próximos ao doente nos remete ao enfrentamento dos cuidadores, entre eles a Enfermagem, às questões da terminalidade, da morte e do morrer. A morte pode ser compreendida como um dado antropológico, cuja presença tem sido motivo de angústia para o ser humano ao longo de sua existência, expondo-lhe inexoravelmente, sua vulnerabilidade de ser mortal. Nós seres humanos, marcados pela temporalidade da vida, lutamos contra a idéia de nossa finitude, sendo que buscamos o alívio possível para o paradoxo existencial que se apresenta frente ao dualismo vida e morte. Tal paradoxo tem sido marcante na cultura ocidental e agudiza, sobremaneira, essa angústia, tornando mais difícil o seu enfrentamento, visto que colocamos em situação de oposição esses dois momentos de uma mesma realidade: a de sermos seres vivos e que, portanto, morreremos um dia. (BELLATO; CARVALHO, 2005).

Perante a morte de alguém que está sob seus cuidados,o cuidador defrontasse com o medo da própria morte. Isso é causa de dano ao profissional despreparado, gerando a angústia de enfrentar a família, a equipe, o eu interno, catalisando sofrimento no confronto com o fim. (GONÇALVES; SCHNEIDER, 2001). Desperta, também, a sensação de impotência perante a natureza, colocando o conhecimento humano à mercê do inevitável. (CARPENA, 2000).

É desse sentimento que emerge a necessidade da crença no transcendental, sendo que aquilo que está além da matéria serve de conforto e resposta à angústia da terminalidade.

Quando há reconhecimento da dimensão espiritual, ocorre a percepção da idéia de imortalidade, da não limitação espaço-temporal do ser. Esse aspecto transcendental, de ligação com Deus ou seres superiores apresenta-se como uma força da qual os cuidadores se aproximam para enfrentar o cotidiano (VIANA; CROSSETTI, 2004), tendo assim melhores condições de elaborar seu sofrimento existencial e promover o cuidado humanizado ao cliente que exige sua atenção.

Percebe-se, até o momento, que a espiritualidade, manifesta pelas crenças religiosas, pela fé em algo superior, seja por símbolos ou pelas maneiras de expressão pessoais ou comunitárias, serve de base ao enfrentamento de situações adversas, influenciando o processo de saúde e doença, enquanto estímulo a não desistência da vida, bem como, promovendo a qualidade de vida, servindo de alento, provocando mudanças na forma de encarar os fatos e implementando a comunicação entre o eu, o transcendente e aqueles que cercam o doente e a equipe que com ele trabalha.

3.2 A espiritualidade e a prevenção a problemas de saúde

A afirmativa de que o homem possui uma espiritualidade, definida como um sistema de crenças que enfoca elementos intangíveis, que transmite vitalidade e significado a eventos da vida, é mais importante que a questão do homem possuir ou não um espírito (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001). Espiritualidade é um conceito mais amplo que a religião, pois esta é uma expressão daquela. Ainda, convém definir a religiosidade como um sistema de culto e doutrina que é compartilhado por um grupo e, portanto, tem características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorais específicas (FLECK *et al.*, 2003; SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001; SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPO, 2004). A compreensão dos conceitos auxiliará no desenrolar deste item.

Segundo Fleck *et al.*, 2003, a religiosidade e a espiritualidade, sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem ou estão doentes. Porém, a medicina ocidental, em especial a psiquiatria, apresenta duas posturas perante o tema: de negligência, por considerar esses assuntos irrelevantes ou fora de sua área de interesse principal e, de oposição, ao caracterizar as experiências religiosas de seus pacientes como evidências de psicopatologias diversas. Já a medicina oriental busca integrar de forma explicita as dimensões religiosa e espiritual ao binômio saúde-doença.

Atualmente vários estudos têm demonstrado interesse em avaliar essas relações. De um modo geral, atestam a influência da espiritualidade e religiosidade nos processos de saúde mental (FLECK *et al.*, 2003; SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001; ROECHE, 2004; PANZINI; BANDEIRA, 2005; ALMEIDA; LOTUFO NETO, 2003; VOLCAN *et al.*, 2003), na prevenção do uso de drogas lícitas e ilícitas (DALGALARRONDO *et al.*, 2004;

SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPO, 2004; GONZÁLEZ CONSUEGRA; FONTAO ZAGO, 2004) e no implemento da qualidade de vida, processo do qual concordam quase todos os autores citados até o momento.

Com relação à saúde mental, a religiosidade foi citada por Fleck *et al.* (2003) como fator protetor para o suicídio, abuso de drogas, comportamento delinqüente, satisfação marital, sofrimento psicológico e alguns diagnósticos de psicoses funcionais, diminuição do tempo de internação de pacientes deprimidos e aumento da esperança de pacientes com diagnóstico de SIDA.

Outros autores avaliaram a relação entre a prática religiosa e o uso de álcool e drogas entre adolescentes. Os resultados convergem em um possível efeito inibidor ao uso de drogas, sendo que o uso de drogas pesadas foi maior entre os adolescentes que não tinham educação religiosa na infância (DALGALARRONDO *et al.*, 2004; SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPO, 2004).

Essa educação religiosa pode ser decorrente de uma educação com mais regras e normas morais e comportamentais claras, bem como de um ambiente sócio-familiar mais estruturado, assim como ser resultado da internalização de valores que dão significado à vida. Vale a pena citar que uma maior devoção pessoal está associada à menor dependência de drogas quando analisada em grupo de praticantes de uma religião comum.

Pode-se discutir a possibilidade de ser a questão moral o motivo inibidor do consumo de álcool e drogas, sendo a religiosidade apenas um reforço daquela. Todavia, para Sanchez, Oliveira e Napo (2004) além do caráter normativo, a religiosidade e a espiritualidade despontam como um propulsor de perspectivas de futuro, de bem-estar e auto-preservação, transcendendo regramentos de cunho moral.

Ainda em relação aos jovens, Rodrigues e Boog (2006), indicam possibilidades de alterações nos padrões de comportamento de jovens obesos, havendo estímulo à redução da ingesta alimentar ou abstenção temporária de alguns alimentos em virtude de costumes religiosos que envolvem a família e amigos. Esses costumes, por serem praticados de forma coletiva, têm melhor aceitação e maior chance de êxito do que a prática de uma dieta solitária que implica em grande ansiedade, podendo levar ao abandono do controle alimentar. Ressalvam, todavia, que a religião pode servir como meio de conformismo, descomprometendo o adolescente com a mudança e com o enfretamento dos problemas alimentares, o conhecido "*se Deus me fez assim...*"

Ao falar em ansiedade destaca-se que o sofrer psicológico/espiritual pode ser o que mais demanda suporte, segundo Saad, Masiero e Battisttela (2001), interferindo com

desfechos positivos das intervenções. O sofrimento espiritual não identificado, freqüentemente, é o culpado em um plano terapêutico mal resolvido.

Ao analisar a experiência do Neuróticos Anônimos em Porto Alegre, Roeche (2004), retrata a integração da fé com a busca do bem-estar emocional. Este grupo de auto-ajuda segue princípios estruturados, de base cristã, na manutenção de uma suposta "doença emocional" que se caracteriza precisamente pelo distanciamento desses princípios. Assim sendo, a experiência religiosa se confunde com a recuperação emocional. Somente há experiência religiosa à medida que a pessoa se vincula ao grupo, e essa vinculação indica progresso na superação do problema pessoal, se tornando difícil distinguir o que é experiência religiosa do que é processo de recuperação. O Neuróticos Anônimos é um exemplo do alcance da doutrina religiosa na promoção do bem-estar e recuperação da saúde.

Panzini e Bandeira (2005) no relato da elaboração da escala de *coping* religioso-espiritual, verificaram estratégias religiosas de *coping* (palavra inglesa sem tradução literal em português, podendo significar "lidar com", "manejar", "enfrentar" ou "adaptar-se a") especialmente diante de situações de crise, tais como: problemas relacionados à saúde e ao envelhecimento, alguns tipos de doença, incapacidades, morte e perda de entes queridos. Citam também que pessoas que apresentam envolvimento religioso têm menor probabilidade de usar/abusar de substâncias como álcool, cigarros e drogas, ou de apresentar comportamentos de risco, como atividades extramaritais, delinqüência e crime. Outro ponto citado no artigo é o fato de que a grande maioria dos usuários dos serviços de saúde quer ser perguntada sobre sua espiritualidade e/ou suas crenças religiosas no contexto do cuidado à saúde.

Dessa forma, retorna-se às afirmativas do item anterior que mostra a espiritualidade como base de enfrentamento às adversidades, bem como um catalisador de experiências pessoais que promovam alterações da percepção do indivíduo enquanto ser no mundo, auxiliando na auto e co-promoção da qualidade de vida.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados descritos nesse trabalho respondem as questões propostas. Os estudos empregados revelam o caráter preventivo e terapêutico do uso da espiritualidade, seja por sua participação na construção moral do ser, que facilita o afastamento de vícios ilícitos e danosos à saúde, seja pelo depósito de esperança que leva o homem a renovar seus hábitos e adaptar-se às situações de crise, permitindo a conquista de uma melhor qualidade de vida.

Todavia, muitos dos estudos apresentados revelam a dificuldade de encontrar medidores seguros dessa relação entre espiritualidade e saúde, tratando-se de material subjetivo e de constituição variável com a cultura, a sociedade e a tradição de cada comunidade ou ser específico. As verdades e as interpretações dos fatos são diferentes de religião em religião, de comunidade em comunidade e em cada membro praticante ou não de uma crença.

Cabe, então, ao profissional da saúde o bom senso e a vontade de percorrer esse campo no trabalho com seu cliente, visto que a espiritualidade é componente do ser humano e seu uso foi demonstrado proveitoso no enfrentamento de situações de crise e abalo da saúde, permitindo o entendimento desta de forma holística. Não se trata de tarefa fácil e a consciência ética deve estar presente, servindo a compreensão dos limites de sua atuação, principalmente nos momentos de choque entre as crenças. É necessário que o profissional disposto a trabalhar esse aspecto tenha certo lastro de conhecimento, não significando necessariamente a prática, de variadas crenças, bem como flexibilidade de argumentos e valores estruturados para não agredir ou ser agredido em sua estrutura de fé.

Nesse aspecto, o profissional enfermeiro possui determinada vantagem em virtude do curso com ênfase humanística, contendo em seu currículo disciplinas como Filosofia, Sociologia e Antropologia que, se bem aproveitados, contribuem à constituição da estrutura que permite a ampliação do cuidado, tornando a humanização uma realidade, não somente decoração de textos. Nesse âmbito a arte do ser enfermeiro deve ser utilizada em seu máximo grau, permitindo a adaptação do uso da espiritualidade de acordo com o público trabalhado.

Outro aspecto percebido é a ausência de estudos que apresentam os aspectos negativos das crenças na relação com o processo de saúde e doença. Apenas um dos estudos citou o papel conformista que a religião pode assumir, tornando-se um fator prejudicial ao enfrentamento dos problemas de saúde. Cito como exemplo um episódio vivenciado no transcorrer do Estágio Curricular II na UBS Santa Cecília, onde um paciente se nega a usar

medicações, alegando o fato de que estas não têm poder maior que sua fé, levando ao descontrole de problemas crônicos como a hipertensão.

Em concordância com a já citada necessidade de inclusão desse tema na formação dos novos profissionais, fica a proposta de investigar, como também o desafio de inserir o caráter espiritual na atenção ao paciente, criando-se pela *práxis* melhores meios de aferir seus benefícios e malefícios, instaurando um raciocínio crítico sobre a questão. Melhorar as formas de registro de intervenções nesse âmbito pode ser um bom começo.

Concluindo, destaca-se a espiritualidade como meio de auto-restauração, devendo ser esse um ponto importante no trabalho dos profissionais da saúde, principalmente quando o foco da terapêutica, antes solução da doença, é a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Alexander Moreira de; LOTUFO NETO, Francisco. Diretrizes metodológicas para investigar estados alterados de consciência e experiências anômalas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 21-28, 2003. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/index3. html>. Acesso em: 16 fev. 2006.

BATISTA, Miranildes de Abreu. Presença do sagrado em um momento crítico: internação em uma Unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 57, n. 5, p. 579-585, set./out. 2004.

BARROS, Aidil de Jesus Paes de. **Fundamentos de metodologia.** São Paulo: McGraw-Hill, 1986.

BELLATO, Roseney; CARVALHO, Emília Campos de. O jogo existencial e a ritualização da morte. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 99-104, jan./fev. 2005.

BITTES JUNIOR, Artur. O cuidar, a ciência do ser humano unitário e o budismo nitiren: união entre ciência e religião. **Revista Técnico-científica de enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 5, p. 371-375, 2003.

BITTENCOURT, Jaqueline Ferreira Ventura; CADETE, Matilde Meire Miranda. Deus é presença incondicional à mulher com possibilidade de vir a ser mastectomizada. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 6, n. 1/2 p. 73-76, jan./dez. 2002.

CARPENA, Lygia A. Becker. Morte *versus* sentimentos: uma realidade no mundo dos acadêmicos de medicina. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 100-122, jan. 2000.

CARPENITO, Lynda Juall. **Manual de diagnóstico de enfermagem**. 6 ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1998.

CORTES, Celina; MORAES, Rita. Universo paralelo. **Isto É**, São Paulo, n. 1780, p. 52-57, 12 nov. 2003.

COSTA JÚNIOR, Josias da. A religião pode curar?. **Mundo Jovem**, Porto Alegre, n. 360, p. 16, set. 2005.

DALGARRONDO, Paulo et al. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 82-90, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=1516-44468script=sci_serial>. Acesso em: 16 fev. 2006.

DORNELES, Malvina do Amaral. Universidade, ciência e espiritualidade. *In:* TEIXEIRA, Evilásio Francisco Borges; MÜLLER, Marisa Campio; SILVA, Juliana Dors Tigre (Org.). **Espiritualidade e qualidade de vida.** Porto Alegre: Edipurcs, 2004. 224 p. p.131-138.

ESPIRITUALIDADE. *In*: TERSARIOL, Alpheu. **Dicionário brasileiro**. Erechim: Edelbra, 1999. p. 337.

FLECK, Marcelo Pio da Almeida et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 446-455, 2003. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400009>. Acesso em: 16 fev. 2006.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONZÁLEZ CONSUEGRA, Renata Virgínia; FONTAO ZAGO, Márcia Maria. Creencias en fumadores pertenecientes a un programa de salud cardiovascular. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. esp., p. 412-419, mar./abr. 2004.

GONÇALVES, Lúcia H. Takase; SCHNEIDER, Priscila. Enfermagem e o idoso hospitalizado em condição terminal. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 72-81, jan./abr. 2001.

HOLANDA, Ana. Por que a espiritualidade cura. **Bons Fluídos**, São Paulo, n. 41, p. 96-98, out. 2002.

MARCELO, Gleiser [cartas]. **Isto É**, São Paulo, n. 1829, p. 12, 14, 27 out. 2004.

MAZO, Giovana Zarpellon et al. O processo de viver envelhecendo no novo milênio. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 12, n. 3, p. 361-369, jul./set. 2003.

MÜLLER, Marisa Campio. Introdução. *In:* TEIXEIRA, Evilásio Francisco Borges; MÜLLER, Marisa Campio; SILVA, Juliana Dors Tigre (Org.). **Espiritualidade e qualidade de vida.** Porto Alegre: Edipurcs, 2004. 224 p. p.09-10.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Escala de *coping* religioso-espiritual (escala cre): elaboração e validação de construto. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 507-516, set./dez. 2005.

PEREIRA, Paula. Quando o melhor remédio é a fé. **Tudo** (que eu quero), São Paulo, n. 88, p. 24-29, 4 out. 2002.

RODRIGUES, Érika Marafon; BOOG, Maria Cristina Faber. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 923-931, maio 2006.

ROEHE, Marcelo Vial. Experiência religiosa em grupos de auto-ajuda: o exemplo de neuróticos anônimos. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 399-407, set./dez. 2004.

RZEZNIK, Cristiane; DALL´AGNOL, Clarice Maria. (Re)descobrindo a vida apesar do câncer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 21, n. esp., p. 84-100, 2000.

SAAD, Marcelo; MASIERO, Danilo; BATTISTELLA, Linamara Rizzo. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001.

SANCHEZ, Zila Van der Meer; OLIVEIRA, Lúcio Garcia de; NAPPO, Solange Aparecida. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 43-55, 2004. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>. Acesso em: 16 abr. 2006.

SARRIERA, Jorge Castellá. Saúde, bem estar espiritual e qualidade de vida: pressupostos teóricos e pesquisas atuais. *In:* TEIXEIRA, Evilásio Francisco Borges; MÜLLER, Marisa Campio; SILVA, Juliana Dors Tigre (Orgs.). **Espiritualidade e qualidade de vida.** Porto Alegre: Edipurcs, 2004. 224 p. p.77-86.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOUSA, Paulo L. R. *et al.* A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação: o estado da arte. *In:* TEIXEIRA, Evilásio Francisco Borges; MÜLLER, Marisa

Campio; SILVA, Juliana Dors Tigre (Org.). **Espiritualidade e qualidade de vida.** Porto Alegre: Edipurcs, 2004. 224 p. p.51-64.

TRENTINI, Mercedes et al. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 38-45, jan./fev. 2005.

URASAKI, Maristela Belletti Mutt. A prática do cuidar sob distintos olhares: o sensível e o racional. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 1,p. 40-49, jan./abr. 2002.

VIANNA, Ana Cristina de Araújo; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. O movimento entre cuidar e cuidar-se em UTI: uma análise através da teoria do cuidado transpessoal de Watson. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 56-59, abr. 2004.

VOLCAN, Sandra Maria Alexandre et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 440-445, 2003.

ZILLES, Urbano. Espiritualidade cristã. *In:* TEIXEIRA, Evilásio Francisco Borges; MÜLLER, Marisa Campio; SILVA, Juliana Dors Tigre (Org.). **Espiritualidade e qualidade de vida.** Porto Alegre: Edipurcs, 2004. 224 p. p.11-22.