

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)¹ 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 supremo².

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 ambulatório³.

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 Brasil⁴. 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 Bardin⁵. 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
Como você define espiritualidade (múltipla escolha)		
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
Como você associa espiritualidade e saúde (múltipla escolha)		
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
O quanto você acha que a espiritualidade influencia na saúde do paciente		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)	
Essa influência é positiva ou negativa		1,65 ± 1,0
Positiva	93 (68,4)	
Negativa	4 (2,9)	
Iguais	32 (23,5)	
Não tem influência	7 (5,1)	
Com que intensidade a espiritualidade influencia na saúde do paciente		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)	
O que você entende por espiritualidade?			
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	0,001*
Crença na existência da alma	0,14±0,35	0,17±0,38	0,729
De que forma você busca conhecimentos sobre temas de saúde e espiritualidade?			
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	0,021*
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)	
O que você entende por espiritualidade?			
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	0,037*
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	0,002*
Crença na existência da alma	0,13±0,34	0,21±0,41	0,220
Você associa o assunto “Saúde e espiritualidade” com:			
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	0,006*
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	0,007*
Abordagem do viver e do morrer	0,20±0,40	0,30±0,49	0,219
Alguma das afirmações seguintes desencoraja você a discutir religião/espiritualidade com seus pacientes?			
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	0,010*
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

Categoria	Exemplo	N = 171 (% = 100%)
1. Interferência do transcendente		
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%)
2. Qualidade do cuidado		
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%)
3. Apoio espiritual		
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%)
4. Outros		
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%)
5. Não há associação	“Não possuem relação de tema.” (P43)	11 (6,46%)

DISCUSSÃO

Assim como nesta pesquisa observou-se no estudo multicêntrico com estudante de medicina realizado por Luchetti et al⁶ 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 atendimento⁷.

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 outro⁶.

O impacto da espiritualidade também foi encontrado de forma positiva em outros estudos, observando que para Longuiniere et al⁷ 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 capelões⁸. 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 psicológicas⁹.

Koenig¹⁰ 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 humanística¹¹.

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 espiritual¹², assim como estabelece-se uma conexão entre os participantes através das suas crenças e valores¹³, 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 superação¹⁴.

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, Crocrato e Bueno¹⁵ 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 doutrina¹⁶.

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 morte¹⁷.

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”¹⁸.

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 outros¹⁹. 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 consumismo¹⁹. 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 cooperação²⁰

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 doença²¹. Para Longuinier⁷ 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 cuidado²². 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 saúde¹⁹.

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 Rassoulain 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 aperfeiçoada¹.

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 recebe². 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 própria existência³.

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 paciente⁴.

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 vida⁵, 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^{6,7}.

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 estudado⁸.

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 Brasil⁹. 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 Bardin⁹ 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 CURRICULARES		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

Categoria	Exemplo	N (%)
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 ¹¹⁻¹⁶.

Autores como Hebert¹⁷, Maclean¹⁸, Phelps¹¹, Balboni¹² 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 vida¹⁸.

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 Reginato¹⁹ 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 terapêuticas²⁰.

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 cursos²¹.

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 curricular²².

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 acertividade na condução do paciente e resolutividade do quadro¹⁹.

De forma mais pessoal, o despreparo em trabalhar as próprias angustias, 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 estatus de área de saúde esfacela-se dando lugar para a mecanização da assintência 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 crítico²³. O modelo de cuidado de Watson baseia-se em 7 tópicos básicos, onde o cuidado é particado 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 cura²⁴.

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 saúde²⁵. 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 cuidador²⁶.

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.