



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

**IMPACTO DA ESPIRITUALIDADE DOS PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE NO CUIDADO HUMANIZADO**

LÍVIA LESSA DE OLIVEIRA

JEQUIÉ-BA

2018

LÍVIA LESSA DE OLIVEIRA

**IMPACTO DA ESPIRITUALIDADE DOS PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE NO CUIDADO HUMANIZADO.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
e Saúde da Universidade Estadual do  
Sudoeste da Bahia, área de concentração  
Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde e Sociedade

Orientadora: Ana Cristina Santos Duarte

Co-Orientador: Sérgio Donha Yarid

JEQUIÉ-BA

2018

O48i Oliveira, Livia Lessa de.

Impacto da espiritualidade dos profissionais de saúde no cuidado humanizado / Livia Lessa de Oliveira.- Jequié, 2018.

71f.

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Profa. Dra. Ana Cristina Santos Duarte e coorientação do Prof. Dr. Sérgio Donha Yarid)

Rafaella Cância Portela de Sousa - CRB 5/1710. Bibliotecária – UESB - Jequié

## FOLHA DE APROVAÇÃO

OLIVEIRA, Lívia Lessa de. Impacto da Espiritualidade dos Profissionais de Saúde no Cuidado Humanizado. 2018. 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. Dra. Ana Cristina Santos Duarte  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB  
Presidente da Banca

  
Prof. Dra. Alba Benemerita Alves Vilela  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

  
Prof. Dr. Antônio Marcos Tosoli Gomes  
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Jequié, 09 de Abril de 2018

Dedico este trabalho a Deus por iluminar os meus caminhos, assim como a Virgem Maria por ser a mãe do salvador e exemplo de mulher, aos meus pais (hoje meu pai de luz), meus irmãos e sobrinhos e meu amado esposo que sempre me apoiaram e ajudaram nas conquistas.

## AGRADECIMENTOS

Foram diversos os momentos em que senti que não poderia continuar sozinha, que precisava do apoio dos que comigo estavam. Esta alegria não é somente minha, mas de todos que carinhosamente contribuíram e que continuam contribuindo, eternamente serei grata.

Antes de qualquer um, agradeço a Deus pelo dom da vida e por me capacitar diante das adversidade. Continue conduzindo-me para os propósitos que estabeleceste em minha vida, a ti senhor toda honra e glória. Juntamente, a imaculada, Virgem Maria, por interceder por mim sempre que necessário, me guie, mãe querida para eu possa ser sempre luz.

A minha família por sempre me ajudar na condução dos meus caminhos. Sem o apoio, orgulho, encorajamento e sabedoria dos meus pais, Regina Cele e Francisco Carlos por tudo o que sou, minha formação e caráter devo a vocês, e mesmo que distante, como luz continua a me ajudar a percorrer o meu caminho. Aos meus irmãos, Alana e Luiz Augusto, pela parceria e irmandade, amo-os infinitamente.

Ao meu esposo, André Luiz, que tanto amo e aprecio, pelo apoio, compreensão nos momentos de ausência, por sempre entender o quanto o mestrado era importante para minha evolução profissional, não há palavras que descreva a sua importância. Te amo

As minhas queridas amigas, Jeorgia, Camila, Damiana, Rhainna, e Mirella, por serem suporte na graduação e residência quando me sentia frágil e as vezes insuficiente, o apoio de vocês foi essencial. Não posso deixar de agradecer aos demais amigos e padrinhos de casamento, que me fizeram crer a cada dia que nós não podemos viver sozinhos e que os amigos são escolhidos por Deus para serem família mesmo sem vínculo sanguíneo.

Aos meus colegas de trabalho do Hospital são Judas Tadeu por servirem de inspiração para o meu estudo, por acreditarem em uma saúde pública de qualidade, mesmo quando temos dificuldades no nosso sistema de saúde. De uma forma específica a minha equipe da fisioterapia, por compreenderem e sempre me ajudarem para que conseguisse ser profissional assistencialista e mestranda não foi fácil, mas vocês sempre dispostas a me ajudarem, que Deus as abençoe.

Aos amigos e companheiros da turma dos mestrado, os quais por si só tornaram-se especiais na minha vida, pessoas diferenciadas que fizeram deste momento único, mais especificamente a Clara, Valéria, Mara Lúcia, Gislene e Diego Andrade por estarem um pouco mais próximo e podemos dividir alegrias, angustias e bons resultados, a amizade de vocês foi essencial. Ao NUB, e na pessoa do professor Sérgio Yarid que além de co-orientador também

foi um grande mentor para que este trabalho fosse realizado. Aos professores do programa de Mestrado em Enfermagem e Saúde por todos ensinamentos.

Agradeço de uma forma muito especial nesta trajetória a duas grande mulheres, que além de serem excelentes profissionais, são exemplo de humanização. A 1ª, a minha mentora na pediatria, Maria Nice Dutra e a 2º, a minha querida orientadora, Ana Cristina S. Duarte por ser exemplo e por fazer com que cada dia mais eu fosse a minha melhor versão, por me fazer crescer cada vez mais na pesquisa científica e que sempre de uma forma carinhosa conseguiu me conduzir para os melhores resultados.

A Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB por ser esta referência em educação científica, por fazer de mim FISIOTERAPEUTA e neste momento MESTRA. Aos professores da banca examinadora por dispor do seu tempo e conhecimento para participarem da banca de sustentação da dissertação, contribuindo com um novo olhar sobre o trabalho.

Agradeço a todos que contribuíram para que esta etapa fosse cumprida e mais uma vitória alcançada.

“A percepção do desconhecido é a mais fascinante das experiências. O homem que não tem os olhos abertos para o misterioso passará pela vida sem ver nada”

Albert Einstein

OLIVEIRA, Livia Lessa de. **Impacto da Espiritualidade dos Profissionais de Saúde no Cuidado Humanizado**. Dissertação [Mestrado] – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Jequié, Bahia. 2018.

## RESUMO

O cuidado humanizado é um processo complexo de origem multifatorial que envolve fatores biopsicossociais do paciente. Considera-se humanizar através da ética, moral e arte do cuidar para a recuperação física, afetiva e emocional, que dispõem de condutas subjetivas para almejar a aproximação da relação em saúde na prerrogativa de uma atenção à saúde integral. Em situações de estresse, trauma e dor o paciente passa por uma angustia espiritual que se transforma na busca da esperança, força e significado de vida, a qual corresponde a abertura da espiritualidade como uma ferramenta no enfrentamento das situações. Assim, o presente estudo tem como objetivo geral analisar a contribuição da espiritualidade dos profissionais de saúde para o cuidado humanizado. Como objetivos específicos: descrever o perfil de espiritualidade dos profissionais de saúde; identificar o nível de formação em espiritualidade dos profissionais de saúde para a assistência humanizada; compreender como a espiritualidade influencia no processo do cuidado humanizado. Trata de um estudo quanti-qualitativo, descritivo, transversal e exploratório. Como instrumento para a obtenção dos dados utilizou-se um questionários auto aplicativo com questionamentos estruturados e semiestruturados. A população deste estudo são (N=197) profissionais de saúde assistencialistas, cuja amostra foi de 131 pessoas, com frequência de 50%, limites de confiança de 95%, porém participaram 137 profissionais. Os dados quantitativos foram processados e analisados no programa SPSS, versão 21.0, assim como os dados qualitativos seguindo os critérios da análise de conteúdo de Bardin. Este estudo atende às normas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados do estudo foram apresentados sob a forma de dois manuscritos: intitulado “Conhecimento dos profissionais de saúde sobre a influência da espiritualidade no cuidado humanizado” e “Formação em espiritualidade como ferramenta para o cuidado humanizado”. Evidenciou-se que o conhecimento da espiritualidade agrega a humanização como auxílio a saúde mental do profissional de saúde e como processo de qualificação da assistência. Assim como há uma compreensão por parte dos profissionais sobre a importância da espiritualidade no cuidado integral e de qualidade, porém esta não é uma realidade na assistência.

Palavras-chave: Espiritualidade; Humanização; Ética; Gestante; Integralidade.

OLIVEIRA, Livia Lessa de. **Impact of the Spirituality of Health Professionals on Humanized Care.** Dissertation [Master] - Graduate Program in Nursing and Health, State University of the Southwest of Bahia - UESB, Jequié, Bahia. 2018.

## ABSTRACT

Humanized care is a complex process of multifactorial origin that involves biopsychosocial factors of the patient. It is considered to humanize through the ethics, morals and art of caring for physical, affective and emotional recovery, which have subjective behaviors to aim for the approximation of the relationship in health in the prerogative of an integral health care. When there is spiritual distress, there is a disorder of values and beliefs, which correspond to the hope, strength and meaning of life, which corresponds to the opening of spirituality as a tool in coping with situations of stress, trauma and pain. The present study has as general objective to analyze the contribution of the spirituality of the health professionals to the humanized care. As specific objectives: to describe the spirituality profile of health professionals; to identify the level of spirituality training of health professionals for humanized care; understanding how spirituality influences the process of humanized care. This is a quantitative, descriptive, cross-sectional and exploratory study, using a data collection technique, a self-administered questionnaire with structured and semi-structured questioning, carried out between December 2016 and February 2017. The population of this study is (N = 197) health care professionals, whose sample is 131 people, with 50% frequency, confidence limits of 95%, but 137 professionals participated. The quantitative data were processed and analyzed in the SPSS program, version 21.0, as well as the qualitative data following the criteria of the Bardim content analysis. This study meets the norms of resolution 466/2012 of the National Health Council. The results of the study were presented in the form of two manuscripts: entitled "Knowledge of health professionals about the influence of spirituality on humanized care" and "Formation in spirituality as a tool for humanized care. " It was evidenced that the knowledge of spirituality adds humanization as an aid to the mental health of the health professional and as a qualification process of care. Just as there is an understanding on the part of the professionals that the application of spirituality generates an integral and quality care, but this is not a reality in the assistance

Keywords: Spirituality; Humanization; Ethic; Pregnant; Integrality.

## LISTA DE SIGLAS

AAMC – Association of American Medical Colleges  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
DUREL – Duke University Religion  
EUA – Estados Unidos da América  
HSJT – Santa Casa Hospital são Judas Tadeu  
MS – Ministério da Saúde  
MSOP III – Medical School Objectives Project III  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PHN – Política Nacional de Humanização  
PHPN – Política de Humanização Pré-natal e Nascimento  
SBRAME – Spirituality and Brazilian Medical Education  
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
UFCE- Universidade Federal do Ceará  
UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo  
UTIneo – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>123</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
3.1 Espiritualidade e saúde .....	17
3.2 Humanização do cuidado.....	19
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>23</b>
4.1 Delineamento do estudo.....	23
4.2 Cenário da pesquisa .....	23
4.3 População Alvo.....	24
4.4 Instrumentos para obtenção de dados (ANEXO):.....	24
4.4.1 Dados Sócio demográficos e laboral.....	24
4.4.2 Escala de Religiosidade/Espiritualidade.....	25
4.4.3 Questionário semiestruturado sobre humanização .....	25
4.5 Análise dos dados:.....	25
4.6 Período do Estudo e aspectos éticos:.....	26
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>27</b>
5.1 Manuscrito 1: .....	28
5.2 Manuscrito 2 .....	42
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>53</b>
<b>7. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>58</b>
APÊNDICE A - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido.....	59
APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados .....	60
<b>ANEXOS.....</b>	<b>67</b>
ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB.....	68
ANEXO B – Autorização da Santa Casa Hospital São Judas Tadeu em Jequié .....	71

## 1. INTRODUÇÃO

O cuidado humanizado em qualquer especialidade da saúde deve ser realizado de forma a observar todos os fatores que envolvem o paciente desde sua realidade social e suas múltiplas relações (OLIVEIRA et al, 2015). Considera-se o ato de humanizar como uma dimensão normativa que é embasado pela ética do cuidado para recuperação afetiva e emocional, podendo influenciar na experiência vivida pelo paciente através da compreensão das necessidades biológicas e extra biológicas a fim de obter terapêutica para a dor física e psicológica (MANCHOLA et al, 2016).

As conquistas dos cuidados em saúde, principalmente no que se trata da saúde pública dar-se com a proposta para expandir a humanização através da Política Nacional de Humanização (PNH) e o Humaniza SUS em 2003 (BRASIL, 2003). Porém, o cuidado humanizado não deve ser estabelecido somente por meio de uma política, mas sim como uma auto avaliação da ética, moral e da arte do cuidar, através da crítica ao modelo tecnicista assistencial e da qualidade de atenção (NORA e JUNGLES, 2013).

Entretanto, mesmo com o conceito de saúde ampliado e com a determinação do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre o atendimento integral do usuário, o que se observa, na prática é a fragmentação da cura e do cuidado, divergindo para característica de integralidade que se deve na saúde (ALVES et al, 2010). O processo de construção de um sistema de saúde de qualidade implica em mudanças para buscar efetivamente a qualidade e humanização das prestações de serviços e usuários. (PAIM, 2007).

O cuidado baseado na relação profissional-usuário é alicerçada no respeito, pautados na construção singular da saúde (ALVES et al, 2010). Esta relação poderá compreender que o paciente passa pelo sofrimento, o qual denomina-se angústia espiritual onde há transtorno de valores e crenças, que correspondem a esperança, força e significado de vida. É denominado como período de vivência de dor e, na maioria dos relatos, isso acontece após a descoberta do diagnóstico de uma doença, na qual pode existir ameaça de vida ou de vida saudável (SIMÃO, 2015).

A definição de espiritualidade tem sido debatida e revista, sendo considerada por alguns autores através de uma construção psicológica positivista, como paz, harmonia, significado e propósito a vida (PUCHALSKI, 2002). Já para outros autores, sendo relacionado ao

transcendente, não-material e os aspectos do sagrado e da existência do universo (VIEIRA, 2015; SIMÃO, 2015).

Para Moreira-Almeida, Koenig e Luchetti (2014) a definição de espiritualidade foi considerada como a busca pessoal pela compreensão e respostas as questões sobre o fim da vida, o seu significado e relacionamento com o sagrado ou transcendente, que pode ou não levar ao desenvolvimento de rituais religiosos e formação de comunidade. A religião é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos destinados a facilitar a proximidade ao sagrado ou transcendente e religiosidade é a extensão para o qual um indivíduo acredita, segue e ou prática a religião

Desde a Assembleia Mundial de Saúde, em 1983, a inclusão da dimensão espiritual ou não material em saúde tem sido debatida, a ponto de se discutir o conceito clássico em saúde, passando a ser considerado como bem estar físico, mental, espiritual e social, e não meramente a ausência de doença (WHO, 1998).

No Brasil, em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que estabeleceu base para a reforma sanitária, também ampliou o modelo de saúde enfatizando os fatores ambientais e psicossociais, Tais como nutrição, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, posse de terra e acesso aos serviços de saúde. Este modelo, mesmo que não abranja todos os determinantes das condições de saúde, aproxima-o da complexidade que é (STEDILE et al, 2015).

É nesta ligação entre a saúde e a espiritualidade, que corresponde a um dos principais fatores do cuidado no sofrimento espiritual, físico e mental, comprovada por diversos estudos (PEREZ et al, 2007; CHAVES, EVANGELISTA, 2016; MIRANDA, 2015) realizados com populações em situações especiais, desde pessoas acometidas com câncer, cuidados paliativos e estudantes.

A medicina oriental busca integrar de forma explícita as dimensões religiosa e espiritual ao binômio saúde/doença. Contrapondo, a medicina ocidental manteve-se em resistência, à medida que considerava o fator espiritual negligente, demonstrando acreditar na irrelevância do assunto, ou oposição a temática devido ao grau abstrato de sua concepção (FLECK et al, 2003). Em fase de transição dos processos cuidados em saúde e doença, passa a integrar a biologia molecular, genética, farmacoterapia e acupuntura às tendências da espiritualidade (KOENIG, 2014).

Considera-se que estudar a espiritualidade seja especialmente relevante ao compreender a característica marcante de cada região no Brasil, sendo manifestada com uma diversidade de crenças religiosas e espirituais que podem influenciar a saúde da população (ALVES et al,

2010). Neste momento que sobressai a identificação pela humanização, talvez pouco contraditório almejar objetivo de humanizar o ser humano, porém diante da globalização e das condutas tecnicistas voltadas para estratégias puramente biológicas, dispor de condutas subjetivas que almejem a aproximação da relação em saúde na prerrogativa de uma atenção à saúde integral.

Esta proposta considera a dor do outro, como uma ferida metafísica, não somente física, fazendo com que a estrutura humanizada veja o paciente como único. As consequências da qualidade da assistência materna e para o recém-nascido visto a necessidade de cuidado pela relevância do período faz com que o profissional de saúde deva ter ciência desta sensibilidade. Faz-se questionar como a espiritualidade pode auxiliar no processo de humanização dos profissionais que prestam assistência em uma maternidade de referência.

Nesta experiência é necessário que haja uma equipe de serviço humanizada, consciente da necessidade da espiritualidade para o enfrentamento desta situação. Busca-se portanto analisar a contribuição da espiritualidade dos profissionais de saúde para o cuidado humanizado.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar a contribuição da espiritualidade dos profissionais de saúde para o cuidado humanizado.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever o perfil de espiritualidade dos profissionais de saúde;
- Identificar o nível de formação em espiritualidade dos profissionais de saúde para a assistência humanizada;
- Compreender como a espiritualidade influencia no processo do cuidado humanizado.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Espiritualidade e saúde

A definição de espiritualidade pode abranger diversos significados, não necessariamente possuindo correlação com a religião e por isso não deve ser confundido com tal. A religião é o conjunto de crenças e práticas relacionadas a fé, que reconhecem, e facilitam o acesso ao sagrado, Divino, Deus e Verdade absoluta, baseada em um conjunto de escrituras e ensinamento com códigos de conduta moral. (EVANGELISTA, 2016; SANCHEZ, 2012). A espiritualidade inclui aspectos individuais, relacionados a práticas religiosas, como reconhecimento de um sentimento de paz, por meio da família, naturalismo, humanismo e artes. A finalidade requer na busca do significado e propósito da vida, na medida em que há conexão consigo, com a natureza, mundo e sagrado. (SANCHEZ, 2012).

A dimensão espiritual tem sido uma importante ferramenta no enfrentamento de situações estressantes e traumatizantes, principalmente quando relacionada a quadros de saúde. Cada vez percebe-se a influência da espiritualidade sobre o ser humano, devido a busca por significado a tudo que está em volta, e a si mesmo, entendendo a transcendência da existência, o qual torna essencial o domínio da vida, principalmente na justificativa do seu fim (PERES, 2007).

Neste momento em que o sistema de saúde profissional criticam ações puramente tecnicistas e desumanas, com tratamento convencional surgem correntes que buscam uma nova prática de cuidados para a humanização do cuidado, percebendo que o paciente possui razão, emoção, sensibilidade e espiritualidade (PESSINI, 2006). O desafio dos profissionais de saúde é cuidar do ser humano, na minimização da dor e sofrimento físico, mental, social, espiritual e humano. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) saúde é um bem estar físico, mental, social e espiritual, contemplando a existência humana, propondo dignidade e respeito a sua fé e crenças (MARTINS, 2009).

Segundo Monod et al (2010) a espiritualidade e saúde discorrem que o fator espiritual é um importante componente da qualidade de vida, especialmente para os que sofrem de alguma doença crônica ou terminal. A busca do histórico de espiritualidade/religiosidade deverá compreender a disponibilidade da aceitação e compreensão na prática da saúde.

Por este motivo, o conhecimento integral do paciente pode ser feito como um todo incluindo os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais, ampliando o conhecimento somente da patologia e sim interpretando seus efeitos causas como um todo. Deverá se ter cuidado para que o profissional da área da saúde não imponha a sua fé ao paciente. O American

College of Physicians, reconhece que a espiritualidade contribui para a saúde, determinando que a mesma independe de cultura e sociedade, sendo uma busca individual, através da participação da religião e crença em Deus, família, naturalismo, racionalismo e nas artes (REGINATO, 2016).

Esta mesma instituição publicou um documento em 1994 sobre quais questões o médico deverá abordar em relação ao paciente grave: A fé (religião, espiritualidade) é importante para você nesta doença? A fé (religião, espiritualidade) já foi importante em outras épocas da sua vida? Você tem alguém para discutir as questões religiosas? Você gostaria de explorar as questões religiosas com alguém? (PEREZ, 2007)

Além deste documento, existem medidas metodológicas para o estudo da espiritualidade as quais podem destacar-se a Escala de Crenças e Envolvimento Espiritual; Escala de Bem-Estar Espiritual e a DUREL (Duke University Religion) (EVANGELISTA, 2016).

O autor acima estabelece correlação entre saúde mental com a espiritualidade determinam melhores indicadores de adaptação ao estresse a aqueles que praticam uma atividade religiosa, chegando até mesmo necessitar menos dos serviços de saúde. A espiritualidade é uma ferramenta para alcançar a paz interior, na aceitação dos diversos conflitos, no aceitar ao morrer, reconciliação consigo mesmo (SANCHEZ, 2012).

Em seus estudos Alves et al (2010) descreve os pontos positivos da espiritualidade, sendo o primeiro que o fato de um paciente ir a igreja ou participar de um grupo faz com que o foco da doença seja deslocado, servido de apoio nos momentos difíceis. Em outro caso a presença de um grupo pode realizar interações de ajuda mútua, ao passo que medidas de conforto e tolerância ao estado emocional, assumindo hábitos de vida mais saudáveis, tornando pessoas positivas, aproveitando o tempo disponível. Porém, a religião pode as vezes, ser perigosa quando se transforma em fanatismo, evocando aspecto dogmático e institucionalizado, podendo surgir sentimento de culpa ou impedindo a continuidade do tratamento (ALVES et al, 2010).

A abordagem tanto como pesquisa quanto clínica é uma tarefa desafiadora, pois não se trata de conceitos ou de simples razão metodológica, e apesar de todos os instrumentos existentes possui uma abordagem direcionada, é importante entender que se trata de um fenômeno subjetivo e pessoal (CHAVES, 2015).

A investigação espiritual deverá obedecer 03 princípios: 1. Exploração espiritual (triagem de instrumento para detectar rapidamente e facilmente a possível presença de uma profunda crise espiritual e encaminhamento para um expert da área). 2. Avaliação espiritual (Coletar história espiritual sobre a vida interior e os recursos que auxiliaram a lidar com uma

situação difícil. Deverá ter respeito a crença e valores dos pacientes e suas famílias a busca da simplicidade e conforto em situações de esgotamento físico e mental. O contato deverá ser personalizado, respeitando as individualidades do paciente, devendo a espiritualização ser compartilhada, explorada e identificada para um plano e cuidado). 3. Avaliação por especialistas do cuidado (PURSHASKI, 2009).

A espiritualidade, ao que consta, é um mecanismo eficiente de *coping* (enfrentamento), na perspectiva de atenuar sinais da depressão e ansiedade, por quanto há a busca do bem-estar holístico e místico (CHAVES, 2015), na medida em que há uma busca do sentido a vida e na vida, onde utiliza-se da religião, filosofia, ética, moral e ideologia para alcançar os caminhos espirituais (BARCHIFONTAINE, 2010).

### **3.2 Humanização do cuidado**

A humanização interpela as relações interpessoais embasadas nos conceitos éticos através da dinâmica da vivência do ser humano sob a ótica da sensibilidade, respeito e compromisso com o outro, articulando com o cuidado (ARAUJO, FERREIRA, 2011). Sendo uma procura atual e crescente no contexto brasileiro emergindo da realidade em que os usuários de serviços de saúde necessita de melhores cuidados (OLIVEIRA et al, 2015).

Esta é parte fundamental do cuidado integral, como responsabilidade social, que seria a forma ordenada e responsável das instituições de adotar para o desenvolvimento de ações, políticas, práticas, atitudes para o interesse e qualificação da saúde (BARCHIFONTAINE, 2010). A Política de Humanização pretende realizar o princípio da integralidade no atendimento ao cliente, levando em consideração as diferentes dimensões do processo saúde-doença, compreendendo que a produção da saúde é sempre produção de subjetividade considerado um marco na história da humanização através da portaria N° 3.390 (BRASIL, 2003).

As políticas de humanização se tornam mais vigentes ao se pensar nos grandes avanços da tecnologia, associado aos campos da neurociência visto os processos lógicos dedutivos, sendo a matematização a competência do saber científico nas vertentes do determinismo universal, naturalismo e racionalismo. Este conhecimento tecnicista ainda é uma questão de desumanização, e mesmo que tenha contribuído para a evolução do conhecimento tem deixado de lado as condições sociais. (SILVA et al, 2015). Em complementariedade, a atenção a saúde deve ser global e não somente individualizada, sendo que nos sistemas de saúde esta atenção deve ser humanizada pela comunicação e respeito (BARCHIFONTAINE, 2010).

E neste atendimento, o profissional precisa se preparar para comunicar-se de forma respeitosa sobre as crenças e culturas, porém, o respeito pode passar a ser imparcial tornar-se um dos maiores bloqueios nas relações com o paciente, mantendo uma conduta puramente biológica e dificultando a escuta, o acolhimento e a compreensão do sentido social do sofrimento. Aceitar as crenças dos usuários torna uma forma de negociação de um atendimento humanizado. (ALVES et al, 2010).

Em um contexto mais amplo, há uma crise nas teorias humanistas, assim como uma crise da globalização econômica que exclui a área social, onde há um ciclo vicioso de valorização do material, com inversão de valores. Surge desta forma políticas mais humanas, manifestada pela responsabilidade social (BARCHIFONTAINE, 2010). Neste foco tem-se proposto diversas transformações biopsicossociais e econômico-cultural para adoção de um sistema para a humanidade, e busca do aprendizado para o outro. A questão da humanização e da qualidade dos serviços começou a aparecer a partir da XI Conferência Nacional de Saúde, intitulada Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com controle social (SILVA et al, 2015)

Desde o ano 2000 começam a surgir programas voltados para humanização, sendo o precursor o Programa Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde, cuja proposta foi a redução das dificuldades encontradas durante o tratamento, favorecendo a recuperação e comunicação dos profissionais de saúde com o paciente e familiares, e um período de sofrimento mental e físico. Este programa dividiu-se em duas etapas: sensibilização e criação de Comissão de Humanização, elaboração de programas de ação, implantação, avaliação e replanejamento, respeitando a realidade (BRASIL, 2003)

Ainda no ano de 2000 surge o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento (Portaria 569/ GM, 01/06/2000) visa garantir o direito das gestantes e dos recém-nascidos, de forma humanizada e segura. Seguindo, surgiu o Programa Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família, os quais visam controlar a situação de saúde de cada membro da família, priorizando a prevenção de doenças para diminuir a necessidade de tratá-las. (BARCHIFONTAINE, 2010).

Em 2003, surge o Humaniza SUS, atual política de saúde provida pelo Ministério da Saúde, a qual foi formulada a partir da sistematização de experiências do chamado “SUS que dá certo”. Este tem por objetivo efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários, valorizando a subjetividade e social que compõem cada ser humano. (BRASIL, 2003).

O mesmo documento do Ministério da Saúde (MS) compreende como proposta de humanização, a valorização dos atores envolvidos no processo de saúde (Gestor, trabalhador e usuário), através do fomento de sua autonomia, estabelecendo a corresponsabilidade da produção da saúde, ao mesmo tempo em que é feito o reagrupamento da equipe multidisciplinar.

Sobre as práticas dos profissionais, é visto que a rotina de trabalho se torna exaustiva sobreposta pela falta de profissionais, sobrecarga de horários e falta de equipamentos. (SILVA et al, 2015). Importante ressaltar que as dimensões espirituais estão presentes na vida pessoal e profissional de trabalhadores e pesquisadores, que podem ser acometidos pelo sofrimento psíquico, e por fim gerar consequências negativas do trabalho o que dificulta o processo de humanização. É importante que estes profissionais possuam consciência do seu estado físico e emocional, assim como os elementos necessários para a manutenção da saúde e vida (COSCRATO, BUENO, 2015).

Nesta lógica, aponta-se que a espiritualidade seja um fator base para a construção da humanização e da Educação em Saúde. Como contextualização e embasamento, a teoria de Paulo Freire fundamenta o eixo estruturante da educação em saúde e da humanização, na medida em que há a busca da autonomia e consciência em saúde do indivíduo e família. Verifica a competência da sensibilidade profissional, atribuindo sentido a vida, através do cuidado espiritual (COSCRATO, BUENO, 2015).

Neste cerne de humanização, observa-se a qualidade do pré-natal, anteriormente por meio das medidas de acesso, porém deve-se considerar não somente o número de consultas ou a idade gestacional, mas também o conteúdo da assistência prestada. A discussão é referida as condutas mínimas que devem ser adotadas durante a gestação, parto e puerpério para que não comprometa a qualidade da assistência e a saúde da gestante e do feto. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu um modelo que preconiza ações a serem realizadas (POLGLIANE et al, 2014).

A mesma preconiza que todas as consultas deverão ser realizadas com cálculo da idade gestacional, medida de altura uterina, aferição de peso e pressão arterial materna. O conteúdo das consultas é importante para a detecção das morbidades características, visto que o uso inadequado dos cuidados está associado a uma maior morbimortalidade materna e infantil e a uma maior mortalidade neonatal independente da existência de condições de alto risco (POLGLIANE et al, 2014).

No Brasil, Política de Humanização Pré-natal e Nascimento (PHPN) assim como supracitado garante assistência humanizada a gestante. Por esta normatização recomenda a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal para uma gestação a termo, com início do

acompanhamento no primeiro trimestre, além da recomendação da realização de exames laboratoriais e clínico obstétrico associado a recomendação do aleitamento materno e uma consulta de puerpério até o 42º dia após o nascimento que incluem a realização da primeira consulta até o quarto mês de gestação, número mínimo de seis consultas e uma consulta de puerpério até 42 dias após o nascimento (POLGLIANE et al, 2014).

Apesar destas recomendações e da política de humanização compreende que tal qualidade de serviço não seja alcançada devido o sucateamento do serviço público, sem estrutura física, material e organizacional para promover adequada qualidade da assistência a mulher, recém-nascido e família, e o mercantil serviço privado, cujo foco é a assistência mais complexa e excludente. Tais fatores constituem violência e violação do direito das mulheres e crianças, associada a condutas mecanicistas, sem as compreensões subjetivas do binômio mãe-filho. O desconhecimento dos seus direitos a faz ser submetida ao sistema e profissionais, especialmente em momentos cercados de temores e fragilidades, como são os apresentados na gravidez, parto e pós parto (NARCHI, 2013).

Quanto ao parto e pós parto, mesmo que por lei seja instituída um acompanhante como medida de conforto e segurança, é controverso na medida que é frequente o inadequado acompanhamento ou suporte emocional da puérpera e da família, e associado a uma assistência pouco qualificada, ou puramente tecnológica, muitas vezes se torna iatrogênica e desrespeitadora dos direitos, o que pode gerar dano físico e psicológico (NARCHI, 2013).

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Delineamento do estudo**

O presente estudo é caracterizado como sendo quanti-qualitativo, descritivo, transversal e exploratório.

O estudo qualitativo associado a saúde, derivado das ciências humanas, onde não há busca de um fenômeno isolado, mas sim a compreensão do significado individual ou coletivo. Estes tem significado estruturante em torno de como as coisas significam, e como isto pode influenciar no cuidado em saúde. (BOAVENTURA, 2007).

Quanto a metodologia quantitativa envolve etapas de coleta sistemática de dados devido ao controle do processo de pesquisa, analisados mediante procedimentos matemáticos e estatísticos, buscando clareza dos dados, indicadores e tendências observáveis (GIL, 2008).

A pesquisa pode apresentar um método misto de modo a obter uma compreensão e explicação mais ampla do tema a ser estudado (GIDDENS, 2012). Para Minayo (1993) a relação entre quantitativo e qualitativo não deve ser contraditória, assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente e vice-versa. Talvez porque nenhuma é suficientemente completa para a compreensão da realidade.

Esta pesquisa é resultante de um projeto precursor denominado “Influência da bioética e da espiritualidade na saúde”, desenvolvido na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, desde 2014 a qual objetiva analisar a interferência destas vertentes para o desenvolvimento das ações em saúde, assim como a associação dos processos de aprendizagem, através do conhecimento da realidade que acomete o paciente, profissionais de saúde e familiares. Destina-se a consolidação e divulgação da importância da espiritualidade no processo saúde –doença.

### **4.2 Cenário da pesquisa**

A pesquisa foi realizada no município de Jequié-BA, situado a 365 km de Salvador, esta localizado na Mesorregião do Centro-Sul, no interior da Bahia, possuindo área territorial de 3.313 Km<sup>2</sup> e uma população total de cerca de 150.000 habitantes (JEQUIÉ, 2015). O campo de estudo foi a Santa Casa Hospital São Judas Tadeu (HSJT), maternidade de referência da microrregião de Jequié, possuindo suporte para atendimento de média e alta complexidade em atenção a saúde da gestante e do recém-nascido.

A Santa Casa foi inaugurada em 9 de junho de 2012, com 38 leitos, dos quais 10 individuais eram destinados ao Centro de Parto Normal. A estrutura física de atendimento

consta de 02 unidades de Internamento Obstétrico Cirúrgico com 15 leitos cada, 01 emergência, 01 unidade de internamento e parto normal com 15 leitos, 01 centro obstétrico com 02 salas cirúrgicas e 01 Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIneo) com 12 leitos.

O atendimento e a estrutura baseiam-se nos conceitos de humanização estabelecidos pelo Ministério da Saúde, assim como preconizado pela Política Nacional de Humanização e mais específico pelo Projeto Rede Cegonha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003).

### **4.3 População Alvo**

A população estudada foi composta da equipe profissional que atua na assistência sendo elas: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnico em nutrição, nutricionista, fisioterapeutas e assistentes sociais. Os setores onde os profissionais estão alocados: internamento obstétrico cirúrgico e normal, emergência, ambulatório, centro cirúrgico e UTI neonatal.

Para o cálculo amostral foram adotados parâmetros de IC de 95%, erro de 5% e frequência esperada de 50%. Dessa maneira dos 197 profissionais de saúde, espera-se como amostra 131 pessoas. Nesta pesquisa participaram 137 profissionais, dos quais, 23 são enfermeiros, 77 técnicos de enfermagem, 7 fisioterapeutas, 3 assistentes sociais, 4 técnicos em nutrição, 1 nutricionistas e 22 médicos.

Como critério de inclusão, foram aceitos profissionais que trabalhassem como assistenciais, que concordassem participar de forma voluntária da pesquisa. Como critério de exclusão caso de recusar na assinatura do termo de consentimento e estiverem ausentes nos momentos da pesquisa.

### **4.4 Instrumentos para obtenção de dados (ANEXO):**

Para a obtenção dos dados foi utilizado um questionário dividido em três blocos

#### **4.4.1 Dados Sócio demográficos e laboral**

Bloco A: Para a obtenção dos dados foi utilizado um questionário semiestruturado, devidamente elaborado, a fim de identificar o perfil dos participantes: gênero, idade, estado conjugal, grau de instrução e raça, assim como fatores ligados ao trabalho, tempo de serviço, profissão, setor de trabalho, número de vínculos, carga horária e regime de trabalho.

#### **4.4.2 Escala de Religiosidade/Espiritualidade**

Bloco B: Também foi utilizado um questionário adaptado do estudo Multicêntrico SBROME (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., 2013). Este questionário é composto pelas seguintes questões: 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 University Religion – DUREL). Esta escala foi validada para o Brasil (LUCCHETTI et al., 2012) e possui cinco questões que avaliam três dimensões de religiosidade que mais se relacionam com a saúde: organizacional, não organizacional e intrínseca.

#### **4.4.3 Questionário semiestruturado sobre humanização**

Bloco C: Para os questionamentos relacionadas a Humanização, foi desenvolvido um questionário específico aberto, onde os participantes responderão de acordo com as perspectivas individuais

É contemplado neste questionário conhecimento acerca da humanização, ações e impeditivos para esta estratégia, humanização associada a microcefalia e espiritualidade e formação para a humanização.

#### **4.5 Análise dos dados:**

Para a análise dos questionários quantitativos: os dados foram tabulados por dupla digitação no EpiData software 3.0 e a análise de dados pelo Statistical Package for the Social Sciences – SPSS 21, por meio da análise descritiva e testes estatísticos das variáveis. Para testar a normalidade das variáveis foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, apresentando grau de normalidade das variáveis. Os dados foram apresentados em frequência, média e desvio padrão. Para as correlações estatísticas de acordo com a natureza das variáveis foi utilizada o teste ANOVA e qui-quadrado.

Para análise dos dados qualitativos através da avaliação dos significados manifestos e latentes trazidos pelos sujeitos da pesquisa foi utilizada a análise de conteúdo temática pelo

método de Bardin (2004) A relação entre espiritualidade e saúde obteve cinco categorias de estudos, destrinchada em quinze subcategorias.

A análise temática de conteúdo propõem-se a ultrapassar o censo comum, e o subjetivismo na interpretação a fim de alcançar uma vigilância crítica em relação a comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observações. Espera-se então, compreender o pensamento do sujeito através do conteúdo exposto (MINAYO, 2007). O texto é um meio de expressão do sujeito, em que há a categorização de termos ou frases repetidas, inferindo em uma expressão representativa (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Constitui de três etapas, a pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na exploração há a classificação para o alcance dos núcleos de compreensão do texto, categorizando-as e reduzindo-as em termos ou frases constituindo unidades relevantes da pré-análise (BARDIN, 2011). Para a identificação, os dados foram colocados em tabelas, identificados os termos consoantes, configurando-os em categorias e subcategorias de acordo com a afinidade de termos e referências da literatura.

#### **4.5 Período do Estudo e aspectos éticos:**

A pesquisa foi iniciada após a submissão no comitê de ética e Pesquisa através da Plataforma Brasil, e após recebimento do parecer favorável sob CAAE 32187814.9.0000.0055, com parecer de número 805.380. A obtenção dos dados por meio da aplicação de um questionário ocorreu de Janeiro/17 a Fevereiro/17. Os procedimentos da obtenção dos dados do estudo foram iniciados somente após a submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e discussões deste estudo serão apresentados sob a forma de dois manuscritos, os quais foram elaborados de acordo com as normas dos periódicos selecionados para a submissão, de forma a atender o objetivo geral e os objetivos específicos propostos na pesquisa. O primeiro manuscrito intitulado “Conhecimento dos profissionais de saúde sobre a influência da espiritualidade no cuidado humanizado” será submetido para a Revista Brasileira de Psiquiatria, Qualis B1, conforme as instruções que estão disponíveis em (<http://www.scielo.br/revistas/rbp/pinstruc.htm>), acessado em 03 de janeiro de 2018. O segundo manuscrito “Formação em espiritualidade como ferramenta para o cuidado humanizado” será submetido na Revista de Saúde Pública, Qualis A2, seguindo as normas e instruções as quais estão disponíveis em (<http://www.scielo.br/revistas/rsp/pinstruc.htm>) acessado em 20 de janeiro de 2018.

## 5.1 Manuscrito 1:

### COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE ESPIRITUALIDADE E SUA CONTRIBUIÇÃO/INTERFERÊNCIA NO CUIDADO HUMANIZADO

#### RESUMO

Este estudo objetivou traçar o perfil dos profissionais de saúde e compreender como a espiritualidade influencia no processo do cuidado humanizado. Apresenta-se como quali-quantitativo, descritivo, analítico e experimental; o cenário da pesquisa foi um hospital maternidade de referência da macrorregião do interior da Bahia, com participação de 137 profissionais assistencialistas da equipe médica e multiprofissional. O instrumento para a obtenção dos dados foi um questionário semiestruturado. Para as variáveis quantitativas, estipulou-se a normalidade com o Teste de Kolmogorov-Smirnov, seguido do teste de associação estatística ANOVA. Para os dados qualitativos, utilizou-se a Análise de Conteúdo Temática de Bardim, encontrando 5 categorias de análise: interferência do transcendente; qualidade do cuidado; apoio espiritual; outros; não há associação. Observou-se que os achados deste estudo estão de acordo com os da literatura quanto ao perfil dos profissionais, prevendo maior conhecimento da espiritualidade entre mulheres, e as mesmas costumam buscar este conhecimento através de livros religiosos. A formação acadêmica foi um importante fator para o entendimento da influência da espiritualidade e humanização, onde observou-se que o conhecimento da temática está embasado no censo comum.

**DESCRITORES:** Espiritualidade; humanização; Religiosidade.

#### ABSTRACT

This study aimed to outline the profile of professionals and to understand how spirituality influences the process of humanized care. It is presented as quali-quantitative, descriptive, analytical and experimental; the scenario was a maternity hospital of reference of the macroregion of the interior of Bahia, with participation of 137 professional assistencialistas of the medical and multiprofessional team. For the quantitative variables, normality was established with the Kolmogorov-Smirnov test, followed by statistical association tests ANOVA. For the qualitative data, the Thematic Content Analysis of Bardim was used, finding 5 categories of study: interference of the transcendent; quality of care; spiritual support; others; there is no association. It was observed that the findings of this study are in accordance with those of the literature regarding the profile of professionals, predicting greater knowledge of spirituality among women, and they usually seek this knowledge through religious books. Academic training was an important factor in understanding the influence of spirituality and humanization.

**DESCRIPTORS:** Spirituality; Humanization; Religiosity.

## INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>1</sup> o cuidado pode considerar a saúde como não apenas ausência de doença, e sim o completo bem estar físico, social, espiritual e mental. Assim, o cuidado deverá ser integral, e os profissionais de saúde necessitam estar preparados e dispostos para este desafio.

Dentre as dimensões humanas apontadas pela OMS, considerando o indivíduo de forma integral, a espiritualidade é o aspecto que tem recebido menos atenção no cuidado em saúde, desconsiderando a sua importância na recuperação do pacientes. Portanto, apesar de ser difundida há algumas décadas, principalmente entre os orientais, a espiritualidade necessita de maior aplicabilidade no cotidiano da saúde, e para tal maior conhecimento por todos envolvidos no processo de cuidar.

Uma melhor qualidade de vida e bem estar existencial está associado a busca pelo entendimento do transcendente, religioso e espiritual tanto na saúde, quanto na doença, através da significação da vida e especificamente no religioso com a crença no poder de um ser supremo<sup>2</sup>.

Assim, tende a aumentar a responsabilidade de fornecer o suporte, que muitas vezes são direcionados a seguidores pastorais e clérigos ao invés de profissionais da saúde. Entretanto controvérsias destituíam sobre se o mérito desta avaliação e cuidado está sobre o tratamento clínico oferecido em hospital e ambientes de ambulatório<sup>3</sup>.

O fato da interação da clínica física com a espiritual congregar valores que devem ser trabalhados, tanto na área médica quanto na multiprofissional, que muitas vezes compartilham a fé, crenças e experiências pessoais, sem necessariamente seja imposta.

A identificação da espiritualidade em concordância com a humanização pode gerar fatores de impacto absoluto sobre a estadia hospitalar, sobretudo quando há intencionalidade de avaliar o início da vida. Por posto questiona-se como a espiritualidade pode influenciar no cuidado humanizado de profissionais de saúde em uma maternidade de referência. Desta forma, o objetivo deste artigo é traçar o perfil dos profissionais e compreender como a espiritualidade influencia no processo do cuidado humanizado.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, de abordagem transversal, descritiva, analítica, resultante de um projeto percussor denominado “Influência da bioética e da espiritualidade na saúde”. Foi realizado em uma maternidade no interior da Bahia e participaram da pesquisa profissionais da saúde, alocados nos setores de Centro Médico, Centro Obstétrico Centro Cirúrgico e Centro de Neonatologia totalizando 137 participantes. Como critério de inclusão, foram aceitos profissionais que trabalhassem como assistenciais e aceitassem participar de forma voluntária da pesquisa. Como critério de exclusão caso de recusar na assinatura do termo de consentimento, ser participante efetivo da assistência e estiverem ausentes nos momentos da pesquisa.

Para a seleção dos participantes, inicialmente foi realizado um levantamento dos profissionais da instituição e depois utilizado o cálculo amostral com parâmetros de IC de 95%, erro de 5% e frequência esperada de 50%, onde dos 197 profissionais, compreenderam o mínimo de 131 integrantes. Nesta pesquisa, participaram 137 profissionais, 22 são médicos, 23 enfermeiros, 77 técnicos de enfermagem, 4 técnicos em nutrição, 1 nutricionista, 7 fisioterapeuta e 3 assistente social. Os dados foram obtidos entre janeiro e fevereiro de 2017, por meio da aplicação de um questionário.

Como medida legal esta pesquisa foi aprovada no comitê de ética sobre CAAE 32187814.9.0000.0055, seguida da aprovação da instituição hospitalar e por fim leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## INSTRUMENTOS

Foram utilizados instrumentos estruturados e semiestruturados para atingir os objetivos propostos, os quais:

Questionário sócio demográfico e laboral: Questionário semiestruturado, devidamente elaborado, a fim de estudar as variáveis independentes – gênero, idade, estado conjugal, grau de instrução e raça, assim como fatores ligados ao trabalho, tempo de serviço, profissão, setor de trabalho, número de vínculos, carga horária e regime de trabalho.

Escala de espiritualidade/ religiosidade: Questionário adaptado do estudo Multicêntrico SBAME (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<sup>4</sup>. Este questionário é composto pelas seguintes questões: 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.

Para avaliação qualitativa utilizou-se um roteiro auto aplicável o qual discriminava questionamentos sobre conhecimentos da humanização, aplicabilidade da humanização no cuidado e relação entre humanização e espiritualidade. Os participantes foram codificados em P01; P02....P100...).

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise dos questionários quantitativos: os dados foram tabulados por dupla digitação no EpiData software 3.0 e a análise de dados pelo Statistical Package for the Social Sciences – SPSS 21, por meio da análise descritiva e testes estatísticos das variáveis. Para testar a normalidade das variáveis foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, apresentando grau de normalidade das variáveis. Os dados foram apresentados em frequência, média e desvio padrão. Para as correlações estatísticas de acordo com a natureza das variáveis foi utilizada o teste ANOVA.

Para análise dos dados qualitativos através da avaliação dos significados manifestos e latentes trazidos pelos sujeitos da pesquisa foi utilizada a análise de conteúdo temática pelo método de Bardin<sup>5</sup>. A relação entre espiritualidade e saúde obteve cinco categorias de estudos: Interferência do transcendente; Qualidade do cuidado; Apoio espiritual; Outros; Não há associação.

## RESULTADOS

Após assinatura do TCLE, foi iniciado pelos participantes o preenchimento do questionário autoaplicável, sendo possível descrever o perfil dos participantes. Foram coletados 137 questionários, destes 84,7% são do sexo feminino e 46,7% encontram-se entre 29 e 37 anos, com média em 34 anos. Quando questionado sobre a situação conjugal observou-se que 67,9% apresentaram companheiro, sendo casado ou com união estável, e sobre o nível de escolaridade, 55,5% possui uma formação técnica, dentre as quais o maior gradientes está entre os técnicos de enfermagem.

Dos trabalhadores, 81 exercem função técnica, destes 77 (56,2%) como técnico de enfermagem e 4 (2,9%) como técnico de nutrição, e apesar de cinco destes possuírem ensino superior continuam a exercer atividade técnica. Em seguimento, 23 (16,8%) são enfermeiros, 22 (16,1%) médicos, subdivididos em obstetras, anestesistas, pediatras e neonatologistas. Dentre as categorias 07 (5,1%) fisioterapeutas e todas estão alocadas na UTI neonatal, 01 (0,7%) nutricionista e 03 (2,2%) atuam como assistentes sociais.

Da Unidade de Terapia Neonatal participaram 45 (33,6%) profissionais, seguido do Centro de Parto Normal com 25 (18,2%) onde são realizados os partos normais e acompanhamento pós parto imediato. Do total, 61 (44,5%) já atuavam com assistência na saúde, em diversas áreas, e visto que a Unidade Hospitalar possui somente 5 anos de inauguração, 88 (64,2%) possui vínculo com a instituição em menos de 3 anos, e mesmo que a condição de trabalho não solicite dedicação exclusiva, 87 (63,5%) possui somente um vínculo de trabalho.

Quando avaliado sobre as crenças religiosas dos participantes, observou-se que 108 (81,2%) declararam possuir algum tipo de afiliação religiosa, destes 54 (39,5%) evangélicos, 40 (29,2%) católicos, onde 49 (36,8%) declararam frequentar algum tipo de atividade religiosa uma vez na semana, e que 68 (49,6%) dispõem de algum momento no dia para realizar alguma atividade religiosa, desde, ritos e orações. Quando questionado sobre a presença de Deus na vida deles 117 (87,3%) consideram esta afirmativa verdadeira, onde suas ações são guiadas pela presença deste ser divino, e 91 (67,9%) acreditam que suas ações são guiadas por estas crenças e 76 (56,7%) se esforça para viver os preceitos da fé. Quando questionado sobre a crença em Deus, 133 (99,1%) responderam afirmativamente e 93 (69,3%) acreditam na vida após a morte.

Sobre o entendimento dos profissionais de saúde relativo a espiritualidade e sua conceituação com a saúde, em respostas múltipla escolha, podendo o participante associar mais de uma resposta ao questionamento, podendo marcar até todas alternativas disponíveis.

**Tabela 1 – Opinião de profissionais assistencialistas de maternidade sobre a espiritualidade e saúde, Jequié, BA. 2017**

Variável	N (%)	Média ±DP
<b>Como você define espiritualidade (múltipla escolha)</b>		
Postura ética e humanística	22 (16,1)	0,16 ± 0,37
Busca de sentido e significado da vida	33 (24,1)	0,24 ± 0,43
Crença e relação com Deus	78 (56,9)	0,57 ± 0,49
Crença em algo transcendente a matéria	25 (18,2)	0,18 ± 0,38
Crença na existência da alma	23 (16,8)	0,17 ± 0,37
<b>Como você associa espiritualidade e saúde (múltipla escolha)</b>		
Humanização da medicina	37 (27,2)	0,27 ± 0,44
Qualidade de vida	32 (23,5)	0,24 ± 0,42
Saúde total	28 (20,6)	0,21 ± 0,40
Interferência positiva ou negativa	35 (26,1)	0,26 ± 0,44
Interferência do transcendente	23 (16,8)	0,18 ± 0,40
Abordagem do viver e do morrer	32 (23,5)	0,24 ± 0,44
<b>O quanto você acha que a espiritualidade influencia na saúde do paciente</b>		1,90 ± 0,87
Extremamente	49 (36,0)	
Muito	60 (44,1)	
Mais ou menos	19 (14,0)	
Pouco	7 (5,1)	
Muito pouco ou nada	1 (0,7)	
<b>Essa influência é positiva ou negativa</b>		1,65 ± 1,0
Positiva	93 (68,4)	
Negativa	4 (2,9)	
Iguais	32 (23,5)	
Não tem influência	7 (5,1)	
<b>Com que intensidade a espiritualidade influencia na saúde do paciente</b>		2,52 ± 1,0
Enorme	19 (14,0)	
Grande	60 (44,1)	
Moderada	35 (25,7)	
Pequena	11 (8,1)	
Não interfere	11 (8,1)	

A partir dos dados apresentados na tabela 01, destacamos a importância que estes profissionais visionam a espiritualidade na prática clínica, 83,2% sentem-se à vontade de abordar este tema com seus pacientes, onde em sua maioria, 50,4% sentem-se moderadamente preparados para realizar esta abordagem, porém 44% consideram moderada pertinência para tratar com o paciente.

Sobre a prática de rezar/orar com o paciente 76,6% consideram pertinente somente quando o paciente solicitar, onde 53,3% quando solicitado também questionaram sobre a espiritualidade dos pacientes. Dos 45,3% que não questionam descrevem o medo de impor o ponto de vista religioso (39,4%), falta de tempo (34,1%), visto as necessidade de cumprimento das rotinas hospitalares para o cuidado, alguns apresentam o medo de ofender (30,4%). Todavia, 45,9% acreditam que os pacientes nunca se sentem desconfortáveis nesta abordagem.

**Tabela 2 – Correlação estatística entre espiritualidade de profissionais assistencialistas de maternidade e sexo e grau de instrução, Jequié, BA. 2017**

	SEXO		P
	Masculino (Média±DP)	Feminino (Média±DP)	
<b>O que você entende por espiritualidade?</b>			
Postura ética e humanística.	0,19±0,40	0,16±0,36	0,700
Busca de sentido e significado para a vida humana	0,24±0,43	0,24±0,43	0,958
Crença e relação com Deus	0,48±0,51	0,59±0,49	0,330
Crença em algo transcendente a matéria	0,43±0,50	0,14±0,34	<b>0,001*</b>
Crença na existência da alma	0,14±0,35	0,17±0,38	0,729
<b>De que forma você busca conhecimentos sobre temas de saúde e espiritualidade?</b>			
Eu não busco conhecimento sobre o tema	0,25±0,48	0,26±0,51	0,934
Assisto palestras que abordam o tema	0,13±0,34	0,24±0,43	0,318
Leio livros que abordam o tema	0,06±0,25	0,35±0,48	<b>0,021*</b>
Leio artigos que abordam o tema	0,06±0,25	0,14±0,43	0,511
Procuro ensinamentos com docentes	0,00±0,00	0,18±1,08	0,507
Procuro ensinamentos dentro da religião	0,69±0,48	0,60±0,56	0,580
	GRAU DE INSTRUÇÃO		p
	Técnico (Média±DP)	Superior (Média±DP)	
<b>O que você entende por espiritualidade?</b>			
Postura ética e humanística.	0,20±0,40	0,11±0,32	0,182
Busca de sentido e significado para a vida humana	0,17±0,38	0,33±0,47	<b>0,037*</b>
Crença e relação com Deus	0,63±0,49	0,51±0,50	0,167
Crença em algo transcendente a matéria	0,09±0,29	0,30±0,46	<b>0,002*</b>
Crença na existência da alma	0,13±0,34	0,21±0,41	0,220
<b>Você associa o assunto “Saúde e espiritualidade” com:</b>			
Humanização da medicina	0,32±0,47	0,21±0,41	0,166
Qualidade de vida	0,27±0,44	0,20±0,40	0,343
Saúde total	0,12±0,33	0,31±0,47	<b>0,006*</b>
Interferência positiva ou negativa	0,32±0,47	0,20±0,40	0,122
Interferência do transcendente	0,09±0,29	0,28±0,49	<b>0,007*</b>
Abordagem do viver e do morrer	0,20±0,40	0,30±0,49	0,219
<b>Alguma das afirmações seguintes desencoraja você a discutir religião/espiritualidade com seus pacientes?</b>			
Falta de conhecimento	0,09±0,30	0,11±0,31	0,845
Falta de treinamento	0,00±0,00	0,13±0,33	0,216
Falta de tempo	0,45±0,52	0,27±0,44	0,222
Desconforto com o tema	0,00±0,00	0,22±0,42	0,085
Medo de impor	0,36±0,50	0,38±0,49	0,914
Conhecimento de religião não é relevante	0,00±0,00	0,05±0,21	0,467
Não faz parte do meu trabalho	0,09±0,30	0,19±0,39	0,430
Medo de ofender o paciente	0,00±0,00	0,40±0,49	<b>0,010*</b>
Medo de que meus colegas não aprovem	0,00±0,00	0,13±0,38	0,275

P estatístico (>0,005), Teste ANOVA

Para prever os enunciados, na tabela 2 foi realizada uma comparação de médias, através dos índices estatísticos. Quando correlacionado o sexo (masculino e feminino) com o entendimento da relação da espiritualidade com a saúde, não foi observado correlação estatística nas categorias: humanização da saúde; Qualidade de Vida; Saúde total; Interferência Positiva ou Negativa; Interferência

no Transcendente; abordagem do Viver e do Morrer. Da mesma forma não houve correlação estatística significativa para o grau de instrução (técnico e superior) e a busca de conhecimento sobre o tema de saúde e espiritualidade.

Em complemento aos dados quantitativos, a interpretação dos dados qualitativos, a partir da interpretação literal dos enunciados do roteiro semiestruturado referente a interferência da espiritualidade para o cuidado humanizado, onde foram analisados 137 assertivas, das quais dispunha de 171 enunciados característicos. A análise foi organizada em categorias temáticas (Bardin, 2011) que corresponde a 1) Interferência do ser transcendente; 2) Qualidade do cuidado ofertado; 3) Apoio espiritual; 4) Outros; 5) Não há associação. A tabela a seguir apresenta as categorias, exemplos de fala das participantes e o quantitativo da resposta de cada uma.

Os participantes compreendem a razão da influência da espiritualidade no processo de humanização segundo as informações coletadas como de razão multifatorial, sendo que esta, depende desde ao processo de estruturação do ambiente de trabalho e valorização profissional, até como o profissional se porta diante do cuidado ao próximo, na complexa relação que se observa, ao de se dar função/ sentido ao processo de cuidar. Esta relação é mencionada nos enunciados:

*Realizar qualquer ato considerando o ser humano como um ser único e complexo, onde está inerente o respeito e compaixão para com o outro. (P58)*

*Oferecer ferramentas apropriadas para o desenvolvimento do trabalho, respeitar o indivíduo, suas diferenças, e dar-lhe motivação como a melhoria nos benefícios financeiros do colaborador. (P38)*

Em associação, o cuidado humanizado provém de uma necessidade de ressignificação das relações que envolvem o processo de saúde e doença, ou de busca da compreensão que se dá ao início da vida humana. É destacado neste momento a forma representativa por P99, onde:

*A definição de humanização está no convívio harmônico, ético, respeitável, responsável entre os colegas de trabalho. Prestar uma assistência de qualidade, buscando a promoção e recuperação da saúde do paciente, cuidado, proporcionando conforto, não pensar somente nos procedimentos, mas em todos fatores que envolvem o paciente (P99).*

A humanização é de razão multifatorial, necessitando que todos os fatores e requisitos sejam atendidos, desde o acolhimento do paciente e seus acompanhantes/ familiares, a compreensão do sofrimento alheio, relacionamento ético interpessoal, o cuidado seguindo os preceitos da bioética, uma estrutura ambiental favorável e a valorização profissional.

**Tabela 3 – Análise qualitativa da influência da espiritualidade na humanização, Jequié, BA. 2017**

<b>Categoria</b>	<b>Exemplo</b>	<b>N = 171 (% = 100%)</b>
<b>1. Interferência do transcendente</b>		
1.1 Crença em um ser supremo	“Independente da religião todos acreditam que exista um ser superior, e quando você fala sobre esse ser todos com a sua fé acreditam em algo melhor” (P02)	18 (10,53%)
1.2 Crença religiosa e fé	“Pessoas que tem acompanhamentos ou frequentam alguma religião são pessoas transformadas e disciplinadas tornando assim um momento mais aceitável e confortável” (P03)	32 (18,7%)
1.3 Transcendente	“Acredito que nada acontece por acaso. Que todos tem um destino e uma missão, mesmo que incompreensível” (P31)	10 (5,85%)
<b>2. Qualidade do cuidado</b>		
2.1 Integralidade	“Acredito que sim, pois um dos pilares da humanização é a integralidade.” (P62)	4 (2,34%)
2.2 Cuidado afetivo	“Acredito plenamente que soma de forma positiva. Todo indivíduo que age de forma espiritual se torna muito mais amoroso e humano.” (P71)	16 (9,35%)
2.3 Comunicação	“Diálogo sobre a espiritualidade deverá ser realizado no processo do cuidar.” (P78)	5 (2,92%)
2.4 Empatia	“A partir do momento que você se colocar no lugar do outro, automaticamente você trata a pessoa como gostaria de ser tratado, portanto tudo se facilita, claro que isto ocorre de acordo entre ambos os lados, a permissão.” (P58)	9 (5,26%)
2.5 Respeito	“Ocorre aproximação com a concepção, um melhor relacionamento com respeito e acolhimento mais humanizado.” (P93)	10 (5,85%)
2.6 Tempo	“O espaço para este tema durante o período de internamento é, na minha experiência, limitado, uma vez que há expectativa de recursos médicos e paramédicos que solucionem o quadro e a expectativa temos que dar suporte e não há uma expectativa do estímulo a espiritualidade” (P87)	3 (1,75%)
<b>3. Apoio espiritual</b>		
3.1 Apoio emocional	“Trabalhar as emoções das pessoas seria interessante para que possam ofertar o melhor de si, o melhor desempenho das funções para o melhor atendimento ao público.” (P03)	15 (8,77%)
3.2 Compreensão e aceitação	“A espiritualidade ajudaria o paciente ou os responsáveis pelo paciente a entenderem e aceitarem o melhor doença e injurias, melhorando a adesão ao tratamento.” (P08)	11 (6,43%)
3.3 Estado de espírito	“A espiritualidade auxilia na busca por melhora, na convicção que há uma chance de melhora.” (P32)	16 (9,36%)
<b>4. Outros</b>		
4.1 Estado laico	“Sim, mas a espiritualidade vista como religião não deve ser indicada, pois fere o princípio do estado laico em que vivemos.” (P18)	3 (1,75%)
4.2 Formação profissional	“Há necessidade de palestras que aborde o tema.” (P19)	8 (4,67%)
<b>5. Não há associação</b>	“Não possuem relação de tema.” (P43)	<b>11 (6,46%)</b>

## DISCUSSÃO

Assim como nesta pesquisa observou-se no estudo multicêntrico com estudante de medicina realizado por Luchetti et al<sup>6</sup> uma grande maioria da participação de mulheres (53,8%), visto também a idade jovem dos participantes (22,5), porém neste a média foi de 34 anos. Outro estudo, realizado na mesma cidade desta pesquisa, porém com trabalhadores de UTI adulto em outra instituição apresentou resultados semelhantes, desde o sexo, a média de idade de 37 anos, filiação religiosa evangélica e a afirmativa da presença de Deus no atendimento<sup>7</sup>.

A maioria dos participantes apresentam filiação religiosa, porém ao contrário deste, primeiramente de católicos, permanecendo com dados semelhantes quanto a crença em Deus e a atividade religiosa exercida. Neste, foi observado que as crenças religiosas estavam fortemente associadas aos conflitos éticos do ambiente hospitalar, onde os mais religiosos/espiritualizados eram menos propensos a aceitação da morte, eutanásia, aborto e outro<sup>6</sup>.

O impacto da espiritualidade também foi encontrado de forma positiva em outros estudos, observando que para Longuiniere et al<sup>7</sup> já é forte a tendência da consideração deste no processo de reabilitação (96,2%) e 80% sentiam a necessidade de abordar a temática. Neste estudo, 76,6% consideraram a abordagem somente quando o paciente solicitar, visto que algum obtinha o medo de impor, falta de tempo para esta abordagem e medo de ofender. Esta última apresentou significância estatística quando relacionado a categoria profissional técnica e superior.

Similarmente, no Missouri (EUA), médicos de família apresentam que o bem estar espiritual é um componente para a saúde (96%) sendo que os pacientes hospitalizados nunca se sentiam desconfortáveis com a abordagem sobre espiritualidade e deveriam ser atendidos por capelões<sup>8</sup>. Contrário aos nossos resultados, um estudo realizado recentemente na Índia, com alunos de medicina, onde 48% não encontraram na espiritualidade um elemento para a saúde, e para os que possuíam alguma crença associaram ao cuidado das necessidades psicológicas<sup>9</sup>.

Koenig<sup>10</sup> verificou que 90% dos pacientes dizem que crenças religiosas e suas práticas são importantes maneiras pelas quais eles podem enfrentar e aceitar melhor as doenças físicas, e mais de 40% indicam que a religião é o fator mais importante que os ajuda nessas horas. Assim, observa-se significativa influência da espiritualidade no processo saúde-doença. Nesse contexto, a valorização da importância da abordagem da espiritualidade e religiosidade na prática clínica revela-se um campo fértil para o desenvolvimento dessas competências, bem como oportunizar espaços de discussão sobre o papel da espiritualidade e da religiosidade entre os docentes e com os estudantes desde o início da formação, o que pode contribuir para contemplar uma terapêutica mais integrativa e humanística<sup>11</sup>.

Neste estudo foram verificadas algumas associações estatísticas, porém não houveram estudos para comparação dos achados, desta forma, compreende que o caráter exploratório original abarca uma nova perspectiva quanto a relação estabelecida entre o ensino técnico e o superior, neste não sendo investigada entre as diversas categorias profissionais. Considera hipoteticamente que a categoria de

ensino superior possa apresentar um melhor conhecimento da espiritualidade do que no ensino técnico. Neste, as associações estatísticas quando questionado sobre o que é espiritualidade foram para “busca de significado e sentido a vida” e “crença em algo transcendente a matéria”. Para tal, quando questionado sobre como o participante busca sobre o tema espiritualidade e saúde, apresentou significância estatística para a busca por livros que abordem o tema em profissionais do sexo feminino.

Para tal justifica-se a existência de uma maior consciência para ao transcendente, religiosos e espiritual como parte da vida humana, quer em saúde ou em doença. A reciprocidade deve ser enfatizada no cuidado espiritual<sup>12</sup>, assim como estabelece-se uma conexão entre os participantes através das suas crenças e valores<sup>13</sup>, onde a espiritualidade é moldada por circunstâncias sociais, crenças e valores presentes na cultura.

Como enfrentamento, a espiritualidade e religião traduzem a busca pelo significado a vida, ao trato da saúde mental, desempenham papel vital na vida pessoal e social que podem através de métodos transcendentais participar do processo que envolve o cuidado e a cura, onde descreve que pessoas espiritualizadas identificam o significado e o objetivo da vida, através da crença e fé em um ser superior, auxiliando nos momentos de estresse e de adaptação as situações para fim de superação<sup>14</sup>.

De uma forma ampla, os profissionais que apresentam um nível de religiosidade possuem uma tendência para aceitar a condição de saúde de seus pacientes, assim como as justificativas religiosas para a origem da doença. Compreende-se que há um completo desconhecimento dos profissionais em conciliar o saber em saúde com os fatores culturais do paciente, sendo o senso comum o maior embasamento para a interpretação da espiritualidade e da religiosidade na área da saúde. Este conhecimento pautado no senso comum é justificado pela ausência da formação para lidar de modo adequado com o tema (FREITAS, 2014).

A compreensão de Deus pelo senso comum esta associada a fé como um elemento de conexão que possibilita a relação com o divino. Este ser que se encontra além da objetividade humana é construído como sentido da vida e do enfrentamento da doença e da morte (GOMES et al, 2016)

Nesta, a categoria “Intervenção do transcendente” relacionada aos profissionais como um componente aditivo no processo de trabalho com ênfase no bem estar global, onde acredita-se que profissionais mais espiritualizados tendem a reconhecer a importância da espiritualidade no componente de cuidado.

*Acreditando-se em Deus (um “supremo”) geralmente o indivíduo não vê o paciente, o indivíduo, como um detentor de um corpo apenas, mas também um espírito que necessita de atenção, afeto, respeito, compaixão e amor sobre tudo.(P.01)*

Assim como enunciado neste estudo, Croscato e Bueno<sup>15</sup> discutem que para os trabalhadores da saúde a compreensão está relacionado a algo maior, alicerçado sobre o religioso e o mito da concepção, além de ser puramente biológico. Convém discernir que espiritualidade é uma busca de filosofia individual, que são, os valores e o significado atribuído à vida, e portanto, não é definida como uma doutrina religiosa, o essencial do que é um ser humano sobre questões existenciais. Religiosidade é

traduzido como uma relação entre um grupo de pessoas e algum tipo de divino ou sobrenatural, força, vinculada ao sagrado e a uma doutrina<sup>16</sup>.

Diante das afirmativas e a expressão da espiritualidade pela religião, a qual é estabelecida por dogmas e simbolizada por doutrinas e rituais que obedecem os preceitos morais e éticos vinculados a um ser supremo. Oferece ao indivíduo um significado da vida além da realidade terrena, proporcionando explicações para ocorrências misteriosas da vida, como por exemplo, a morte<sup>17</sup>.

Para a categoria descrita como não havendo associação entre espiritualidade e saúde observa a presença do científico predominante ou total desconhecimento do tema. Há um paradigma pós moderno, que decorre que o cuidado em saúde é dissociado de religião. *“Você pode ser humano por questões de ética e moral e não ser espiritual.” (P101)*

Este padrão de sociedade iniciado com o niilismo (doutrina de Nietzsche), pregou na civilização ocidental a extinção de valores e por conseguinte o desaparecimento das justificativas acerca da existência do homem, negando a importância da religião e do transcendente para assumir o padrão de racionalização, constituindo a doutrina do “Super-homem”<sup>18</sup>.

Neste campo, há uma representação direta da medicina, alicerçada na ciência e avanços tecnológicos, o que em períodos distintos era representado pela religião e salvação. Exemplificando, assim como a crença em um ser salvador, onipotente, dotado de toda a fonte de esperança, passou a ser com o advento da ciência, como o advento dos antibióticos para infecções incuráveis, primeiro bebe de proveta, realização de transplantes, sobrevivência cada vez maior de recém-nascidos prematuros entre outros<sup>19</sup>. Através desta mudança que instituiu o estado laico.

*A espiritualidade vista como um processo de alívio do sofrimento, sim, mas a espiritualidade vista como religião não deve ser indicada, pois fere o princípio do estado laico em que vivemos. A humanização deve ser um processo transcendente aos profissionais de saúde, deve ser um dos princípios básicos de atendimento ao ser humano.(P18)*

A utilização da ética baseia-se em valores internos (espirituais), através da esperança, para uma reflexão crítica acerca do padrão moldado de civilização da exterioridade, superficialidade, individualismo, imediatismo e consumismo<sup>19</sup>. Neste propósito, a categoria Qualidade do cuidado descreve a associação da bioética do cuidado, onde os entrevistados descrevem a necessidade de visualizar o paciente como um todo, e como parte de um social. Trata-se de saltar de uma ética da individualidade para a da solidariedade e da cooperação<sup>20</sup>

*Com certeza, através das demonstrações afetivas, atenção, carinho, com um toque, um olhar com diálogo, desenvolvendo e esclarecendo a função com qualidade, responsabilidade e seriedade. (P. 23)*

*Em todos os momentos de nossa vida temos que nos apegar, e ter um porto seguro para poder depositar nele nossas necessidades como por exemplo Deus; se temos ele vamos seguir os seus mandamentos que é amar o próximo, dar o melhor em tudo que iremos fazer tanto na vida profissional, quanto na vida secular, e isso tudo se caracteriza como humanização. (P. 37)*

Outro aspecto que apresentou significância estatística advém do questionamento sobre a relação entre saúde e espiritualidade, apresentando “Saúde total” e “Interferência do transcendente”. Para tal abordagem neste ponto que o cuidado humanizado, integral e interdisciplinar cruza com a investigação

espiritual, além dos comportamentos éticos e técnicos, superando os métodos centrados no aspecto biológico do processo saúde e doença<sup>21</sup>. Para Longuinier<sup>7</sup> quando em situação de hospitalização, esta ferramenta pode auxiliar durante momentos de fragilidade, medo do desconhecido e do desfecho clínico.

Sentido também que tem que ser alicerçado no diálogo entre os participantes através da aproximação e integração das culturas e trocas de experiências e vivências. Assim, se apresenta como um modo do profissional de interagir nas relações do cuidado. Ainda assim vale destacar que deve-se saber ouvir, escutar, pois ao estar atento ao outro é possível conhecer as necessidades do cuidado<sup>22</sup>. Sendo enfim uma nova proposta para o cuidado não mais segmentado, deixando também claro que não se deve impor um ponto de vista religioso.

*A espiritualidade influencia na comunicação quando eu posso orientar o paciente e seu familiar da prática clínica e quanto tento dar o suporte de fé para que tudo se acalme, porem sempre ouço, tenho medo de impor. (P. 109)*

Esta necessidade de dar enfoque as questões espirituais advém justamente deste padrão da sociedade buscando ressurgir valores e virtudes, das quais a espiritualização e a crença religiosa são partes integrantes da cultura, e esta influência é analisada pela psicologia fenomenológica - existencial (relevância da religião na cultura, incidência do fenômeno religioso na clínica psicológica, relações entre religiosidade e saúde mental e consideração dos valores na prática clínica), oncologia e por profissionais de saúde<sup>19</sup>.

A categoria apoio espiritual é justificada neste processo, onde o participante P.03 e P.13 respectivamente descrevem:

*Trabalhar as emoções das pessoas seria interessante para que possam ofertar o melhor de si, o melhor desempenho das funções para o melhor atendimento ao público.*

*Um cuidado humanizado pela espiritualidade preconiza ajudar o paciente a compreender, aceitar e enfrentar a enfermidade, ou seja, propõem novas possibilidades através deste processo de enfermidade do paciente se encontrar contribuindo para reviver a esperança, a alegria em viver, a força de vontade em viver e transformar tal situação.*

Visto todos os discursos analisados, observa-se que a humanização não é um efeito isolado da espiritualidade, pelo contrário, a mesma se mantém em uma pluralidade de sentidos. Consiste em uma soma dos fatores morais aos de produção através dos processos de gestão em saúde.

Sendo a capacidade de equilíbrio entre o fator protetor diante do reflexo do sofrimento do paciente e a atuação neste sofrimento frente as necessidades clínicas geram mudanças para o quanto este profissional utiliza da espiritualidade como forma integrativa do cuidado. Para alguns, esta forma de cuidar é fator próprio da bioética do cuidado, onde a mesma não deve ser compreendida somente a finitude da vida, através do cuidado paliativo, mas abrange-se desde o cuidado da vida individual e em grupo, ao iniciar-se a gestação desenvolvimento e nascimento.

Considera-se neste estudo, que o conhecimento da espiritualidade agrega ao fator humanização, tanto em meta de auxílio da saúde mental do profissional de saúde, mas como fator de qualificação da assistência à saúde. Neste, é possível ultrapassar o proposto da humanização como regra, ou mesmo

política, tornando-o mais abrangente e pessoal. Traz ao enfoque que humanizar a assistência depende em sua parcela de como o profissional se considera em seu posto de trabalho e o quanto ele pode doar-se como ser humano, não como título ou categoria profissional, mas sim, humano. Traz à tona a identificação de um indivíduo com o seu semelhante, talvez por amor ao próximo, ou mesmo por empatia, ensejo de que o cuidado mesmo que técnico se torne mais integral.

## REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization (1998). WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB): report on WHO Consultation. Geneva: WHO.
- 2 Rassoulia A, Seidman C, Löffler-Stastka H. Transcendence, religion and spirituality in medicine. Medical students' point of view. *Medicine* 2016; 95:38.
- 3 Daaleman TP, Usher BM, Williams SW, Rawlings J, Hanson LC. Na Exploratory Study of Spiritual Care at the End of Life. *Ann Fam Med* 2008;6:406-411.
- 4 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; 13:149 – 162.
- 5 Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2004.
- 6 Lucchetti G, Oliveira LR, Leite JR, Lucchetti ALG, col. Medical students and controversial ethical issues: results from the multicenter study SBAME. *BMC Medical Ethics* 2014, 15:85
- 7 Longuiniere ACF, Yarid SD, Silva ECS. Influência da religiosidade/espiritualidade dos profissionais da saúde na valorização da dimensão espiritual do paciente crítico. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 2017; 11 (6):2510-7.
- 8 Ellis MR, et al. Addressing Spiritual Concerns of Patients. *Journal of Family Practice*. 1999, p. 105
- 9 Sharma S, Lal P. Concepts of Spirituality Prevailing among Undergraduate Medical Students in Delhi. *Indian Journal of Social Psychiatry*. 2017; 33 (1):50 – 52.
- 10 Koenig HG. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *International Scholarly Research Network Psychiatry*. 2012; 1: 1-33.
- 11 Oliveira, RA. Saúde e espiritualidade na formação profissional em saúde, um diálogo necessário. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*. 2017: 54-55.
- 12 Rumbold B. Spirituality and Palliative Care: social and pastoral perspectives. Melbourne: Oxford University Press, 2002.
- 13 Lunn, J.S. Spiritual Care in a Multi religious Context. *J Pain Palliative Care Pharmacother*, 2003; 17:153–166
- 14 Chaudhry HR. Psychiatric care in Asia: spirituality and religious connotations. *International Review Psychiatry*. 2008; 20 (5): 477- 483.
- 15 Coscrato G, Bueno SMV. Spirituality and humanization according to nursing undergraduates: an action research. *Invest Educ Enferm*. 2015; 33(1): 73-82.
- 16 Chan MF, Chung LYF, Lee ASC, Wong WK, Lee GSC, LAU CY, et al. Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in Hong Kong nurses: results of a cluster analysis. *Nurse Educ Today*. 2006 Feb; 26(2):139-50.
- 17 Silva JB, Silva LB. Relação entre religião, espiritualidade e Sentido da vida. *Logos & existência: Revista da associação brasileira de logoterapia e análise existencial*. 2014; 3 (2): 203-215.
- 18 Pessanha PP, Andrade ER. Religiosidade e prática clínica: um olhar fenomenológico-existencial. 2009; 3(10): 75 -86.

- 19 Souza VCT. Bioética e espiritualidade na sociedade pós-moderna desafios éticos para uma medicina mais humana. *Revista Bioetikas- Centro Universitário São Camilo* - 2010;4(1):86-91
- 20 Silva JMC. Bioética: entre a ética do cuidado, a solidariedade e a dignidade. *rev.latinoam.bioet.* 2014; 14 (2): 10-11.

## 5.2 Manuscrito 2

# FORMAÇÃO EM ESPIRITUALIDADE COMO FERRAMENTA PARA O CUIDADO HUMANIZADO

## TRAINING IN SPIRITUALITY AS TOOL FOR HUMANIZED CARE

### RESUMO

#### Objetivo

Identificar como o nível de formação em espiritualidade dos profissionais de uma maternidade pode influenciar para uma assistência humanizada

#### Método

Estudo quali-quantitativo, descritivo, analítico. Como coleta de dados utilizou-se um questionário contendo questões estruturadas e semi-estruturadas aplicados entre dezembro/16 e fevereiro/17. Para as variáveis quantitativas foi utilizado média, frequência e porcentagens foi utilizado o SPSS21.0 e aplicado o qui-quadrado para avaliação da espiritualidade como influencia na humanização e humanização no setor de trabalho. Para os dados qualitativos utilizado Análise Temática de Conteúdo de Bardim

#### Resultados

Devido ao fato de grande parte dos profissionais de saúde, tanto nível técnico quanto superior, não terem tido formação em espiritualidade há uma divergente descrição desta temática para a correlação com a religiosidade, deste, observou-se uma insegurança quanto a aplicabilidade desta na prática dos profissionais, e assim mesmo não havendo associação estatística significativa entre espiritualidade e humanização na prática, observou-se de acordo com a análise dos discursos uma relação das duas temáticas, porém não há visibilidade da aplicação da espiritualidade no contexto da humanização em prática.

#### Conclusão

Portanto é destacado que existe uma compreensão por parte dos profissionais que a aplicação da espiritualidade gera um cuidado mais integral e de qualidade, porém esta ainda não é uma realidade na assistência, mesmo que por partes não dependa da aplicação de tecnologias caras e de ponta, depende da crença, da busca de sentido ao significado da sua vida e do próximo e da empatia com o próximo. Por conseguinte, mesmo que a espiritualidade seja um fator interno do ser humano, reflexo sobre sua avaliação perante ao mundo, há também de se considerar sobre a forte influência do ambiente para reforço ou desprendimento desta prática.

Descritores: Formação profissional, espiritualidade, humanização, integralidade

### ABSTRACT

#### GOAL

to identify how the level of spirituality training of the professionals of a maternity hospital can influence to humanized assistance

#### Method

Qualitative, descriptive, analytical study. As data collection, a questionnaire containing structured and semi-structured questions applied between December / 16 and February / 17 was used. SPSS21.0 was

used for the quantitative variables and the chi-square was used for the evaluation of spirituality as an influence on humanization and humanization in the work sector. For the qualitative data used Bardim Content Thematic Analysis

#### Results

Due to the fact that a large part of the health professionals, both technical and superior, have not had formation in spirituality there is a divergent description of this theme for the correlation with the religiosity, of this, it was observed an uncertainty as to the applicability of this in the practice of the professionals, and even if there is no significant statistical association between spirituality and humanization in practice, a relation of the two themes was observed according to the discourse analysis, but there is no visibility of the application of spirituality in the context of humanization in practice.

#### Conclusion

Therefore it is emphasized that there is an understanding on the part of the professionals that the application of spirituality generates a more integral and quality care, however this one is not yet a reality in the assistance, even though in parts it does not depend on the application of expensive technologies and of tip, it depends on the belief, the search for meaning, the meaning of your life and the neighbor and the empathy with the neighbor. Therefore, even if spirituality is an internal factor of the human being, reflecting its evaluation before the world, there is also a consideration of the strong influence of the environment to reinforce or detach this practice.

Descriptors: Professional formation, spirituality, humanization, integrality

## INTRODUÇÃO

O processo de doença e sua cura sempre esteve associado a religião, porém com a evolução da ciência, as práticas religiosas deixaram um pouco de serem utilizadas, porém sem deixar de existir na sua totalidade. A sistematização do cuidado e as condutas tecnicistas deixaram uma lacuna quando se tratava na compreensão do paciente e no respeito a sua autonomia. Neste ponto, a espiritualidade passa a ganhar espaço dentro das condutas em saúde, porém a formação de profissionais ainda necessita ser aperfeiçoada<sup>1</sup>.

A espiritualidade é justificada como uma necessidade do espírito humano para o amor, compaixão, paciência, tolerância e perdão, em uma moção positiva tanto para quem aplica, quanto para quem recebe<sup>2</sup>. Designa a espiritualidade como a abertura da consciência ao significado da vida, assim como seu processo qualitativo. Distingui-se da religiosidade por não apresentar necessidade de normas, doutrinas, rituais e aglomerações para que ocorra, parte de uma necessidade individual para a busca da propria existência<sup>3</sup>.

A formação em espiritualidade é um fator fundamental para adequação de um cuidado integral, que pressupõe uma modificação no perfil profissional, reforçando as ações humanísticas ao invés das tecnicistas através do cuidado ético. A integralidade assim como uma forma de cuidado também é um princípio do Sistema Único de Saúde implantado para a promoção, proteção e recuperação do paciente<sup>4</sup>.

O período pós parto pode ser marcado por alterações emocionais, embasada por angustia, ansiedade pela chegada de uma nova vida, onde alterações fisiológicas podem levar

ao risco tanto a parturiente quanto ao bebê, causando a morte e deficiências ao longo de uma vida<sup>5</sup>, sendo o apelo religioso das famílias uma medida de justificativa ou tranquilização para o quadro clínico. Percebe-se a espiritualidade como apego a esperança, apoio e compreensão do processo de doença e morte<sup>6,7</sup>.

O interesse pelo estudo deu-se pela visualização da prática em saúde de uma maternidade, observando que a prática em espiritualidade é fator de impacto para uma assistência de qualidade. Nesta compreensão, objetiva-se identificar como o nível de formação em espiritualidade dos profissionais de uma maternidade pode influenciar para uma assistência humanizada.

## MÉTODOS

Estudo quanti-qualitativo, de abordagem transversal, descritiva, analítica, resultante de um projeto percussor denominado “Influência da bioética e da espiritualidade na saúde”. Desenvolvido na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia a partir de 2014. Foi realizado em uma maternidade no interior da Bahia. A pesquisa pode apresentar um método misto de modo a obter uma compreensão e explicação mais ampla do tema a ser estudado<sup>8</sup>.

Participaram da pesquisa profissionais da saúde, alocados nos setores de Centro Médico, Centro Obstétrico Centro Cirúrgico e Centro de Neonatologia Como critério de inclusão, foram aceitos profissionais que trabalhassem como assistenciais, aceitassem participar de forma voluntária da pesquisa. Como critério de exclusão caso de recusar na assinatura do termo de consentimento, mesmo que apresentasse interesse na pesquisa, ser participante efetivo da pesquisa e estiverem ausentes nos momentos da pesquisa.

Para seleção dos participantes foi utilizado o cálculo amostral com parâmetros de IC de 95%, erro de 5% e frequência esperada de 50%, onde dos 197 profissionais, compreenderam o mínimo de 131 integrantes. Nesta pesquisa, participaram 137 profissionais, dentre 22 médicos, 23 enfermeiros, 77 técnicos de enfermagem, 4 técnicos em nutrição, 1 nutricionista, 7 fisioterapeuta e 3 assistente social. Inicialmente foi realizado um levantamento dos profissionais da instituição, seguido de convite aos profissionais para participação da pesquisa, explicando os termos da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e entrega do questionário autoaplicável. A obtenção dos dados ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2017, por meio de um questionário.

Como medida legal esta pesquisa foi aprovada no comitê de ética sobre CAAE 32187814.9.0000.0055, seguida da aprovação da instituição hospitalar e por fim leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## INSTRUMENTO DE COLETA

Foi utilizado um instrumento dividido em três blocos estruturados e semiestruturados. Bloco A – Questionário sócio demográfico e laboral; Bloco B – Escala de espiritualidade e religiosidade e Bloco C – Humanização.

Questionário sócio demográfico e laboral: Questionário semiestruturado, devidamente elaborado, a fim de estudar as variáveis independentes – gênero, idade, estado conjugal, grau de instrução e raça, assim como fatores ligados ao trabalho, tempo de serviço, profissão, setor de trabalho, número de vínculos, carga horária e regime de trabalho.

Escala de espiritualidade/ religiosidade: Questionário adaptado do estudo Multicêntrico SBAME (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<sup>9</sup>. Este questionário é composto pelas seguintes questões: 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.

Para avaliação qualitativa utilizou-se um roteiro auto aplicável o qual discriminava questionamentos sobre conhecimentos da humanização, aplicabilidade da humanização no cuidado e relação entre humanização e espiritualidade.

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise dos questionários quantitativos os dados foram tabulados por dupla digitação no EpiData software 3.0 e a análise de dados pelo Statistical Package for the Social Sciences – SPSS 21, por meio da análise descritiva e testes estatísticos das variáveis. Para testar a normalidade das variáveis foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, apresentando grau de normalidade das variáveis. Foi utilizado o teste do qui-quadrado.

Para avaliação da prática de humanização no ambiente de trabalho foi utilizado a Análise Temática do Discurso de Bardin<sup>9</sup> sendo interpretadas cinco categorias de estudos, sendo o Respeito e ética, Competências técnicas, Estrutura de trabalho, Acolhimento e Nenhuma Conduta.

## RESULTADOS

Os resultados foram obtidos por meio de questionários respondidos por 137 participantes da pesquisa. A seguir são apresentadas as estatísticas descritivas, caracterizando os participantes do estudo. Foram respondidos 137 questionários pelos participantes, dos quais 84,7% são do sexo feminino, com

idade média de 34 anos, sendo a mínima 20 anos e a máxima 61 anos, 67,9% em situação conjugal com companheiro. Com relação a formação profissional, 55,5% possuem formação técnica (maior formação em técnico de enfermagem) e 44,5% com ensino superior (maior número de enfermeiros).

Dos trabalhadores 81 exercem função técnica, destes 77 (56,2%) como técnico de enfermagem e 4 (2,9%) como técnico de nutrição, e apesar de cinco destes possuírem ensino superior continuam a exercer atividade técnica. Em seguimento, 23 (16,8%) são enfermeiros, 22 (16,1%) médicos, subdivididos em obstetras, anestesistas, pediatras e neonatologistas. Dentre as categorias 7 (5,1%) fisioterapeutas e todas estão alocadas na UTI neonatal, 01 (0,7%) nutricionista e 03 (2,2%) assistentes sociais.

**Tabela 1 – Conhecimento e aprendizado dos profissionais assistencialistas de maternidade sobre a prática clínica e espiritualidade, Jequié, BA. 2017**

Variável	N (%)	Média ±DP
OS DOCENTES ABORDARAM SOBRE CRENÇA RELIGIOSA OU ESPIRITUALIDADE NAS ATIVIDADES CURRÍCULARES		2,05± 1,09
Nunca	53 (38,7)	
Raramente	30 (21,9)	
Algumas vezes	41 (29,9)	
Comumente	2 (1,5)	
Sempre	3 (2,2)	
DE QUE FORMA VOCÊ BUSCA CONHECIMENTO SOBRE O TEMA		
Eu não busco conhecimento	24 (23,1)	
Assisto palestras	23 (22,1)	
Leio livros	32 (30,8)	
Leio artigos científicos	11 (10,6)	
Ensinações através dos docentes	7 (6,8)	
Ensinações na religião	60 (58,8)	
VOCÊ SE SENTE A VONTADE A ABORDAR O TEMA FÉ/ESPIRITUALIDADE		1,85± 0,67
Sim	114 (83,2)	
Não	22 (16,1)	
O QUANTO VOCÊ SE CONSIDERA PREPARADO PARA ABORDAR A ESPIRITUALIDADE		3,10 ±1,07
Muito preparado	30 (21,9)	
Moderadamente preparado	69 (50,4)	
Pouco preparado	27 (19,7)	
Nada preparado	2 (1,5)	
O QUANTO VOCÊ ACHA PERTINENTE ESTA ABORDAGEM		2,84± 0,94
Muito pertinente	47 (34,8)	
Moderadamente pertinente	60 (44,4)	
Pouco pertinente	21 (15,6)	
Nada pertinente	7 (5,2)	
QUANDO É APROPRIADO REZAR COM O PACIENTE		1,97± 0,47
Nunca	17 (12,4)	
Somente se o paciente solicitar	105 (76,6)	
Sempre que o médico achar apropriado	13 (9,5)	
VOCÊ JÁ PERGUNTOU SOBRE A ESPIRITUALIDADE DOS PACIENTES		1,46± 0,50
Sim	73 (53,3)	
Não	62 (45,3)	

A UTI neonatal obteve 45 (33,6%) do total de participantes, seguido do Centro de Parto Normal com 25 (18,2%) para o qual, é onde são realizados os partos normais e acompanhamento pós parto imediato. Quando questionado se a formação universitária forneceu informações suficientes para que o profissional consiga abordar as crenças religiosas ou espiritualidade, 41 (35,7%) informaram não haver

ensinamentos para este tipo de cuidado. Porém quando questionado se o acadêmico deve ser preparado para a espiritualidade, não houve um consenso, onde 31 (28,2%) acreditam que há pouca importância para este assunto, assim como 30 (27,3%) consideram mais ou menos importante, e 25 (22,7%) consideram como bastante importante para o cuidado (Tabela 1).

Ao questionar se temas relacionados a “Espiritualidade e Saúde” deveriam fazer parte dos currículos em saúde, 75 (67,6%) concordam que a disciplina poderia fazer parte da matriz curricular, podendo ser ofertada como disciplina básica ou optativa. Como disciplina obrigatória específica foi escolhido por 28 (25,7%) dos entrevistados válidos, como optativa, 29 (26,6%), dentro das disciplinas atuais 14 (12,8%) e através de cursos, eventos e estágios, 32 (29,4%). Destas 115 respostas validadas, 38 (33,1%) já participaram de algum evento de formação em espiritualidade e saúde, e dos que não participaram, 67 (58,3%) tem interesse em realizar alguma formação, contrapondo com 10 (8,7%) que não possuem interesse na temática (Tabela 1).

Visto a importância que estes profissionais visionam a espiritualidade na prática clínica, 83,2% sentem-se a vontade de abordar este tema com seus pacientes, onde em sua maioria, 50,4% sentem-se moderadamente preparados para realizar esta abordagem, porém 44% consideram com uma pertinência moderada (Tabela 2).

Visto a influência da espiritualidade no consenso prático da saúde foi questionado se na opinião destes a espiritualidade influenciava no processo de humanização. Do total de respostas válidas (127), com  $0,83 \pm 0,380$  (MÉDIA $\pm$ DP), cujas frequências para os que responderam como sim, 105 (82,7%) e que não influencia 22 (17,3%). Feito teste de Qui Quadrado, porém sem apresentar significância estatística.

**Tabela 2 – Comparação de médias entre Impacto da espiritualidade na humanização e a ocorrência de condutas humanizadas, Jequié, BA. 2017**

Ocorre condutas humanizadas em seu setor?	Impacto da espiritualidade na humanização			P *
	Não	Sim	TOTAL	
Não	3 (13,05%)	20 (86,95%)	23	0,850
Sim	14 (14,58%)	82 (85,42%)	96	
TOTAL	17	102	119	

P = teste qui quadrado

Durante a análise de dados das condutas referentes a humanização foram estabelecidas subcategorias e categorias de acordo com os discursos dos participantes. Foram retiradas as categorias “Respeito e ética”; “Competências técnicas”; “Estrutura de trabalho”; “Apoio emocional”; “Nenhuma conduta”

**Tabela 3 – Categorias e subcategorias sobre a humanização na prática clínica, Jequié, BA, 2017**

<b>Categoria</b>	<b>Exemplo</b>	<b>N (%)</b>
Respeito e ética Direito dos pacientes Ética Respeito	<i>“Privacidade ao cliente, condutas extremamente naturais possível, apoio familiar, normas e rotinas, abrangendo o programa rede cegonha.” (P. 07)</i>	23 (19,32%),
Competências técnicas Recursos terapêuticos Aproximação familiar Segurança do paciente	<i>“Orientando as mães “amamentar” período de trabalho de parto com palavras, carinho, massageando, estimulando o aleitamento materno e etc.” (P.05)</i>	37 (31,10%)
Estrutura de trabalho Convivência Condição de trabalho Ambiente harmônico	<i>“Ambiente confortável, acolhimento com cautela, segurança, atenção e cuidados, proteção. Valorização do profissional porem a sobrecarga de trabalho é um impeditivo importante” (P. 93)</i>	11 (9,24%)
Acolhimento Cuidado afetivo Empatia	<i>” Vejo humanização no tratamento com as genitoras, quando os seus bebês estão graves, eles são muito acolhidos.” (P51)</i>	31 (26,05%)
Nenhuma conduta	<i>“Nenhuma, porque as vezes a gente até tenta, mas as vezes interrompem isso. Ai fala que estamos demorando muito tempo com o paciente e etc.” (P.40)</i>	17 (14,29%)

## DISCUSSÃO

Por todo o mundo tem-se implementada a prática da espiritualidade para a saúde, sendo necessária a introdução desta prática complementar para uma conduta integral. Nesta pesquisa quando questionados se é pertinente a abordagem da espiritualidade dos pacientes, 79,2% acreditam ser de muito a moderada importância. Em outras pesquisas segue a mesma tendência para o enfrentamento das doenças e na promoção a saúde, porém ainda não é consenso de como estas práticas devem ser introduzidas<sup>11-16</sup>.

Autores como Hebert<sup>17</sup>, Maclean<sup>18</sup>, Phelps<sup>11</sup>, Balboni<sup>12</sup> concordam que os pacientes desejam que seja abordado sobre as crenças religiosas no contexto clínico pelos profissionais, sendo que quanto maior a gravidade maior a necessidade que este tema seja abordado, variando desde os questionamentos de suas crenças até práticas de orações ativas com o profissional.

Desta forma considera que os profissionais sentem a insegurança e o medo de impor ao tratar desta temática, sendo necessário formação e aperfeiçoamento para esta conduta holística. Quando questionados sobre a pertinência desta abordagem, apenas 34,8% consideraram que o acompanhamento espiritual é pertinente no contexto saúde doença. O percentual baixo para a pertinência pode indicar falta de conhecimento sobre a temática.

Em complemento a prática de oração, é realizada quando o paciente solicitar em 76,60% e 53,3% questionaram sobre a prática religiosa dos seus pacientes. Em um estudo realizado com 456 pacientes de centros médicos nos Estados Unidos, dos pacientes, 66% pensavam que os médicos deveriam ser conscientes das suas crenças religiosas/espirituais, 33% de pacientes de centros ambulatoriais consideravam pertinente a abordagem espiritual, 40% dos pacientes hospitalizados e 70% dos hospitalizados no fim da vida<sup>18</sup>.

Nesta mesma pesquisa nos Estados Unidos, sobre a prática de oração somente 20% dos pacientes de ambulatório desejariam que os profissionais orassem com eles, par os que estavam no final da vida houve um aumento para 50%.

Existe o ensejo de evitar o atendimento desumanizado, no estudo de Reginato<sup>19</sup> discute a implementação de uma disciplina que aborde a espiritualidade em saúde para a humanização. Em seus relatos destacou-se a necessidade de implementação da abordagem da espiritualidade na graduação para a educação médica. Chegou a conclusão que os profissionais que participaram da disciplina tendem a valorizar o seu potencial humanizador através de reflexões existenciais.

Ainda sobre o artigo citado a cima, mesmo visto o crescente aumento das instituições que ofertem esta disciplina, nesta pesquisa 38,7% nunca foram ensinados sobre a temática espiritualidade e saúde, seguido por 21,9% que raramente tiveram contato, seja visto em eventos científicos ou reuniões. Desta forma persiste que este conhecimento seja encontrado nas religiões, fato visualizado nesta pesquisa, onde 58,8% tiveram como ensinamentos da espiritualidade atrelados a religiosidade.

Em cerca de 45 anos o ensino de espiritualidade passou a fazer parte dos currículos pedagógicos como disciplina optativa em mais de 100 das 125 escolas de medicina americanas, sendo cada vez mais importante este tema. Segundo o Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations os serviços espirituais são considerados partes integrantes do cuidado em saúde. Segundo a Association of American Medical Colleges, é necessário que médicos mantenham empatia e compaixão, procurando buscar compreender o significado das histórias dos pacientes em um contexto amplo de crenças e valores familiares e culturais. Somente assim serão capazes de continuar cuidando dos pacientes considerados fora de possibilidades terapêuticas<sup>20</sup>.

Como disciplina obrigatória de espiritualidade e saúde, nos Estados Unidos na George Washington University foi pioneira, seguida por 26 universidades que a colocou como disciplina obrigatória. Association of American Medical Colleges (AAMC) foi percussora na construção do Medical School Objectives Project III (MSOP III), que fornecia uma definição de espiritualidade e propunha como esta deveria ser integrada no cuidado ao paciente e na educação médica, identificando objetivos de aprendizagem e metas de resultados para os cursos<sup>21</sup>.

No Brasil, em São Paulo, em 2007 a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) criou o curso extracurricular de espiritualidade e Medicina ofertada a graduandos em enfermagem e medicina, o qual objetivou compreender a espiritualidade e religiosidade na compreensão da saúde. Quando questionado a estes estudantes sobre a relação com a espiritualidade mostraram preocupações acerca da desumanização, que muitas vezes por despreparo, profissionais ignoram o sofrimento de seus pacientes. Seguindo a este exemplo as Universidades Federal do Ceará (UFCE), Triângulo mineiro e do Rio Grande Norte aplicaram a disciplina na matriz curricular<sup>22</sup>.

O preparo dos profissionais permite identificar a espiritualidade na medida de compreender como o paciente vivencia a sua espiritualidade, contruindo um caminho para acessar a comunicação mais profunda e averiguar as reais necessidades envolvidas no processo do cuidado. A busca deste

caminho clínico não é apenas fundamental para o cuidado holístico e humanizado e sim para maior acurácia na condução do paciente e resolutividade do quadro<sup>19</sup>.

De forma mais pessoal, o despreparo em trabalhar as próprias angústias, o sofrimento, a dor e a morte pode levar ao profissional de saúde a autonegação dos próprios sentimentos e do sofrimento alheio. Em tese não há um aprofundamento de preparo deste profissional para lidar com estas situações, o ideal imaginado em torno do status de área de saúde esfacela-se dando lugar para a mecanização da assistência e perda da significação do cuidar.

Neste, o ato de cuidar é estabelecido pelo compromisso de manter a dignidade e singularidade do ser cuidado, baseada na confiança e respeito, onde a gentileza e a busca do conhecimento integral do ser cuidado deve abranger a capacidade de decisão e o pensamento crítico<sup>23</sup>. O modelo de cuidado de Watson baseia-se em 7 tópicos básicos, onde o cuidado é partilhado de forma transpessoal; resulta em satisfação de necessidades humanas reais; promove saúde e crescimento individual ou familiar; aceita um sujeito não pelo que ele é neste momento, mas no que pode se tornar; o ambiente do cuidado é o que oferece o desenvolvimento de potencial; a ciência do cuidado é complementar a ciência da cura<sup>24</sup>.

Este mesmo autor constituiu os dez elementos do cuidado primário, os quais, sistema de valores humanístico-altruísta; fé e esperança; sensibilidade consigo mesmo e com os outros; a expressão de sentimentos negativos e positivos; método científico de solução de problemas, no processo do cuidado; promoção do ensino-aprendizagem transpessoal; ambiente de apoio, protetor e/ou corretivo mental, físico, sociocultural e espiritual; assistência às necessidades humanas; aceitação das forças fenomenológicas-existenciais-espirituais.

Apesar da pouca formação em espiritualidade dos participantes da pesquisa, compreende que a grande maioria entende o impacto da espiritualidade no processo de humanização da saúde. Neste, ao comparar esta influência teórica do conhecimento da espiritualidade e a prática em humanização no posto de serviço, mesmo não apresentando significância estatística, reforça a necessidade do conhecimento na temática para melhorias da assistência. Dos que consideram a espiritualidade na humanização e a ocorrência de humanização no seu setor, 82 participantes, a maioria dos entrevistados, porém quando analisados os discursos dos participantes evidencia que grande parcela ainda observa esta humanização como uma melhoria do cuidado técnico, esquecendo da natureza multifatorial deste processo.

Quando questionado sobre as práticas de humanização no setor de trabalho obteve-se respostas direcionadas a qualidade de atendimento promovidas aos usuários, todas envolvendo o critério biomecânico do processo do cuidado. Foram subdivididos em categorias “respeito e ética” (19,32%), “Competências técnicas” (31,10%), “Estrutura de trabalho” 9,24%), Acolhimento” (26,05%) e “nenhuma conduta” (14,29%).

Neste ponto visiona-se que a estratégia de espiritualidade não tem sido empregada como medida para humanização, os protocolos estabelecidos buscam a melhoria técnica do atendimento e percebe-se que o profissional pouco se apresenta como indivíduo e sim como parte do processo clínico-

biológico. O ser humano pouco se impõe para o cuidado afetivo quando há necessidade do cuidado técnico.

Há uma crítica para a prática baseada exclusivamente no modelo biomecânico não respondendo as necessidades dos profissionais de saúde no que diz respeito à humanização em saúde. Como não ha tal formação, há uma sobrecarga com responsabilidade de auto-aprendizagem para esta formação pelos profissionais de saúde<sup>25</sup>. O resgate do sentido do ser humano deve ser realizado desde a formação em saúde, do ensino técnico a graduação para que a busca do conhecimento não descensibilize a empatia e o cuidado ao próximo.

Nesse sentido perpassa o significado do ser humano e sua função perante o mundo, como se impunha no decorrer da sua vivência, desde a formação acadêmica, social e pessoal impede o pensar no cuidado como uma normativa teorizada na prática. Assim, envolve um processo de evolução contínua entre o ser cuidado e o cuidador<sup>26</sup>.

Compreende então que mesmo que não haja uma formação prévia tanto dos profissionais de ensino superior quanto técnico, há uma certa concepção prévia, talvez alicerçada no censo comum sobre a influência da espiritualidade na humanização do cuidado no início da vida humana. Porém é evidente também nesta pesquisa que há ainda muito a se administrar para que este cuidado integral seja aplicado na rotina de cuidado. Por ser de origem multifatorial, o cuidado humanizado ainda não é aplicado devido às problemáticas de estrutura do sistema de saúde hospitalar, desde a falta de valorização profissional até mesmo na proposta de rotina do setor.

É destacado também que há uma compreensão por parte dos profissionais que a aplicação da espiritualidade gera um cuidado mais integral e de qualidade, porém esta ainda não é uma realidade na assistência, mesmo que por partes não dependa da aplicação de tecnologias caras e de ponta, depende da crença, da busca de sentido ao significado da sua vida e do próximo e da empatia com o próximo. Por conseguinte, mesmo que a espiritualidade seja um fator interno do ser humano, reflexo sobre sua avaliação perante o mundo, há também de se considerar a forte influência do ambiente para reforço ou desprendimento desta prática.

## REFERÊNCIAS

- 1 Oliveira, RA. Saúde e espiritualidade na formação profissional em saúde, um diálogo necessário. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. 2017: 54-55.
- 2 Lama D. Ética para o terceiro milênio. Rio de Janeiro(RJ): Sextante, 2003.
- 3 Koenig HG. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. International Scholarly Research Network Psychiatry.2012; 1: 1-33.
- 4 Polgliane RBS, et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2014; 19(7):1999-2010.

- 5 Vieira JMF, et al. Vivências de mães de bebês prematuros no contexto da espiritualidade. *J. Res.: fundam. Care. Online.* 2015; 7 (4): 3206 – 3215.
- 6 Boof L. *Espiritualidade: um caminho de transformação.* Rio de Janeiro(RJ): Sextante, 2006.
- 7 Alves JS, Junges JR, Lópes LC. A dimensão religiosa dos recursos dos usuários na prática do atendimento a saúde: percepção dos profissionais da saúde. *O Mundo da Saúde.* São Paulo. 2010; 34 (4): 430-436.
- 8 Giddens A. *Sociologia.* Tradução: Sandra Regina Netz. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- 9 Bardin, L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70, 2004.
- 10 PHELPS, A. C. et al. Addressing spirituality within the care of patients at the end of life: Perspectives of patients with advanced cancer, oncologists, and oncology nurses. *J. Clin. Oncol.*, 30, 2538-44, 2012.
- 11 BALBONI, M. J. et al. Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *J. Clin. Oncol.*, 31 (4), 461-7, 2013.
- 12 Stirling, B., Furman, L. D., Benson, P.W., Canda, E.R. and Grimwood, C. A Comparative Survey of Aotearoa New Zealand and UK Social Workers on the Role of Religion and Spirituality in Practice”, *British Journal of Social Work.* 2009
- 13 Saguil A, Fitzpatrick A, Clark G. Are residents willing to discuss spirituality with patients?. *Journal of Religion and Health.* 2011; 50(2):279–288.
- 14 McSherry W, Jamieson S. The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. 2013; 22 (21-22):3170-82.
- 15 Ramakrishnan, P., Karimah, A., Kuntaman, K. et al. Religious/Spiritual Characteristics of Indian and Indonesian Physicians and Their Acceptance of Spirituality in Health care: A Cross-Cultural Comparison . *J Relig Health* (2015) 54: 649.
- 16 Hebert RS, Jenckes MW, Ford MW et al. Patient Perspectives on Spirituality and the Patient-physician Relationship. *Journal of General Internal Medicine.* 2001; 16 (10): 685-692.
- 17 MacLean CD, Susi B, Phifer N, et al. Patient Preference for Physician Discussion and Practice of Spirituality. *Journal of General Internal Medicine.* 2003; 18 (1): 38-43.
- 18 Reginato V, Benedetto M, Gallian DMC. Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. *Trab. educ. saúde,* Rio de Janeiro. 2016; 14 (1):237-255.
- 19 Velloso MP, Guimarães MBL, Crus CRR, Neves TCC. INTERDISCIPLINARIDADE E FORMAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE COLETIVA. *Trab. Educ. Saúde,* Rio de Janeiro. 2016; 14 ( 1): 257-271.
- 20 Puchalski CM. Spirituality and End-of-Life Care: A Time for Listening and Caring. 2002; 5 (2): 289-94.
- 21 Lima EC. Souza HF. Almeida JA. et al. O impacto da saúde e da espiritualidade nas publicações científicas. 2013; 16 (3): 190-96
- 22 Salviano MEM, Nascimento PDFS, Paula MA, Vieira CS, Frison SS, et al. Epistemology of nursing care: a reflection on its foundations. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2016;69(6):1172-7.
- 23 Watson J. Intentionality and caring–healing consciousness: a practice of transpersonal nursing. *Holist Nurs Pract [Internet]* 2002;16(4):12-9.
- 24 Silva GSN, Ayres JRCM. O Encontro com a Morte: à Procura do Mestre Quíron na Formação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2010; 34 (4) : 487 – 496.
- 25 Oliveira, MFV, Carraro, TE. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília.* 2011; 64 (2): 376-380.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A espiritualidade como busca de significado e sentido da vida auxilia no processo de humanização e identificação do profissional de saúde como parte do processo de trabalho qualificado, neste propósito há de se compreender que esta ferramenta é essencial para o atendimento em maternidade, e provável em toda a rede de saúde. Deve-se haver um maior entendimento da espiritualidade e da humanização no processo de formação técnica e universitária, almejando o aprendizado antes que seja iniciada a prática assistencialista afim de consolidação e diminuição dos conceitos erroneamente pré estabelecidos.

Os profissionais de saúde participantes da pesquisa apresentaram o conhecimento da temática de uma forma pessoal ou associada a religiosidade, compondo que existe uma defasagem do ensino em humanização e espiritualidade, associado as bases da ética e bioética. Observou-se que o entendimento do processo de humanização é multifatorial, dependendo da estrutura de serviço, valorização profissional e espiritualização do cuidado de uma forma mais pessoal, onde uma depende intimamente da outra.

Devido a necessidade da quebra de paradigma da impessoalidade e tecnicismo das condutas os profissionais demonstraram um certo receio quanto as orientações e práticas de oração junto ao paciente, mesmo aqueles que possuem uma afiliação religiosa, convergindo dos fatores que impedem a esta prática quanto ao mesmo de imposição da prática religiosa. Verificado que mesmo os que não possuem uma religião específica podem gerar um atendimento humanizado, o que comprova que espiritualidade e religião diferem entre si, porem a religiosidade pode ser uma ferramenta para a espiritualização. De certo, há de se ter cuidado quanto a demonstração da espiritualidade através das ferramentas religiosas, na medida de se respeitar a forma com que o paciente interpreta o momento crítico de saúde, podendo ou não ter um apego a um ser superior como forma de enfrentamento.

Há também de se preocupar com a formação da espiritualidade para a saúde do próprio profissional, na busca de preparo aos enfrentamentos no propósito do cuidar humanizado, sem que haja exposição demasiada a dor do outro, ou barreira para a sensibilidade das situações difíceis. O fato de anular-se pode contribuir a longo prazo a quadros patológicos como a depressão e até mesmo a síndrome de Burnout.

Neste contexto, o perfil profissional também corroborou para a verificação da espiritualidade para a humanização, onde o sexo feminino, a formação técnica e de nível superior e a idade média de 34 anos, de adultos jovens como um importante aliado no processo de cuidar, pois é através do conhecimento do perfil profissional e da prática em saúde que se deve intervir na formação profissional, em educação contínua.

Ficou evidente que o pouco conhecimento da espiritualidade não foi um empecilho para a prática de humanização, porém este é um fator essencial para o processo de qualificação da assistência na maternidade, que necessita de maior atenção na gestão em saúde, a fim de desmistificar que somente a melhoria das práticas técnicas específicas de cada profissão elevem o índice de qualidade de serviço, visto que o componente essencial para a saúde pública é a integralidade.

A compreensão do paciente como um todo é meta para o Sistema Único de Saúde, a qual necessita melhores averiguações dos fatores espirituais e psicossociais. O profissional está inserido em todas as dimensões do cuidar e muitas vezes só está preparado para o cuidado técnico porém este deve ser um facilitador no período de hospitalização através da construção da relação de confiança.

Assim, compreende-se que o processo de estudo misto pode entender de forma mais ampla a compreensão do processo de trabalho humanizado e a influência da espiritualidade. Para tal há de se ter melhor formação nestas temáticas e assim maiores pesquisas longitudinais e a nível de intervenção para que se construa novos saberes para melhores práticas na saúde.

## 5. REFERÊNCIAS

- ALVES, Joseane de Souza; JUNGES, José Roque; LÓPEZ, Laura Cecília. A dimensão religiosa dos recursos dos usuários na prática do atendimento a saúde: percepção dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 34, n. 4, p. 430-36. 2010.
- ARAUJO, Flávia Pacheco de; FERREIRA, Márcia de Assunção. Representações sociais sobre humanização do cuidado: implicações éticas e morais. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 287-93, abr. 2011
- BARCHFONTEINE, Christian de Paul de. Bioética no Início da Vida. **Rev. Pistis Prax., Teol. Pastor.**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 41-55. 2010
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BOAVENTURA, E. **Metodologia da pesquisa**: Metodologia da pesquisa: Metodologia da pesquisa: monografia, dissertação e tese. São Paulo: Atlas, 2007.
- CAREGNATO, Rita Catalina Aquino, MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 Out-Dez; n.15, v.4, p. 679-684.
- CHAVES, Erika de Cássia Lopes et al . Ansiedade e espiritualidade em estudantes universitários: um estudo transversal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 68, n. 3, p. 504-09, June 2015 .
- COSCRATO, Gisele; BUENO, Sonia Maria Villela. Spirituality and humanization according to nursing undergraduates: an action research. **Invest Educ Enferm**. v. 33, n. 1, p. 73-82. 2015.
- EVANGELISTA, Carla Braz et al . Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 176-82, Mar. 2016 .
- FLECK, Marcelo Pio da Almeida. et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais Development of WHOQOL spirituality, religiousness and personal beliefs module. **Rev Saúde Pública**. V. 37, n. 4, p. 46-55. 2003
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008
- GIDDENS, Anthony. **Sociologia**. Tradução: Sandra Regina Netz. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012
- KOENIG, Harold G. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. **International Scholarly Research Network Psychiatry**. V.1. p. 1-33. 2012
- LUCCHETTI, G. et al. Validation of the duke religion index: DUREL (portuguese version). **J Relig health**. v. 51, n. 2, p. 579-86, 2012.

LUCCHETTI G, Oliveira LR, Koenig HG, Leite JR, Lucchetti ALG. Medical Students, Spirituality and Religiosity-results from the Multicenter Study SBRAME. **BMC Medical Education** v.13, p. 149 – 62, 2013.

MANCHOLA, C. *et al* . Cuidados paliativos, espiritualidad y bioética narrativa em uma unidade de salud especializada. **Rev.Bioét.** Brasília, v. 24 (1):165-175, 2016.

MARTINS, Alexandre Andrade. É importante a espiritualidade no mundo da saúde? São Paulo: Paulus, 2009. 78 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odício. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou complementariedade? In: **Caderno de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz**. Rio de Janeiro: Fiocruz, jul/set. 1993.

MINAYO, Maria Cecília De Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. Rio de Janeiro: Hucitec, 2007. 406 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 20p.

MIRANDA, Sirlene Lopes de; LANNA, Maria dos Anjos Lara e; FELIPPE, Wanderley Chieppe. Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 35, n. 3, p. 870-885, Sept. 2015.

MONOD, Stéfanie. et al. Instruments Measuring Spirituality in Clinical Research: A Systematic Review. **J Gen Intern Med**. V.26, n.11,p 1345-1357. Jul. 2011.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; KOENIG, Harold; LUCHETTI, Giancarlo. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 36 p. 176 – 182. 2014

NARCHI, Nádia Zanon; CRUZ, Elizabete Franco; GONCALVES, Roselane. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, p. 1059-1068, Apr. 2013 .

NORA, Carlise Rigon Dalla; JUNGES, José Roque. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1186-200. 2013

OLIVEIRA, Lucidio Clebeson et al. Humanized care: discovering the possibilities in the practices of nursing in mental health. **Revista de Pesquisa: cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 1774 -1782, 2015.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, supl. p. 1819-1829. 2007

PERES, Mario F. P. et al . A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 34, supl. 1, p. 82-87, 2007 .

PESSINI, Leo; BERTACHINI, L. **O que entender por cuidados paliativos?**. São Paulo. Paulus. 2006.

POLGLIANE, Rúbia Bastos Soares et al . Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, July 2014.

PUCHALSKI, Christina M. The role of spirituality in health care. **Baylor university medical center proceedings**, Cidade, v. 14, n. 4, p. 352-357, out. 2001.

PUCHALSKI, Christina. et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. **J Palliat Med**. V. 12, p. 885- 904. 2009.

REGINATO, Valdir; BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice De; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 237-255, Mar. 2016 .

SÁNCHEZ, Consuelo Tosao. Abordaje aconfesional de la espiritualidad en cuidados paliativos. **FMC**. Madrid, V.19, n.6, p. 331-338, 2012.

SILVA, Rose Mary Costa Rosa Andrade. et al. A produção discursiva dos profissionais acerca da humanização em saúde: singularidade, direito e ética. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. V. 23, n. 5, p. 936-944. 2015.

SIMÃO, Talita Prado; CHAVES, Erika de Cássia Lopes; LUNES, Denise Hollanda. Angústia espiritual: a busca por novas evidências. **J. res.: Fundam. care. Online**. V.7, n.2,p. 2591-2602. 2015.

STEDILE, Nilva Lúcia Rech; et al. Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. V.20, n. 10, p. 2957-2971. 2015

VIEIRA, Juna Maria Fernandes. et al. Vivências de mães de bebês prematuros no contexto da espiritualidade. **J. Res.: fundam. Care. Online**. V. 7, n.4, p. 3206 – 3215, 2015

WHO (World Health Organization) 1998. WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB). Report on WHO consultation. MNH/MAS/ MHP/98.2 WHO, Genebra. 22 p.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE I E II**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**  
**TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**



Prezado(a) senhor (a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa: **IMPACTO DA ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO HUMANIZADO AS MÃES E SEUS RECÉM-NASCIDOS COM MICROCEFALIA**, realizada no Hospital São Judas Tadeu, em Jequié, sob responsabilidade da pesquisadora Livia Lessa de Oliveira .O objetivo da pesquisa é analisar a interação e contribuição da espiritualidade com a humanização para o cuidado da mãe e do recém-nascido com microcefalia.

A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: Respostas a questionários, entrevistas e caso escolhido, de um grupo de intervenção Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: Recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado pela sua participação. Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar: Livia Lessa (73)991335944, Sérgio Yarid (73) 991232572, Ana Cristina (73) 998309709 ou procure o comitê de Ética em pesquisa envolvendo seres humanos na Universidade Estadual da Bahia, na rua José Moreira Sobrinho, s/n-Jequiezinho, no telefone 35289727 ou por email [cepjq@uesb.edu.br](mailto:cepjq@uesb.edu.br). Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue ao (a) senhor(a).

Tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Voluntário: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Pesquisadora responsável: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDESTE DA BAHIA – UESB  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE I E II  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



### QUESTIONÁRIO

#### A. CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS E DO TRABALHO

A1	Sexo	1( ) Feminino      2( ) Masculino
A2	Qual a sua idade?	_____ anos
A3	Qual o seu estado conjugal?	1( ) Solteiro 2( ) Casado (a) ou vive com um companheiro (a) 3( ) Separado (a) ou divorciado (a) 4( ) Viúvo (a)
A4	Qual o seu grau de instrução?	1( ) Médio completo      2( ) Técnico completo 3( ) Superior incompleto      4( ) Ensino superior completo 5( ) Especialização      6( ) Mestrado ou doutorado
A5	Qual a sua cor (raça)?	1( ) Branco(a)      2( ) Negro(a)      3( ) Pardo(a) 4( ) Amarelo(a)      5( ) Indígena
A6	Há quanto tempo trabalha nesta instituição?	1( ) Menos que 6 meses      2( ) Entre 6 meses e 1 ano 3( ) Entre 1 e 3 anos      4( ) Mais que 4 anos
A7	Há quanto tempo atua na área atual?	_____ Meses.
A8	Quanto tempo de trabalho possui?	1( ) Menos que 6 meses      2( ) Entre 6 meses e 1 ano 3( ) Entre 1 e 3 anos      4( ) Mais que 4 anos
A9	Qual o seu setor de trabalho?	1( ) UTI neonatal      2( ) Emergência 3( ) Centro médico      4( ) Centro obstétrico 5( ) Centro de parto normal      6( ) Centro cirúrgico 7( ) Lactário
A10	Qual função você desempenha?	1( ) Enfermeiro      2( ) Téc. Enfermagem 3( ) Fisioterapeuta      4( ) Assistente social 5( ) Técnico em nutrição      6( ) Nutricionista 7( ) Médico
A11	Qual a sua carga horaria semana?	1( ) 20 horas      2( ) 30 horas 3( ) 36 horas      4( ) 40 horas 5( ) 44 horas ou mais
A12	Número de vínculos empregatícios	1( ) Somente 1 2( ) Dois vínculos empregatícios 3( ) três ou mais.
A13	O seu regime de trabalho é de:	1( ) 24 horas 2( ) 12 horas

#### B PRÁTICA CLÍNICA, O PACIENTE E A ESPIRITUALIDADE:

**B1. 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.
- B2. 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.
- B3. 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
- B4. 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
- B5. 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
- B6. Você sente vontade de abordar o tema fé/espiritualidade com os pacientes?**
1. Sim, raramente
  2. Sim, frequentemente
  3. Não
- B7. 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
- B8. O quanto você acha pertinente tal abordagem?**
1. MUITÍSSIMO pertinente
  2. Muito pertinente
  3. Moderadamente pertinente
  4. Pouco pertinente
  5. Nada pertinente
- B9. Quando é apropriado para o profissional rezar com seu paciente?**

1. Nunca
2. Somente se o paciente solicitar
3. Sempre que o médico achar que é apropriado

**B10. Você alguma vez já perguntou sobre a religião/espiritualidade dos seus pacientes?**

1. Sim (Se Sim, responder questões C10a e C10b)
2. Não
3. Não se aplica, eu não vejo pacientes

**B10a. Com que frequência você pergunta?**

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

**B10b. 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

**B11. 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 \_\_\_\_\_

**B12. 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:**

**B13. 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

B13a. Em qual ano ou semestre da graduação? \_\_\_\_\_ ano, ou \_\_\_\_\_ semestre.

**B14. 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

**B15. 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

**B16. 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

**B17. Você acredita que temas relacionados à “Saúde e Espiritualidade” deveriam fazer parte dos currículos dos o profissionais de saúde?**

1. Sim
2. Não

**B18. 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.

**B19. 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

**B20. Após sua entrada para a faculdade/curso de formação, suas crenças ou condutas em relação à religiosidade/espiritualidade se modificaram?**

1. Sim
2. Não

**B21. 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

**B22. 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

**B22a. Se sim, por qual motivo?**

---

### **DIMENSÃO DE RELIGIOSIDADE:**

**B23. 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): \_\_\_\_\_

**B24. O quanto você se considera uma pessoa religiosa? Você diria que é . . .**

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

### Índice de Religiosidade da Universidade Duke

**B25. 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

**B26. 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.*

**B27. 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

**B28. 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

**B29. 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

**B30. Você acredita em Deus?**

1. Sim
2. Não
3. Sem opinião formada

**B31. Você acredita que apesar da morte do corpo, a alma/espírito ainda preserva-se viva?**

1. Sim
2. Não

### **C. QUESTIONÁRIO SOBRE HUMANIZAÇÃO**

1. O que você entende por humanização no seu ambiente de trabalho? \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---

2. Quais ações de humanização são realizadas no seu ambiente de trabalho?\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

3. Você acredita que a espiritualidade pode ser um aliado no processo de humanização? Como ocorre esse processo?

---

---

---

---

---

---

---

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



Continuação do Parecer: 1.718.607

saúde-doença, e sua participação como instrumento de humanização no atendimento respeitando e valorizando os preceitos bioéticos.

**Objetivo Secundário:**

1.Oferecer uma reflexão sobre a participação da espiritualidade na vida do paciente.2.Desenvolver a percepção do estudante para esta nova dimensão da pessoa e suas influências na evolução da doença.3.Capacitar o estudante a abordar e trabalhar as angústias espirituais do paciente.4.Levar o estudante a uma reflexão sobre a sua crença pessoal e a interação com os pacientes nas questões de espiritualidade.5.Permittir ao paciente o conhecimento da influência da espiritualidade no processo saúde-doença.6.Oferecer conhecimento dos paradigmas bioéticos e sua interpretação diante da influência da espiritualidade no processo saúde-doença.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

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.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**Justificativa da emenda:**

Justifica-se a realização da pesquisa, diante da insipiência da literatura acerca do impacto do HumanizaSUS e da religiosidade/espiritualidade no comportamento clínico e no acolhimento praticado pelos profissionais de nível superior das Unidades Básicas de Saúde visando ampliar os estudos acerca da bioética e da espiritualidade na saúde de municípios de pequeno porte no Estado da Bahia e disseminar conhecimentos acerca do tema no meio científico.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-510  
UF: BA Município: JEQUIE  
Telefone: (73)3525-0727 Fax: (73)3525-8683 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



Continuação do Parecer: 1.716.607

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

Não se aplica.

**Recomendações:**

Não se aplica.

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

Emenda aceita.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovo ad referendum o parecer do relator em 02/09/2016.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_439055_E1.pdf	18/04/2016 15:21:13		Acelto
Outros	Rafael.docx	18/04/2016 15:14:27	Sérgio Donha Yarid	Acelto
Recurso do Parecer	recurso.pdf	18/08/2014 12:24:57	Sérgio Donha Yarid	Acelto
Recurso do Parecer	TCLE-Plataforma Brasil.pdf	18/08/2014 12:23:13	Sérgio Donha Yarid	Acelto
Recurso do Parecer	Projeto para Plataforma Brasil.pdf	18/08/2014 12:23:00	Sérgio Donha Yarid	Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_314697.pdf	06/06/2014 14:42:05		Acelto
Outros	Comprometimento.jpg	06/06/2014 14:41:07		Acelto
Outros	Declaração de pesquisa não iniciada.jpg	06/06/2014 14:40:02		Acelto
Outros	Encaminhamento.jpg	06/06/2014 14:38:32		Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_314697.pdf	15/04/2014 16:13:17		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.odt	15/04/2014 16:12:31		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	"Projeto Espiritualidade.doc	15/04/2014 15:49:52		Acelto
Folha de Rosto	Sérgio Doc. Digitalizado.jpg	15/04/2014 15:47:35		Acelto

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
 Bairro: Jequiázinho CEP: 45.206-810  
 UF: BA Município: JEQUIE  
 Telefone: (73)3626-9727 Fax: (73)3625-8683 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

---

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



Continuação do Parecer: 1.716/2017

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JEUQUE, 05 de Setembro de 2016

---

Assinado por:  
Ana Angélica Leal Barbosa  
(Coordenador)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
Bairro: Jequezinho CEP: 45.206-510  
UF: BA Município: JEUQUE  
Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3528-8883 E-mail: cepuesb.jc@gmail.com

**ANEXO B – Autorização da Santa Casa Hospital São Judas Tadeu em Jequié****AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS**

Eu, Catharina Maria Carreiro da Silva, ocupante do cargo de Coordenadora Geral do Hospital São Judas Tadeu, **AUTORIZO** a coleta de dados do projeto Impacto da Espiritualidade no Cuidado Humanizado de Mães e suas Crianças em Microcefalia, dos pesquisadores Lívia Lessa de Oliveira, Ana Cristina Santos Duarte e Sérgio Donha Yand após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.

Jequié, 20 de Janeiro de 2017.

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

FUNDADO José SILVIRA  
Catharina Carreiro  
Coordenação Geral  
CNPJ 03.312

CARIMBO: