

A RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE (R/E) EM PROFISSIONAIS/TRABALHADORES DA SAÚDE

RELIGIOUSNESS/SPIRITUALITY (R/E) IN HEALTH PROFESSIONALS

MARY RUTE ESPERANDIO (*)
MARLEI ZAPERLON (**)
PRISCILLA ZORZI (***)
TIAGO D'OLIVEIRA SILVA (****)
LUCIANA FERNANDES MARQUES (*****)

RESUMO

A despeito da integralidade do cuidado em saúde, a dimensão da religiosidade/espiritualidade (R/E) pouco aparece na arena do debate, permanecendo à margem da reflexão acadêmica e da prática do serviço. O objetivo desse estudo quantitativo foi verificar o modo como a dimensão da R/E é vista e encaminhada na prática dos profissionais da área da saúde. A pesquisa foi realizada com 174 profissionais/trabalhadores da saúde de variadas instituições públicas do Rio Grande do Sul. Os participantes responderam a um questionário com 35 questões em que constavam dados sociodemográficos e questões fechadas sobre a prática da R/E desses profissionais. O público foi de 143 mulheres e 31 homens, com idades entre 19 e 63 anos (média de 41,02 e DP de 10,79), de diferentes profissões da saúde. Sobre a afiliação religiosa, as respostas mais frequentes foram: espírita (21%), católico não praticante (18,2%), sem religião mas acredita em Deus (14,2%), afro-brasileiras (11,9%) e católico praticante (10,8%). Os dados apontam para a necessidade de estes profissionais estarem mais bem capacitados para lidar com a demanda religiosa/espiritual dos pacientes, para ausência desse tema na sua formação técnico-profissional e para a falta de espaços e estruturas institucionais que acolham essas demandas do usuário do sistema de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Religiosidade/Espiritualidade. Profissionais/Trabalhadores da saúde. Formação profissional.

ABSTRACT

Despite the integrality of health care, the dimension of religiosity /spirituality (R/ E) remains on the margins of academic reflection and service practice. The aim of this quantitative study was to investigate how the dimension of R/E is perceived and sent in the practice of health professionals. The survey was conducted with 174 health professionals from various public institutions of Rio Grande do Sul. The participants answered a survey with 35 questions that included socio-demographic data and closed questions about the practice of R/E of these

(**)Psicóloga Organizacional da Prefeitura Municipal de Canoas . Licenciada em Psicologia, especialista em Dinâmicas de Grupo pela Sociedade Brasileira de Dinâmicas de Grupo.
E-mail: marleizarpelon65@gmail.com

(***)Psicóloga, Licenciada em Psicologia. E-mail: prizorzi@gmail.com

(****)Graduação em Ciência da Computação, Analista de Tecnologia da Informação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Mestrando em Ensino na Saúde (FAMED-UFRGS).
E-mail: tiagodoliveira@gmail.com

(*****Doutora em Psicologia com Pós-Doutorado em Psicologia UFRGS e em Psicologia ISCTE-IUL, Lisboa. Graduada em Psicologia. Mestre em Psicologia Social e da Personalidade. Professora Adjunta IV da Faculdade de Educação da UFRGS e professora permanente do Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde (Faculdade de Medicina UFRGS). E-mail: luciana.marques@ufrgs.br

professionals. The sampling was 143 women and 31 men, between the ages of 19 and 63 years (mean 41.02, SD10.79), of different health occupations. Regarding religious affiliation, the most frequent responses were: Spiritualist (21%), Lapsed Catholic (18.2%), no religion but believes in God (14.2%), Afro-Brazilian (11.9%) and Practicing Catholic (10.8%). The data point to the need for these professionals to be better able to deal with the R/E needs of patients, because of the lack of the presentation of this issue in technical and professional training and the lack of space and institutional structures which accommodate user demands for this aspect of the health system.

KEYWORDS: Religiosity/Spirituality. Health professionals. Professional education.

1 INTRODUÇÃO

Ao analisarmos a produção de cuidado em saúde na atualidade, percebemos que aspectos fundamentais têm sido afastados das práticas na área, contrariando a noção de uma abordagem integral do sujeito. Os avanços tecnológicos do século passado permitiram a gradual mudança de um modelo focado no cuidado e nas relações para um modelo focado na cura e no uso de máquinas e instrumentos (PUCHALSKI, 2001). Em lugar de uma clínica do cuidado, em que se valorizam os espaços de fala e escuta, tem-se um modelo de saúde assistencialista, voltado ao ato prescritivo, com “uma clínica centrada no biológico e impulsionada pelo complexo médico industrial” (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006). Na produção de conhecimento, o que se vê são ciências da doença mais do que ciências da saúde, com o foco centrado na doença, no diagnóstico, nos sintomas, no tratamento e na cura. Assim, o modelo biomédico oferece uma visão limitada, que não consegue dar conta da multiplicidade humana, com suas dimensões físicas, psíquicas, sociais e espirituais (ARRIEIRA et al., 2011).

Na medida em que se passou a valorizar o saber científico em detrimento de outros saberes, a espiritualidade tornou-se um tópico pouco abordado entre profissionais/trabalhadores da saúde, mas é preciso retomá-la se buscamos uma visão integral do sujeito que acolha seus diferentes aspectos. Isto se torna ainda mais importante se considerarmos que uma das dificuldades encontradas pelos profissionais/trabalhadores da saúde está em como auxiliar os pacientes na busca por sentido e aceitação em meio ao sofrimento, a doenças crônicas e a perdas, sendo que para muitas pessoas a base do sentido e propósito se relaciona diretamente com a religião e a espiritualidade (PUCHALSKI, 2001). Aceitar a influência da R/E na saúde significa partir de uma visão integral, abordando as diferentes dimensões do sujeito e superando o modelo biomédico responsável por um atendimento fragmentado (ALVES; JUNGES; LÓPEZ, 2010).

Dentro do contexto brasileiro, apesar de os censos do IBGE de 1990, 2000 e 2010 terem apontado aumento progressivo do número daqueles que se consideram sem religião (chegando a 8% da população, ou o equivalente a 15 milhões de pessoas), o Brasil é um país reconhecidamente religioso e espiritualizado. O *website* Association of Religion Data Archives (THE ARDA, 2015), uma associação que disponibiliza dados das religiões no mundo, aponta que o Brasil possui 0,4% de ateus (negam a existência de Deus ou algo que considerem absoluto), sendo a Coreia do Norte o país com maior percentual de ateus, 15,6%. Quando o tema é “Nações mais agnósticas”, que não negam a existência de Deus, mas duvidam de sua existência, o Brasil fica com 2,4% e o país com maior percentual de agnósticos é Coreia do Norte com 56,8%. Em comparação com outros países, também o Brasil aparece como um país de predominância religiosa. O fato é que a religião é um tema de interesse para o brasileiro, atravessa a cultura, se faz presente no cotidiano e influencia suas crenças, comportamento e visão de mundo. A partir dessas reflexões, podemos inferir que a demanda para se trabalhar as intersecções da R/E nos atendimentos de saúde possa ser maior do que o esperado e maior do que os profissionais/trabalhadores da saúde estejam preparados para lidar. Pode-se indagar se esses profissionais têm algum aprendizado formal dentro das suas formações sobre o tema da R/E e o quanto estão receptivos enquanto pessoas para lidar com religiosidades/espiritualidades diferentes da sua e talvez desconhecidas, tendo em vista a diversidade religiosa no Brasil e até a multirreligiosidade (quando a pessoa frequenta mais de uma religião simultaneamente).

1.1 RELIGIOSIDADE X ESPIRITUALIDADE X RELIGIÃO

Aqui cabe a distinção entre espiritualidade, religiosidade e religião, conceitos que com frequência são confundidos ou equiparados. Mendes (2005) revisa o conceito de espiritualidade, destacando que ainda não existe consenso entre os autores da área. A espiritualidade é compreendida com o princípio de que há mais na vida além daquilo que podemos ver ou entender plenamente. Embora possa ser vivenciada no âmbito da religião, também pode ser experimentada fora das estruturas religiosas formais (ARRIEIRA et al., 2011).

Neste sentido, a espiritualidade é a dimensão humana que integra, motiva e influencia todos os aspectos da vida, relacionando-se com as questões existenciais, a busca de sentido e propósito para a vida. Ela pode relacionar-se também com o transcendental, a crença em um ser superior ou força maior, e

com a realização pessoal através da sensação de conexão com este transcendental, mas vai para além disso, envolvendo também nossa consciência de nós mesmos e nossas interações com os outros e com a natureza. A espiritualidade relaciona-se com experiência e não doutrinas, dogmas, ritos ou celebrações (ALVES et al., 2010).

A religiosidade, por sua vez, é a expressão do envolvimento com uma religião institucional, sendo uma manifestação da espiritualidade. Conforme Alves et al. (2010), ela também se refere “às formas pelas quais os símbolos religiosos são vivenciados e continuamente ressignificados, através de processos interativos concretos entre indivíduos e grupos”. Já a religião é um fenômeno social que se expressa por um corpo de doutrinas e limites particulares, referindo-se à organização institucional de determinada forma de vivência religiosa. Koenig (2004) sugere que, ao conversar com usuários de saúde ou familiares, se utilize o termo “espiritualidade”, por ser mais abrangente e inclusivo.

1.2 ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

Diversos estudos foram realizados relacionando a influência e a importância da espiritualidade na saúde. O *coping* religioso-espiritual, por conceito, é a forma como a pessoa utiliza sua fé religiosa e/ou espiritual para lidar com o estresse e os problemas de vida (Wong-McDonald e Gorsuch, 2000). Estratégias de *coping* religioso/espiritual mostraram resultados positivos no enfrentamento de situações como dor crônica ou severa, doenças, envelhecimento, incapacidade, estresse, morte ou perda de entes queridos (KOENIG, 2004; PANZINI; BANDEIRA, 2005; PUCHALSKI, 2001). Isto se torna especialmente verdadeiro em transtornos caracterizados por sua natureza crônica ou prognóstico pobre (KOENIG, 2004). Além disso, práticas espirituais regulares também foram associadas a melhor saúde mental e melhor qualidade de vida, além de menor probabilidade de uso/abuso de substâncias químicas e de comportamentos de risco (PANZINI; BANDEIRA, 2005; PUCHALSKI, 2001).

Abordar a espiritualidade e a religiosidade também pode ser importante para que o paciente compreenda sua saúde, na medida em que suas crenças podem afetar a tomada de decisões. Embora na maioria dos casos o *coping* seja positivo, também podem ocorrer estratégias negativas, como, por exemplo, quando o paciente percebe a crise como punição divina (PUCHALSKI, 2001). Neste sentido, o entendimento dos valores espirituais e religiosos do paciente é

de grande importância para discutir questões médicas e também para entender o impacto destes aspectos na vida do paciente (SLOAN; BAGIELLA; POWELL, 1999).

Em meio a isto, Koenig (2004) aponta diversas barreiras que podem ainda estar impedindo os profissionais de abordar as dimensões da R/E com seus pacientes: falta de conhecimento ou formação sobre a relevância e influência destas questões na subjetividade do paciente; não se sentir confortável em abordar questões desta natureza ou não saber se o paciente teria interesse em que fossem abordados estes temas; e preocupação em adentrar uma área desconhecida e/ou reconhecidamente polêmica. Porém, como destacam Seidl e Faria (2005), o uso de estratégias de *coping* religioso/espiritual só faz sentido se estiver de acordo com as crenças e a subjetividade do paciente. Não se trata, portanto, de forçar a entrada da R/E no contexto de saúde, mas de valorizar e incentivar a presença destas dimensões quando elas já fazem parte da vida das pessoas envolvidas.

Diante do exposto, quando falamos na relação entre espiritualidade e saúde, não se trata da ligação histórica da organização da assistência à saúde no Brasil com a raiz colonizadora religiosa do País, cujas instituições religiosas exerciam uma função caritativa, mantendo sob sua responsabilidade administrativa a maioria dos hospitais (GUSSI; DYTZ, 2008). O que buscamos é a reflexão sobre a experiência do ser humano com a espiritualidade e de que forma isto é (ou não) compreendido e integrado na prática dos profissionais da área da saúde.

Reitera-se que esta reflexão é especialmente relevante em virtude de o Brasil ser um país marcado pela religiosidade, cuja população manifesta uma diversidade de crenças religiosas e espirituais (ALVES; JUNGES; LÓPEZ, 2010), sendo provável que os pacientes e usuários do sistema de saúde possuam demandas específicas nas questões espirituais, como no enfrentamento da dor, da morte, de questionamentos existenciais, etc. Além disso, como afirma Koenig (2004), mesmo as pessoas que indicam que não são religiosas costumam se identificar como sendo espirituais em alguma medida ou se voltar para a religião em busca de conforto em um momento de dificuldade.

Grande parte dos estudos envolvendo espiritualidade e saúde aborda a perspectiva do paciente, mas aqui nos interessa também verificar o uso de estratégias de *coping* religioso/espiritual pelos trabalhadores em contexto de saúde no exercício da sua prática profissional. Como apontam Arrieira et

al.(2011), a partir do momento em que usuários de saúde e familiares desenvolvem vínculos afetivos com os profissionais, começam a surgir questionamentos nas mais diversas dimensões da vida humana, incluindo a espiritual. Além disso, a possibilidade de utilizar a R/E para potencializar o processo de cura e recuperação passa por uma compreensão ampla do que a dimensão da R/E pode significar na experiência subjetiva (ALVES; JUNGES; LÓPEZ, 2010). Não é incomum que as realidades interiores, como a subjetividade e a dimensão espiritual humana, permaneçam distantes das discussões, apenas surgindo na informalidade do diálogo cotidiano do trabalho no hospital, sendo deixadas sob um véu de invisibilidade (DEZORZI; CROSSETI, 2008).

Através da identificação de dificuldades e possibilidades da integração da espiritualidade nos serviços de saúde será possível planejar ações mais concretas, buscando uma prática mais humanizada e sensível às crenças dos pacientes e com mais saúde também para os profissionais que trabalham com estes. Busca-se, assim, uma relação profissional-usuário onde os sujeitos sejam parceiros e aliados na produção de saúde (ALVES; JUNGES; LÓPEZ, 2010). Alguns centros de saúde têm investido na criação de espaços físicos para acolher o diálogo religioso ou mesmo serviços hospitalares como, por exemplo, a capelania, cujo objetivo é dar conta dessa dimensão. O Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, que é uma referência nacional para a humanização, contempla em sua estrutura hospitalar um espaço inter-religioso no qual lideranças de diferentes religiões podem dialogar com seus fiéis (ALVES; JUNGES; LÓPEZ, 2010).

Até recentemente, esses temas não eram incluídos no currículo de profissionais/trabalhadores da saúde, nem tinham lugar na prática clínica nem hospitalar de forma consistente e ética. Mas isso tem se alterado e o cuidado holístico tem se tornado um tema corrente nos programas de educação para a saúde (LUNDBERG; KERDONFAG, 2009) o que abre um campo também para a inclusão da R/E. Nos últimos vinte anos, com a publicação de várias centenas de artigos científicos na área médica e psicológica sobre a relação entre religião e saúde, muitas escolas médicas já têm começado a integrar questões sobre R/E aos seus currículos. Nos Estados Unidos, 84 entre as 126 escolas médicas oferecem cursos sobre espiritualidade e medicina. No Brasil, iniciativas pioneiras de oferecimento de disciplinas sobre medicina e espiritualidade partiram das Faculdades de Medicina da Universidade Federal do Ceará e da Universidade Federal de Minas Gerais (STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008). Além disso, com base nessas recentes evidências empíricas, muitas

organizações internacionais de profissionais da área da saúde têm apontado para o cuidado com a R/E como um importante componente da saúde do paciente, e que os profissionais deveriam integrar a prática clínica e hospitalar. Em se tratando de saúde mental, importantes organizações internacionais têm dado espaço e criado seções dedicadas especialmente a R/E.

2 MÉTODO

Para o presente estudo optou-se por uma pesquisa de natureza quantitativa, de tipo *survey*, de corte transversal e classificada como descritiva. Elaborou-se um questionário de 35 perguntas fechadas, dividido em 5 seções. A primeira seção contém questões referentes ao levantamento sócio-demográfico, como idade, gênero, estado civil, etc. A segunda seção busca levantar o conceito de espiritualidade e de religiosidade do respondente, incluindo a relação que ele vê entre ambos, e uma autoavaliação da própria religiosidade/espiritualidade. A terceira seção enfoca questões de *coping* religioso/espiritual. A quarta seção levanta dados sobre a relação entre saúde e religiosidade/espiritualidade na vida do respondente. Por fim, a quinta seção investiga o modo como a espiritualidade é tratada na formação e prática destes profissionais que trabalham em contextos de saúde. Para o presente estudo, analisaremos somente as seções I, III e V do questionário aplicado.

O questionário foi aplicado durante um evento de capacitação promovido pela Secretaria da Saúde de Canoas, voltado a profissionais que trabalham nos órgãos públicos da rede metropolitana. Durante uma manhã, os 174 questionários foram aplicados juntamente com os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. A aplicação foi realizada por duas estudantes de Psicologia, treinadas para este procedimento. Neste estudo foram seguidos os procedimentos éticos previstos para pesquisa com seres humanos.

Foram critérios de inclusão na pesquisa a participação voluntária, ser maior de 18 anos, ser capaz de ler e compreender as questões, e estar filiado à instituição por, pelo menos, um ano. Este último critério buscou garantir que o respondente tivesse conhecimento adequado do local de trabalho e tempo suficiente de prática profissional para analisar sua própria atuação.

3 ANÁLISE DOS DADOS

As respostas dos participantes foram digitadas em planilha eletrônica para análise pelo programa SPSS 16. Os dados completos foram avaliados de forma quantitativa através de: análise estatística descritiva, objetivando descrever o perfil dos participantes e os resultados item por item, observando-se frequências e porcentagens, médias e desvios-padrão; e análise bivariada para identificar as relações existentes entre as variáveis que compõem o instrumento. Para analisar a correlação de duas variáveis contínuas foi utilizada a análise de correlação de Pearson e para análise de uma variável contínua e uma categórica (de dois níveis) foi utilizado o Teste T de Student, Anovas para a análise da relação de uma variável contínua e uma categórica e Qui-quadrado para duas variáveis categóricas. Para fins deste artigo apenas os dados descritivos serão apresentados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 174 participantes deste estudo, 81,7% identificaram-se como sendo do sexo feminino. As idades dos participantes variam entre 19 e 63 anos, tendo como média 41 anos. Com relação à escolaridade, 46,8% possuem Ensino Médio completo, 11,6% possuem Ensino Superior incompleto e 21,2% possuem Ensino Superior completo. Com relação ao estado civil, 23,4% são solteiros, 25,7% são casados e 32% vivem como casados. Com relação ao número de filhos, 24% não têm filhos, 32,6% tem um filho e os restantes 43,4% possuem dois filhos ou mais.

A maior parte dos participantes trabalha no turno diurno, correspondendo a 85,5%. Apenas 1,7% trabalham no turno da noite e os restantes 12,7% trabalham em turno misto. Com relação ao tempo de trabalho no contexto da saúde, 14,5% está na área há um ano ou menos, sendo 41 anos o tempo máximo encontrado. A média de tempo trabalhando em contexto de saúde foi de 10 anos. A maior parte dos participantes percebeu a própria saúde como “boa” (59,1%) ou “muito boa” (31,3%).

Entre as profissões referidas, encontram-se técnicos de enfermagem (16,1%), enfermeiros (15,5%), agentes comunitários de saúde (13,1%), agentes de endemias (9,7%), funcionários de cargos administrativos (8,5%), psicólogos (4,6%), auxiliares de enfermagem (3,4%), nutricionistas (2,3%), arte terapeutas (1,7%), entre outros.

Quando perguntados sobre sua afiliação religiosa, os participantes reportaram: espiritismo (21%); catolicismo praticante (10,8%) e não praticante (18,2%); sem religião, porém com crença em Deus (14,2%); religiões afro-brasileiras (11,9%); Assembleia de Deus (5,1%), entre outras do segmento Evangélico (17%). Apenas 1,7% dos participantes declararam-se como ateus.

A maior parte dos participantes acredita que existe relação entre R/E e saúde (78,1%) e que indivíduos com problemas de saúde tendem a se voltar para questões religiosas ou espirituais (86%). De fato, 87,7% acreditam que a R/E coopera na promoção da saúde humana. Quando indagados se questões religiosas interferem negativamente no tratamento de saúde, 70,2% dos participantes acreditam que não, 18,7% não concordam nem discordam, e 11,1% acreditam que sim. Quando a pergunta é se questões religiosas levam a problemas de saúde, sobretudo saúde mental, 61% dos entrevistados acreditam que não, 16,6% não se posicionaram, e 22,5% acreditam que sim.

A maior parte dos participantes considera importante para o profissional da área da saúde compreender melhor a relação entre saúde e espiritualidade (91,2%). Eles também consideram importante reconhecer as necessidades espirituais dos pacientes (80,7%) e ter conhecimento de questões relativas à R/E do paciente em tratamento (77,5%).

Grande parte dos entrevistados considera importante a atuação de um pastoralista ou líder religioso atendendo necessidades espirituais dos pacientes no meio hospitalar (74,6%) e estaria aberto à possibilidade de encaminhar algum paciente a um serviço que pudesse atender suas necessidades espirituais (76,4%).

No geral, os profissionais entrevistados dizem sentirem-se confortáveis para abordar questões religiosas/espirituais durante o processo de tratamento (60,8%) e acreditam que os pacientes gostariam que fossem abordadas tais questões (60,6%). No entanto, quando questionados se costumam perguntar aos seus pacientes a respeito de questões religiosas/espirituais, 16,5% afirmam que nunca o fazem, 12,9% quase nunca, 17,1% poucas vezes, 29,4% algumas vezes, 12,9% frequentemente, 7,1% quase sempre e 4,1% sempre. Quando questionados se, ao longo de sua prática profissional, tiveram a experiência de abordar questões espirituais e integrá-las ao tratamento dos pacientes, 30,7% dos participantes relataram nunca ter tido essa experiência, 15,1% quase nunca,

15,7% poucas vezes, 23,5% algumas vezes, 9,6% frequentemente, 3,6% quase sempre e 1,8% sempre.

A maior parte dos participantes acredita que profissionais/trabalhadores da saúde deveriam receber formação sobre como abordar as questões religiosas/espirituais do paciente durante o tratamento (80,6%). Contudo, 50,9% afirmaram nunca ter recebido informações sobre a relação entre espiritualidade/religiosidade e saúde durante sua formação, sendo que 32,9% relataram ter recebido informações insuficientes.

Assim, podemos constatar que a maior parte dos profissionais pesquisados acredita em uma conexão entre religiosidade/espiritualidade e saúde e gostaria de compreender melhor esta relação. Da mesma forma, a maioria considera importante abordar o tema R/E durante o processo de tratamento e acredita que seus pacientes gostariam de falar a respeito. Contudo, e mesmo que uma grande parte relate se sentir confortável para abordar questões pertinentes a religiosidade/espiritualidade, poucos, de fato, as integram ao tratamento dos pacientes.

A partir dessa discrepância, percebe-se que os profissionais nem sempre tem oportunidade de colocar em prática suas opiniões referentes à relação entre R/E e saúde. Tal dificuldade pode estar relacionada ao fato de que a maioria dos profissionais pesquisados relataram ter recebido pouca ou nenhuma informação sobre a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde durante sua formação, mesmo considerando necessário receber.

Estes achados estão de acordo com a literatura, que mostra que profissionais da área da saúde identificam a importância de integrar religiosidade/espiritualidade no processo de tratamento de seus pacientes, mas não se sentem preparados para tanto e acabam por não abordar estas questões com frequência (LIND; SENDELBACH; STEEN, 2011; MARIOTTI ET AL., 2011; KLIEWER, 2004; MCSHERRY; JAMIESON, 2011; TRELOAR, 2000).

Além da falta de conhecimento e treinamento para abordar R/E no tratamento com os pacientes, outras barreiras apresentadas pelos profissionais em contexto de saúde incluem falta de tempo, falta de recursos, falta de privacidade, não se sentir confortável para abordar um assunto tão particular, ou temer projetar suas próprias crenças nos pacientes (LIND; SENDELBACH; STEEN, 2011; KLIEWER, 2004).

É interessante constatar que esta diferença entre as opiniões do profissional e a sua atuação também acontece entre os docentes de cursos de graduação da área da saúde. Estudos mostram que muitos deles acreditam nos benefícios de se abordar questões referentes a religiosidade/espiritualidade no tratamento com os pacientes e enxergam a necessidade de se trazer mais informações a respeito na formação de novos profissionais, mas esta discussão acaba por se realizar de maneira informal, assistemática e possivelmente insuficiente (BENKO; SILVA, 1996; MARIOTTI et al., 2011). Alguns motivos apresentados para não endereçar questões referentes a R/E na formação dos estudantes incluem não se sentir confortável para tanto, falta de tempo, falta de conhecimento, falta de treinamento, ou medo (MARIOTTI et al., 2011).

Diversos autores da área apontam que a religiosidade/espiritualidade deve ser integrada aos cuidados em saúde, mas para tanto o profissional deve estar adequadamente preparado. Silva et al. (2011), Treloar (2000), e Peres, Simão e Nasello (2007) apontam a necessidade de esclarecer os conceitos de religiosidade e espiritualidade com os profissionais. Thorensen e Harris (2002) acreditam que os profissionais em contexto de saúde devem ser apresentados a toda a evidência já existente da relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde. Shores (2010) afirma que o estudo de R/E por profissionais/trabalhadores da saúde deve ser baseado em pesquisas e apropriado a cultura e população locais. Além disso, a autora salienta a necessidade de examinar suas próprias perspectivas com relação a religiosidade/espiritualidade para melhor lidar com estas questões perante estudantes ou pacientes.

Além disso, Kliewer (2004) lembra que outros profissionais também podem ser incluídos no processo terapêutico, na medida em que os profissionais da área da saúde podem colaborar com capelães ou outros líderes religiosos/espirituais. Mas Chapple (2003) afirma que mesmo estes profissionais, quando atuando em contexto de saúde, devem receber treinamento adequado a respeito de questões de saúde e saúde mental que possam estar sendo enfrentadas pelos pacientes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora ainda exista muito a ser compreendido a respeito da relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde e do *coping* religioso/espiritual positivo e negativo, já existem diversas evidências nesta área que precisam ser conhecidas por profissionais atuando em contexto de saúde. Estes profissionais percebem a relação entre R/E e saúde, bem como o desejo de seus pacientes para que tais questões sejam abordadas, mas nem sempre sabem como fazê-lo ou sentem-se preparados para tanto.

A pesquisa corrobora a literatura, mostrando que os profissionais da área da saúde percebem a importância de integrar religiosidade/espiritualidade no processo de tratamento de seus pacientes, mas não se sentem preparados para tanto e acabam por não abordar estas questões com frequência (LIND; SENDELBACH; STEEN, 2011; MARIOTTI ET AL., 2011; KLIEWER, 2004; MCSHERRY; JAMIESON, 2011; TRELOAR, 2000). Na visão da integralidade da atenção como um esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível as necessidades de saúde, sempre complexas, captadas em sua expressão individual (CECILIO, 2001, p. 116), identifica-se a importância de uma formação e instrumentalização dos profissionais junto a uma adequação dos serviços de saúde a fim de que essas ações sejam institucionalizadas e ofereçam condições mais adequadas para o acolhimento à religiosidade de seus usuários e respectivos familiares, bem como uma melhor orientação e integração dessa dimensão no cuidado em saúde. Da mesma forma é importante ressaltar a importância da compreensão dessa dimensão na vida pessoal e profissional dos trabalhadores em saúde como autocuidado. Constata-se, assim, a necessidade de superar as barreiras que afastam os profissionais em contexto de saúde de dar mais espaço a religiosidade/espiritualidade no processo de tratamento com os pacientes, bem como afastam os docentes da área da saúde de abordar estas questões com seus alunos. A discussão a respeito da relação entre R/E e saúde precisa estar cada vez mais presente entre profissionais e estudantes.

Embora o presente estudo possua suas limitações com relação a população e amostra, os resultados encontrados estão de acordo com a literatura da área. Ainda assim, estudos adicionais são recomendados, bem como o desenvolvimento de estratégias que possam ajudar a superar as dificuldades encontradas pelos profissionais em contexto de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. S.;JUNGES, J. R.;LÓPEZ, L. C. A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 430-436, 2010.

ARRIEIRA, I. C. D. O.;THOFEHRN, M. B.;PORTO, A. R.;PALMA, J. S. Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos às pessoas com câncer. **Ciência, Cuidado e Saúde**,Maringá, v.10, n. 2, p. 314-321, 2011.

BENKO, M. A; SILVA, M. J. P. Pensando a espiritualidade no ensino de graduação. **Rev. Latino-Am.Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n.1, p.71-85, 1996.

CECILIO, Luiz Carlos O. As necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, Rosenie;MATTOS, Rubem A. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p.113-127.

CHAPPLE, E. P. **Mental health and religion: a guide for service providers**. Royal College of Psychiatrists.Disponível em:

<<http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/E.%20Paul%20Chapple%201.11.03%20Mental%20Health%20and%20Religion%20-%20a%20Guide%20for%20Service%20Providers.pdf>>.

Acesso em: 01 jun. 2015.

DEZORZI, L. W.;CROSSETTI, M. G. O.A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. Latino-Am.Enfermagem**, Ribeirão Preto,v.16, n.2, p.212-217,2008. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000200007>>. Acesso em: 01 jun. 2015.

FRANCO, T. B.;MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. A Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (org.) **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**.São Paulo: HUCITEC, p. 125-133. 3. ed, 2006.

GUSSI, M. A.; DYTZ, J. L. G. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem.**Rev. Bras. Enferm.**,Brasília,v.61, n.3,p.377-384, 2008.

KLIEWER, S. Allowing spirituality into the healing process.**The Journal of Family Practice**, v.53, n.8, p. 616-624, 2004.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. **Southern medical journal**, v.97, n.12, p. 1194-1200, 2004.

LIND, B.; SENDELBACH, S.; STEEN, S. Effects of a spirituality training program for nurses on patients in a Progressive Care Unit. **Critical Care Nurse**, v.31, n.3, p.87-90, 2011.

LUNDBERG, P. C.; KERDONFAG, P. Spiritual care provided by Thai nurses in intensive care units. **Journal of Clinical Nursing**, v.19, p.1121-1128, 2009.

MARIOTTI, L.; LUCCHETTI, G.; DANTAS, M.; BANIN, V.; FUMELLI, F.; PADULA, N. Spirituality and medicine: views and opinions of teachers in a Brazilian medical school. **Medical teacher**, v.33, p.339-340, 2011.

MCSHERRY, W.; JAMIESON, S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. **Journal of Clinical Nursing**, v.20, p.1757-1767, 2011.

MENDES, M. Como inserir a espiritualidade no processo terapêutico. **Revista Servir**, Lisboa, v.54, n.4, p.158-164, 2005.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. **Psicologia em Estudo**, v.10, n.3, p.507-516, 2005.

PERES, J. F. P.; SIMÃO, M. J. P.; NASELLO, A. G. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Rev. Psiq. Cline.**, v.34, n.1, p. 136-145, 2007.

PUCHALSKI, C. M. The hole of spirituality in health care. **BUMC Proceedings**, v.14, p.352-357, 2001.

SEIDL, E. M. F.; FARIA, J. B. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicologia: reflexão e crítica**, v.18, n.3, p.381-389, 2005.

SHORES, C. I. Spiritual perspectives of nursing students. **Nursing Education Perspectives**, v.31, n.1, p.8-11, 2010.

SILVA, J. V.; VELASCO, I. T.; SANTOS, F. S.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H.; MACHADO, D. R. Os significados de espiritualidade e religiosidade emergentes de profissionais da área de saúde sob a ótica do discurso do sujeito coletivo. In: 16^o SENPE – Ciência da Enfermagem em tempos de interdisciplinaridade, 2011. **Anais, Trabalho 312**, p. 1369-1372.

SLOAN, R. P.; BAGIELLA, E.; POWELL, T. Religion, spirituality, and medicine. **The Lancet**, v.353, n.9153, p.664-667, 1999.

STROPPA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e Saúde. In: Salgado, M.; FREIRE, G. (Org.). **Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina**, Belo Horizonte, Inede, 2008.

THE ARDA. **Association of Religion Data Archives**. Disponível em: <<http://www.thearda.com>>. Acesso em: 09 Abr. 2015

THORESEN, C. E.; HARRIS, A. H. S. Spirituality and health: what's the evidence and what's needed? **Ann Behav Med**, v.24, n.1, p.3-13, 2002.

TRELOAR, L. L. Integration of spirituality into health care practice by nurse practitioners. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v.12, n.7, p.280-285, 2000.

WONG-MCDONALD, Ana; GORSUCH, Richard L. Surrender to God: An additional coping style? **Journal of Psychology and Theology**, v. 28, n. 2, p. 149, 2000.

Recebido em: 10/06/15
Aprovado em: 12/11/15