



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

AGNES CLAUDINE FONTES DE LA LONGUINIÈRE

**INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

JEQUIÉ/BA
2015

AGNES CLAUDINE FONTES DE LA LONGUINIÈRE

**INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia para apreciação e julgamento da banca examinadora.

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Donha Yarid.

**JEQUIÉ/BA
2015**

L847 Longuiniere, Agnes Claudine Fontes De La.
Influência da religiosidade/espiritualidade no dos profissionais de saúde na assistência ao paciente de terapia intensiva/Agnes Claudine Fontes De La Longuiniere.- Jequié, UESB, 2015.
110 f. il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação de Mestrado (Pós-graduação em Enfermagem e Saúde)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2015.
Orientador: Profº. Drº. Sérgio Donha Yarid.

1. Profissionais de saúde – Influência da religiosidade/espiritualidade na assistência ao paciente em unidade de terapia intensiva 2. Espiritualidade dos profissionais de saúde – Influência na assistência ao paciente em unidade de terapia intensiva I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 610.73069

FOLHA DE APROVAÇÃO

LONGUINIÈRE, Agnes Claudine Fontes De La. **Influência da religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde na assistência ao paciente em Unidade de Terapia Intensiva.** 2015. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Área de Concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr Sérgio Donha Yarid
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB
Presidente da Banca



Profa. Dra Rita Narriman Silva de Oliveira Boery
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB



Prof. Dr Antonio Marcos Tosoli Gomes
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Jequié, 14 de Dezembro de 2015

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir a grande experiência da vida terrena;

À minha mãe Antonia, por ser meu exemplo maior de determinação, força, compreensão e amor.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, pela oportunidade de crescimento pessoal e qualificação profissional.

Ao meu orientador, professor Dr. Sérgio Donha Yarid, por ter me apresentado um tema que me trouxe grandes reflexões pessoais e profissionais, mudando a minha maneira de perceber e cuidar do paciente no ambiente hospitalar. Pela sua paciência e por respeitar sempre as minhas opiniões, dando-me liberdade para pesquisar.

Aos professores Rita Narriman Silva de Oliveira Boery, Giancarlo Lucchetti e Antonio Marcos Tosoli Gomes por contribuírem grandemente para a qualidade deste trabalho.

Aos professores Cezar Augusto Casotti, Rodrigo Queiroz e Jeferson Paixão pela contribuição com a análise estatística dos dados desta pesquisa.

Aos colegas de turma do mestrado, pelos momentos de companheirismo e alegrias divididas nestes anos de convivência. Por mostrarem a mim as várias facetas do conhecimento e pelo incentivo de ir além. Por me fazerem rir diante das dificuldades, fazendo com que os problemas parecessem menores.

A Marcus Vinicius, pelo seu amor, paciência, apoio e incentivo todas as vezes que cogitei desistir de alguma etapa deste processo. Por ler diversas vezes meu trabalho e contribuir com suas opiniões sinceras. Por tornar tudo mais leve e doce.

Aos profissionais da UTI do Hospital Prado Valadares e Hospital Santa Helena, pela participação nesta pesquisa.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa Espiritualidade e Saúde do Núcleo de Pesquisa em Bioética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, pelo apoio e colaboração na coleta dos dados.

*Conheça todas as teorias, domine
todas as técnicas, mas ao tocar uma
alma humana, seja apenas outra
alma humana.*

Carl Jung

LONGUINIÈRE, Agnes Claudine Fontes De La. **Influência da religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde na assistência ao paciente em Unidade de Terapia Intensiva**. 2015. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Área de Concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia, Brasil.

RESUMO

A religiosidade/espiritualidade é um aspecto importante para quem presta assistência ao paciente na Unidade de Terapia Intensiva. Assim, conhecer a influência deste aspecto na atuação da equipe cuidadora poderá indicar caminhos para uma melhor assistência ao paciente internado, visando o cuidado integral, digno e ético. Este estudo tem como objetivo geral conhecer a influência da religiosidade/espiritualidade dos profissionais na assistência ao paciente internado na UTI e específicos verificar se a religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde influencia no cuidado prestado ao paciente crítico e identificar se a religiosidade/espiritualidade destes profissionais colabora para a valorização da dimensão espiritual dos pacientes assistidos na Unidade de Terapia Intensiva. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado com profissionais de saúde que compõem a equipe de assistência de Unidades de Terapia Intensiva em uma cidade do interior da Bahia. Os dados foram coletados através de questionário e da escala *Spirituality Self Rating Scale* e para a análise dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS versão 21.0. Foi realizada uma análise descritiva dos dados e de associação utilizando o teste exato de Fisher com nível de significância de 5%. A pesquisa foi realizada seguindo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados foram apresentados em forma de dois manuscritos científicos. Verificou-se que 77,4% da amostra eram do sexo feminino, com idade média de 37 anos, tempo médio de serviço de 11 anos e a maioria era de religião evangélica/protestante. A maior parte dos profissionais apresentou espiritualidade elevada e informou que a sua religiosidade/espiritualidade influencia intensamente no entendimento do processo saúde-doença e na sua relação com o paciente crítico, além de modificar sua maneira de cuidar deste paciente. Os dados apontam ainda que quanto mais espiritualizado o profissional de saúde, maior é o reconhecimento do impacto positivo da religiosidade/espiritualidade na saúde do paciente. Além disso, os que tiveram maior índice de espiritualidade foram os que mais sentiam vontade de abordar este tema com os pacientes, demonstrando assim que a sua espiritualidade influencia na valorização da dimensão espiritual do paciente. Assim, foi possível concluir que a religiosidade/espiritualidade dos profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva influencia no cuidado prestado ao paciente crítico e colabora para que eles valorizem a dimensão espiritual do paciente assistido.

Descritores: Espiritualidade. Unidade de Terapia Intensiva. Profissional de Saúde.

LONGUINIÈRE, Agnes Claudine Fontes De La. **Influence of religiousness/spirituality of health professionals in patient care in the Intensive Care Unit.** 2015. Dissertation (Master). Graduate School in Nursing and Health, Public Health Area. State University of Southwest Bahia - UESB. Jequié, Bahia, Brazil.

ABSTRACT

Religiousness/spirituality is an important aspect for those who provide patient care in the Intensive Care Unit (ICU). Thus, knowing its influence on the performance of the caregivers' team may indicate ways to care better for the inpatient, targeting a full, dignified and ethical care. Overall, this study aims to know the influence of religiousness/spirituality of health professionals assisting ICU patients and, more specifically, to verify whether the religiousness/spirituality of health professionals influences the care given to critical patients and identify whether the religiousness/spirituality of these professionals contributes to the enhancement of the spiritual dimension of the patients assisted in the ICU. It is a descriptive, transversal study, with a quantitative approach, carried out with health professionals who make up the assistance staff of ICU in the inland of Bahia, Brazil. Data were collected through a questionnaire and the Spirituality Self Rating Scale and to analyze the data the statistical program SPSS version 21.0 was used. A descriptive analysis of the data and association using Fisher's exact test with 5% significance level was held. The survey was conducted following Resolution 466/12 of the National Health Council. The results were presented by two scientific manuscripts. It was found that 77.4% of the sample was female, average age 37, average length of service of 11 years and the majority was of Evangelical/Protestant religion. It was concluded that most of the professionals showed high spirituality and reported that their religiousness/spirituality strongly influences the understanding of the health-disease process and their relationship with the critical patient, as well as changing the way they take care of this patient. Furthermore, evidence showed that the more spiritual the health care provider, the highest the recognition of the positive impact of religiousness/spirituality on the patient's health. In addition, those who had greater spirituality index were the ones who felt more desire to address this issue with patients, thus demonstrating that their spirituality influences the appreciation of the spiritual dimension of the patient. It was thus concluded that religiousness/spirituality of the ICU professionals has an influence on the care provided to critically ill patients and collaborates to value the spiritual dimension of the assisted patients.

Keywords: Spirituality. Intensive Care Unit. Health Professional.

LISTA DE SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DUREL	Duke Religious Index
EUA	Estados Unidos da América
HGPV	Hospital Geral Prado Valadares
HSH	Hospital Santa Helena
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SEBRAME	Spirituality and Brazilian Medical Education
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSRS	Spirituality Self Rating Scale
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 1:

- Tabela 1** - Características sócio-demográficas e religião praticada por profissionais de Unidade de Terapia Intensiva. Jequié, 2015. 42
- Tabela 2** - Influência da religiosidade/espiritualidade na prática clínica dos profissionais de Unidade de Terapia Intensiva. Jequié, 2015. 43
- Tabela 3** - Intensidade da influência da religiosidade/espiritualidade no entendimento da saúde-doença e na relação com o paciente modificando o cuidado prestado. Jequié, 2015. 44

MANUSCRITO 2:

- Tabela 1** - Influência da religiosidade/espiritualidade na saúde do paciente. Jequié, 2015. 56
- Tabela 2** - Abordagem da religiosidade/espiritualidade pelos profissionais de saúde da UTI. Jequié, 2015. 56
- Tabela 3** - Espiritualidade do profissional e a influência da religiosidade/espiritualidade na saúde do paciente e abordagem da dimensão espiritual do paciente. Jequié, 2015. 57

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	OBJETIVOS	14
2	REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1	SAÚDE, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE	15
2.2	A INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE	19
2.3	RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA	24
3	MATERIAIS E MÉTODOS	31
3.1	TIPO DE PESQUISA	31
3.2	CAMPO DA PESQUISA	31
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	32
3.4	TÉCNICAS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS	32
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	34
4	RESULTADOS	35
4.1	MANUSCRITO 1: Influência da religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde no cuidado ao paciente crítico	36
4.2	MANUSCRITO 2: A religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde e a dimensão espiritual do paciente	51
5	CONCLUSÃO	63
	REFERÊNCIAS	64
	APÊNDICE	76
	APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	77
	ANEXOS	79
	ANEXO A: Questionário	80
	ANEXO B: Parecer Consubstanciado do CEP	88
	ANEXO C: Normas de publicação - REEUSP	91
	ANEXO D: Normas de publicação - Revista Eletrônica de Enfermagem (REE)	101

1 INTRODUÇÃO

Uma das transformações culturais mais importantes do século XXI, segundo Boff (2001), seria a volta da dimensão espiritual da vida humana, já que o ser humano não é só corpo nem apenas psique. O ser humano é também espírito, aquele momento da consciência no qual ele se sente parcela do todo, ligado e religado a todas as coisas, e é próprio do espírito colocar questões sobre nossa origem e nosso destino e se perguntar nosso lugar e nossa missão no conjunto dos seres do universo.

Desta forma, desde tempos remotos crenças, práticas e experiências espirituais têm sido um dos componentes que influencia a maioria das sociedades (MARTINEZ et al., 2013). Dessa forma, profissionais de saúde, pesquisadores e a população em geral têm reconhecido cada vez mais a importância da dimensão espiritual para a saúde. Este reconhecimento tem feito com que haja, segundo Dezorzi e Crossetti (2008), um crescente número de pesquisas sobre religiosidade/espiritualidade realizadas nas diferentes áreas das ciências da saúde.

Assim, a influência da religiosidade/espiritualidade sobre parâmetros de saúde tem sido objeto de estudo de muitas pesquisas, e atualmente, há diversos artigos científicos comprovando que esta dimensão contribui para a qualidade de vida dos indivíduos (CULLIFORD, 2002; KEARNEY et al., 2009; KOENIG et al., 1999). Para Chen e Koenig (2006), a espiritualidade tem sido reconhecida na literatura como um recurso que ajuda as pessoas a enfrentarem as adversidades do dia a dia e os eventos estressantes e traumáticos, como por exemplo, os relacionados aos processos de adoecimento.

A espiritualidade é, portanto, uma dimensão do ser humano que não pode ser dissociada do seu cotidiano, inclusive da sua rotina de trabalho, por ser uma dimensão importante da existência do ser. A sua relevância nos contextos de saúde está relacionada com a preocupação crescente em compreender o homem, tanto o paciente quanto o profissional, na sua globalidade. O desenvolvimento das ciências da saúde conduziu a uma prática de cuidados de saúde dessacralizada, e por algum tempo, a dimensão espiritual deixou de ser contemplada na assistência (PINTO; RIBEIRO, 2007). No entanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, passou a destacar a dimensão espiritual em sua delimitação conceitual da saúde,

propiciando a ampliação do número das pesquisas nesta área (OMS, 1948). Para Gobatto e Cavalcanti (2013), é notável o aumento das publicações que buscam relacionar religiosidade/espiritualidade e saúde, o que demonstra um interesse crescente por esta temática além de indicar também que os autores têm uma visão positiva da influência desta dimensão para a saúde dos indivíduos, sejam profissionais ou pacientes.

A espiritualidade tem demonstrado potencial impacto sobre a saúde física das pessoas, atuando como possível fator de prevenção no desenvolvimento de doenças na população previamente sadia, eventual aumento de sobrevida e impacto sobre diversas doenças (LUCCHETTI; ALMEIDA; GRANERO, 2010). Assim, a espiritualidade relacionada à saúde tem se tornado paradigma a ser estabelecido na prática clínica diária incluindo aqui a assistência prestada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

As UTIs foram idealizadas em virtude da complexidade do conhecimento biomédico, do avanço tecnológico e da qualificação do cuidado em saúde e são locais onde é possível aumentar as chances de melhorar as condições de saúde de pacientes graves e de propiciar sua recuperação e sobrevivência (COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH, 2009). Estas unidades têm se apresentado como um ambiente fechado, com iluminação artificial, com rotinas agitadas, em que são utilizados equipamentos sofisticados e com grau elevado de ruídos, para o atendimento de pacientes em estado grave, cuja possibilidade de morte se faz presente em todo o momento (VERSA et al., 2012).

Dentro deste contexto há profissionais que têm seu trabalho caracterizado por atividades que exigem alta interdependência e tomadas de decisões e intervenções complexas, a fim de assegurar ao paciente assistência emergencial especializada, contínua e de qualidade. Observa-se em recentes pesquisas que esses profissionais têm suportado carga de trabalho cada vez mais extenuante, levando ao comprometimento de sua qualidade de vida (MARQUES; MELO, 2011; SLVEIRA et al., 2012; VERSA et al., 2012). Estes estudos mostram as repercussões dos fatores organizacionais sobre a saúde mental e física destes profissionais, o que gera insatisfação com o trabalho, repercutindo na sua saúde física, mobilizando sentimentos de sofrimento advindos do processo de trabalho na UTI (FOGAÇA; CARVALHO; MARTINS, 2010).

Em estudo bibliográfico, Kearney et al. (2009) considera que profissionais da saúde em geral, especialmente nas áreas de medicina intensiva, oncologia, medicina paliativa e medicina do trauma, estão sujeitos a diversas situações estressoras e, frequentemente, a estresse crônico. Por outro lado, estudo de Dal-Farra e Geremia (2010), reúne evidências de que práticas ou abordagem com raízes espiritualistas podem prevenir as síndromes relacionadas ao trabalho, melhorando a qualidade de vida e os mecanismos de enfrentamento para situações estressoras inerentes ao trabalho do profissional de saúde.

Desta forma, a religiosidade/espiritualidade pode ser um aspecto importante para quem atua no cuidado ao paciente que vivencia uma doença grave na Unidade de Terapia Intensiva ou está próximo da morte, visto que pode auxiliar no enfrentamento e na aceitação da dor e do sofrimento alheio, ao imprimir algum significado a eles. Religiosidade e espiritualidade podem estar presentes no momento de uma situação de hospitalização em uma UTI em razão do medo do desconhecido e do desfecho da situação (SCHLEDER et al., 2013).

No início do século XXI, Culliford (2002) reuniu uma extensa lista de 1.200 estudos e 400 revisões sobre correlações estatísticas e estudos relacionando benefícios de práticas espirituais em pessoas com doenças cardíacas, hipertensão, doenças cerebrovasculares, imunológicas, câncer, dor e disfunções em geral, comportamentos saudáveis e a prática de exercícios, tabagismo, drogas, síndrome de *burnout*, relacionamentos conjugais e familiares, psicoses, depressão, ansiedade, suicídio e transtornos de personalidade. Os resultados indicam que os aspectos ligados à espiritualidade auxiliam na promoção de bem-estar diante das doenças e na prevenção e recuperação de indivíduos afetados.

Dezorzi e Crossetti (2008) afirmam que o estudo sobre a religiosidade/espiritualidade e o grande interesse por ela estão relacionados à noção global do ser humano (multidimensional), e aos grandes esforços para incluir novas abordagens que atendam não somente as competências tecnológicas, mas também as competências do ser, que são essenciais às profissões de saúde.

O ser holístico, cada vez mais, vem sendo levado em consideração no cuidado ao ser humano, abrangendo suas dimensões biológicas, sociais, psíquicas e espirituais. Destarte, a busca por uma assistência ampliada inclui a dimensão espiritual como elemento no tratamento do ser humano durante seu período de doença e hospitalização. Estudos têm relacionado espiritualidade à saúde dos

pacientes (GOBATTO; CAVALCANTI, 2013; LUCCHETTI et al., 2013a; KOENIG, 2001; SAAD; MEDEIROS, 2012), mas ainda é tema pouco estudado quando relacionado aos trabalhadores da saúde, tornando-se assim, um campo promissor de pesquisas.

Assim, a religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde é um aspecto importante a ser estudado por exercer influência positiva sobre o trabalhador (DEZORZI; CROSSETTI, 2008; DAL-FARRA; GEREMIA, 2010), podendo trazer melhorias para sua saúde, qualidade de vida (PANZINI et al., 2007) e comportamento (SILVA; SIQUEIRA, 2009), beneficiando os profissionais de saúde e a assistência prestada (GUERRERO et al., 2011; LUCCHETTI; ALMEIDA; GRANERO, 2010).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

- Conhecer a influência da religiosidade/espiritualidade dos profissionais na assistência ao paciente internado na UTI.

1.1.2 Específicos

- Verificar se a religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde influencia no cuidado prestado ao paciente crítico;
- Identificar se a religiosidade/espiritualidade destes profissionais colabora para a valorização da dimensão espiritual dos pacientes assistidos na Unidade de Terapia Intensiva.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SAÚDE, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

O conceito de saúde é amplo e resultado de uma conjuntura social, econômica, política e cultural de uma nação. Assim, saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas e irá depender da época, lugar e classe social ao qual o indivíduo pertence, pois é resultado de valores individuais e de concepções científicas, religiosas, filosóficas (SCILAR, 2007).

Na Grécia antiga, Hipócrates, considerado o pai da medicina, compreendia o homem como uma unidade organizada e definiu saúde como expressão de uma condição de equilíbrio do corpo humano, obtida através de um modo de vida ideal, que incluía nutrição, excreção, exercício e repouso adequados. E o desequilíbrio do corpo, era considerado doença (ROSEN, 1994).

A concepção de saúde, no Oriente, é a existência de uma harmonia entre as forças vitais existentes no corpo, que de certa forma, assemelha-se à definição hipocrática de saúde. Nesta cultura, as medidas terapêuticas têm por objetivo restaurar o fluxo normal de energia no corpo (SCILAR, 2007).

A partir da criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), ao final da II Guerra Mundial, havia uma preocupação em traçar uma definição positiva de saúde, que incluiria fatores como alimentação, atividade física, acesso ao sistema de saúde. A partir disso, a saúde foi definida como “o estado mais completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença” (OMS, 1948).

A definição supracitada, tem sido motivo de críticas porque coloca a saúde como algo ideal, inatingível além de possibilitar a medicalização da existência humana e, por causa disto, surge o conceito de Boorse (1977) que considera saúde a ausência de doença. Para ele a classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes seria uma questão objetiva, relacionada à eficiência das funções biológicas.

A ideia de saúde como qualidade de vida condicionada por vários fatores como paz, abrigo, alimentação, renda, educação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social, surgiu na Primeira

Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, ocorrida em 1986, em Ottawa (BACKES et al., 2008). De acordo com a Carta de Ottawa, para ter saúde, são necessários recursos pessoais, sociais e capacidade física, e a responsabilidade de tê-la vai além do setor saúde, pois exige estilo de vida saudável para atingir o bem-estar (OTTAWA, 1986).

Ainda em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, o Brasil formula o conceito ampliado de saúde que passou a ser entendida como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde (CNS, 1986). Este conceito ampliado foi resultado de intensa mobilização que ocorreu em diversos países da América Latina durante as décadas de 70 e 80, como resposta aos regimes autoritários vigentes e à crise dos sistemas públicos de saúde. Assim, o conceito de saúde apenas como ausência de doença deu lugar a uma definição que considera o ser humano como ser integral, valorizando as diferentes dimensões que o compõem, inclusive a espiritual (OMS, 1999).

Considerando a complexidade das necessidades humanas e, ao perceber que os aspectos espirituais, a religião e as crenças pessoais apresentavam grande importância na avaliação da qualidade de vida em todo o mundo, a OMS criou um grupo de estudos sobre qualidade de vida, que inclui o domínio Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (FLECK; SKEVINGTON, 2007). Diante desta nova concepção, os profissionais de saúde devem compreender e atender um conjunto de necessidades que a população apresenta e não apenas aquelas ligadas às doenças. Desta forma, assistir ao indivíduo como um ser integral, incluindo no atendimento a religiosidade/espiritualidade como recurso para produção de saúde, significa cuidar levando em consideração a visão ampliada de saúde (ALVES; JUNGES; LÓPEZ, 2010).

A história da humanidade nos mostra que a ligação entre religião e Medicina faz-se desde os tempos mais remotos, mas a partir do Renascimento houve uma separação entre a ciência e a religião que se manteve até o século XX, período que começaram a surgir publicações diversas sobre estudos epidemiológicos demonstrando a relação entre espiritualidade e religiosidade com a saúde do paciente (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001).

Até o século XIX, religião e espiritualidade foram consideradas como sinônimos, e a partir daí estabeleceu-se gradualmente uma distinção entre elas.

Dessa maneira, religião passou a ser entendida como uma prática institucionalizada de um sistema de crenças, rituais e símbolos compartilhados por uma comunidade. E espiritualidade, entendida como uma busca pessoal por significado e sentido no existir e sua relação com o sagrado, o transcendente, podendo estar ligado ou não a uma religião (KING; KOENIG, 2009).

Faz-se necessário estabelecer distinções acerca da definição do termo espiritualidade, que em muitos casos é confundido com o termo religião e/ou religiosidade. A religião é entendida como uma crença no sobrenatural ou força divina que tem um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar o acesso ao sagrado (Deus, Força Maior, Verdade Suprema) podendo ser organizacional quando há participação na igreja ou templo religioso, ou não organizacional, como rezar, ler um livro ou assistir a programas religiosos na TV (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001).

Para Saad e Medeiros (2012), a religião é uma expressão específica da espiritualidade que envolve uma doutrina, uma narrativa sacra, regras de conduta, rituais organizados e uma instituição, que pode ser uma igreja ou sinagoga. Alguns estudiosos (FETZER INSTITUTE, 1999; ROCHA et al., 2008; SULMASY, 2009), afirmam que a religião engloba características comportamentais, sociais e doutrinárias específicas compartilhadas por um grupo e praticadas pelo indivíduo. As religiões são umas das construções de maior excelência do ser humano, pois trabalham com aquilo que é divino, com o sagrado e com o espiritual. No entanto, não é na sua essência o espiritual (PESSINI, 2010).

Em seus estudos sobre este assunto, Dürkheim (1996) remete a religião a questões sagradas exercidas em instituições, ligadas a estruturas formais, hierárquicas relativamente fechadas, dogmáticas e, principalmente, relacionadas a questões pós-morte. Para o sociólogo acima citado, estudos sociológicos remetem a religião à dimensão institucional sendo esta a dimensão central para a definição de religião, enquanto a espiritualidade remete à dimensão pessoal, que inclui um entrecruzamento de valores místicos, esotéricos, humanistas e terapêuticos, que tende a negar vínculos religiosos, sobretudo com instituições religiosas.

A busca do indivíduo por religião remete ao conceito de religiosidade e por isto, o conceito de comportamento religioso e religiosidade são utilizados como sinônimo. Religiosidade implica um vínculo à religião institucional ou opção por uma doutrina em que se demonstre com atos e atitudes a sua conduta espiritual

(XAVIER, 2006). A religiosidade é a maneira como o indivíduo expressa sua religião por meio da adoção de valores, crenças, práticas e rituais, envolvendo a sistematização de culto e de doutrina compartilhada por um grupo (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007).

Pode-se entender a religiosidade como o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Na religiosidade intrínseca, a religião tem um lugar central na vida do indivíduo, é seu bem maior. Na religiosidade extrínseca a religião é um meio utilizado para obter outros fins como consolo, sociabilidade, distração e *status* (DONAHUE, 1985).

A religiosidade, para Kimura et al. (2012) é entendida como a extensão no qual o indivíduo se envolve com um sistema de crenças e práticas compartilhadas por uma comunidade e destinadas à aproximação com o sagrado ou o transcendente, enquanto a espiritualidade, para Koenig, McCullough e Larson (2001), refere-se à busca pessoal de respostas para as questões fundamentais sobre vida, seu significado e propósito, e a relação com o sagrado ou o transcendente que pode ou não, ser experimentado no contexto da religião específica.

A espiritualidade está ligada a aspectos subjetivos da experiência, de busca pelo sagrado e refere-se a uma questão de natureza pessoal enquanto respostas sobre aspectos fundamentais da vida, sobre seu significado e seu relacionamento entre o sagrado ou o transcendente (SILVA; SIQUEIRA, 2009). Logo, a espiritualidade é mais ampla e pessoal que a religião, e relaciona-se a um conjunto de valores íntimos, de completude interior, harmonia, conexão com os outros, estimulando o interesse pelos outros e por si, uma unidade com a vida, a natureza, o universo. É aquilo que dá sentido a vida, independente da sua religião (GUERRERO et al., 2011).

A espiritualidade pode ainda ser compreendida como um encontro de autoconhecimento do ser com sua dimensão mais fiel e bela, a espiritual, que possibilita a conexão consigo e com o cosmo, em que se atinge recursos inigualáveis que influenciam a vida humana e suas relações com o Todo. É a essência, o centro do nosso ser que permeia todos os aspectos de nossa vida de maneira unificadora (DEZORZI; CROSSETTI, 2006). A espiritualidade tem um conceito mais amplo que religião à medida que uma pessoa não precisa pertencer a uma religião organizada para alcançar a espiritualidade, pois esta se refere a

questões de significado da sua própria vida e da razão de viver, independente de crenças e práticas religiosas (SCHLEDER et al., 2013).

A espiritualidade é compreendida como algo transcendente e está relacionada ao propósito da vida, com a concepção de que há mais na vida do que aquilo que pode ser visto ou plenamente entendido. Ainda nela, se consideram os aspectos que podem mobilizar energias e iniciativas extremamente positivas, com potencial ilimitado para melhorar a vida da pessoa (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001). Dessa forma, a espiritualidade é multidimensional e engloba propósito, autorreflexão, esperança, fé e crenças, sendo comum a todas as demonstrações da necessidade espiritual no enfrentamento das questões surgidas no fim da vida (GRANT; MURRAY; SHEIKH, 2010).

Para Burkhardt (2007), embora nenhuma definição de espiritualidade possa trazer a essência inteira do conceito, cada definição é como um caminho para compreendê-la no processo do cuidado. Um dos grandes desafios para integrar espiritualidade e cuidado espiritual nos currículos e na prática da assistência tem sido a compreensão evolutiva do conceito de espiritualidade, que passa a ser entendida como algo mais amplo do que religião, mas sem excluí-la (PESUT, 2002).

Estando a espiritualidade relacionada a um conjunto de valores íntimos, estimulando um interesse pelos outros e por si, mantendo uma unidade com a vida, a natureza e o universo e dando sentido à vida (GUERRERO et al., 2011). Destarte, produz capacidade de suportar sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade e, além disso, os aspectos espirituais podem mobilizar energias positivas e melhorar a qualidade de vida das pessoas (BRUSCAGIN, 2004; GUIMARÃES; AVEZUM, 2007; SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001).

2.2 A INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

Kimura et al. (2012) afirma que a espiritualidade e a religiosidade têm sido reconhecidas como recursos que ajudam no enfrentamento das adversidades e eventos traumáticos do cotidiano como adoecimento e hospitalização e há ainda o reconhecimento da espiritualidade pela OMS (1999) como componente do conceito de qualidade de vida estando associada à melhor saúde física e mental.

A dimensão espiritual é considerada uma tendência inata em direção a Deus ou a uma “Força Superior”. Ela surge da relação entre nossa busca por sentido e por um ser transcendente, o que torna a fé em Deus um sentimento arraigado na nossa cultura sendo tão necessária quanto os outros modos de enfrentamento. Esta dimensão ocupa um lugar de destaque na vida das pessoas e mostra também que é imprescindível conhecer a espiritualidade dos usuários de saúde ao planejar o cuidado (GUERRERO et al., 2011).

Nas últimas décadas, cresce o conceito da Espiritualidade baseada em evidências a partir de estudo dos mecanismos pelo qual a fé levaria a desfechos clínicos e de que forma os profissionais de saúde deveriam abordar esse assunto na prática clínica. Lucchetti, Almeida e Granero (2010) consideram diversos estudos que demonstram maior relação entre espiritualidade e religiosidade com a saúde mental, incidindo em menor prevalência de depressão, de tempo de remissão da depressão após o tratamento, de prevalência de ansiedade e de taxa de suicídio (KIRBY; COLEMAN; DALEY, 2004; SMITH; MCCULLOUGH; POLL, 2003; KENDLER et al., 2003; ALMEIDA; LOTUFO NETO, 2004; FLORIANO; DALGALARRONDO, 2007; PETERMAN et al., 2002; PANZINI et al., 2007; NARAYANASAMY, 2004; OMAN; REED, 1999; KOENIG et al., 1998). Da mesma forma, existe uma relação da espiritualidade e religiosidade com melhor qualidade de vida e maior bem-estar geral (DUARTE; LEBRÃO; LAURENTI, 2008).

Para Larimore (2001) e Panzini et al. (2007), há uma percepção atual de que a medicina técnico-científica está dando espaço para um novo modelo de atenção, no qual as dimensões psicológicas e sociais do indivíduo estão sendo relacionadas à abordagem dos aspectos biológicos. Aqui, inclui-se a espiritualidade como um instrumento de promoção em saúde que permite superar os limites do conhecimento científico da biomedicina, a qual não consegue responder às múltiplas dimensões do ser humano, como as físicas, as psíquicas, as sociais e as espirituais (VASCONCELOS, 2006). A valorização da dimensão espiritual na prestação de cuidados em saúde influencia positivamente o bem-estar das pessoas, permitindo aos profissionais a visão integral da saúde, ao abordar o sujeito em suas diferentes dimensões, superando o modelo biomédico, centrado no aspecto físico do processo saúde e doença e tem uma concepção mecanicista do corpo e suas funções (ALVES; JUNGES; LÓPEZ, 2010). Desta forma, a espiritualidade enquanto elemento importante na gestão do processo de trabalho em saúde pode auxiliar a

superação de modelos assistenciais, que tornam os serviços desintegrados e mais voltados às questões estruturais das organizações do que às necessidades de saúde da população (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004).

Um número crescente de estudos aponta a influência da espiritualidade na prática clínica em diversas situações (MOREIRA-ALMEIDA, 2010), incluindo menor prevalência de depressão, menores níveis pressóricos, menores complicações pós-cirúrgicas e maior bem-estar psicológico, incluindo satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral elevada (BONELLI; KOENIG, 2013). Da mesma forma, diversos estudos têm mostrado que os pacientes desejam receber esse tipo de suporte, variando de 33 a 94% nos estudos internacionais (KOENIG; KING; CARSON, 2012) e 79 a 87% nos estudos nacionais (LUCCHETTI, G; LUCCHETTI, A; AVEZUM, 2011; LUCCHETTI, G; ALMEIDA; LUCCHETTI, A, 2012), dependendo do tipo de atendimento, local de atuação e contexto clínico. A atenção dos profissionais da saúde deve estar direcionada para que as pessoas assistidas sejam compreendidas em suas formas singulares de lidar com a doença e entender a influência das relações subjetivas no processo de qualidade de vida desses pacientes (LEVIN; LARSON; PUCHALSKI, 1997).

Estudo realizado por Oliveira et al. (2013) mostrou que muitos pacientes consideram importante sua dimensão espiritual no processo saúde e doença e gostariam de receber apoio nesse sentido, quando necessário, fato também demonstrado em outros estudos (LUCCHETTI, G; LUCCHETTI, A; AVEZUM, 2011; LUCCHETTI et al., 2010). No estudo realizado por Oliveira et al. (2013) verificou-se que a maioria dos pacientes tinha a percepção que a espiritualidade influenciava em sua saúde e compreendia a importância do aspecto religioso e espiritual na elaboração de seu plano terapêutico. Evidências semelhantes foram encontradas em estudo realizado por Guimarães e Avezum (2007) demonstrando a influência positiva da espiritualidade na menor prevalência de transtornos mentais, maior qualidade de vida, maior sobrevivência e menor tempo de internação dos pacientes.

Apesar da maioria dos estudos considerarem relações positivas da religiosidade, algumas pesquisas evidenciam também aspectos negativos. Há relação entre dúvidas e conflitos religiosos à maior mortalidade, além do fato do conflito religioso poder estar relacionado a maiores taxas de depressão, estresse, fadiga e dor (SHERMAN et al., 2005). Os sentimentos mais comuns presentes nos aspectos religiosos negativos envolvem pensamentos de que Deus está punindo,

descontentamento espiritual e questionamento dos poderes divinos (LUCHETTI; ALMEIDA; GRANERO, 2010; PARGAMNENT et al., 2001).

Para Oliveira e Junges (2012) os resultados negativos do enfrentamento são aqueles que apontam para uma quebra da integração interna, perda de valores religiosos, fortes sentimentos de raiva de Deus, dúvida ou confusão em suas crenças. Portanto, a origem da psicopatologia não está propriamente na religiosidade, mas ela usa a religião como lugar de representação. Sendo assim, é importante distinguir, no processo psicoterapêutico, a experiência positiva e a qualidade de vida do sujeito, daquela que não contribui para a sua saúde mental (OLIVEIRA; JUNGES, 2012).

Em estudo realizado por Pargamnent et al. (2001), poucos estudantes lembraram-se dos efeitos negativos da religiosidade como, por exemplo, o sofrimento religioso que levaria a uma maior mortalidade e piores desfechos clínicos. Esse achado remete a visão distorcida de que a religiosidade só produz efeitos positivos na saúde do paciente, subjugando os outros estudos sobre os aspectos negativos das crenças religiosas, a exemplo do estudo de Chaves, Carvalho e Hass (2010).

Entretanto, ao pesquisar a relação de saúde e espiritualidade entre estudantes, Espinha et al. (2013) verificaram que a maioria dos participantes considerou como positiva a influência que a religiosidade e a espiritualidade exercem na saúde dos pacientes. De fato, Koenig, King e Carson (2012) evidenciam que a prática religiosa está relacionada com repercussões positivas no eixo psiconeuroimunológico. Além disso, é fator de prevenção para o desenvolvimento de doenças em populações previamente saudáveis, relacionando-se à eventual redução de óbito e ao impacto de diversas doenças (LUCHETTI et al., 2011; MOREIRA-ARANHA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

O profissional deve estar atento à dimensão espiritual do paciente, seja ela positiva ou negativa. O conhecimento científico e prático sobre o assunto pode evitar conflitos na relação profissional-paciente, beneficiar os desfechos clínicos e facilitar a assistência à saúde (LUCCHETTI et al., 2010). Torna-se importante uma aproximação dos profissionais de saúde com o tema, uma vez que ainda tem sido pouco focada a dimensão espiritual nos planos de cuidado. Muitos profissionais não se sentem à vontade para lidar com o tema, talvez porque a maioria das universidades brasileiras ainda não prepara seus estudantes para essa temática

(MOREIRA-ARANHA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006; LUCHETTI; GRANERO, 2010), conforme observado em estudo recente, no qual mais de 90% dos médicos disseram que a universidade não forneceu informações suficientes sobre o tema durante a formação (MARIOTTI et al., 2011). Neste último estudo, poucos pacientes relataram que já haviam sido questionados por seus médicos ou enfermeiros sobre o assunto, resultado compatível com pesquisa nacional que evidenciou que menos de 10% dos pacientes já haviam sido abordados sobre seus aspectos religiosos e espirituais (MOREIRA-ARANHA et al., 2010).

São diversos os estudos em que os profissionais de saúde reconhecem que a religiosidade/espiritualidade influenciam na saúde dos pacientes (ESPINHA et al., 2013; ARRIEIRA et al., 2011; ESPÍNDULA; VALLE; BELLO, 2010), mas muitos profissionais relatam que sentem-se pouco preparados para abordar estes aspectos e apontam que a formação profissional não oferece informações suficientes sobre o tema para o desenvolvimento desta competência (TOMASSO; BELTRAME; LUCCHETTI, 2011; MARIOTTI et al., 2011). Inúmeras instituições de ensino têm incluído atividades relacionadas à espiritualidade e sua relação com a saúde. Nos Estados Unidos da América (EUA), em 1992, apenas 2% das escolas de medicina ofereciam atividades sobre espiritualidade para os seus estudantes, mas em 2004 este valor já havia alcançado 67% das escolas (BOOTH, 2008). Estudos recentes afirmam que 90% das escolas médicas dos EUA e 59% das escolas Britânicas abordam esta temática, enquanto poucas escolas brasileiras de medicina têm cursos que tratam especificamente do tema religiosidade/espiritualidade em saúde (10,4%) e menos da metade (40,5%), aborda de alguma forma o tema na formação acadêmica (LUCHETTI et al., 2012a).

Estudo realizado por Arrieira et al. (2011) demonstra que a construção individual dos profissionais de saúde sobre espiritualidade converge para a compreensão da espiritualidade como uma dimensão tão importante quanto a dimensão física, psíquica e social do ser humano. Por isso, é tida como importante instrumento de trabalho na assistência ao paciente diante de uma doença grave. Assim, os autores consideram que a busca e o estudo da espiritualidade por parte dos profissionais da saúde são imprescindíveis para um cuidado integral, sendo a espiritualidade também um componente harmonizador das relações dos profissionais no processo de trabalho em saúde. Em pesquisa realizada por Alves, Junges e López (2010) os resultados evidenciaram que os profissionais de saúde

apresentam preocupação com as várias dimensões do usuário do serviço de saúde, demonstrando assim uma visão humanizada e ampla de saúde, além de ter evidenciado que assistir de modo humanizado envolve considerar todas as dimensões do usuário, incluindo a espiritual.

Considerar o ser humano do ponto de vista biopsicossocioespiritual, não significa substituir as práticas médicas consagradas pelas escolas de Medicina, mas considerar os aspectos espirituais de pacientes e de profissionais do ponto de vista da integralidade. As ciências da saúde, nas últimas décadas, auxiliaram decisivamente no aumento da expectativa de vida e na cura de doenças antes letais e os avanços nas tecnologias empregadas possibilitaram o tratamento eficaz de um amplo domínio de doenças que acometem o ser humano, e as perspectivas serão ainda mais promissoras ao se incorporar um olhar mais integrado aos aspectos psíquicos, físicos, sociais e espirituais (DAL-FARRA; GEREMIA, 2010).

O cuidado espiritual promove a maximização das potencialidades das pessoas, valorizando suas capacidades, renovando as esperanças e trazendo uma paz interior que lhes permite lidar com problemas de modo mais saudável, além de ter suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais atendidas, sem que nenhum destes aspectos seja esquecido (CULLIFORD, 2002; KOENIG, 2003).

2.3 RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Para Guerrero et al. (2011) “reconhecer a fé e a dimensão espiritual no processo de enfrentamento formarão um novo paradigma social e cultural na assistência à saúde”, sobretudo no cuidado ao paciente grave na Unidade de Terapia Intensiva. No século XX, a assistência à saúde se beneficiou com o avanço tecnológico, o que possibilitou aumento da eficiência e segurança por causa da utilização de novas modalidades tecnológicas nas ações terapêuticas (PIVA; CARVALHO, 2007).

Em virtude da complexidade do conhecimento biomédico, do avanço tecnológico e da qualificação do cuidado em saúde, foram criadas as UTIs na tentativa de aumentar as chances de recuperação das condições estáveis do paciente e de propiciar sobrevivência. Porém, ao longo do tempo, a UTI tornou-se

um local em que a técnica muitas vezes se sobrepõe aos aspectos relacionais ao cuidado, uma vez que os profissionais que desenvolvem suas ações estão envolvidos com máquinas e monitores e podem esquecer que, para além da doença, existe uma pessoa e sua família (COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH, 2009).

As Unidades de Terapia Intensiva têm por objetivo prestar atendimento a pacientes graves e de risco que exijam assistência ininterrupta e de equipamentos e recursos humanos especializados. Estas unidades devem assegurar assistência de qualidade que garantam ao paciente o direito à vida, assim como a garantia, dentro dos recursos tecnológicos existentes, da manutenção da estabilidade de seus parâmetros vitais, direito a uma assistência humanizada, a exposição mínima aos riscos decorrentes do tratamento em relação aos benefícios obtidos, monitoramento permanente da sua evolução e tratamento (BRASIL, 1998). Assim, as UTIs foram idealizadas para fornecer suporte avançado de vida para pacientes agudamente doentes que possuam chances de sobreviver melhorando o prognóstico destes pacientes e reduzindo número de óbitos (CREMESP, 1995).

Nestas situações críticas, em que o indivíduo encontra-se hospitalizado para cuidados intensivos, a sua religiosidade/espiritualidade pode se tornar mais evidente devido ao estado de fragilidade, além de poder contribuir para o bem-estar pessoal e reduzir morbimortalidade (DUARTE; LEBRÃO; LAURENTI, 2008). De acordo com o Ministério da Saúde, todo paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva deve receber assistência integral, interdisciplinar e humanizada, assegurando um ambiente de respeito e dignidade (BRASIL, 2010).

Por conseguinte, deve-se fornecer assistência que atenda as necessidades dos indivíduos de maneira ampliada, sendo necessário resgatar o valor do cuidado que ficou em segundo plano ante a busca pela cura das doenças e que, segundo Chaves e Massarollo (2009), abrange aspectos humanos, espirituais e sociais, necessários à reabilitação dos pacientes respeitando sua condição humana, mesmo nos casos que não há possibilidade terapêutica de cura clínica.

Nas UTIs, o convívio com o paciente grave e as implicações pessoais, éticas, legais e profissionais que esse contexto encerra, determina que a equipe busque conhecimento e construa opinião crítica no que diz respeito aos dilemas vivenciados, condutas e comportamentos adequados que envolvem pacientes críticos no contexto hospitalar. A partir dessa realidade, percebeu-se a necessidade de fomentar novas reflexões sobre o processo de cuidar com dignidade, respeitando os

limites de intervenções nestas unidades onde há necessidade de afeto, troca, criatividade e contato humano, a fim de preservar a dignidade e integridade da pessoa humana, pautando-se na ética da vida (SANTANA; RIGUEIRA; DUTRA, 2010).

A ética refere-se às condutas que os indivíduos estabeleceram entre si para uma melhor convivência, sendo esta conduta aprendida através do vínculo da ética com a educação como prática permeada por costumes, valores, e relações interpessoais (SEGRE; COHEN, 2002). A ética aplicada analisa as condutas humanas que afetam a qualidade de vida e bem-estar dos seres humanos, outros seres vivos e o ambiente (REGO, 2007), sendo a bioética o elo entre a ciência biológica e a ética humana, que considera a sobrevivência numa civilização sustentável, dependente do desenvolvimento e manutenção de um sistema ético.

A Bioética tem reflexão de caráter transdisciplinar, focalizada prioritariamente no fenômeno vida humana ligada aos grandes avanços da tecnologia, das ciências biomédicas e do cuidado à saúde de todas as pessoas que dela precisam, independentemente de sua condição social, sendo objeto de atenção e diálogo nos mais diversos âmbitos (KIPPER; CLOTET, 1998). Desta forma, pode-se considerar que a espiritualidade exerce a ética quando busca a dimensão interior do ser humano em sua essência e visa o seu bem-estar (SOUZA, 2010).

Os princípios bioéticos da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia que envolve o paciente, geralmente são conflitos constantes que os profissionais de saúde enfrentam nos ambientes hospitalares. Segundo Goldim (2007), no processo de tomada de decisão os aspectos religiosos e espirituais de uma pessoa tem papel fundamental e afetam a sua percepção de mundo, suas escolhas e conduta. Portanto, estes aspectos devem estar também incluídos em uma reflexão ética, sempre preservando o caráter diverso da discussão e não assumindo uma posição ideológica.

A bioética, nas últimas décadas, vem discutindo sobre quais devem ser os limites de intervenções necessárias e prudentes da conduta humana, considerando que o avanço tecnológico e científico nas ciências da saúde possibilitou o aumento do poder de intervenção sobre o ser humano e o adiamento da morte, à custa, muitas vezes, de sofrimento prolongado e desnecessário para os pacientes e seus familiares (SANTANA; RIGUEIRA; DUTRA, 2010). Um dos grandes objetivos dessa discussão é acrescentar qualidade de vida aos dias, o que representa um grande

desafio para a equipe de saúde, uma vez que o objetivo de curar dá lugar às habilidades do cuidar, relacionados a sofrimento, dignidade e apoio, em que se pode incluir a abordagem da dimensão espiritual.

Assim, conhecer a influência da religiosidade/espiritualidade para o cuidado e as decisões da equipe da Unidade de Terapia Intensiva com o paciente grave pode ser um aspecto importante para quem presta assistência ao paciente que vivencia uma doença grave na UTI ou está próximo da morte, visto que auxilia no enfrentamento e na aceitação da dor e do sofrimento, ao imprimir algum significado a ele.

A busca da valorização da dimensão espiritual da vida humana e o aprofundamento da sua relação com a saúde devem ser levados em consideração pela equipe. Reconhecer o papel da religiosidade/espiritualidade e sua influência no cuidado suscitam dilemas éticos e, por isso, discussões pautadas no compromisso com a defesa da dignidade da vida humana acerca desta temática, devem ser realizadas sob a luz da bioética.

O reconhecimento e sensibilidade para a assistência ao paciente devem permear as ações de todos os profissionais, pois estes pacientes se encontram em estado de fragilidade física, emocional e espiritual (CHAVES; CARVALHO; HASS, 2010). Do mesmo modo, os profissionais enquanto cuidadores devem reconhecer sua fragilidade com a situação vivenciada e que precisam também deste cuidado, pois para serem capazes de cuidar da espiritualidade de seus pacientes, precisam cuidar de si mesmos através da busca contínua por harmonia e integridade (DEZORZI; CROSSETTI, 2008).

A influência da religiosidade e espiritualidade na prática da assistência à saúde com enfoque para o plano de terapêutico do paciente tem sido bastante estudada nos últimos anos, mas esta enquanto dimensão do profissional que deve ser valorizada tem sido ainda pouco discutida no meio acadêmico. Em 1998, Paiva relacionava religiosidade e espiritualidade com novas atitudes de enfrentamento no campo das relações pessoais, do comportamento individual ou social que facilitaria o enfrentamento do sofrimento. Isto demonstra que há possibilidade de, por meio da religiosidade/espiritualidade, o trabalhador possuir uma ferramenta a mais para enfrentar o sofrimento que pode estar relacionado ao processo de trabalho (SILVA; SIQUEIRA, 2009).

Ainda para este autor, no contexto do trabalho, a espiritualidade não estaria ligada a um sistema religioso, não envolve rituais, doutrinas ou crenças religiosas institucionalizadas, ainda que carregue valores comuns à maioria das religiões. Seria uma nova perspectiva de humanização do trabalho e de autorrealização no ato de trabalhar, assentada na transformação da consciência, favorecendo o bem-estar emocional e a construção de valores e práticas. Neste sentido, a espiritualidade assume um papel privilegiado de fornecer sentido ao trabalho além de senso maior de utilidade na atividade laboral realizada.

Diante do exposto, a utilização da espiritualidade no contexto de trabalho aponta não somente para a valorização e a humanização das organizações, mas igualmente para um paradigma organizacional de envolvimento emocional e espiritual do trabalhador (DAVEL; VERGARA, 2001). Esse aspecto espiritual na gestão das instituições parece trazer vantagens às organizações, de natureza não apenas financeira, mas, também coletiva e social. Sua consideração aponta especialmente para “ganhos de satisfação no trabalho, maior comprometimento, maior vinculação à organização a partir de um trabalho com sentido” (SILVA; SIQUEIRA, 2009, p. 563).

Essas informações são aplicáveis aos profissionais de saúde que atuam em Unidade de Terapia Intensiva, visto que, estas unidades trazem inúmeras implicações tanto para pacientes e seus familiares, quanto para a equipe multiprofissional, cujo processo de trabalho está pautado no compromisso ético e na visão global acerca do paciente crítico assistido. Dentro deste contexto, encontram-se profissionais que têm seu trabalho caracterizado por atividades que exigem interdependência e tomadas de decisões com intervenções complexas, assegurando ao paciente atendimento emergencial (FOGAÇA; CARVALHO; MARTINS, 2010).

Estes profissionais desempenham atividades com alto grau de complexidade e responsabilidade que consistem em fatores geradores de estresse no trabalho que, quando associado ao ritmo acelerado e às jornadas excessivas, podem resultar em estresse ocupacional (ROCHA; MARTINHO, 2010). O processo de trabalho nas UTIs merece atenção por haver maior quantidade de estressores do que em outras unidades do hospital, como ambiente fechado, iluminação artificial, rotinas aceleradas e uso de equipamentos com sons constantes, além da assistência a pacientes em estado grave, cuja possibilidade de morte se faz presente em todo o momento (CAVALHEIRO; MOURA; LOPES, 2008).

Pesquisas recentes mostram que esses profissionais têm carga de trabalho cada vez mais extenuante, o que compromete sua qualidade de vida além das repercussões que o ambiente de trabalho traz sobre a saúde mental e física destes profissionais. Essas condições de trabalho podem ter como consequência a Síndrome de *Burnout*, alterações psicológicas gerando estresse profissional, alterações de cortisol e amilase salivar, em virtude de excessivos ruídos, dificuldade de relacionamento com a equipe, pacientes e seus familiares (GUERRER; BIANCHI, 2008).

Estudos realizados em 2008 que avaliou enfermeiros e médicos intensivistas (BARROS et al., 2008; FOGAÇA et al., 2008;) mostram que a presença de estresse neste ambiente de trabalho originou insatisfação com o trabalho, repercutiu na saúde física, mobilizou sentimentos de sofrimento advindos da relação com os pacientes e familiares, trabalho em equipe, rodízio de funcionários, absenteísmo e a alta tecnologia presente nestas unidades, além de alta prevalência de Síndrome de *Burnout* em médicos.

Estudos apontam que a ausência de boas condições de trabalho pode produzir insatisfação nos trabalhadores, com possíveis prejuízos para si, enquanto a satisfação neste ambiente pode exercer influência positiva sobre o trabalhador manifestado por melhorias na sua saúde, qualidade de vida e comportamento, trazendo benefícios para os indivíduos e para o serviço (SILVEIRA et al., 2012).

Outro estudo, profissionais de saúde demonstraram melhor saúde mental com enfrentamento do seu luto pessoal e crescimento psicoespiritual, a partir do estímulo ao exercício de suas atividades espirituais (ESPÍNDULA; VALLE; BELO, 2010). Evidenciou-se que as práticas relacionadas à espiritualidade dos profissionais que trabalham em UTI proporcionam tranquilidade, bem-estar e fortalecimento para a vida e, portanto, para o trabalho nesta unidade (DEZORZI; CROSSETTI, 2006).

Assim, a qualidade de vida e o bem-estar dos profissionais que prestam assistência em UTI dependem da própria espiritualidade, principalmente porque isso colabora para um melhor enfrentamento do estresse inerente ao trabalho. Para entender a necessidade espiritual do outro, é fundamental que a equipe valorize sua própria espiritualidade (TÜRKAN; YAVUZ, 2012).

Para Dezorzi e Crossetti (2006), ao cuidar do outro é necessário ter consciência que é essencial cuidar de si, para serem capazes de cuidar da espiritualidade de seus pacientes, os cuidadores devem cuidar deles mesmos em

busca de harmonia e bem-estar. Portanto, espiritualidade de quem cuida requer atenção num ambiente com grau elevado de desgaste físico e emocional advindos da convivência com dores, perdas, morte, excesso de trabalho e condições ambientais estressantes.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 TIPO DE PESQUISA

Este estudo é de caráter descritivo a medida que descreve as características da religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde e sua influência no cuidado prestado ao paciente crítico. É transversal por investigar o fator e o efeito observado num único período de tempo (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013). E tem abordagem quantitativa por traduzir em números as opiniões e informações analisadas (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010).

3.2 CAMPO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada na UTI Adulto do Hospital Geral Prado Valadares (HGPV) e na UTI Adulto do Hospital Santa Helena (HSH), ambas situadas no Município de Jequié, na Região Sudoeste da Bahia, a aproximadamente 360 km da capital, Salvador. Jequié possui uma população de 151.895 habitantes e área total de 3.227,0343 km² de extensão com densidade demográfica de 47,07 hab/km² (IBGE, 2014).

O Hospital Geral Prado Valadares é considerado um dos principais hospitais públicos de referência para a região sudoeste do Estado da Bahia. Inaugurado em 1947, possui 176 leitos operacionais para a internação nas especialidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Psiquiatria, Ortopedia, Neurocirurgia e Terapia Intensiva (CNES, 2014).

A Unidade de Terapia Intensiva do HGPV foi inaugurada em 2006 e possui 10 leitos em funcionamento, assistindo Jequié e sua região, uma vez que é a única unidade do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade, capaz de oferecer suporte avançado de vida a pacientes críticos. Esta UTI possui uma equipe multiprofissional que presta assistência direta ao paciente, composta por médicos plantonistas, médico diarista, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e psicólogo, além de contar com apoio das especialidades médicas, farmacêuticos e

bioquímicos, nutricionistas, cirurgiões-dentistas e terapeutas ocupacionais que trabalham com o objetivo de prestar cuidado ao paciente (HGPV, 2014).

O Hospital Santa Helena foi fundado no ano de 1927 possui 74 leitos e atualmente atende apenas a convênios e planos de Saúde nas especialidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Ortopedia e Terapia Intensiva (CNES, 2014). A UTI deste Hospital possui 7 leitos e uma equipe com médicos plantonistas, fisioterapeutas, enfermeiros e técnicos de enfermagem (HSH, 2014), além do apoio das especialidades médicas.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram deste estudo os profissionais de saúde que prestam assistência direta ao paciente grave nas unidades de Terapia Intensiva dos Hospitais Prado Valadares e Santa Helena que aceitaram participar da pesquisa.

A equipe que presta assistência diária ao paciente na UTI do HGPV é composta por 07 médicos, 12 enfermeiros, 32 técnicos de enfermagem, 07 fisioterapeutas e 01 psicólogo, tendo um total de 59 profissionais e destes, responderam a pesquisa 47 profissionais. A UTI do Hospital Santa Helena possui uma equipe com 08 médicos, 03 fisioterapeutas, 06 enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem, totalizando 27 profissionais e destes, apenas 6 aceitaram participar da pesquisa.

3.4 TÉCNICAS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário (Anexo A) adaptado do estudo Multicêntrico SEBRAME (*Spirituality and Brazilian Medical Education*) coordenado pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Federal de Juiz de Fora e pela Associação Médico Espírita do Brasil (LUCHETTI et al., 2013b). Este questionário é composto pelas seguintes questões: dados sócio-demográficos: gênero, idade, tempo de serviço, raça/etnia e renda familiar; prática clínica, o paciente e a espiritualidade: conhecimentos e opiniões

acerca da relação entre espiritualidade e saúde na prática clínica; a formação acadêmica e o tema espiritualidade: como as escolas formadoras abordam o tema durante a formação e como poderiam ser oferecidos os conteúdos relacionados à saúde e espiritualidade; dimensão de religiosidade: são avaliados diferentes aspectos da religiosidade do participante através da afiliação religiosa e de perguntas que fazem parte da escala de Religiosidade da Duke (Duke Religious Index – DUREL). Esta escala foi validada para o Brasil (LUCCETTI et al., 2012b) e possui cinco questões que avaliam três dimensões de religiosidade que mais se relacionam com a saúde: organizacional, não organizacional e intrínseca.

Além deste questionário adaptado foi incluído no instrumento de coleta a *Spirituality Self Rating Scale* (SSRS), escala traduzida e adaptada para o Brasil (GONSALVES; PILLON, 2009) que avalia aspectos da espiritualidade do indivíduo. Seus itens refletem quanto o profissional considera importante questões sobre sua dimensão espiritual e se as aplica em sua vida cotidiana.

A SSRS possui escore de 6 a 30 pontos e segundo o autor desta escala (GALANTER et al., 2007) quanto maior o escore maior a espiritualidade. Neste estudo se obteve o escore mínimo de 16 e máximo de 30 pontos com média de 24,5, mediana de 25 e desvio padrão de 3,38. Foi considerada como ponto de corte a mediana (25), sendo considerados os valores até 24 pontos como menor espiritualidade e a partir de 25 pontos, maior espiritualidade.

Inicialmente, foi realizado levantamento do número de profissionais e confeccionado uma lista com nome e profissão de cada um. Posteriormente, estes foram convidados a participar do estudo durante o período do plantão e após explicação sobre os objetivos da pesquisa, seus riscos e relevância, aqueles que aceitaram responder, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os questionários foram aplicados no período de 01 de Março a 30 de Abril de 2015 nas Unidades de Terapia Intensivas do HGPV e HSH.

Após a coleta, os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel e, posteriormente, enviadas ao programa estatístico SPSS versão 21.0 para a análise dos dados. Realizada análise descritiva dos dados mediante a distribuição de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas e medidas de tendência central (média, mediana e desvio padrão) para as variáveis numéricas. Para a análise de associação entre a espiritualidade dos profissionais e as questões

relacionadas à assistência ao paciente foi utilizado o teste exato de Fisher com nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada seguindo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012), que aborda os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, pautada nos princípios básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. A pesquisa, enquanto projeto, foi encaminhada para análise do Comitê de Ética em Pesquisa e, após aprovação sob o número de parecer 805.380, procedeu-se a coleta de dados.

4 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa foram apresentados em formato de dois manuscritos científicos:

- Influência da religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde no cuidado ao paciente crítico.
- A religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde e a dimensão espiritual do paciente.

Os manuscritos estão formatados segundo as normas gerais de publicação dos periódicos científicos escolhidos para publicação.

4.1 MANUSCRITO 1: Influência da religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde no cuidado ao paciente crítico

Este manuscrito será submetido ao periódico Revista da Escola de Enfermagem da USP e foi elaborado conforme as normas para publicação disponível em <http://www.scielo.br/revistas/reeusp/pinstruc.htm>.

Influência da religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde no cuidado ao paciente crítico.

Influence of religiosity/spirituality of health professionals in the care of critically ill patients.

Influencia de la religiosidad/espiritualidad de profesionales de la salud en la atención de pacientes en estado crítico.

1. Agnes Claudine Fontes De La Longuinere. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié/BA, Brasil.
2. Sérgio Donha Yarid. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié/BA, Brasil.

Autor responsável: Agnes Claudine Fontes De La Longuinere. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Departamento de Saúde II, Avenida José Moreira Sobrinho, s/n. Jequezinho, CEP: 45206110. Jequié/BA, Brasil. (73) 3528-9600. E-mail: agnesfontes@uesb.edu.br.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo verificar se a religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde influencia no cuidado prestado ao paciente crítico. De caráter descritivo e transversal com abordagem quantitativa, este estudo foi realizado com 53 profissionais que atuam na assistência de Unidades de Terapia Intensiva adulto de uma cidade do interior do Brasil. Foi utilizado um questionário e a escala *Spirituality Self Rating Scale* e realizada análise descritiva dos dados e de associação utilizando o teste exato de Fisher com nível de significância de 5%. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Verificou-se que 77,4% da amostra eram do sexo feminino, com idade média de 37 anos, tempo médio de serviço de 11 anos e a maioria era evangélica/protestante. A maior parte dos profissionais apresentou espiritualidade elevada e informou que a sua religiosidade/espiritualidade influencia intensamente no entendimento do processo saúde-doença e na sua relação com o paciente crítico, além de modificar sua maneira de cuidar deste. Foi possível concluir que a religiosidade/espiritualidade dos profissionais que atuam na Unidade de Terapia Intensiva influencia no cuidado prestado ao paciente crítico.

Descritores: Espiritualidade; Unidade de Terapia Intensiva; Profissional de Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to verify whether the religiousness/spirituality of health professionals influences on the care provided to critically ill patients. Descriptive and of transversal character with a quantitative approach, this study was conducted with 53 professionals working in adult Intensive Care Units in rural Brazil; a questionnaire was used besides the Spirituality Self Rating Scale and descriptive analysis of the data and association using Fischer's exact test was held with a 5% significance level. The survey was approved by the Ethics in Research Committee of the State University of Southwest Bahia. It was found that 77.4% of the sample was female, mean age 37 years old, and mean service duration of 11 years; the majority was evangelical/protestant. Most of the professionals showed high spirituality and reported that their religiousness/spirituality strongly influences the understanding of the health-disease process in their relationship with the critical patient, as well as changing the way they take care of this kind of patient. It was possible to conclude that the religiousness/spirituality of the ICU professionals has an influence on the care given to the critical patient.

Keywords: Spirituality; Intensive Care Unit; Health professional.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo verificar si la religiosidad/espiritualidad de los profesionales de la salud influye en el cuidado prestado al paciente crítico. De carácter descriptivo y transversal con abordaje cuantitativo, este estudio fue realizado con 53 profesionales que actúan en la asistencia de Unidades de Terapia Intensiva adulto en el interior de Brasil, fue utilizado un cuestionario acrecido de la escala *Spirituality Self Rating Scale*, e realizado análisis descriptivo de los datos y de asociación utilizando el test exacto de Fisher con nivel de significancia de 5%. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la universidad Estadual del sudoeste de Bahia. Se verificó que 77,4% de la muestra eran del sexo femenino, con edad media de 37 años, tiempo medio de servicio de 11 años y la mayoría era evangélica/protestante. La mayor parte de los profesionales presentó espiritualidad elevada e informó que su religiosidad/espiritualidad influye intensamente en el entendimiento del proceso salud-enfermedad y en su relación con el paciente crítico, además de modificar su manera de cuidar de este paciente. Fue posible concluir que la religiosidad/espiritualidad de los profesionales que actúan en la Unidad Terapia Intensiva influye en el cuidado prestado al paciente crítico.

Descriptores: Espiritualidad; Unidad de Terapia Intensiva; Profesional de la Salud.

INTRODUÇÃO

A religiosidade/espiritualidade tem apresentado impacto positivo na saúde física e qualidade de vida das pessoas atuando como possível fator de prevenção no desenvolvimento de doenças na população previamente sadia, eventual aumento de sobrevida e impacto sobre diversas doenças⁽¹⁻²⁾.

Desta forma, a influência da espiritualidade para a saúde das pessoas tem sido reconhecida por pesquisadores e profissionais de saúde, fazendo com que ocorra um aumento na produção científica a respeito desta temática⁽³⁾. Este reconhecimento tem ocorrido no contexto da saúde por considerar cada vez mais a complexidade das necessidades do ser humano e em assisti-lo em sua totalidade, não podendo a dimensão espiritual ser dissociada do ser.

A espiritualidade é algo “mais amplo que a religião e está relacionada a valores íntimos, de harmonia e completude interior, conexão com os outros, estimulando o interesse pelos outros e por si, uma unidade com a vida e com a natureza, o universo”⁽⁴⁾. A espiritualidade é uma busca pessoal no sentido de compreender as questões relacionadas ao fim da vida e o seu sentido, as relações com o sagrado e o transcendente que pode ou não levar a prática de uma religião⁽⁵⁾.

A religião é considerada um sistema de crenças, práticas, rituais que facilitam o acesso ao Sagrado, ligada a uma instituição, com características doutrinárias semelhantes e específicas que são compartilhadas por um grupo, mas praticadas individualmente⁽⁵⁻⁶⁾. Enquanto a religiosidade é definida como a busca por religião ou a maneira como as pessoas praticam uma religião, é como o indivíduo expressa e vivencia sua religião⁽⁷⁾. Não é necessário que uma pessoa pertença a uma religião para desenvolver sua espiritualidade, já que esta se refere a questões da sua própria vida, seu significado e sentido⁽⁸⁾.

Estudos recentes⁽¹⁻²⁾ demonstram que pessoas que possuem maior espiritualidade/religiosidade, possuem maior bem-estar, menor prevalência de doenças e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida. Desta forma, religiosidade/espiritualidade tem se tornado fator importante a ser considerado na prática clínica, inclusive por trabalhadores da saúde que atuam com pacientes considerados críticos quando se encontram internados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

As Unidades de Terapia Intensiva prestam assistência a pacientes considerados graves ou críticos, cujo risco de morte é elevado e, por isto, exigem suporte avançado de vida

e assistência especializada, com uso de tecnologias e recursos humanos adequados, que garantam assistência integral e de qualidade para o restabelecimento da sua saúde ⁽⁹⁾.

Associado às atividades que exigem grau elevado de conhecimento, responsabilidade e intervenções complexas, estão, jornadas de trabalho exaustivas e aceleradas, que podem resultar em estresse ocupacional comprometendo a qualidade de vida dos profissionais, gerando insatisfação relacionada ao ambiente do trabalho ⁽¹⁰⁾.

Por outro lado, estudos têm demonstrado que o estímulo das práticas espirituais dos profissionais de saúde, melhora sua saúde mental e, conseqüentemente, sua qualidade de vida e relação interpessoal ⁽¹¹⁾. Fica evidente que estas práticas que valorizam a espiritualidade de profissionais que atuam na UTI trazem tranquilidade e bem-estar a estes profissionais ⁽³⁾, possibilitando melhor enfrentamento do estresse inerente ao trabalho com conseqüente melhoria na qualidade de vida e maior satisfação com a atividade desenvolvida.

Desta forma, trabalhar a espiritualidade dos profissionais de saúde pode gerar também benefícios para os pacientes assistidos à medida que a espiritualidade modifica o comportamento dos profissionais ⁽¹²⁾, promove harmonia, encontro com as pessoas através da empatia e equilíbrio entre as dimensões do ser humano, melhorando sua qualidade de vida e podendo impactar diretamente na assistência prestada.

Assim, este estudo tem como objetivo verificar se a religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde influencia no cuidado prestado ao paciente crítico.

MÉTODOS

Pesquisa de caráter descritivo e transversal com abordagem quantitativa realizado com profissionais de saúde que compõem a equipe de assistência de Unidades de Terapia Intensiva da cidade de Jequié, Bahia, Brasil.

Esta pesquisa foi realizada na UTI Adulto do Hospital Geral Prado Valadares (HGPV) que possui 176 leitos operacionais e 10 leitos de UTI, sendo considerado um dos principais hospitais públicos de referência para a região sudoeste do Estado da Bahia. E também, na UTI Adulto do Hospital Santa Helena (HSH) que possui 74 leitos e 7 leitos de UTI, atualmente atende apenas a convênios e planos de Saúde ⁽¹³⁾.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados, questionário adaptado do estudo Multicêntrico SEBRAME (*Spirituality and Brazilian Medical Education*) coordenado pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Federal de Juiz de Fora e da Associação Médico Espírita do Brasil ⁽¹⁴⁾.

Além deste questionário, foi incluído no instrumento a *Spirituality Self Rating Scale* (SSRS), escala traduzida e adaptada para o Brasil ⁽¹⁵⁾ que avalia aspectos da espiritualidade do indivíduo. Seus itens refletem quanto o profissional considera importantes questões sobre sua dimensão espiritual e se as aplica em sua vida cotidiana. A SSRS possui escore de 6 a 30 pontos e neste estudo, obteve-se o escore mínimo de 16 e máximo de 30 pontos com média de 24,5, mediana de 25 e desvio padrão de 3,38. Assim, foi considerada como ponto de corte a mediana (25), sendo considerados os valores até 24 pontos como menor espiritualidade e a partir de 25 pontos, maior espiritualidade.

Participaram deste estudo 47 profissionais da UTI do HGPV e 06 profissionais da UTI do HSH. Estes 53 profissionais prestam assistência direta ao paciente grave nestas Unidades de Terapia Intensiva.

Os questionários foram aplicados pessoalmente pelo pesquisador, no período de 1º de Março a 30 de Abril de 2015. Os profissionais foram convidados a participar do estudo durante o período do plantão e após explicação sobre a pesquisa, seus objetivos, riscos e relevância, aqueles que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e procedeu-se a coleta dos dados.

Posteriormente, os dados foram tabulados no programa Excel e em seguida transferidos ao programa SPSS versão 21.0 para análise estatística. Foi realizada uma análise descritiva dos dados mediante a distribuição de frequência absoluta e relativa, para as variáveis categóricas, e medidas de tendência central (média, mediana e desvio padrão), para as variáveis numéricas contínuas.

Para a análise de associação entre a Escala de Autoavaliação de Espiritualidade (SSRS) com a intensidade da influência da religiosidade/espiritualidade no entendimento do processo saúde-doença e na sua relação com o paciente e na mudança do cuidado prestado, utilizou-se o teste exato de Fisher, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

A pesquisa, enquanto projeto, foi encaminhada para análise do Comitê de Ética em Pesquisa, com aprovação sob o número de parecer 805.380.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 53 profissionais de saúde que atuam em Unidades de Terapia Intensiva com idade entre 26 e 63 anos ($37,11 \pm 8,07$), sendo a maioria do sexo feminino (77,4%) e com predominância de cor da pele autodeclarada, não branca (67,9%). Todos os entrevistados informaram possuir uma afiliação religiosa, sendo a religião

Evangélica/ Protestante a mais frequente (35,9%), seguida da Católica (34%). A renda familiar mais predominante entre os entrevistados foi de até 7 salários mínimos (66%).

Em relação ao tempo de serviço, este variou de 2 a 29 anos com média de 11 anos e o tempo de serviço em UTI variou de um mês a 11 anos com tempo médio de 4 anos de trabalho, conforme tabela a seguir.

Tabela 1. Características sócio-demográficas e religião praticada por profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. Jequié, 2015.

VARIÁVEL	N (%)	MÉDIA	MEDIANA	DP
Idade	53 (100)	37,11	35,00	8,07
Tempo de Serviço	53 (100)	11,12	8,50	7,07
Tempo de UTI	53 (100)	4,38	4,00	2,97
Sexo				
Masculino	12 (22,6)	-	-	-
Feminino	41 (77,4)	-	-	-
Cor da pele				
Branco	17 (32,1)	-	-	-
Não Branco	36 (67,9)	-	-	-
Renda				
Até 7 salários mínimos	35 (66)	-	-	-
Acima de 7 salários mínimos	17 (32,1)	-	-	-
Religião				
Apenas acredita em Deus	4 (7,5)	-	-	-
Evangélico/Protestante	19 (35,9)	-	-	-
Espírita	7 (13,2)	-	-	-
Católico	18 (34,0)	-	-	-
Espiritualista	3 (5,7)	-	-	-
Outros	2 (3,8)	-	-	-

Quanto à influência da religiosidade/espiritualidade na prática clínica dos profissionais que atuam na UTI, os resultados mostram que a maior parte destes profissionais informou que a sua religiosidade/espiritualidade influencia intensamente no entendimento do processo saúde-doença e na sua relação com o paciente crítico, além de modificar sua maneira de cuidar deste paciente na UTI, conforme a tabela 2.

Tabela 2. Influência da religiosidade/espiritualidade dos profissionais na prática clínica em Unidade de Terapia Intensiva. Jequié, 2015.

Intensidade da influência da religiosidade/espiritualidade no entendimento do processo saúde-doença e na relação profissional-paciente.	n (%)	Religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde modifica o cuidado com o paciente?	n (%)
Muito intensamente	41(77,4)	Sim	40 (75,5)
Pouco intensamente	12(22,6)	Não	12 (22,6)
		Branco	1 (1,9)
Total	53(100)		53 (100)

Ao analisar a autoavaliação da espiritualidade dos profissionais da UTI utilizando a *Spirituality Self Rating Scale* (SSRS) obteve-se o escore mínimo de 16 e máximo de 30 pontos com média de 24,5 e mediana de 25 e desvio padrão de 3,38. A maioria dos profissionais (56,6%) apresentou escore igual ou maior a 25, sendo classificado com maior espiritualidade.

Ao correlacionar a espiritualidade dos profissionais com a intensidade da influência da religiosidade/espiritualidade no entendimento do processo saúde-doença e na sua relação com o paciente crítico observou-se que a maioria dos entrevistados com maior espiritualidade (43,4%) informou que a religiosidade/espiritualidade influencia muito intensamente no entendimento do processo saúde doença e na sua relação com o paciente. Quando questionados se a sua religiosidade/espiritualidade mudava a maneira de cuidar do paciente crítico, a maioria dos profissionais que apresentou maior espiritualidade (49,1%) relatou que sim, esta dimensão modificava sua forma de cuidar, conforme descrito na tabela 3.

Tabela 3. Espiritualidade do profissional e a intensidade da influência da religiosidade/espiritualidade no entendimento do processo saúde-doença e na relação com o paciente modificando o cuidado. Jequié, 2015.

<i>Intensidade da influência da religiosidade/espiritualidade no entendimento do processo saúde doença e relação profissional paciente.</i>	<i>Spirituality Self Rating Scale (SSRS)</i>			<i>P</i>
	<i>Maior</i>	<i>Menor</i>	<i>Total</i>	
	<i>Espiritualidade</i>	<i>Espiritualidade</i>		
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
<i>Muito Intensamente</i>	23 (43,4)	18 (34)	41 (77,4)	0,580
<i>Pouco Intensamente</i>	7 (13,2)	5 (9,4)	12 (22,6)	
	30 (56,6)	23 (43,4)	53 (100)	
<i>A religiosidade/espiritualidade do profissional modifica o cuidado ao paciente?</i>				0,054
<i>Sim</i>	26 (49,1)	14 (26,4)	40 (75,5)	
<i>Não</i>	4 (7,6)	8 (15)	12 (22,6)	
<i>Branco</i>	1 (1,9)	1 (1,9)	1 (1,9)	
Total	30 (56,6)	22 (41,5)	53 (100)	

DISCUSSÃO

A amostra do estudo teve predominância do sexo feminino, o que corrobora com dados nacionais que apontam este sexo como maioria entre profissionais de saúde, sobretudo entre a equipe médica e equipe de enfermagem, esta com maior número de profissionais nas unidades hospitalares⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Quanto à religião, a maioria informou ser evangélico/protestante, o que difere de dados nacionais, em que a maior parte da população brasileira pertence à religião católica⁽¹⁸⁾.

Quanto à prática clínica e a espiritualidade, a maioria dos profissionais da UTI relatou que a sua religiosidade/espiritualidade influenciava intensamente para o seu entendimento do processo saúde doença e na sua relação com o paciente assistido na UTI. Estudo realizado em 2013 no interior de São Paulo com 120 estudantes do curso de Graduação em Enfermagem aponta resultados semelhantes. Ao avaliar opinião dos estudantes, 42,4% deles acreditavam que a espiritualidade do profissional interferia no entendimento do processo saúde doença e na relação profissional paciente⁽¹⁹⁾.

No mesmo sentido, estudos comprovam que a religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde pode influenciar na sua interação com o paciente e com outros colegas de trabalho e, ainda, na sua compreensão da doença, pois é essencial para promover harmonia, encontro com as pessoas através da empatia e equilíbrio entre as dimensões do ser humano, e

isto impacta diretamente na assistência prestada ^(20,12). Ainda sobre relacionamento interpessoal, estudo que avalia a qualidade de vida relacionada com a religiosidade/espiritualidade/crenças pessoais através do instrumento WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) da OMS (Organização Mundial da Saúde), concluiu que há uma correlação positiva desta dimensão com os relacionamentos sociais ⁽²¹⁾.

Assim, a dimensão espiritual do profissional pode ser um mecanismo de compreensão do paciente como um ser biopsicossocial e espiritual, tornando-se imprescindível para a compreensão do processo de recuperação da saúde e enfrentamento da doença de forma saudável, conforme aponta resultado de pesquisa realizada em um Hospital Universitário de São Paulo com profissionais de enfermagem que atuam em Terapia Intensiva ⁽²²⁾.

Além de colaborar para o entendimento do processo saúde e doença por parte do profissional, pesquisas demonstram que a religiosidade/espiritualidade também influencia neste entendimento pelo próprio paciente. Ao pesquisar a perspectiva do paciente sobre a relação da espiritualidade e o câncer em um Hospital de referência em oncologia do interior de São Paulo, os resultados demonstraram que a espiritualidade pode ser um fator que corrobora não só para o enfrentamento do câncer, mas para que o próprio paciente atribua algum significado ao seu processo saúde-doença ⁽⁴⁾. Em outro estudo que relaciona saúde, ética e espiritualidade com a integralidade do cuidado, dos 101 pacientes entrevistados, 81,3% reconheceram a importância da espiritualidade no entendimento do seu processo saúde-doença, além da maioria também ter relatado que gostaria de receber apoio espiritual e reconhecia a importância deste aspecto na elaboração do seu plano terapêutico ⁽²³⁾.

Neste estudo, quando os profissionais foram questionados se a religiosidade/espiritualidade promovia mudança na maneira que ele cuidava do paciente na UTI, 75,5% informaram que sim, sua religiosidade/espiritualidade modifica a assistência prestada. Pesquisa com equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos no Hospital-Escola da Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, concluiu que os profissionais tendem a utilizar a espiritualidade como instrumento importante de trabalho para cuidar de pessoas gravemente enfermas. Isto contribui para que eles cuidem do ser humano na sua integralidade, o que implica valorizar e cuidar do subjetivo, rompendo assim com o modelo biomédico, valorizando o bem-estar e qualidade de vida daquele que recebe seu cuidado ⁽²⁴⁾.

Ao estudar o significado da espiritualidade para enfermeiros que atuam em Cuidados Intensivos em um Hospital Universitário da cidade de São Paulo, percebeu-se que os valores religiosos estão intimamente ligados ao processo de cuidado de pacientes críticos em UTI ⁽²²⁾. Resultado semelhante também foi apontado em estudo com docentes e discentes da Faculdade

de Enfermagem da Universidade Nove de Julho, em São Paulo, onde os participantes acreditavam que a dimensão espiritual influenciava não apenas na saúde dos pacientes assistidos, mas também na própria assistência que era prestada ⁽²⁵⁾.

Isto é apoiado na literatura à medida que se compreende que a dimensão espiritual traz paz, tranquilidade, harmonia, bem-estar, compreensão e valorização do outro, enquanto ser humano⁽²⁰⁾ que necessita de cuidados. A espiritualidade, quando integrada ao cotidiano, promove saúde mental e gera comportamentos saudáveis, conforme demonstra pesquisa realizada com psicólogos que atuam num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, que avaliou a relação da religiosidade/ espiritualidade com a saúde mental ⁽¹²⁾.

A religiosidade e espiritualidade têm sido reconhecidas no contexto da saúde por ter demonstrado sua influência no auxílio de enfrentamento, além de trazer impacto positivo na qualidade de vida das pessoas e melhorar a relação interpessoal, inclusive entre profissionais e pacientes ⁽²²⁾. No presente estudo, os profissionais que pontuaram maior espiritualidade de acordo com a Escala SSRS, foram aqueles que responderam que a religiosidade/espiritualidade influencia muito intensamente no entendimento do processo saúde-doença e na relação profissional-paciente.

Assim, foi possível verificar que, quanto mais espiritualizados os profissionais, maior é o reconhecimento da influência desta dimensão na interação entre os que cuidam e os que são cuidados. A religiosidade/espiritualidade também é reconhecida em estudos, como um componente harmonizador das relações dos profissionais no ambiente de trabalho que também auxilia na mudança do modelo assistencial à medida que reconhece o outro na sua integralidade ^(22,24).

Quando correlacionados religiosidade/espiritualidade dos profissionais e mudança de atitude no cuidado ao paciente em UTI, a maioria dos profissionais que apresentaram maior espiritualidade informou que sua espiritualidade mudava a maneira como ele cuidava do paciente grave. Pesquisa recente sobre religiosidade/espiritualidade com enfermeiros inseridos numa instituição hospitalar demonstra que a prática clínica e as decisões tomadas no ambiente de trabalho sofrem influência direta da religiosidade/espiritualidade do profissional ⁽²⁶⁾, corroborando com os resultados desta pesquisa.

Dentre os profissionais em estudo, 56,6% apresentaram maior nível de espiritualidade. No mesmo sentido, estudo com profissionais de saúde que atuam em oncologia aponta que 85% dos profissionais revelaram grau elevado de espiritualidade ⁽⁶⁾. Estudo semelhante realizado na Unidade Semi-intensiva do Hospital Israelita Albert Einstein observou que

76,6% dos profissionais avaliados apresentaram escore positivo na Escala de Bem-estar Espiritual⁽²⁷⁾, no entanto, outro estudo realizado em 2011 utilizando também a SSRS com 191 discentes do curso de Enfermagem no interior de Minas Gerais identificou uma pontuação baixa dos níveis de espiritualidade nesta amostra⁽²⁸⁾.

O resultado apontado nesta pesquisa indica um maior nível de espiritualidade entre os profissionais de saúde que atuam em UTI, é importante ao considerar os fatores inerentes ao trabalho nestas unidades. O processo de trabalho em UTI tem sido caracterizado por ritmo excessivo de trabalho, carga horária elevada, ambiente com elevado nível de estresse, atividades complexas e contato direto com doentes graves, o que gera índices elevados de estresse ocupacional, sofrimento emocional e, conseqüente adoecimento mental^(10,29).

Pesquisa realizada com médicos e enfermeiros que atuam em UTI sugere comprometimento da qualidade de vida destes profissionais devido ao estresse relacionado ao ambiente de trabalho⁽³⁰⁾. Em contrapartida, estudo que objetivou avaliar a satisfação de profissionais que atuam em UTI, demonstrou que o ambiente de trabalho harmônico favorece o trabalho em equipe, o respeito pelo outro, laços de confiança e melhor relacionamento interpessoal, influenciando na satisfação pessoal do profissional, o que melhora seu desempenho profissional⁽¹⁰⁾.

Ter espiritualidade é de grande importância para este grupo de profissionais, já que esta é uma dimensão inata do ser humano que está presente tanto na vida pessoal como profissional de cada um⁽²⁸⁾, sendo capaz de gerar estado de calma e tranquilidade, melhorar a saúde física e mental, promover comportamentos e estilos de vida mais saudáveis, sendo utilizado como enfrentamento em situações difíceis, diminuindo o estresse e índices de depressão e melhorando seu relacionamento com os outros (profissionais e pacientes) e consigo^(1-3,11,22).

CONCLUSÃO

Esta pesquisa permitiu verificar que a religiosidade/espiritualidade dos profissionais que atuam em UTI influencia muito intensamente no entendimento que estes têm do processo saúde-doença e na sua relação com o paciente, além desta dimensão modificar a sua conduta de cuidado ao paciente crítico. Assim, a religiosidade/espiritualidade dos profissionais influencia no cuidado prestado ao paciente crítico assistido na Unidade de Terapia Intensiva.

REFERÊNCIAS

1. Bonelli RM, Koenig HG. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *J Relig Health*. 2013;52(2):657-73.
2. Lucchetti G, Almeida LG. Spirituality for dialysis patients: should the nephrologist address? *J Bras Nefrol*. 2010;32:128-32.
3. Dezorzi L, Crossetti MGO. Spirituality in Self-Care for Intensive Care Nursing Professionals. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008, mar-abr;16(2).
4. Guerrero GP, Zago MMF, Sawada NO, Pinto MH. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(1):53-9.
5. Koenig HG. Religion and medicine II: religion, mental health, and related behaviors. *Int J Psychiatry Med* 2001a;31(1):97-109.
6. Gobatto CA, Cavalcanti TCFA. Religiosidade e Espiritualidade em Oncologia: Concepções de Profissionais da Saúde. *Psicologia USP, São Paulo*, 2013; 24(1):11-34.
7. Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de Vida e Espiritualidade. *Rev. de Psiquiatria Clínica*, 2007;34(1):105-115.
8. Schleder LP, Parejo LS, Puggina AC, Silva MJP. Spirituality of relatives of patients hospitalized in intensive care unit. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(1):71-8.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3432 de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo. DOU Nº 154. [Acesso em 11 abr 2015] Disponível em: <http://www.assobrafir.com.br/userfiles/file/PTGM-MS3432-98UTI.pdf>.
10. Silveira RS, Funck CR, Lunardi VL, Silveira JT, Avila LI, Filho WDL, et al. Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da satisfação no contexto do trabalho na UTI. *Enfermagem em Foco* 2012;3(2):93-96.
11. Espíndula JÁ, Valle ERM, Bello AA. Religion and Spirituality: the Perspective of Health Professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010 nov-dez;18(6):[08 telas].
12. Oliveira MR, Junges JR. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia*, 2012 set-dez;17(3):469-476.
13. Brasil. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). DATASUS. [Acesso em 13 ago2014] Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=2918002400693.
14. Lucchetti G, Oliveira LR, Koenig HG, Leite JR, Lucchetti ALG. Medical Students, Spirituality and Religiosity-results from the Multicenter Study SBAME. *BMC Medical Education* 2013;13:162.

15. Gonçalves AMS, Pillon SC. Adaptação transcultural e avaliação da consistência interna da versão em português da Spirituality Self Rating Scale (SSRS). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2009;36(1):10-15.
16. Conselho Federal de Medicina. Pesquisa Demográfica Médica no Brasil. 2011. [Acesso em 17 set 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22508:estudo-de-demografia-medica-no-brasil-aponta-desigualdade-na-distribuicao-de-profissionais-em-todo-o-pais&catid=3.
17. Conselho Federal de Enfermagem. Perfil da Enfermagem na Bahia. 2015. [Acesso em 17 set 2015]. Disponível em http://www.cofen.gov.br/cofen-lanca-perfil-da-enfermagem-na-bahia_31985.html.
18. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. [Acesso em 17 set 2015]. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia_tab_pdf.shtm.
19. Espinha DCM, Camargo SM, Silva SPZ, Pavelqueires S, Lucchetti G. Nursing Students' Opinions about Health, Spirituality and Religiosity. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(4):98-106.
20. Ecklund EH, Cadge W, Gage EA, Catlin EA. The religious and spiritual beliefs and practices of academic pediatric oncologists in the United States. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 2007;29(11):736-742.
21. Rocha NS, Fleck MPA. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/ crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. *Rev Psiq Clín*. 2011;38(1):19-23.
22. Penha RM, Silva MJP. Meaning of Spirituality for Critical Care Nursing. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012 abr-jun;21(2):260-8.
23. Oliveira GR, Neto JF, Salvi MC, Camargo SM, Evangelista JL, Espinha DCM, et al. Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado. *Rev Bras Clin Med*. São Paulo, 2013 abr-jun;11(2):140-4.
24. Arrieira, ICO, Thofehrn MB, Porto AR, Palma JS. Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados Paliativos às pessoas com câncer. *Ciência, Cuidado e Saúde* 2011 abr-jun;10(2):314-321.
25. Tomasso CS, Beltrame IL, Lucchetti G. Knowledge and attitudes of nursing professors and students concerning the interface between spirituality, religiosity and health. *Rev. Latino-Am. Enfermagem Original Article* 2011 Sep.-Oct.;19(5):1205-13.
26. Nascimento LC, Santos TFM, Oliveira FCS, Pan R, Santos MF, Rocha SMM6. Spirituality and Religiosity in the Perspectives of Nurses. *Text Context Nursing*, Florianópolis, 2013 jan-mar;22(1):52-60.

27. Pedrão RB, Beresin R. O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. *Einstein*. 2010; 8(1 Pt 1):86-91.
28. Pillon SC, Santos MA, Gonçalves AMS, Araújo KM. Alcohol use and spirituality among nursing students. *Rev. esc. enferm. USP [online]*. 2011;45(1):100-107.
29. Campos JF, David HSL. Work Context Assessment in Intensive Therapy Units from the perspective of work psychodynamics. *Rev. esc. enferm. USP [online]*. 2011;45(2):363-368.
30. Fogaça MC, Carvalho WB, Martins LAN. Preliminary study about quality of life of physicians and nurses working in pediatric and neonatal Intensive Care Units. *Rev. esc. enferm. USP [online]*. 2010;44(3):708-712.

4.2 MANUSCRITO 2: A religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde e a dimensão espiritual do paciente.

Este manuscrito foi submetido ao periódico Revista Eletrônica de Enfermagem e foi elaborado conforme as normas para publicação disponível em https://www.fen.ufg.br/fen_revista/docs/normas.html.

A religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde e a dimensão espiritual do paciente.

1. Agnes Claudine Fontes De La Longuinere. Enfermeira, Professora Auxiliar do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié/BA, Brasil. agnesfontes@uesb.edu.br.
2. Sérgio Donha Yarid. Cirurgião Dentista, Professor doutor do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié/BA, Brasil.

RESUMO

Estudo com objetivo de identificar se a religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde colabora para a valorização da dimensão espiritual dos pacientes assistidos na Unidade de Terapia Intensiva. Estudo de caráter descritivo, transversal com abordagem quantitativa, realizado com 53 profissionais que atuam em Unidades de Terapia Intensiva. Dados coletados com questionário e escala *Spirituality Self Rating Scale*. Realizado análise descritiva dos dados e de associação utilizando o teste exato de Fisher com nível de significância de 5%. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Resultados apontam que quanto mais espiritualizado o profissional, maior é o reconhecimento do impacto positivo da religiosidade/espiritualidade na saúde do paciente. Além disso, os que tiveram maior índice de espiritualidade foram os que mais sentiam vontade de abordar este tema com os pacientes. Concluiu-se que a religiosidade/espiritualidade do profissional influencia na valorização da dimensão espiritual do paciente.

Descritores: Espiritualidade; Unidade de Terapia Intensiva; Profissional de Saúde.

INTRODUÇÃO

As implicações da religiosidade/espiritualidade na assistência à saúde como plano terapêutico é tema de estudos nos últimos anos, pois têm sido reconhecidas como recurso que ajuda no enfrentamento de experiências traumáticas relacionadas ao adoecimento⁽¹⁾.

A espiritualidade pode ser entendida como uma busca pessoal para entender o sentido da vida, a relação com o sagrado e as questões relacionadas com o fim da vida, que pode, ou não, levar a realização de práticas religiosas. A religiosidade é o quanto o indivíduo acredita, segue e pratica uma religião, que é institucional, dogmática e sistematizada⁽²⁾. Assim, Espiritualidade é mais ampla e pessoal que religião, mantendo relação com valores íntimos de harmonia, conexão com a natureza, com o universo, dando sentido à vida, independente da religião seguida⁽³⁾.

A valorização da religiosidade/espiritualidade na assistência prestada influencia positivamente no bem-estar dos pacientes⁽⁴⁾, ao tempo que permitem ao profissional uma visão integral da saúde ao abordar o paciente em suas diversas dimensões superando o modelo centrado apenas nos aspectos biológicos do processo de saúde e doença do indivíduo⁽⁵⁾.

Reconhecer a importância da dimensão espiritual do paciente no processo de enfrentamento da doença é um novo paradigma na assistência à saúde⁽⁶⁾, inclusive no cuidado ao paciente crítico em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Estas unidades têm por objetivo prestar atendimento especializado a pacientes graves com risco iminente de morte, assegurando uma assistência de qualidade, humanizada, integral, que leve em consideração o ser humano nas suas dimensões biopsicossocial e espiritual⁽⁷⁾.

Nestas situações de hospitalização para cuidados intensivos, a religiosidade/espiritualidade pode ser um aspecto importante a ser abordado devido ao estado de maior fragilidade, medo do desconhecido e do desfecho da situação⁽⁸⁾, podendo contribuir para melhor bem-estar pessoal e redução de morbimortalidade⁽⁴⁾. Muitos pacientes consideram a influência da espiritualidade na sua recuperação e reconhecem a importância da abordagem dos aspectos religioso e espiritual na elaboração do seu plano terapêutico. Há ainda relatos de pacientes que gostariam que seus cuidadores abordassem sobre sua religiosidade/espiritualidade, o que tornaria a relação profissional-paciente mais empática e de maior confiança⁽⁹⁾.

Portanto, o profissional de saúde deve aproximar-se desta temática, tendo em vista o plano terapêutico do paciente e os benefícios que esta abordagem traz para a recuperação e bem-estar do paciente. Os profissionais de saúde reconhecem a influência positiva do enfoque da religiosidade/espiritualidade durante o cuidado, mas diversos profissionais relatam que não se sentem preparados para tal abordagem e que a

formação não fornece informações suficientes para o desenvolvimento desta habilidade⁽¹⁰⁾.

Reconhecendo esta necessidade atual, algumas instituições de ensino brasileiras têm incluído atividades relacionadas à espiritualidade e saúde nos seus currículos, mas este número é ainda muito pequeno. No Brasil, apenas 10,4% das escolas brasileiras de medicina tratam especificamente do tema religiosidade/espiritualidade em saúde, enquanto nos Estados Unidos da América este assunto é abordado por 90% das escolas médicas⁽¹¹⁾.

Os profissionais de saúde apresentam preocupação com as várias dimensões do usuário do serviço de saúde, demonstrando assim uma visão humanizada e ampla de saúde, além de ter evidenciado que assistir de modo humanizado envolve considerar todas as dimensões do usuário, incluindo a espiritual⁽⁵⁾. Outros autores consideram que a busca e o estudo da espiritualidade por parte dos profissionais da saúde são imprescindíveis para um cuidado integral, sendo a espiritualidade também um componente harmonizador das relações dos profissionais no processo de trabalho em saúde⁽¹²⁾.

Portanto, a relevância deste estudo está em poder contribuir para a ampliação do conhecimento acerca da influência da religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde na valorização da dimensão espiritual do paciente assistido, contribuindo para discussões e reflexões sobre a importância desta dimensão no direcionamento do cuidado, visando uma assistência mais humana, digna, integral e ética.

Assim, este estudo tem como objetivo identificar se a religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde colabora para a valorização da dimensão espiritual dos pacientes assistidos na Unidade de Terapia Intensiva.

MÉTODOS

Esta pesquisa teve caráter descritivo e transversal com abordagem quantitativa realizado com profissionais de saúde que atuam na assistência ao paciente em Unidades de Terapia Intensiva.

A coleta de dados foi realizada na UTI Adulto do Hospital Geral Prado Valadares (HGPV) e na UTI Adulto do Hospital Santa Helena (HSH), ambas situadas no Município de Jequié, na Região Sudoeste da Bahia, Brasil. O Hospital Geral Prado Valadares possui 176 leitos operacionais e 10 leitos de UTI, sendo considerado um dos principais hospitais públicos de referência para a região sudoeste do Estado da Bahia. O Hospital Santa Helena possui 74 leitos e 7 leitos de UTI, atualmente, atende apenas a convênios e planos de Saúde⁽¹³⁾.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário adaptado do estudo Multicêntrico SEBRAME (*Spirituality and Brazilian Medical Education*) coordenado pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Federal de Juiz de Fora e da Associação Médico Espírita do Brasil⁽¹⁴⁾. Além deste questionário adaptado, foi incluído no instrumento de coleta a *Spirituality Self Rating Scale* (SSRS), escala traduzida e adaptada para o Brasil⁽¹⁵⁾ que avalia aspectos da espiritualidade do indivíduo. Seus itens refletem quanto o profissional considera importantes questões sobre sua dimensão espiritual e se as aplica em sua vida cotidiana.

Os questionários foram aplicados no período de 01 de Março a 30 de Abril de 2015. Os profissionais foram convidados a participar do estudo durante o período do plantão e após explicação sobre a pesquisa, seus objetivos, riscos e relevância. Aqueles que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Participaram deste estudo 47 profissionais da UTI do HGPV e 6 profissionais da UTI do HSH. Os 53 profissionais que participaram desta pesquisa prestavam assistência direta ao paciente grave nestas Unidades de Terapia Intensiva.

Após a coleta, os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel e enviados ao programa estatístico SPSS, versão 21.0, para a análise dos dados. Foi realizada uma análise descritiva dos dados mediante a distribuição de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas e medidas de tendência central (média e desvio padrão) para as variáveis contínuas.

Para a análise de associação entre grau de espiritualidade dos profissionais de saúde e questões que apontam valorização da dimensão espiritual do paciente que está internado na UTI foi utilizado o teste exato de Fisher, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Esta pesquisa, enquanto projeto, foi encaminhada para análise do Comitê de Ética em Pesquisa e, somente após aprovação sob o número de parecer 805.380, procedeu-se a coleta de dados.

RESULTADOS

Este estudo teve a participação de 56 profissionais que atuam na assistência direta ao paciente crítico em Unidade de Terapia Intensiva. Os sujeitos eram, em sua maioria, do sexo feminino (77,4%), de cor autorreferida não branca (67,9%) e de religião evangélica/protestante (35,9%), seguida da religião católica (34%). A idade dos participantes variou de 26 a 63 anos, com média de 37 anos, com renda predominante (66%) de até sete salários mínimos. O tempo médio de serviço como profissional de saúde foi de 11 anos e de atuação em UTI, foi de 4 anos.

Quando questionados sobre “quanto a religiosidade/espiritualidade influenciava na saúde dos seus pacientes”, 96,2% destes profissionais responderam que esta dimensão influencia muito, e a maioria informou que esta influência é positiva, conforme descrito na tabela abaixo.

Tabela 1. Influência da religiosidade/espiritualidade na saúde do paciente. Jequié, 2015.

Quanto a religiosidade/espiritualidade influencia na saúde do paciente?		Esta influência é positiva ou negativa?	
	n (%)		n (%)
Muito	51 (96,2)	Positiva	39 (73,5)
Muito pouco	2 (3,8)	Negativa	0 (0)
		Igualmente positiva e negativa	11 (20,8)
		Não influencia	3 (5,6)
Total	53 (100)		53 (100)

Aproximadamente 80% dos entrevistados informaram que sentem vontade de abordar o tema fé e espiritualidade com seus pacientes na UTI e 64,2% informaram já ter perguntado sobre a religiosidade/espiritualidade do seu paciente, como descrito abaixo.

Tabela 2. Abordagem da religiosidade/espiritualidade pelos profissionais de saúde da UTI. Jequié, 2015.

Você sente vontade de abordar fé e espiritualidade com os pacientes?		Você já perguntou sobre a religiosidade/espiritualidade do seu paciente?	
	n (%)		n% (%)
Sim	42 (79,2)	Sim	34 (64,2)
Não	11 (20,8)	Não	19 (35,8)
Total	53 (100)		53 (100)

Ao correlacionar a espiritualidade dos profissionais com a sua opinião sobre a influência da religiosidade e espiritualidade na saúde do paciente crítico, aqueles que tiveram maior espiritualidade foram os que responderam que havia muita influência desta dimensão para a saúde do paciente. Além disso, os profissionais que tiveram índice elevado de espiritualidade foram os que mais sentiam vontade de abordar fé e espiritualidade com seus pacientes e já haviam perguntado sobre esta dimensão.

Tabela 3. Espiritualidade do profissional e a influência da religiosidade/espiritualidade na saúde do paciente e abordagem da dimensão espiritual do paciente. Jequié, 2015.

	<i>Spirituality Self Rating Scale</i>			P
	Maior	Menor	Total	
	espiritualidade	espiritualidade	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Influência da religiosidade/espiritualidade na saúde do paciente crítico				0,684
Muito	29 (54,7)	22 (41,5)	51 (96,2)	
Muito pouco	1 (1,9)	1 (1,9)	2 (3,8)	
	30 (56,6)	23 (43,4)	53 (100)	
Vontade de abordar fé e espiritualidade com os pacientes				0,570
Sim	24 (45,3)	18 (34,0)	42 (79,2)	
Não	6 (11,3)	5 (9,4)	11 (20,8)	
	30 (56,6)	23 (43,4)	53 (100)	
Perguntou alguma vez sobre religiosidade/espiritualidade do paciente?				0,096
Sim	22 (41,5)	12 (22,6)	34 (64,2)	
Não	8 (15,1)	11 (20,8)	19 (35,8)	
Total	30 (56,6)	23 (43,4)	53 (100)	

DISCUSSÃO

Dos profissionais que responderam a esta pesquisa, a maioria era do sexo feminino. Pesquisas nacionais apontam que a maioria dos trabalhadores da saúde que pertencem as categorias médicas e de enfermagem (equipe com maior número de profissionais nos ambientes hospitalares), são do sexo feminino⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. A religião evangélica/protestante foi a mais frequente entre os entrevistados, dado que difere do identificado pelo censo realizado em 2010 no Brasil, no qual aponta que a maioria da população pertence à religião católica⁽¹⁸⁾.

Do total dos entrevistados, 96,2% responderam que a religiosidade/espiritualidade influencia muito na saúde do seu paciente, sendo esta influência na maioria das vezes positiva. Estudo comparativo sobre opiniões e atitudes de docentes e discentes do curso de enfermagem sobre religiosidade, espiritualidade e saúde, apontam resultados semelhantes, onde 96% dos participantes também relataram que a religiosidade/espiritualidade influenciava muito na saúde dos pacientes, apesar de poucos profissionais abordarem este tema com os pacientes assistidos. Além disto, cerca da metade dos docentes e discentes relataram que a espiritualidade influenciava na própria assistência⁽¹⁹⁾.

Neste mesmo sentido, pesquisa realizada com 120 estudantes de enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília, no interior de São Paulo, concluiu que 84% dos participantes responderam que a religiosidade/espiritualidade exercia muita influência na saúde dos pacientes e para 66,7% esta influência era positiva⁽²⁰⁾. Com relação aos aspectos positivos da dimensão espiritual na vida dos pacientes, estudo realizado com equipe multiprofissional de saúde que atua em oncologia mostrou que a percepção de médicos, nutricionistas e psicólogos é que a influência da religiosidade/espiritualidade para a saúde dos pacientes tem mais efeitos positivos que negativos⁽¹⁰⁾.

Estudo realizado no Hospital das Clínicas de Porto Alegre sobre a qualidade de vida e importância da religiosidade/espiritualidade/crenças pessoais em adultos com e sem doenças crônicas de saúde, mostra que esta dimensão está positivamente associada com a qualidade de vida das pessoas⁽²¹⁾. Este aspecto positivo também é percebido em familiares de pacientes, conforme concluiu pesquisa realizada em hospitais no Estado de São Paulo com familiares de pacientes que estavam internados em UTI. A maioria destes familiares acredita que a religiosidade/espiritualidade foi utilizada como estratégia positiva de enfrentamento durante a hospitalização de um familiar na UTI, ajudando a enfrentar o estresse relacionado à hospitalização⁽⁸⁾.

A maioria destes estudos^(8,20,21) indica os aspectos positivos como predominante, entretanto poucos entrevistados lembraram-se dos aspectos negativos da religiosidade como pensamentos de que Deus está punindo, descontentamento espiritual e questionamento dos poderes divinos que levam a sofrimento religioso, relacionado a maior mortalidade e desfechos clínicos desfavoráveis⁽²²⁾.

Nesta pesquisa, nenhum dos profissionais da UTI apontou a influência negativa da religiosidade, o que colabora com estes estudos, cuja maioria não reconhece os aspectos negativos que a religiosidade pode trazer.

Ao serem questionados se sentiam vontade de abordar o tema fé e espiritualidade com seus pacientes, cerca de 80% destes profissionais relataram que sim, mas apenas 64,2% relataram que haviam perguntado sobre a religiosidade/espiritualidade do paciente internado na UTI. Assim, nem todos os profissionais que sentiram vontade de

falar sobre o tema, de fato abordaram este assunto com o paciente. Os resultados demonstraram ainda que, quanto maior o grau de espiritualidade do profissional de saúde, maior foi o reconhecimento da influência da religiosidade/espiritualidade na saúde do paciente crítico que ele assiste. Além disso, o maior número dos que manifestaram desejo em abordar a fé e espiritualidade e tiveram a atitude de perguntar ao paciente sobre a sua religiosidade/espiritualidade, foram os que tiveram maior índice de espiritualidade.

A pesquisa realizada com estudantes da Faculdade de Medicina de Marília traz resultados semelhantes onde a maioria dos alunos (78,8%) tinha vontade de abordar esta dimensão e 71,4% destes alunos já haviam perguntado sobre religião/espiritualidade dos pacientes. Apesar destes alunos considerarem pertinente abordar os aspectos religiosos e espirituais dos pacientes na prática clínica e terem exprimido também vontade de abordar tais aspectos, eles responderam que não possuíam segurança e conhecimento suficientes para esta prática, apontando como motivos para esta dificuldade a falta de conhecimento e treinamento, medo de impor seu ponto de vista e medo de ofender o paciente⁽²⁰⁾.

Outro estudo com enfermeiros sobre a importância de oferecer uma assistência espiritual a pacientes internados na Unidade de Semi-Intensiva e de Oncologia do Hospital Albert Einstein, apontou que 83% dos profissionais reconhecem a importância de oferecer apoio espiritual ao paciente neste setor tendo como justificativa proporcionar bem-estar e conforto ao paciente. Apesar de reconhecer a importância desta abordagem, a maioria informou que não recebeu formação profissional (graduação, pós-graduação) para prestar tal assistência⁽²³⁾.

É importante mencionar que pesquisas atuais relatam opiniões de pacientes que demonstram o desejo de que sua religiosidade/espiritualidade seja abordada pelos profissionais de saúde. Ao avaliar a relação entre religiosidade e saúde mental, dor, incapacidade e qualidade de vida de idosos em reabilitação ambulatorial, cerca de 90% dos pacientes referiram que gostariam de ser abordados sobre sua religiosidade pelos profissionais de saúde, mas apenas 8,7% deles haviam sido questionados por seus médicos sobre sua religiosidade⁽²⁴⁾.

Ao verificar como tem sido a abordagem das necessidades espirituais na relação profissional de saúde-paciente, pesquisa aponta que aproximadamente 86% dos pacientes em estudo nunca tinham sido questionados sobre suas crenças durante o atendimento recebido. Pouco mais de 80% deles considerou que o profissional de saúde deveria reconhecer suas necessidades religiosas ou espirituais como parte do plano terapêutico, pois para 84% deles, cuidar da saúde inclui ser atendido nas suas necessidades religiosas e espirituais, e relataram acreditar que esta dimensão os ajuda a compreender e lidar com o processo de saúde-doença⁽⁹⁾.

Outro estudo vem corroborando com estes dados, como a pesquisa realizada com pacientes oncológicos que buscou compreender a relação da espiritualidade e o câncer. Para estes pacientes a espiritualidade é utilizada como forma de enfrentamento da doença com a finalidade de minimizar o sofrimento ou obter maior esperança, impactando na sua qualidade de vida. Para os autores dessa pesquisa, é importante reconhecer a dimensão espiritual do paciente como estratégia de enfrentamento e deve ser considerado no planejamento da assistência⁽⁶⁾.

Assim também demonstra outra pesquisa realizada com psicólogos que atuam em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, onde se buscou a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde mental. Neste estudo ficou demonstrado que a religiosidade/espiritualidade tem relação positiva com a saúde mental e por isso é importante que esta dimensão seja reconhecida e valorizada pelo profissional de saúde como um recurso que favorece na recuperação e bem-estar do seu paciente ⁽²⁵⁾.

Assim, a valorização da dimensão espiritual do paciente assistido na UTI pode colaborar com a sua recuperação, melhor entendimento e aceitação da sua condição atual, colaborando para um melhor equilíbrio e qualidade de vida, preservando sua dignidade durante o período de internação na UTI, conforme consideram diversos estudos^(1,4,8).

CONCLUSÃO

Conclui-se que quanto maior a espiritualidade dos profissionais de saúde que atuam em UTI, maior foi o reconhecimento da influência positiva da religiosidade/espiritualidade para a saúde do paciente assistido. Além disso, os que tiveram maior índice de espiritualidade foram os que mais sentiram vontade de abordar fé e espiritualidade com seus pacientes e já haviam perguntado sobre esta dimensão dos pacientes, demonstrando que a religiosidade/espiritualidade dos profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva colabora para a valorização da dimensão espiritual do paciente assistido.

REFERÊNCIAS

1. Chen YY, Koenig HG. Do people turn to religion in times of stress? J Nerv Mental Dis. 2006;194(2):114-20.
2. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of Religion and Health. New York: Oxford University Press; 2001. 712.
3. Saad M, Masiero D, Battistella LR. Espiritualidade baseada em evidências. Acta Fisiátrica 2001;8(3):107-12.

4. Bonelli RM, Koenig HG. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence - based review. *J Relig Health*. 2013;52(2):657-73.
5. Alves JS, Junges JR, López LC. A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. *O Mundo da Saúde, São Paulo*: 2010;34(4):430-436.
6. Guerrero GP, Zago MMF, Sawada NO, Pinto MH. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(1):53-9.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3432 de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo. *Diário Oficial da União* Nº 154. [acesso em: 11 abr 2015] Disponível em: <http://www.assobrafir.com.br/userfiles/file/PTGM-MS3432-98UTI.pdf>.
8. Schleder LP, Parejo LS, Puggina AC, Silva MJP. Espiritualidade dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(1):71-8.
9. Oliveira GR, Fitipaldi Neto J, Salvi MC, Camargo SM, Evangelista JL, Espinha DCM, Lucchett G. Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado. *Rev Bras Clin Med*. São Paulo, 2013 abr-jun;11(2):140-4.
10. Gobatto CA, Cavalcanti TCFA. Religiosidade e Espiritualidade em Oncologia: Concepções de Profissionais da Saúde. *Psicologia USP, São Paulo*, 2013;24(1):11-34.
11. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Espinha DCM, Oliveira LR, Leite JR, Koenig HG. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. *BMC Medical Education* 2012, 12:78.
12. Arrieira ICO, Thofehrn MB, Porto AR, Palma JS. Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados Paliativos às pessoas com câncer. *Cienc Cuid Saúde* 2011 abr/jun;10(2):314-321.
13. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. DATASUS. [acesso em: 13 ago 2014]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=2918002400693
14. Lucchetti G, Oliveira LR, Koenig HG, Leite JR, Lucchetti ALG. Medical Students, Spirituality and Religiosity-results from the Multicenter Study SBRAME. *BMC Medical Education* 2013;13:162.
15. Gonçalves MAS, Pillon SC. Adaptação transcultural e avaliação da consistência interna da versão em português da Spirituality Self Rating Scale (SSRS). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2009;36(1):10-15.
16. Conselho Federal de Medicina. Pesquisa Demográfica Médica no Brasil. 2011. [Acesso em 17 set 2015]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22508:estudo-de-demografia-medica-no-brasil-aponta-desigualdade-na-distribuicao-de-profissionais-em-todo-o-pais&catid=3.
17. Conselho Federal de Enfermagem. Perfil da Enfermagem na Bahia. [Acesso em 17 set 2015]. Disponível em http://www.cofen.gov.br/cofen-lanca-perfil-da-enfermagem-na-bahia_31985.html.

18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. [Acesso em 17 set 2015]. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia_tab_pdf.shtm.
19. Tomasso CS, Beltrame IL, Lucchetti G. Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2011 set-out;19(5):[08 telas].
20. Espinha DCM, Camargo SM, Silva SPZ, Pavelqueires S, Lucchetti G. Opinião dos estudantes de enfermagem sobre saúde, espiritualidade e religiosidade. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(4):98-106.
21. Rocha NS, Fleck MPA. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/ crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. Rev Psiq Clín. 2011;38(1):19-23.
22. Chaves ECL, Carvalho E, Hass VJ. Validação do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual: análise por especialistas. Acta Paul Enferm. 2010;23(2):264-70.
23. Pedrão RB, Beresin R. O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. Einstein. 2010;8(1 Pt 1):86-91.
24. Lucchetti G, Lucchetti AG, Badan-Neto AM, Peres PT, Peres MF, Moreira A, et al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. J Rehabil Med. 2011;43:316-22.
25. Oliveira MR, Junges JR. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. Estudos de Psicologia, 2012 set-dez;17(3):469-476.

5 CONCLUSÃO

A dimensão espiritual dos indivíduos tem se mostrado fator importante a ser levado em consideração por se tratar de uma dimensão indissociável do ser e que pode trazer benefícios para sua vida, conforme pesquisas vêm demonstrando, o que tem impacto na sua qualidade de vida e bem-estar.

Este estudo possibilitou verificar que a religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde influencia no cuidado prestado aos pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. Verificou-se que esta dimensão dos profissionais, influencia muito intensamente no entendimento que estes têm do processo saúde-doença e na sua relação com o paciente, além deles relatarem que a sua religiosidade/espiritualidade modifica a maneira como ele cuida do paciente crítico.

Foi possível ainda identificar que quanto maior a espiritualidade dos profissionais de saúde que atuam em UTI, maior é o reconhecimento da influência positivo da religiosidade/espiritualidade para a saúde do paciente assistido. Além disso, os que tiveram maior índice de espiritualidade foram os que mais sentiam vontade de abordar fé e espiritualidade com seus pacientes e já haviam conversado com o paciente sobre este tema, demonstrando assim, que a sua espiritualidade influencia na valorização da dimensão espiritual do paciente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M.; LOTUFO NETO, F. Religião e comportamento suicida [Religion and suicide behavior]. In: MELEIRO, A. M.; TENG, C. T.; WANG, Y. P.; (eds.). Suicídio: Estudos Fundamentais. São Paulo: Segmento Farma; 2004. p. 53-60.

ALVES, J. de 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. de O. et al. Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados Paliativos às pessoas com câncer. **Cienc Cuid Saúde**, v. 10, n. 2, p. 314-321, abr./jun. 2011.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL CUIDADOS PALIATIVOS – ANCP. **Crêterios de Qualidade para Unidades de cuidados paliativos. Organizaçaõ de Serviçõs de Cuidados Paliativos**; 2006.

BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. enferm.**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 111-7, jan./mar., 2009.

BARROS, D. S. et al. Médicos plantonistas de Unidades de Terapia Intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de burnout. **Rev Bras Ter Intensiva**. v. 20, n. 3, p. 235-40, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3432 de 12 de agosto de 1998. **Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI**. DOU Nº 154. Disponível em: <<http://www.assobrafir.com.br/userfiles/file/PTGM-MS3432-98UTI.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Nº 7 de 24 de Fevereiro de 2010. **Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 11 abr. 2015.

BOFF, L. **Espiritualidade**: um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.

BONELLI, R. M.; KOENIG, H. G. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence - based review. **J Relig Health**, v. 52, n. 2, p. 657-73, 2013.

BOORSE, C. Health as a theoretical concept. **Philosophy of Science**, v. 44, p. 542-573, 1977.

BOOTH, B. More schools teaching spirituality in medicine. **American Medical News** [online] 2008. Disponível em: <<http://www.buffalo.edu/content/dam/www/news/imported/pdf/March08/AMNHolmesSpirituality.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

BRUSCAGIN, C. Família e religião. In: **Cerveny CMO**. Família, comunicação, divórcio, mudança, resiliência, deficiência, lei, bioética, doença, religião e drogadição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p.163-86.

BURKHARDT, M. Commentary on Spirituality in nursing and health-related literature: a concept analysis. **J Holist Nurs**, v. 25, p, 263-64, 2007.

CAMPOS, J. F.; DAVID, H. S. L. Work Context Assessment in Intensive Therapy Units from the perspective of work psychodynamics. **Rev. esc. enferm.**, USP [online], v. 45, n. 2, p. 363-368, 2011.

CAVALHEIRO, A. M.; MOURA, J. D. F.; LOPES, A. C. Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 1, Jan./Fev. 2008.

CHAVES, E. de C. L.; CARVALHO, E. C de; HASS, V. J. Validação do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual: análise por especialistas. **Acta Paul Enferm.**, v. 23, n. 2, p. 264-70, 2010.

CHAVES, A. A. B; MASSAROLLO, M. C. Percepção de Enfermeiros sobre Dilemas Éticos Relacionados a Pacientes Terminais em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Escola de Enfermagem**, USP, v. 43, n. 1, p. 30-6, 2009.

CHEN, Y. Y.; KOENIG, H. G. Do people turn to religion in times of stress? **J Nerv Mental Dis.**, v. 194, n. 2, p. 114-20, 2006.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE - CNES. DATASUS. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=29180024_00693> Acesso em: 13 ago. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Perfil da Enfermagem na Bahia**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/cofen-lanca-perfil-da-enfermagem-na-bahia_31985.html>. Acesso em: 17 set. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Pesquisa Demográfica Médica no Brasil**. 2011. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22508:estudo-de-demografia-medica-no-brasil-aponta-desigualdade-na-distribuicao-de-profissionais-em-todo-o-pais&catid=3>. Acesso em: 17 set. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final**. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2014.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO - CREMESP. **Resolução CREMESP nº 71, de 08 de novembro de 1995**. Diário Oficial do Estado. Poder Executivo, São Paulo, SP, n. 217, 14 nov. 1995.

COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M. R. B.; SCHAURICH, D. Humanization within adult intensive care units (ICUs): comprehension among the nursing team. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p. 571-80, 2009.

CULLIFORD, L. Spirituality and clinical care. **BMJ**, v. 325, p. 1434-5, 2002.

DAL-FARRA, A. R.; GEREMIA, C. Educação em Saúde e Espiritualidade: Proposições Metodológicas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 4, p. 587-597, 2010.

DAVEL, E.; VERGARA, S. C. **Gestão com pessoas e subjetividade**. São Paulo: Atlas, 2001.

DEZORZI, L. W. **Diálogos sobre espiritualidade no processo de cuidar de si e do outro para a enfermagem em terapia intensiva**. 2006. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (RS), 2006.

DEZORZI, L. W.; CROSSETTI, M. da G. O. A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de enfermagem Em terapia intensiva. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 2, mar./abr., 2008.

DONAHUE, M. J. Intrinsic and extrinsic religiousness: review and meta-analysis. **J Pers Soc Psychol**, v. 48, n. 2, p. 400-19, 1985.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. **Saúde Coletiva**, v. 5, n. 24, p. 173-177, 2008.

DÜRKHEIM, E. **Formas elementares da vida religiosa**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

ECKLUND, E. H. et al. The religious and spiritual beliefs and practices of academic pediatric oncologists in the United States. **Journal of Pediatric Hematology/Oncology**, v. 29, n. 11, p. 736-742, 2007.

ESPÍNDULA, J. A.; VALLE, E. R. M. do; BELLO, A. A. Religião e Espiritualidade: Um Olhar de Profissionais de Saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. V. 18, n. 6, p.[08 telas], nov./dez., 2010.

ESPINHA, D. C. M. et al. Opinião dos estudantes de enfermagem sobre saúde, espiritualidade e religiosidade. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 4, p. 98-106, 2013.

FETZER INSTITUTE. National Institute on Aging Working Group. Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research: A Report of a National Working Group. Kalamazoo, MI: Fetzer Institute, 1999. Recuperado de: <http://www.fetzer.org/research/248-dses>.

FLECK, M. P. A.; SKEVINGTON, S. Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, Supl. 1, p. 146-149, 2007.

FLORIANO, P. J.; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. **J Bras Psiquiatr**, v. 56, n. 3, p. 162-170, 2007.

FOGAÇA, M. C. et al. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. **Rev Bras Ter Intensiva.**, v. 20, n. 3 p. 261-6, 2008.

FOGAÇA, M. C.; CARVALHO, W. B.; MARTINS, L. A. N. Estudo preliminar sobre a qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. **Rev Esc Enferm.**, USP, v. 44, n. 3, p. 708-12, 2010.

GALANTER, M. et al. Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 33, p.257-264, 2007.

GOBATTO, C. A.; CAVALCANTI, T. C. F. de A. Religiosidade e Espiritualidade em Oncologia: Concepções de Profissionais da Saúde. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 11-34, 2013.

GOLDIM, J. R. **Bioética e espiritualidade**. Porto Alegre/São Paulo: EDIPUCRS/Loyola, 2007. Disponível em: <<http://www.ufrgs.bioetica.br>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

GONÇALVES, A. M. de S.; PILLON, S. C. Adaptação transcultural e avaliação da consistência interna da versão em português da Spirituality Self Rating Scale (SSRS). **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 36, n. 1, p.10-15, 2009.

GRANT, L.; MURRAY, S. A.; SHEIKH, A. Spiritual dimensions of dying in pluralist societies. **BMJ.**, v. 16, p. 341: c4859, 2010.

GUERRER, F. J. L.; BIANCHI, E. R. F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 42, n. 2, p. 355-62, 2008.

GUERRERO, G. P. et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev Bras Enferm.**, v. 64, n. 1, p. 53-9, 2011.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Rev. Psiquiatr Clín.**, supl 1, p. 88-94, 2007.

HOSPITAL GERAL PRADO VALADARES. Disponível em: <<http://www2.saude.ba.gov.br/hgpv/>>. Acesso em: 13 ago. 2014.

HOSPITAL SANTA HELENA. Disponível em: <<http://www.hospitalsantahelena.org/portal>>. Acesso em: 13 ago. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=291800&search=|||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

KAUARK, F.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da pesquisa: guia prático**. Itabuna: Via Litterarum, 2010.

KEARNEY, M. K. et al. Self-care of physicians caring for patients at the end of life: “being connected...a key to my survival”. **JAMA**. v. 301, n. 11, p. 1155-64, 2009.

KENDLER, K. S. et al. Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. **Am J Psychiatry**., v. 160, n. 3, p 496-503, 2003.

KIMURA, M. et al. Adaptação cultural e validação da Underwood’s Daily Spiritual Experience Scale-versão brasileira. **Rev Esc Enferm. USP**, v. 46, n. esp., p. 99-106, 2012.

KING, M. B.; KOENIG, H. G. Conceptualising spirituality for medical research and health service provision. **BMC Health Serv Res.**, v. 9, p. 116, 2009.

KIPPER, D. J.; CLOTET, J. Princípios da Beneficência e Não maleficência. In: **Iniciação à bioética**. COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (coordenadores). – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

KIRBY, S. E.; COLEMAN, P. G.; DALEY, D. Spirituality and wellbeing in frail and nonfrail older adults. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.**, v. 59, n. 3, p.123-9, 2004.

KOENIG, H. G. Religion and medicine II: religion, mental health, and related behaviors. **Int J Psychiatry Med.**, v. 31, n. 1, p. 97-109, 2001.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality and health: an American physician’s response. **Med J Aust.**, v. 178, n. 2, p. 51-2, 2003.

KOENIG, H. G. et al. Religion and survival of 1010 male veterans hospitalized with medical illness. **Journal of Religion and Health**, v. 37, p. 15-29, 1998.

KOENIG, H. G. et al. Religion, Spirituality, and Medicine: A Rebuttal to Skeptics. **Int J Psychiatry Med**. v. 29, n. 2, p. 123-31, 1999.

KOENIG, H. G.; McCULLOUGH, M.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University Press, 2001.

KOENIG, H. G.; KING, D.; CARSON, V. B. **Handbook of religion and health**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2012.

LARIMORE, W. L. Providing basic spiritual care for patients: should it be the exclusive domain of pastoral professionals? **Am Fam Physician**. v. 63, n. 1, p.36, 38-40, 2001.

LEVIN, J. S.; LARSON, D. B.; PUCHALSKI, C. M. Religion and spirituality in medicine: research and education. **JAMA**. v. 278, n. 9, p. 792-3, 1997.

LUCCHETTI, G., ALMEIDA, L.; GRANERO, A. Spirituality for dialysis patients: should the nephrologist address? **J Bras Nefrol.**, v. 32, p. 128-32, 2010.

LUCCHETTI, G.; GRANERO, A. Integration of spirituality courses in Brazilian medical schools. **Med Educ.**, v. 44, n. 5, p. 527, 2010.

LUCCHETTI G. et al. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? **Rev Bras Clin Med.**, v. 8, n. 2, p. 154-8, 2010.

LUCCHETTI, G. et al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. **J Rehabil Med.**, v. 43, n. 4, p. 316-22, 2011.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; AVEZUM JR., A. Religiosidade, Espiritualidade e Doenças Cardiovasculares. **Rev Bras Cardiol.**, v. 24, n. 1, p. 55-57, Jan./Fev., 2011.

LUCCHETTI, G.; ALMEIDA, L. G. C.; LUCCHETTI, A. L. G. Religiousness, mental health, and quality of life in brazilian dialysis patients. **Hemodial Int**. v. 16, n. 1, p. 89-94, 2012.

LUCCHETTI, G. et al. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. **BMC Medical Education.**, v. 12, n. 78, p. 2-8, 2012a.

LUCCHETTI, G. et al. Validation of the duke religion index: DUREL (portuguese version). **J Relig health**. v. 51, n. 2, p. 579-86, 2012b.

LUCCHETTI, G. et al. Nursing home care: exploring the role of religiousness in the mental health, quality of life and stress of formal caregivers. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 2013a.

LUCCHETTI, G. et al. L. G. for the SBAME (Collaborators). Medical Students, Spirituality and Religiosity-results from the Multicenter Study SBAME. **BMC Medical Education**. v. 13, n. 162, 2013b.

MARIOTTI, L. G. et al. Spirituality and medicine: views and opinions of teachers in a Brazilian medical school. **Med Teach**, v. 33, n. 4, p. 339-40, 2011.

MARQUES, P. de A.; MELO, E. C. P. O processo de trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Esc Enferm.**, USP, v. 45, n. 2, p. 374-80, 2011.

MARTINEZ, E. Z. et al. Notas sobre a Versão em Língua Portuguesa da Escala de Bem-Estar Espiritual. **J Bras Psiquiatr.**, v. 62, n. 1, p. 76-80, 2013.

MOREIRA-ALMEIDA, A. O crescente impacto das publicações em espiritualidade e saúde e o papel da Revista de Psiquiatria Clínica. **Rev Psiq. Clín.**, v. 37, n. 2, p. 41-2, 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 28, n. 3, p. 242-50, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Rev Psiq. Clín.**, v. 37, n. 1, p. 12-5, 2010.

NARAYANASAMY, A. Spiritual coping mechanisms in chronic illness: a qualitative study. **J Clin Nurs**, v. 13, n. 1, p. 116-7, 2004.

NASCIMENTO, L. C. et al. Spirituality and Religiosity in the Perspectives of Nurses. **Text Context Nursing**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 52-60, jan./mar., 2013.

OLIVEIRA, G. R. de et al. Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, v. 11, n. 2, p. 140-4, abr./jun., 2013

OLIVEIRA, M. R. de; JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 3, p. 469-476, set./dez., 2012.

OMAN, D.; REED, D. Religion and mortality among the community-dwelling elderly. **Journal of Health Psychol**, v. 4, p. 301-316, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (WHO) 1948**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 18 mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. (1999). **Amendments to the Constitution**. Recuperado de <http://www.who.int/en/>. Acesso em: 18 mar. 2015.

OTTAWA. **Carta de Ottawa para a Promoção da saúde**. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canadá, 17-21 Novembro de 1986. Disponível por: <<http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/1986-Ottawa.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2015.

PAIVA, G. J. Estudos psicológicos da experiência religiosa. **Temas de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 153-160, 1998.

PANZINI, R. M. et al. Qualidade de Vida e Espiritualidade. **Rev. de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 1, p. 105-115, 2007.

PARGAMENT, K. I. et al. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. **Arch Intern Med.**, v. 161, n. 15, p. 1881-5, 2001.

PEDRÃO, R. B.; BERESIN, R. O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. **Einstein**, v. 8 n. 1, Pt 1, p. 86-91, 2010.

PENHA, R. M.; SILVA, M. J. P. Meaning of Spirituality for Critical Care Nursing. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 260-8, abr./Jun., 2012.

PESSINI, L. **Distanásia**: até quando Prolongar a Vida? São Paulo: Loyola, 2001.

PESSINI, L. Bioética, espiritualidade e a arte de cuidar em saúde. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 4, p. 457-465, São Paulo, 2010.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O mundo da saúde**, v. 29, n. 4, p. 491-509, 2005.

PESUT, B. The development of nursing students' spirituality and spiritual care-giving. **Nurse Educ Today**, v. 22, p. 128-35, 2002.

PETERMAN, A. H. et al. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). **Annals of Behavioral Medicine**, v. 24, n. 1, p. 49-58, 2002.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: FALCÃO, A. et al. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. v. 2. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 51-70.

PILLON, S. C. et al. Alcohol use and spirituality among nursing students. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online], v. 45, n. 1, p. 100-107, 2011.

PINTO, C.; RIBEIRO, J. L. P. Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. **Arquivos de medicina**, v. 21, n. 2, 2007.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo (SP): Annablume, 2008.

PIVA, J. P.; CARVALHO, P. R. A. **Considerações Éticas nos Cuidados Médicos do Paciente Terminal**. Porto Alegre, 2007.

REGO, S. Contribuições da bioética para a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2530-2531, 2007.

ROCHA, M. C. P.; MARTINO, M. M. F. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. **Rev Esc Enferm, USP**, v. 44, n. 2, p. 280-6, 2010.

ROCHA, N. S.; FLECK, M. P. A. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/ crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. **Rev Psiq Clín.**, v. 38, n. 1, p. 19-23, 2011.

ROCHA, N. S. et al. Desenvolvimento do módulo para avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais do WHOQOL (WHOQOL-SRPB). In: FLECK, M. P. A. (Org.). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2008, p. 93-101.

ROSEN, G. **Uma história da Saúde pública**. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/UNESP-ABRASCO, 1994.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MEDBOOK, 2013.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n. 3, p. 107-12, 2001.

SAAD, M.; MEDEIROS, R. de. Alinhamento entre Crenças Religiosas do Paciente e Tratamento Hospitalar. **Educ Contin Saúde einstein.**, v. 10, n. 1, p. 36-7, 2012.

SANTANA, J. C. B.; RIGUEIRA, A. C. de M.; DUTRA, B. S. Distanásia: reflexões sobre até quando prolongar a vida em uma Unidade de Terapia Intensiva na percepção dos enfermeiros. **Revista Bioethikos**, Centro Universitário São Camilo, v. 4, n. 4, p. 402-411, 2010.

SCHLEDER, L. P. et al. Espiritualidade dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 71-8, 2013.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEEMAN, T. E. et al. Social network tiés and mortality among the elderly in the Alameda County study. **Am Journ of Epidemiol**, v. 126, p. 714-723, 1987.

SEGRE, M.; COHEN, C. **Bioética**. 3. ed. São Paulo, Ed. USP, 2002.

SHERMAN, A. C. Religious struggle and religious comfort in response to illness: health outcomes among stem cell transplant patients. **J Behav Med.**, v. 28, n. 4, p. 359-67, 2005.

SILVA, R. R. da; SIQUEIRA, D. Espiritualidade, Religião e Trabalho no Contexto Organizacional. **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 14, n. 3, p. 557-564, jul./set., 2009.

SILVEIRA, R. S. et al. Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da satisfação no contexto do trabalho na UTI. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 2, p. 93-96, 2012.

SMITH, T. B.; McCULLOUGH, M. E.; POLL, J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. **Psychol Bull.**, v. 129, n. 4, p. 614-36, 2003.

SOCHACKI, M. et al. A dor de não mais alimentar. **Rev Bras Nutr Clin.**, v. 23, n. 1, p. 78-80, 2008.

SOUZA, V. C. T de. **Ética, Bioética e Espiritualidade na Sociedade pós-moderna: Visão multidimensional**. São Paulo: látria, 2010.

SULMASY, D. P. Spirituality, religion, and clinical care. **Chest**, v. 135, p. 1634-1642, 2009.

TOMASSO, C. S.; BELTRAME, I. L.; LUCCHETTI, G. Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 5, [08 telas] set./out., 2011.

TÜRKAN, T.; YAVUZ, K. A. Determining intensive care unit nurses perceptions and practice levels of spiritual care in Turkey. **Nursing in Critical Care**, 2012.

VASCONCELOS, E. M. **A Espiritualidade na Educação Popular**. São Paulo: Hucitec, 2006.

VERSA, G. L. G. S., et al. Estresse ocupacional: avaliação de enfermeiros intensivistas que atuam no período noturno. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 33, n. 2, p. 78-85, jun., 2012.

XAVIER, M. O Conceito da religiosidade em Carl G. Jung. **Psico**, v. 37, n. 2, p.183-189, maio/ago., 2006.

APÊNDICE

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Conforme normas da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012.**

Prezado (a) Senhor (a),

Eu, Agnes Claudine Fontes De La Longuinere e o Professor Doutor Sérgio Donha Yarid, do programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, campus de Jequié, estamos realizando a pesquisa: **Influência da religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde na assistência ao paciente em unidade de terapia intensiva.** Estamos convidando o (a) senhor (a) para participar da nossa pesquisa, que tem como objetivo geral: conhecer a influência da religiosidade/espiritualidade dos profissionais na assistência ao paciente internado na UTI e específicos: verificar se a religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde influencia no cuidado prestado ao paciente crítico e identificar se a religiosidade/espiritualidade dos profissionais destes profissionais colabora para a valorização da dimensão espiritual dos pacientes assistidos na Unidade de Terapia Intensiva. O estudo tem como cenário de pesquisa as Unidades de Terapia Intensiva adulto do município de Jequié, Bahia. Como instrumento de coleta de dados será utilizado um questionário e a Escala de autoavaliação de Espiritualidade (SSRS). Se o (a) senhor (a) sentir-se desconfortável em responder a alguma pergunta, fique à vontade para não respondê-la. Sua participação é voluntária e livre de qualquer forma de pagamento, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo e/ou penalidades para o (a) senhor (a) ou a sua família. Nós guardaremos os registros do (a) senhor (a), e somente o pesquisador responsável e colaboradores terão acesso a essas informações. Se qualquer relatório ou publicações resultar deste trabalho, a identificação do (a) senhor (a) não será revelada. Garantimos estar disponíveis para atender quaisquer dúvidas e/ou solicitação para esclarecimento adicional que seja solicitado durante o decorrer da pesquisa. Poderá entrar em contato com Agnes

Claudine Fontes De La Longuinere e/ou Sérgio Donha Yarid no endereço da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho/ Jequié-Bahia - CEP: 45206-190, na Sala de Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) ou pelo telefone (73) 3528-9600 ou pelos e-mails: agnesfontes@uesb.edu.br e syarid@hotmail.com. Ainda pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB - Instância local de controle social em pesquisa que visa à proteção dos direitos e a dignidade dos participantes. Este que se localiza na UESB, no 1º andar do Módulo Administrativo, Sala do CEP/ 25 UESB. Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho, Jequié-Bahia, CEP: 45206-510. Ou pelo telefone: (73) 3528-9600 ou pelo e-mail: cepuesb.jq@gmail.com ou cepjq@uesb.edu.br.

Se o (a) senhor (a) aceito participar livremente deste estudo, por favor, assine este termo de consentimento em duas vias. Agradecemos sua atenção!

Assinatura do (a)

Participante: _____

Assinatura do Pesquisador

Responsável: _____

Jequié-BA, data: ___/___/___.

ANEXOS

ANEXO A: Questionário

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Caro profissional

Este estudo tem como geral: conhecer a influência da religiosidade/espiritualidade dos profissionais na assistência ao paciente internado na UTI e específicos: verificar se a religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde influencia no cuidado prestado ao paciente crítico e identificar se a religiosidade/espiritualidade dos profissionais destes profissionais colabora para a valorização da dimensão espiritual dos pacientes assistidos na Unidade de Terapia Intensiva. A sua participação é voluntária e suas respostas serão confidenciais e seu nome não será associado às suas respostas. Se você não se sentir confortável em responder a algumas perguntas, apenas deixe-as em branco. Por favor, se necessitar deixe comentários adicionais em seu questionário.

Obrigado pela sua participação!

Hospital _____

Pesquisador responsável: _____

Questionário:

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PROFISSIONAIS

1. **Gênero:** 1- Fem 2- Masc
2. **Quantos anos você tem?** _____ anos
3. **Quanto tempo se serviço você tem?** ____anos ____meses
4. **Quanto tempo de serviço em UTI você tem?**____anos ____meses.
5. **Como você definiria sua raça/etnia?**
 1. Amarela
 2. Branca
 3. Preta
 4. Pardo
 5. Indígena
6. **Qual é a sua renda familiar?**
 1. 1 Até um salário mínimo
 2. 1 a 3 salários mínimos
 3. 4 a 7 salários mínimos
 4. 8 a 12 salários mínimos
 5. Mais de 12 salários mínimos

PRÁTICA CLÍNICA, O PACIENTE E A ESPIRITUALIDADE

7. O que você entende por Espiritualidade? (assinale uma ou mais)

1. Postura ética e humanística.
2. Busca de sentido e significado para a vida humana.
3. Crença e relação com Deus / Religiosidade.
4. Crença em algo transcendente à matéria.
5. Crença na existência da alma e na vida após a morte.

8. Você relaciona o assunto “Saúde e Espiritualidade” com: (assinale uma ou mais)

1. Humanização da Medicina.
2. Qualidade de vida.
3. Saúde total / holística.
4. Interferência positiva ou negativa da religiosidade na saúde.
5. Interferência do transcendente/imaterial na saúde.
6. Abordagem do viver e do morrer.

9. Em geral, o quanto você acha que a religião/espiritualidade influencia na saúde de seus pacientes?

1. Extremamente
2. Muito
3. Mais ou menos
4. Pouco
5. Muito pouco ou nada

10. A influência da religião/espiritualidade na saúde geralmente é positiva ou negativa?

1. Geralmente positiva
2. Geralmente negativa
3. Igualmente positiva e negativa
4. Não tem influência

11. Em sua opinião, com que intensidade a espiritualidade/religiosidade dos profissionais interfere no entendimento do processo saúde-doença e na relação profissional-paciente?

1. Enorme intensidade
2. Grande intensidade
3. Moderada intensidade
4. Pequena intensidade
5. Não interfere

12. Você sente vontade de abordar o tema fé/espiritualidade com os pacientes?

1. Sim, raramente
2. Sim, frequentemente
3. Não

13. O quanto você se considera preparado para abordar aspectos religiosos/espirituais com seus pacientes?

1. MUITÍSSIMO preparado
2. Muito preparado
3. Moderadamente preparado
4. Pouco preparado
5. Nada preparado
6. Não se aplica

14. O quanto você acha pertinente tal abordagem?

1. MUITÍSSIMO pertinente
2. Muito pertinente
3. Moderadamente pertinente
4. Pouco pertinente
5. Nada pertinente

15. Quando é apropriado para o profissional rezar com seu paciente?

-  Nunca
-  Somente se o paciente solicitar
-  Sempre que o médico achar que é apropriado

16. Você alguma vez já perguntou sobre a religião/espiritualidade dos seus pacientes?

1. Sim (Se Sim, responder questões 15a e 15b)
2. Não
3. Não se aplica, eu não vejo pacientes

16a. Com que frequência você pergunta?

1. Raramente
2. Algumas vezes
3. Comumente
4. Sempre

16b. Com que frequência os pacientes lhe parecem desconfortáveis quando são questionados sobre a religiosidade/espiritualidade?

1. Nunca
2. Raramente
3. Algumas Vezes
4. Comumente
5. Sempre

17. Alguma das afirmações seguintes desencoraja você a discutir religião/espiritualidade com seus pacientes? (Marque todas que couberem)

1. Falta de conhecimento
2. Falta de treinamento
3. Falta de tempo
4. Desconforto com o tema

5. Medo de impor pontos de vista religiosos aos pacientes
6. Conhecimento sobre religião não é relevante no tratamento médico
7. Não faz parte do meu trabalho
8. Medo de ofender os pacientes
9. Medo de que meus colegas não aprovem
10. Outros _____

18. Quais das ferramentas ou tratamentos espirituais você acha que poderiam ser recomendados para seus pacientes?

1. Reza/prece
2. Leitura religiosa
3. Água fluidificada/Água Energizada/Água Benta
4. Desobsessão/Exorcismo/"Descarrego"
5. Imposição de mãos/Reike/Passe/Johrei
6. Trabalhos de caridade em templos religiosos
7. Outros. Quais? _____

A FORMAÇÃO ACADÊMICA E O TEMA ESPIRITUALIDADE

19. Os docentes já abordaram temas sobre crenças religiosas ou espirituais nas atividades curriculares? (se nunca, prossiga para a questão 20)

1. Nunca
2. Raramente
3. Algumas Vezes
4. Comumente
5. Sempre

19a. Em qual ano ou semestre da graduação? _____ano, ou _____ semestre.

20. A formação universitária fornece informações suficientes para que os acadêmicos consigam abordar as crenças religiosas ou espirituais dos pacientes?

1. Nem um pouco
2. Um pouco
3. Mais ou menos
4. Bastante
5. MUITÍSSIMO
6. Não tenho opinião formada

21. O acadêmico deve ser preparado, durante a faculdade, para abordar a espiritualidade com os pacientes?

1. Nem um pouco
2. Um pouco
3. Mais ou menos
4. Bastante
5. MUITÍSSIMO
6. Não tenho opinião formada

22. Você já participou de alguma atividade de formação sobre a relação “Saúde e Espiritualidade”?

1. Sim
2. Não, mas gostaria de participar.
3. Não e não gostaria de participar

23. Você acredita que temas relacionados à “Saúde e Espiritualidade” deveriam fazer parte dos currículos dos o profissionais de saúde?

1. Sim
2. Não

24. Como deveriam ser abordados os conteúdos relacionados à “Saúde e Espiritualidade” nos cursos de saúde?

1. Disciplina obrigatória específica.
2. Disciplina optativa específica.
3. Dentro das atuais disciplinas.
4. Através de cursos, eventos e estágios.
5. Não se aplica.

25. De que forma você busca conhecimento sobre temas de saúde e espiritualidade? (assinale uma ou mais)

1. Eu não busco conhecimentos sobre o tema
2. Assisto palestras que abordam o tema
3. Leio livros que abordam o tema
4. Leio artigos científicos que abordam o tema
5. Procuo ensinamento sobre o tema através dos docentes de minha faculdade
6. Procuo ensinamento sobre o tema dentro da minha própria religião

26. Após sua entrada para a faculdade/curso de formação, suas crenças ou condutas em relação à religiosidade/espiritualidade se modificaram?

1. Sim
2. Não

27. Esta mudança estaria melhor enquadrada em qual categoria? (assinale uma ou mais)

1. Mudança de religião/ prática espiritual
2. Maior assiduidade em práticas religiosas ou espirituais
3. Menor assiduidade em práticas religiosas ou espirituais
4. Maior interesse religioso ou espiritual
5. Menor interesse religioso ou espiritual
6. Não se aplica

28. Você acredita que a faculdade tenha contribuído diretamente com essas mudanças? (Se sim, preencha a questão 28a)

1. Sim
2. Não
3. Não se aplica

28a. Se sim, por qual motivo?

DIMENSÃO DE RELIGIOSIDADE

29. Das alternativas, aquela que melhor descreve sua afiliação religiosa é?

1. Nenhuma, mas acredito em Deus
2. Nenhuma e não acredito em Deus
3. Evangélico/Protestante
4. Budista
5. Hindu
6. Judeu
7. Espírita
8. Muçulmano
9. Protestante
10. Católico Apostólico Romano
11. Umbandista
12. Espiritualista
13. Outros (favor especificar): _____

30. O quanto você se considera uma pessoa religiosa? Você diria que é . . .

1. Muito religioso
2. Moderadamente religioso
3. Pouco religioso
4. Não religioso

31. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

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

32. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas, individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

33. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito):

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

34. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda minha maneira de viver:

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

35. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida:

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

36. Você acredita em Deus?

1. Sim
2. Não
3. Sem opinião formada

37. Você acredita que apesar da morte do corpo, a alma/espírito ainda preserva-se viva?

1. Sim
2. Não
3. Sem opinião formada.

38. A sua espiritualidade/religião modifica a forma com que você cuida dos seus pacientes?

1. Sim
2. Não

Spirituality Self Rating Scale (SSRS). (Escala de autoavaliação de espiritualidade)
--

Indique o número que melhor demonstre o quanto concorda com cada afirmação.

39. É importante, para mim, passar tempo com pensamentos espirituais particulares e meditações.

1. Concordo muito
2. Concordo
3. Concordo parcialmente

4. Discordo
5. Discordo totalmente

40. Esforço-me muito para viver minha vida de acordo com minhas crenças religiosas.

1. Concordo muito
2. Concordo
3. Concordo parcialmente
4. Discordo
5. Discordo totalmente

41. As orações ou os pensamentos espirituais que tenho quando estou sozinho são tão importantes para mim quanto os que teriam durante cerimônias religiosas ou reuniões espirituais.

1. Concordo muito
2. Concordo
3. Concordo parcialmente
4. Discordo
5. Discordo totalmente

42. Eu gosto de ler sobre minha espiritualidade e/ou minha religião.

1. Concordo muito
2. Concordo
3. Concordo parcialmente
4. Discordo
5. Discordo totalmente

43. A espiritualidade ajuda a manter minha vida estável e equilibrada, da mesma forma que a minha cidadania, amizades e sociedade o fazem.

1. Concordo muito
2. Concordo
3. Concordo parcialmente
4. Discordo
5. Discordo totalmente

44. Minha vida toda é baseada em minha espiritualidade.

1. Concordo muito
2. Concordo
3. Concordo parcialmente
4. Discordo
5. Discordo totalmente

ANEXO B: Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A INFLUÊNCIA DA BIOÉTICA E DA ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE

Pesquisador: Sérgio Donha Yarid

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 32197814.9.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 805.380

Data da Relatoria: 17/09/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de reapresentação de projeto. Assim o autor o resume: "Atualmente o conceito de saúde vai além do definido pela Organização Mundial de Saúde, como 'um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades', abrange várias dimensões que fazem parte do ser humano, como a física, emocional, mental, social e espiritual do ser humano. Neste sentido, reforça-se cada vez mais os questionamentos quanto a influência da espiritualidade nas condições de saúde. As relações entre espiritualidade e saúde têm despertado um crescente interesse na comunidade acadêmica e na população em geral. Assim, o objetivo do projeto é proporcionar ao estudante, através do conhecimento da realidade que acomete pacientes, profissionais de saúde e familiares, pela visualização da importância da Espiritualidade como fator de influência no acompanhamento do paciente no processo saúde - doença, e sua participação como instrumento de humanização no atendimento respeitando e valorizando os preceitos bioéticos".

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Identificar a compreensão dos pacientes, dos familiares e dos profissionais de saúde sobre a influência da Espiritualidade no processo saúde-doença.

Específicos: Demonstrar as ações de pacientes, familiares e profissionais da saúde com

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequiezinho

CEP: 45.206-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3528-9727

Fax: (73)3525-6683

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 805.380

influência da Espiritualidade no processo saúde-doença; Descrever os preceitos bioéticos diante da influência da espiritualidade no processo saúde-doença.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Assim está escrito no projeto: "Os riscos são mínimos para os participantes da pesquisa, visto que os resultados serão obtidos mediante a opiniões pessoais por meio de questionário e entrevistas. Os riscos mínimos poderão estar ligados a má compreensão dos temas por parte dos participantes, caso haja associação entre espiritualidade e a questão da religiosidade, que não se enquadra no objetivo dos questionários , além do risco de interpretação errônea do tema proposto ao entender a pesquisa com caráter persuasivo.

Benefícios: Espera-se identificar a influência da espiritualidade e da bioética no comportamento de profissionais da saúde, pacientes e familiares, o que resultará em uma humanização mais acentuada das relações profissional-paciente-família". No aspecto procedimental apresentado, a pesquisa a ser realizada não trará riscos que inviabilizem sua execução.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os ajustes solicitados pelo CEP, em relação ao projeto anterior, foram executados. Os esclarecimentos e maiores detalhes metodológicos indicam que a pesquisa a ser realizada não apresenta implicações éticas que restringem sua execução.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE é apresentado e está de acordo com as orientações da Resolução 466/12.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os ajustes solicitados pelo CEP foram contemplados nesta nova versão do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-510
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 805.380

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião do dia 24/09/2014, a plenária aprovou o parecer do relator.

JEQUIE, 25 de Setembro de 2014

Assinado por:
Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequiezinho

CEP: 45.206-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3528-9727

Fax: (73)3525-6683

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

ANEXO C: Normas de Publicação - REEUSP

A REEUSP aceita artigos inéditos e originais, condena o plágio e o autoplágio. Textos que apresentarem semelhanças com outros já publicados serão excluídos do processo de avaliação.

Nesses casos a Revista adota as orientações do Committee on Publication Ethics - COPE(<http://publicationethics.org/>). Ideias já publicadas devem ser creditadas, em conformidade com as normas de referências.

O conteúdo dos artigos deve agregar **conhecimento e representar um avanço** para a prática, o ensino ou a pesquisa em enfermagem e saúde.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos é necessário o envio de cópia da aprovação por um Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa.

Os manuscritos podem ser submetidos nos idiomas português, inglês e espanhol e destinados exclusivamente à REEUSP, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, parcial ou integralmente.

A REEUSP possui uma versão eletrônica no idioma inglês. Quando o artigo for aprovado para publicação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as orientações da **Revista**, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores.

O artigo deve ser submetido online (<http://mc04.manuscriptcentral.com/reeusp-scielo>), acompanhado de carta à Editora Científica informando os motivos pelos quais a REEUSP foi selecionada para a submissão. Adicionalmente, devem ser destacados os avanços e as contribuições do texto frente às publicações recentes já veiculadas sobre a temática.

Os autores devem colocar o nome por extenso, assinar e enviar a Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais (modelo anexo).

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Este processo é realizado em diversas fases, envolvendo a Equipe Técnica (ET), a Editora Científica (EC), as Editoras Associadas (EA) e os pareceristas ad hoc.

Para o julgamento do mérito do manuscrito é utilizado o instrumento do sistema *ScholarOne*.

OBS: O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. Os pareceres entre os revisores e autores podem ser abertos, com a anuência dos envolvidos.

- Fase 1: Análise inicial pela Secretaria da REEUSP, quanto ao cumprimento das normas estabelecidas nas **Instruções aos Autores**. Caso o manuscrito não atenda às normas estabelecidas, será devolvido para correção.
- Fase 2: Uma vez adequado às normas da Revista, o manuscrito é direcionado à Editora Científica (EC);
- Fase 3: A EC avalia a qualidade e o interesse do manuscrito para a REEUSP e encaminha à Editora Associada (EA);
- Fase 4: A EA avalia o manuscrito e o encaminha a dois pareceristas;
- Fase 5: Os pareceristas emitem julgamento do mérito no instrumento disponibilizado pelo sistema *ScholarOne*. Havendo discordância nos pareceres, o manuscrito é encaminhado a um terceiro parecerista;
- Fase 6: A EA, tendo por base os pareceres, toma a decisão editorial (aceitar, revisar ou recusar) e envia à EC;
- Fase 7: A EC, tendo por base os pareceres e a decisão da EA, toma a decisão editorial e dá conhecimento aos autores;
- Fase 8: Em caso de aceite, o manuscrito entra no processo de editoração para publicação;
- Fase 9: Revisão de português, o manuscrito é enviado para uma revisora da língua portuguesa;
- Fase 10: Revisão bibliográfica, o bibliotecário faz a leitura do manuscrito para validar as referências, verificando a sequência das citações no texto e a correlação com a lista final. Elabora a padronização das referências no estilo “Vancouver” e dos descritores de acordo com o DeCS e o MeSH Database.

CATEGORIAS DE PUBLICAÇÕES

a) Artigo original: resultado de pesquisa primária, com metodologia rigorosa, clara, discussão aprofundada e interface com a literatura científica nacional e internacional. Limitado a 15 páginas (incluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

b) Revisão sistemática com ou sem meta-análise ou metassíntese: análise de estudos primários, quantitativos ou qualitativos, tendo por finalidade a busca de evidências. Limitado a 25 páginas (incluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

c) Estudo teórico: análise de teorias ou métodos que sustentam a ciência da enfermagem ou de áreas correlatas que contribuem para o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem. Limitado a 15 páginas (incluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

d) Relato de experiência profissional: estudo de situação de interesse para a atuação de enfermeiros em diferentes áreas, contendo análise de implicações conceituais, descrição de procedimentos com estratégias de intervenção ou evidência metodológica apropriada para a avaliação da eficácia de um procedimento ou estratégia. Limitado a 15 páginas (incluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

e) Carta à Editora Científica: destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na Revista, expressando concordância ou discordância sobre o assunto abordado. Limitado a uma página.

ESTRATÉGIAS DE QUALIFICAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Relações que podem estabelecer conflito de interesse, ou mesmo nos casos em que não ocorra, devem ser esclarecidas.

A REEUSP adota como estratégias de qualificação para a publicação de estudos de pesquisa, tais como as da Organização Mundial da Saúde (OMS), *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)* e *Enhancing the Quality and Transparency of Health Research (EQUATOR network)*. Tais estratégias constituem recursos que favorecem o potencial de publicação e sua utilização em referências em pesquisas. A seguir, apresentam-se alguns protocolos internacionais validados a serem utilizados conforme o desenho da pesquisa:

Ensaio clínico: Checklist e Fluxograma CONSORT e identificação de Registros de Ensaio Clínico validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (www.icmje.org). O número de identificação deve constar do final do abstract.

Revisões sistemáticas e meta-análises:

Checklist e Fluxograma PRISMA. Apresentar, sempre que possível, o método de concordância adotado para a análise dos artigos incluídos, por ex., Kappa.

Estudos observacionais em epidemiologia: Checklist STROBE

Estudos qualitativos: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>

OBS: Protocolos de outros tipos de estudos são encontrados na rede EQUATOR e no artigo de Larson E, Cortazal M. Publication guidelines: need widespread adoption. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2012;65:239-246.

ESTRUTURA E PREPARO DOS MANUSCRITOS

• **Formato do arquivo:** doc ou docx (MS Word)

Texto: ortografia oficial em folhas A4; espaço entrelinhas de 1,5; fonte Times New Roman, tamanho 12, inclusive nas tabelas. As margens superiores, inferiores e laterais devem ter 2,5 cm.

Página de título (deve conter): Título: máximo de 16 palavras em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas, em negrito, utilizando caixa alta somente no início do título e substantivos próprios. Não devem ser usadas abreviaturas, siglas ou a localização geográfica da pesquisa.

Nomes dos autores: completos e sem abreviações, numerados em algarismos arábicos, com as instituições às quais pertencem, o local, o estado e país.

Autor responsável: indicação do nome, endereço para correspondência, telefone para contato e e-mail. O uso de endereço residencial deve ser evitado.

Manuscrito extraído de dissertação ou tese: indicar por asterisco, em nota de rodapé o título, o ano e a instituição onde foi apresentada.

Resumo: nos idiomas português (*resumo*), inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), até (1290 caracteres). Deve ser estruturado em: **objetivo, método, resultados e conclusão**. Os ensaios clínicos devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final como documento anexo ou na carta ao editor.

Descritores: três a seis descritores que identifiquem a temática, acompanhando o idioma dos resumos (português (descritores), inglês (descriptors) e espanhol (descriptores); separados entre si por ponto e vírgula; extraídos do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME, ou MeSH (Medical Subject Headings), elaborado pela NLM (*National Library of Medicine*).

OBS: Os títulos, os resumos e os descritores devem ser repetidos no documento principal (**Main Document**), sem a identificação dos autores.

Conteúdo do texto (Main Document): Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências, em tópicos distintos. Os **Objetivos** devem ser indicados no final da Introdução.

Introdução: breve definição do problema estudado, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento, com base em referências nacionais e internacionais atualizadas.

Objetivo: Estabelecer a questão principal e as hipóteses a serem testadas Método: tipo ou desenho do estudo; população/cenário; critérios de seleção; definição da amostra (se for o caso); fonte, período procedimento de coleta, análise/tratamento dos dados e outros aspectos inerentes ao método. É necessário apresentar em documento anexo o protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e informar no texto sua condução de acordo com os padrões éticos exigidos.

Resultados: apresentação e descrição somente dos dados encontrados, sem interpretações ou comentários. Para facilitar a compreensão, podem ser acompanhados por tabelas, quadros e figuras. O texto deve complementar ou destacar o que é mais importante, sem repetir os dados das tabelas ou das figuras.

Discussão: deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo as concordâncias e as divergências com outras pesquisas já publicadas, nacionais e internacionais. Deve apontar as limitações do estudo e os avanços para a área da enfermagem/saúde.

Conclusão: Deve ser direta, clara e objetiva, em resposta às hipóteses ou aos objetivos, fundamentada nos resultados e na discussão.

Referências: máximo de 30 (exceto em estudos de revisão, a depender da busca e da seleção de inclusão dos estudos). Seguir a proporcionalidade de 80% de artigos de periódicos, no mínimo metade deles citáveis. No máximo de 15% de autocitação dentre os citáveis.

Citações de referências no texto: enumeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico). Quando forem sequenciais, indicar o

primeiro e o último número, separados por hífen. Ex.: (1-4) ; quando intercaladas, deverão ser separados por vírgula, ex.: (1-2,4).

Citações de referências no final do texto: estilo “Vancouver”, disponível no endereço eletrônico (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>). Os títulos dos periódicos abreviados de acordo com: List of Journals Indexed for MEDLINE (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). Incluir as referências estritamente pertinentes ao assunto abordado, atualizadas (no máximo 5 anos), de abrangência nacional e internacional. Evitar a inclusão de número excessivo de referências na mesma citação. A lista apresentada no final do artigo deve ser numerada de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto.

Obs 1: A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Obs 2: Referências de artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP e de outros periódicos brasileiros bilíngues devem ser citadas no idioma inglês.

Depoimentos: frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem ser citados em itálico, com sua identificação codificada a critério do autor e entre parênteses.

Citações textuais: devem ser descritas entre aspas, sem itálico e na sequência do texto.

Ilustrações: Tabelas, Quadros e Figuras, no máximo de cinco, devem estar inseridas obrigatoriamente no corpo do texto, com informações não repetidas e com títulos informativos e claros, contendo local e ano.

Fotos e Imagens – exclusivamente em P&B, com resolução final de 300 DPI.

Fontes de financiamento: informar o nome das instituições públicas ou privadas que deram apoio financeiro, assistência técnica e outros auxílios.

Errata: após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata, devem enviá-la imediatamente à Secretaria da Revista por e-mail. O prazo máximo para o envio é de **30 dias**.

Siglas: restrita ao mínimo e somente após terem sido citadas literalmente no texto; não usar em título e resumo.

EXEMPLOS DE CITAÇÕES DE REFERÊNCIAS CONFORME O TIPO DE DOCUMENTO

Modelo de referências

Periódicos

Artigo padrão

Allen G. Evidence for practice. AORN J. 2010;92(2):236-41.

Artigo com mais de 6 autores (citar os seis primeiros, seguidos de et al.)

MacNeela P, Clinton G, Place C, Scott A, Treacy P, Hyde A, et al. Psychosocial care in mental health nursing: a think aloud study. J Adv Nurs. 2010;66(6):1297-307.

Artigo cujo autor é uma organização

American Diabetes Association. Diabetes update. Nursing. 2003;Suppl:19-20,24.

Artigo com múltiplas organizações como autor

American Dietetic Association; Dietitians of Canada. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: nutrition and women's health. J Am Diet Assoc. 2004;104(6):984-1001.

Artigo de autoria pessoal e organizacional

Orchard TJ, Temprosa M, Goldberg R, Haffner S, Ratner R, Marcovina S, et al.; Diabetes Prevention Program Research Group. The effect of metformin and intensive lifestyle intervention on the metabolic syndrome: the Diabetes Prevention Program randomized trial. Ann Intern Med. 2005;142(8):611-9.

Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. J Neurosurg. 2005;102(3):489-94.

Oliveira MF, Arcêncio RA, Ruffino-Netto A, Scatena LM, Palha PF, Villa TCS. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/SP. Rev Esc Enferm USP. 2001;45(4):898-904.

Artigo sem indicação de autoria

Pelvic floor exercise can reduce stress incontinence. Health News. 2005;11(4):11.

Artigo num volume com suplemento

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20 Supl 2:S190-8.

Artigo num fascículo com suplemento

Crawford M, Mullan J, Vanderveen T. Technology and safe medication administration. J Infus Nurs. 2005;28(2 Suppl):37-41.

Artigo num volume publicado em partes

Abend SM, Kulish N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. *Int J Psychoanal.* 2002;83 Pt 2:491-5.

Artigo num fascículo publicado em partes

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. *J Vasc Interv Radiol.* 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

Artigo num fascículo sem volume

Tom Dwyer AMC. A pesquisa da sociabilidade on-line: três gerações de estudos. *Rev USP.* 2012;(92):100-13.

Artigo num número especial

Salveti MG, Pimenta CAM, Braga PE, Corrêa CF. Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(n.esp):16-23.

Artigo sem indicação de fascículo e volume

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction.* 2002 Jun:1-6.

Artigo com paginação em algarismos romanos

Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. *Bioethics.* 2002;16(2):iii-v.

Artigo com publicação de errata

Altizer L. Strains and sprains. *Orthop Nurs.* 2003;22(6):404-11. Erratum in: *Orthop Nurs.* 2004;23(1):38.

Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (ahead of print)

Chen SL, Lee WL, Liang T, Liao IC. Factors associated with gender differences in medication adherence: a longitudinal study. *J Adv Nurs.* 2014 Feb 10. doi: 10.1111/jan.12361. [Epub ahead of print]

Artigo no prelo "In press"

Pereira S, Vianna LAC. Cursos de capacitação em prevenção da violência: o impacto sobre os profissionais do setor da saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(2). No prelo

Artigo provido de DOI

Eduardo LP, Egry EY. Estatuto da Criança e do Adolescente: a visão dos trabalhadores sobre sua prática. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(1):18-24. DOI: 10.1590/S0080-62342010000100003.

Livros

Livro padrão com autor pessoal

Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Eyre HJ, Lange DP, Morris LB. Informed decisions: the complete book of câncer diagnosis, treatment, and recovery. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society; c2005.

Organizador, editor, coordenador como autor

Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Instituição como autor Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília; 2009.

Capítulo de livro, cujo autor é o mesmo da obra (adaptado)

Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

Capítulo de livro, cujo autor é um colaborador

Kimura M, Ferreira KASL. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com dor. In: Chaves LD, Leão ER, editoras. Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Ed. Maio; 2004. p. 59-73.

Documentos legais (adaptados)

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.

São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Documentos eletrônicos

Artigo de periódico

Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. The neurological state and cognition of patients after a stroke. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2011 Nov 28];45(5):1083-8. Available from:http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en_v45n5a08.pdf

Artigo de periódico provido de DOI

Leonello VM, Oliveira MAC. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [citado 2010 jul. 10]; 63(3):366-70. Disponível em: [//www.scielo.br/pdf/reben/v63n3pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3pdf) DOI 10.1590/S0034-71672010000300003.

Livro na íntegra

Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS. Harrison's online [Internet]. 16th ed. Columbus (OH): McGraw-Hill; c2006 [cited 2006 Nov 20]. Available from: <http://www.accessmedicine.com/resourceTOC.aspx?resourceID=4>

Capítulo de livro

Loizzo F, Menthonnex E, Menthonnex P, Filipack VA. A regulação das saídas das unidades móveis de cuidados intensivos na França (SMUR) e no Brasil (UTIM). In: Martinez-Almoyna M, Nitschke CAS, organizadores. Manual de regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência: SAMU [Internet]. Florianópolis; c1999 [citado 2008 nov. 7]. Disponível em: neu.saude.sc.gov.br/arquivos/manual_de_regulacao_medica_de_urgencia.pdf

Documentos legais (adaptados)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, de 27 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2009 mar. 25]. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento Citing Medicine, adaptado pela NLM para as suas bases de dados e utilizado, atualmente, pelo Uniform Requirements (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/?depth=2>)

Observação: Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidos permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências. No caso de teses e dissertações, dar preferência para os artigos extraídos destas.

ANEXO D: Normas de publicação - Revista Eletrônica de Enfermagem (REE)

POLÍTICA EDITORIAL

A Revista Eletrônica de Enfermagem (REE) (ISSN 1518–1944) criada em 1999 é um periódico de acesso livre e gratuito, publicado trimestralmente pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (Brasil), apenas disponível na versão eletrônica no sítio da internet <http://www.fen.ufg.br/revista/>. Tem como missão disseminar o conhecimento científico, revisto por pares, desenvolvido por pesquisadores e trabalhadores da área das Ciências da Saúde, com ênfase na Enfermagem brasileira e estrangeira.

O objetivo do periódico é a publicação de trabalhos originais e inéditos, destinados **exclusivamente** à REE, que contribuam para o crescimento e desenvolvimento da produção científica da área da Saúde, da Enfermagem e de áreas correlatas.

A REE publica artigos em português, inglês ou espanhol, destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais, artigos de revisão sistemática, revisão integrativa e editorial.

As opiniões e conceitos emitidos pelos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos, não refletindo, necessariamente, a opinião da Comissão de Editoração e do Conselho Editorial da Revista.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Os manuscritos encaminhados para análise são submetidos a uma primeira etapa, pela Comissão Editorial, que leva em consideração a observância do atendimento das normas editoriais, coerência interna do texto, pertinência do conteúdo do texto à linha editorial do periódico e contribuição para a inovação do conhecimento na área. O resultado dessa análise indica continuação do material no processo de avaliação ou recusa. Manuscritos encaminhados fora das normas são recusados sem análise do seu conteúdo.

Uma vez aprovados na etapa preliminar, os manuscritos são encaminhados para apreciação do seu conteúdo. Para tanto, utiliza-se o modelo *peer review*, de forma a garantir o sigilo sobre a identidade dos consultores e dos autores. Os pareceres encaminhados pelos consultores são analisados pela Comissão Editorial que atenta para o cumprimento das normas de publicação, conteúdo e pertinência. Após todo

esse processo, os manuscritos são enviados aos autores com indicação de aceitação, reformulação ou recusa. Em caso de reformulação, cabe à Comissão Editorial o acompanhamento das alterações.

As pesquisas que envolvem seres humanos, obrigatoriamente, devem explicitar no corpo do trabalho o atendimento às normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa. Para pesquisas realizadas no Brasil indicar o número de aprovação emitido por Comitê de Ética, devidamente reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Além disso, o comprovante de aprovação do Comitê de Ética deve ser encaminhado como documento suplementar no processo de submissão do manuscrito.

Não serão admitidos acréscimos ou alterações após o envio para a composição editorial e fechamento do número.

PROCESSO DE SUBMISSÃO

Os manuscritos devem ser submetidos à REE exclusivamente pelo Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas, disponível no endereço: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/author/submit/1>, que emitirá um protocolo numérico de identificação.

No momento da submissão o autor precisa anexar no sistema:

- Arquivo do manuscrito no formato .doc;
- Declaração de autoria e transferência de direitos;
- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (autores brasileiros) ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos. Para autores de outros países os procedimentos no texto são os mesmos, porém devem atender as orientações do país de origem para o desenvolvimento de investigações com seres humanos (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>).

Os formulários individuais, aprovação do Comitê de Ética ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos devem ser digitalizados em formato JPG ou PDF, com tamanho máximo de um megabyte (1 MB) para cada arquivo, e enviados pelo sistema de submissão como “Documentos suplementares”.

No recebimento do manuscrito é feita a conferência do texto e da documentação. Havendo pendências serão solicitadas correções. O não atendimento dessas correções implica no cancelamento imediato da submissão.

COMPOSIÇÃO DO TEXTO

Para a composição do texto a Revista Eletrônica de Enfermagem (REE) adota as normas de publicação "Requisitos Uniformes" (Estilo Vancouver). Os manuscritos submetidos devem ser redigidos em português, espanhol ou inglês.

A REE recebe textos nas seguintes modalidades:

Artigos Originais: são trabalhos resultantes de pesquisa original, de natureza quantitativa ou qualitativa, que agregam inovações e avanços na produção do conhecimento científico. Limitado a 3.500 palavras.

Artigos de Revisão: Estudos que sintetizam de forma crítica e sistematizada a literatura sobre o conhecimento produzido acerca de um determinado tema. O método utilizado deve ser descrito de forma minuciosa, indicando o processo de busca em base de dados, os critérios utilizados para a seleção e a classificação dos estudos primários incluídos. O rigor na condução da investigação deve ser norteado por pergunta relevante para a área de enfermagem e/ou áreas afins e refletir na produção de conhecimento inovador. Destacam-se entre métodos recomendados: revisão sistemática com ou sem metanálise, e revisão integrativa com ou sem metassíntese. Na elaboração de revisões sistemáticas e metanálises recomenda-se o uso do checklist e fluxograma conforme os critérios PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (disponível em <http://www.prisma-statement.org/>). Revisões narrativas apenas serão aceitas se motivadas por temáticas inovadoras ou emergentes a critério do corpo editorial. Não serão aceitas revisões desatualizadas, nem pesquisas que incluem estudos de revisão que tratem dos resultados da própria revisão, uma vez que revisões não são estudos primários. Limitado a 4.500 palavras.

Editorial: destina-se à publicação da opinião oficial da revista sobre temas relevantes da área de Enfermagem e Saúde.

ESTRUTURA DO ARTIGO

Os manuscritos devem ser estruturados de forma convencional, contemplando os seguintes itens: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão. O conteúdo do texto deve expressar contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.

Para a contagem do número de palavras deve-se considerar o conteúdo textual a partir da introdução até o final da conclusão, retirando-se o resumo e as referências.

Introdução: texto breve que apresente de forma clara e objetiva o problema estudado, fundamentado em referencial teórico pertinente e atualizado. Deve ser enfatizada a relevância da pesquisa em razão de lacunas do conhecimento identificadas, e a sua justificativa. Ao final, devem-se apresentar os objetivos da pesquisa.

Métodos: definir tipo de estudo, local e período em que a pesquisa foi realizada. Apresentar fonte de dados, delimitando, no caso da população estudada, os critérios para inclusão e exclusão e seleção do número de sujeitos. Detalhar procedimentos de coleta e fundamentos da análise de dados, incluindo o conteúdo dos instrumentos de coleta de dados. Pesquisas realizadas no Brasil devem explicitar cuidados éticos, informando aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisas com seres humanos e número de aprovação da pesquisa em comitê de ética em pesquisa. Autores estrangeiros devem informar os procedimentos adotados no país de origem da pesquisa.

Resultados: devem ser apresentados de forma clara e objetiva, sem incluir interpretações ou comentários pessoais. Resultados expressos em tabelas e figuras são encorajados, mas deve-se evitar a repetição das informações em forma de texto. Em pesquisas quantitativas devem ser, necessariamente, apresentados separadamente da discussão. Para pesquisas qualitativas o autor pode optar, tendo em vista os desenhos metodológicos utilizados.

Discussão: deve ser concebida a partir dos dados e resultados obtidos, enfatizando as inovações decorrentes da investigação e evitando a repetição de informações apresentadas em seções anteriores (introdução, método e resultados). Todos os resultados devem ser discutidos, tendo como apoio em referencial teórico estritamente pertinente, atualizado e que permita identificar diálogo com outras pesquisas já publicadas.

Conclusão: texto articulado a partir dos objetivos do estudo, fundamentado nas evidências encontradas com a investigação. Deve mostrar claramente o alcance do estudo por meio de conclusões gerais que possam ser detalhadas e fundamentadas ao longo do item. Se pertinente, podem ser apresentadas limitações identificadas e lacunas decorrentes da realização da investigação. Generalizações, quando pertinentes, são incentivadas.

FORMATAÇÃO DO MANUSCRITO

- Formato .doc;
- Papel tamanho A4;
- Margens de 2,5 cm;
- Letra tipo Verdana, tamanho 10;
- Espaçamento 1,5 entre linhas em todo o texto;
- Parágrafos alinhados em 1,0 cm.

INSTRUÇÕES PARA O PREPARO DOS MANUSCRITOS

Título: deve ser apresentado no idioma que foi escrito o texto na íntegra, em alinhamento justificado, em negrito, conciso, informativo, com até 15 palavras. Usar maiúscula somente na primeira letra do título. Não utilizar abreviações.

Autoria:

- Os autores devem ser identificados após o título, por ordem de autoria (se houver mais de um), com credencial na sequência do nome. Devem constar as seguintes informações: nome completo, formação universitária, titulação, instituição de origem e e-mail – preferencialmente, institucional.
- A autoria dos manuscritos deve expressar a contribuição de cada uma das pessoas listadas como autor no que se refere à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

Resumo: deve ser apresentado na primeira página do trabalho, conter entre 100 e 150 palavras, apenas no idioma que foi escrito o texto na íntegra. Quando da aprovação do artigo para a publicação será solicitada a tradução para a versão do texto em inglês, quando este for apresentado em português ou espanhol, ou para o português quando o idioma do texto original for em espanhol ou inglês.

Descritores: ao final do resumo devem ser apontados de 3 (três) a 5 (cinco) descritores que servirão para indexação dos trabalhos. Para tanto os autores devem utilizar os “Descritores em Ciências da Saúde” da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br/>), usando o descritor exato.

Siglas e abreviações: para o uso de siglas e abreviações, os termos por extenso, correspondentes devem preceder sua primeira utilização no texto, com exceção de unidades de medidas padronizadas.

Notas de rodapé: devem ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

Ilustrações: são permitidas, no máximo, quatro tabelas ou figuras que devem estar inseridas no corpo do texto logo após terem sido mencionadas pela primeira vez. Os títulos de tabelas e figuras devem conter informações precisas, indicando local do estudo e ano a que se referem os dados. As ilustrações e seus títulos devem estar centralizados e sem recuo.

Citações: para citações “ipsis literis” de referências devem-se usar aspas na sequência do texto. As citações de falas/depoimentos dos sujeitos da pesquisa devem ser apresentadas em letra tamanho 10, em estilo itálico e na sequência do texto.

Referências:

- São permitidas até 25 referências em artigos originais e livre para artigos de revisão. Devem representar e sustentar o estado da arte sobre o tema, ser atualizadas e procedentes, preferencialmente, de periódicos qualificados.
- Deve-se evitar o uso de dissertações, teses, livros, documentos oficiais e resumos em anais de eventos. A exatidão das informações nas referências é de responsabilidade dos autores.
- Quando são enviadas fora das normas, acarretam em atraso o processo de avaliação do manuscrito.
- No texto devem ser numeradas consecutivamente, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez, identificadas por números arábicos sobrescritos entre parênteses, sem espaços da última palavra para o parêntese, sem menção aos autores.
- Ao fazer a citação sequencial de autores, separe-a por um traço ex. ⁽¹⁻³⁾; quando intercalados utilize vírgula ex. ^(2,6,11).
- As regras de referência da REE têm como base as normas adotadas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no ICMJE - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org/index.html>).

Agradecimentos e Financiamentos: agradecimentos e/ou indicação das fontes de apoio da pesquisa, devem ser informados ao final do artigo.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Orientações gerais:

Nos artigos publicados em periódicos, o nome do periódico deve aparecer preferencialmente abreviado. Os títulos abreviados devem ser obtidos na PubMed Journals database ou o título abreviado usado na Scielo.

Em referências com mais de seis autores a expressão et al deve ser usada após o sexto autor.

Artigo publicado em periódico científico:

Almeida GCM, Ferreira MAF. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. Cad Saude Publica. 2008;24(9):2131-40.

Mussi CM, Ruschel K, Souza EN, Lopes ANM, Trojahn MM, Paraboni CC, et al. Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I. Rev Lat Am Enfermagem. 2013;21(esp):20-8

Artigo publicado em periódico científico, volume com suplemento

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. Headache. 2002;42 Suppl 2:S93-9.

Artigo publicado em periódico científico, número com suplemento

Glaser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

Artigo publicado em periódico científico, número sem volume

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. Clin Orthop. 2002;(401):230-8.

Artigo publicado em periódico científico, sem volume ou número

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. HRSA Careaction. 2002:1-6

Artigo publicado em periódico científico de língua inglesa:

Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. J Hypertens. 2009;27(5):963-75.

Artigo publicado em periódico científico de língua espanhola:

Montes SF, Teixeira JBA, Barbosa MH, Barichello E. Aparición de complicaciones relacionadas con el uso del catéter venoso central de inserción periférica (PICC) en

los recién nacidos. *Enferm. glob.* [Internet]. 2011 [acesso em: 30 mar 2013];10(24). Disponível em:<http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400001>.

Artigo publicado em periódico científico de outras línguas:

Hirayama T, Kobayashi T, Fujita T, Fujino O. [A case of severe mental retardation with blepharophimosis, ptosis, microphthalmia, microcephalus, hypogonadism and short stature-the difference from Ohdo blepharophimosis syndrome]. *No To Hattatsu.* 2004;36(3):253-7. Japanese.

Artigo publicado em periódico científico, sem dados do autor

21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ.* 2002;325(7357):184.

Artigo publicado em periódico científico eletrônico:

Reis LN, Carmo BP, Miasso AI, Gherardi-Donato ECS. Probabilidade de internação psiquiátrica e características sociodemográficas de portadores de depressão. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013 [acesso em: 10 fev 2014];15(4):862-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.18905>.

Artigo aceito para publicação em periódico científico eletrônico:

Santana FR, Nakatani AYK, Freitas RAMM, Souza ACS, Bachion MM. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do estado de Goiás. *Ciênc. saúde coletiva.* In press 2009.

Livro, com único autor:

Demo P. *Autoajuda: uma sociologia da ingenuidade como condição humana.* 1st ed. Petrópolis: Vozes; 2005.

Livro, com organizador, editor, compilador como autor:

Brighth MA, editor. *Holistic nursing and healing.* Philadelphia: FA Davis Company; 2002.

Capítulo de livro:

Medeiros M, Munari DB, Bezerra ALQ, Alves MA. Pesquisa qualitativa em saúde: implicações éticas. In: Ghilhem D, Zicker F, editors. *Ética na pesquisa em saúde: avanços e desafios.* Brasília: Letras Livres UnB; 2007. p. 99-118.

Livro, com autoria de instituição:

Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquista.* Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2000. 44 p.

Livro com tradutor:

Stein E. *Anorectal and colon diseases: textbook and color atlas of proctology.* 1st Engl. ed. Burgdorf WH, translator. Berlin: Springer; c2003. 522 p.

Livro disponível em formato eletrônico:

Ministério da Saúde. Por que pesquisa em saúde? Textos para tomada de decisão [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [acesso em: 10 fev 2014]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_saude.pdf.

Monografia

Pazzini LT. Caracterização genotípica de microrganismos isolados de infecções da corrente sanguínea relacionadas a cateteres em recém-nascidos [monografia]. São Paulo: Unesp; 2010.

Dissertação:

Coelho MA. Planejamento e execução de atividades de enfermagem em hospital de rede pública de assistência, em Goiânia/GO [dissertação]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2007. 119 p.

Tese:

Souza ACS. Risco biológico e biossegurança no cotidiano de enfermeiros e auxiliares de enfermagem [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2001. 65 p.

Trabalhos em anais de evento científico:

Munari DB, Medeiros M, Bezerra ALQ, Rosso, CFW. The group facilitating interpersonal competence development: a brazilian experience of mental health teaching. In: Proceedings of the 16th International Congress of Group Psychotherapy [CD-ROM], 2006, São Paulo, Brasil. p. 135-6.

Rice AS, Farquhar-Smith WP, Bridges D, Brooks JW. Canabinoids and pain. In: Dostorovsky JO, Carr DB, Koltzenburg M, editors. Proceedings of the 10th World Congress on Pain, 2002, San Diego, CA. Seattle (WA): IASP Press; c2003. p. 437-68.

Trabalhos em anais de evento científico:

Centa ML, Oberhofer PR, Chammas J. A comunicação entre a puérpera e o profissional de saúde. In: Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 2002, São Paulo, Brasil [Internet]. 2002 [acesso em: 10 fev 2014]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a060.pdf>.

Trabalho apresentado em evento científico:

Robazzi MLCC, Carvalho EC, Marziale MHP. Nursing care and attention for children victims of occupational accident. Conference and Exhibition Guide of the 3rd

International Conference of the Global Network of WHO Collaborating Centers for Nursing & Midwifery, 2000, Manchester; UK. Geneva: WHO; 2000.

Base de dados online:

Shah PS, Aliwalas LI, Shah V. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. 2006 Jul 19 [acesso em: 10 fev 2014]. In: The Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons, Ltd. c1999 – . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004950.pub3>. Record No.: CD004950.

Legislação:

Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 dez 2012.

Legislação, disponível na internet:

Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR) [Internet]. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 dez 2012 [acesso em: 10 fev 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Matéria de jornal:

Souza H, Pereira JLP. O orçamento da criança. Folha de São Paulo. 1995 maio 02; Opinião: 1º Caderno.

Artigo de jornal, disponível na internet:

Deus J. Pacto visa o fortalecimento do SUS em todo estado de Mato Grosso. Diário de Cuiabá [Internet]. 25 abr 2006 [acesso em: 10 fev 2014]. Saúde. Disponível em: <http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=251738>.

Texto / Homepage da Internet:

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR) [acesso em: 10 fev 2014]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2005/default.shtm>

DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [acesso em: 10 fev 2014]. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.