

Pesquisas

PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SUS SOBRE RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO HOSPITALAR

PERCEPTIONS OF HEALTH PROFESSIONALS OF SUS ON RELIGIOUSITY/SPIRITUALITY IN THE HOSPITAL CONTEXT

PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL SUS SOBRE RELIGIOSIDAD / ESPIRITUALIDAD EN EL CONTEXTO HOSPITAL

Tiago D'Oliveira Silva¹

Luciana Fernandes Marques²

Resumo

Sendo o Brasil um país de uma enorme diversidade religiosa, pode-se inferir que a demanda para trabalhar as intersecções da religiosidade e espiritualidade (R/E) nos atendimentos de saúde pode ser maior do que o esperado e maior do que os profissionais de saúde estejam preparados para lidar. Este trabalho buscou investigar se os profissionais de saúde de um hospital-escola de Porto Alegre têm algum aprendizado formal dentro das suas formações sobre o tema da R/E e o quanto estão receptivos para lidar com religiosidades/espiritualidades diferentes da sua e talvez desconhecidas. Foi feita uma entrevista semiestruturada com 14 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) com o objetivo de conhecer as percepções deles no que se refere a como abordam a questão da R/E no contexto hospitalar. Após análise de conteúdo, os resultados foram divididos em três eixos temáticos: boas e más práticas de assistência espiritual no contexto hospitalar, R/E na saúde e formação. Cada um desses eixos foi subdividido e agrupado em outras categorias. Foi possível observar que o tema da R/E aparece cotidianamente no contexto hospitalar, ora promovendo reflexões e incentivando uma maior integralidade no cuidado com o paciente, ora sendo invisível ou de difícil abordagem. As conclusões apontam para a necessidade de maior inserção do tema da R/E na graduação e maior oferta de educação continuada nesses temas no sentido de gerar uma formação mais adequada para que os profissionais de saúde no contexto hospitalar possam instrumentalizar-se com essa temática.

Palavras-chave: espiritualidade; religião; hospitais; pessoal de saúde.

Abstract

Since Brazil is a country of huge religious diversity, it can be inferred that the demand to work the intersections of religiousness and spirituality (R/S) in health care may be higher than expected and higher than health professionals are prepared to deal with. This paper aimed to investigate whether the health professionals of a school hospital in Porto Alegre have education within their training on R/S and how receptive they are to dealing with different and/or unknown religiousness and spiritualities than their own. A semi-structured interview was conducted with 14 health professionals (physicians, nurses, psychologists and social workers) in order to know their perceptions regarding how they address R/S in the hospital context. After content

¹ Graduado em Ciência da Computação e em Psicologia. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Analista de Tecnologia da Informação na UFRGS. E-mail: tiagodoliveira@gmail.com

² Psicóloga, Mestra e Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Professora da Faculdade de Educação (FACED) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. E-mail: luciana.marques@ufrgs.br

analysis, the results were divided into 3 thematic axes: Good and bad practices of spiritual care in the hospital context, R/S in health and Education. Each of these axes was subdivided and grouped into other categories. It was possible to observe that R/S issue appears daily in the hospital context, sometimes promoting reflections and encouraging a greater integrality in patient care, sometimes invisible or difficult to approach. The conclusions point to the need for a greater insertion of the R/S issue in undergraduate studies and a greater offer of continuing education in these issues in order to generate a more adequate education so that health professionals in the hospital context can be trained in this issue.

Keywords: spirituality; religion; hospitals; health personnel.

Resumen

Siendo Brasil un país de una enorme diversidad religiosa, se puede inferir que la demanda para trabajar las intersecciones de la religiosidad y la espiritualidad (R/E) en las atenciones de salud puede ser mayor de lo esperado y mayor que los profesionales de salud estén preparados para tratar. Este trabajo buscó investigar si los profesionales de salud de un hospital-escuela de Porto Alegre tienen algún aprendizaje formal dentro de sus formaciones sobre el tema de la R/E y cuánto están receptivos para lidiar con religiosidades/espiritualidades diferentes a la suya y tal vez desconocidas. Se realizó una entrevista semiestructurada con 14 profesionales de salud (médicos, enfermeros, psicólogos y asistentes sociales) con el objetivo de conocer sus percepciones en lo que se refiere a cómo abordan la cuestión de la R/E en el contexto del hospital. Después del análisis de contenido, los resultados se dividieron en tres ejes temáticos: buenas y malas prácticas de asistencia espiritual en el contexto del hospital, R/E en la salud y la formación. Cada uno de estos ejes fue subdividido y agrupado en otras categorías. Es posible observar que el tema de la R/E aparece cotidianamente en el contexto del hospital, ora promoviendo reflexiones e incentivando una mayor integralidad en el cuidado con el paciente, siendo invisible o de difícil abordaje. Las conclusiones apuntan a la necesidad de una mayor inserción del tema de la R/E en la graduación y mayor oferta de educación continuada en esos temas en el sentido de generar una formación más adecuada para que los profesionales de salud puedan instrumentalizarse con esa temática.

Palabras clave: espiritualidad; religión; hospitales; personal de salud.

Introdução

De acordo com recentes estudos, pelo menos 90% da atual população mundial está envolvida em alguma forma de prática religiosa ou espiritual, cujas evidências remetem para um importante papel em diversos aspectos da vida, sobretudo na saúde mental (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014). Nos contextos hospitalares eclode uma demanda a partir do contato direto entre o paciente e o profissional da saúde. É esse sujeito que vai problematizar o atual saber/fazer hegemônico, que, por séculos, vem fragmentando o doente, ora colocando-o numa posição de 'alma-objeto' para a religião, ora ignorando e banalizando suas questões religiosas e espirituais, que são tomadas como fantasias e mitos, cuja escuta se torna negligenciada no tratamento. Há necessidade de entendimento e de um diálogo que inclua noções de religiosidade/espiritualidade a fim de que os profissionais de saúde possam fornecer uma terapêutica para aquele paciente específico, a partir de princípios que valorizem tanto os saberes médicos quanto as crenças do paciente. Isso é o que aponta a Política de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) ao referir o princípio da integralidade e ao adotar o modelo de que, em se tratando do tema da saúde, se produz subjetividades (ALVES; JUNGES; LÓPEZ, 2010). Da mesma forma, é necessário que os profissionais tenham algum nível de conhecimento para orientar quando percebem que certas práticas de cunho religioso ou espiritual não estão sendo terapêuticas, ou ainda, quando a R/E pode ser um recurso positivo de enfrentamento.

Sendo o Brasil um país de uma enorme diversidade religiosa, pode-se inferir que a demanda para trabalhar as intersecções da religiosidade e espiritualidade (R/E) nos atendimentos de saúde pode ser maior do que o esperado e maior do que os profissionais de saúde estejam preparados para lidar.

O presente trabalho tem por objetivo investigar as percepções e demandas de profissionais de saúde vinculados ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre acerca da religiosidade/espiritualidade no contexto hospitalar e discutir esse tema no contexto hospitalar, refletindo sobre estudos atuais e destacando os desafios, problematizações e também possibilidades de maior inclusão dessa temática nesse contexto.

Metodologia

O estudo possui um caráter descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas individualmente com profissionais de saúde do hospital que foram gravadas, transcritas e analisadas. A análise de conteúdo foi baseada em Minayo (2012).

A escolha dos entrevistados foi por conveniência, a partir de indicações da rede social dos pesquisadores do hospital e também dos próprios participantes, à medida que a coleta de dados foi evoluindo, uns indicaram os outros.

A pesquisa teve aprovação da Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFRGS e do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (CAAE nº 51234815.0.1001.5347 e Parecer nº 1.464.314). Todos os entrevistados que consentiram em participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e Discussão

Foram realizadas 14 entrevistas semiestruturadas e com roteiro prévio de perguntas com profissionais de saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) que atuavam diretamente com pacientes. A fim de garantir o anonimato, eles são identificados no texto com a letra da sua atuação profissional e um indicador numérico sequencial de acordo com a ordem da sua entrevista. Dos 14 profissionais entrevistados, foram 5 enfermeiros (E1-E5), 4 assistentes sociais (AS1-AS4), 3 psicólogos (P1-P3), 1 médico (M1), e 1 terapeuta ocupacional (TO).

A análise dos dados revelou três grandes eixos temáticos: boas e más práticas de assistência espiritual no contexto hospitalar, religiosidade/espiritualidade na saúde e formação. Em cada um desses eixos foram agrupados assuntos correlatos.

Boas e más práticas de assistência espiritual no contexto hospitalar

Um hospital precisa de uma organização incorporada no seu fluxo cotidiano que esteja ciente das problematizações sociais, ampliando o escopo de atuação e atendendo as demandas rumo a um cuidado integral (CASTILHO; CARDOSO, 2015). A implicação da instituição pesquisada no processo de inserção da temática no ambiente, parece ser um grande suporte, traduzindo-se em um manejo mais adequado em situações em que se confrontam o ‘certo’ e o ‘errado’, como vemos abaixo na fala de um entrevistado:

Nós tivemos discussões sobre colares de segurança da umbanda, sobre fitinhas, pulseiras, medalhinhas, se pode, se não pode, a gente vai além, discutimos...Bom, se um paciente vier com um turbante, pode ou não pode? O simples fato de tu abrir a possibilidade para essas discussões, são boas práticas, em outros momentos já vimos que pecávamos nisso, eu acho que até botar mais o assunto na mesa é um tema atual. Ter um grupo no hospital para o desenvolvimento da espiritualidade, para estudos de espiritualidade é um avanço nesse momento frente as más práticas que eram adotadas no passado (E4).

Abordar as necessidades espirituais dos pacientes significa que os profissionais de saúde devem aprender a encarar a história espiritual de uma maneira centrada no paciente e com pleno respeito às suas crenças, validando suas preocupações religiosas, fazendo as referências apropriadas para encontrar R/E. É preciso que os profissionais de saúde aprendam a respeitar as decisões que os pacientes fazem, procurando apoiar-se no respeito à diversidade e à pluralidade das crenças religiosas (KOENIG, 2013). A percepção da necessidade de respeitar, na integralidade, a R/E do paciente, é trazida pelos entrevistados P3, AS1 e AS3: “Eu acho que essa prática que temos de poder respeitar, escutar, e trabalhar a partir do discurso do outro, independente do que ele nos traga, se isso é real, se isso não é, não nos cabe estar aqui, não estamos em processo de julgamento” (P3); “O principal foco é a defesa dos direitos humanos, está lá no meu código de ética, então, a defesa dos direitos humanos é isso: é defender inclusive a questão... né. E não impor nada que é da minha leitura” (AS1); “Os profissionais entenderem que a religião faz parte da vida das pessoas, que independente de qual seja religião, ela deve ser respeitada” (AS3); E2 associa o respeito a uma boa prática profissional no contexto hospitalar:

Respeitar todas as religiões, assim... Acho que não tem como a gente querer influenciar as pessoas a uma determinada religião ou parte espiritual, acho que é respeitar e procurar acomodar da melhor maneira possível a demanda que vem do nosso paciente, né? Acho que essas seriam as boas práticas, nossas, como pessoas do setor de saúde frente aos pacientes (E2).

A partir da percepção de que o ser humano é multidimensional, uma das contribuições da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC (BRASIL, 2006) é dar a possibilidade para que ele possa ser reconhecido e tratado, também, nessas outras dimensões e na

integração delas numa abordagem holística. Porém, parece que a implementação desta política ainda está longe de ser efetivada na amplitude em que ela é prevista:

Mas eu acho que ainda poderia ter mais, assim, por exemplo, esses dias um paciente, que veio de outros tratamentos, perguntou se nós tínhamos Reiki, né? Então ele já vivenciou isso em algum tratamento, para ele fez bem. Eu acho que poderia ter mais terapias alternativas, acho que seria bem válido (P2).

Das diversas más práticas comentadas pelos entrevistados na condução da temática da R/E pelas equipes profissionais, pode-se destacar o pouco incentivo por parte da equipe profissional do hospital para que o paciente fale sobre esse tema, como nesse trecho:

Em geral essa questão da religiosidade e da espiritualidade a gente aborda só quando admite, depois desse primeiro contato que é quando a gente pergunta qual a religião, se ele frequenta algum centro religioso, mas depois, isso em geral não é mais abordado. Aí vem mais por parte do próprio paciente, dele querer ter esse atendimento espiritual ou religioso em algum momento da internação. Mas não é algo que se aborde todos os dias, em geral é só na admissão do paciente. E é uma abordagem mais geral sobre qual religião dele, se ele frequenta algum culto, mas a gente não vai a fundo, isso acaba ficando meio de lado. E mesmo aqui, na própria unidade, a gente não tem espaço para essa pessoa poder frequentar como uma capela ou setor ecumênico que ele possa ir para desenvolver essa parte (E2).

Também pode-se ver na próxima fala que talvez o profissional não esteja receptivo para perceber a temática (há como que uma invisibilidade do tema). Quando indagado se lembrava de algum caso de paciente em que o tema da R/E apareceu, ele responde: “Pessoas em estágios avançados de câncer ou alguma outra doença que aí eles acabam pedindo para ter esse conforto espiritual. Não lembro de nenhum outro caso”. Sendo um profissional de saúde, espera-se que cotidianamente ele se depare com pacientes que tragam esta temática (sobretudo num país reconhecido por sua pluralidade religiosa). Talvez pudéssemos considerar a pouca receptividade ao tema como uma má prática. Nesse caso pode ser algo involuntário, já que o profissional talvez não considere esse um tema relevante na sua atuação, mas acaba por ser uma má prática tanto dos profissionais que ignoram essa dimensão, quanto da instituição quando o espaço não é aberto para se falar sobre isso.

Ainda sobre as más práticas, outro aspecto revelado pelos profissionais é em relação ao desrespeito à pluralidade religiosa e às práticas não dominantes (como as religiões católicas e neopentecostais) como se percebe na próxima fala:

Eu fico pensando assim: dentro da saúde mental a gente exclui muito determinadas práticas religiosas. Dentro da saúde como um todo, na verdade. A gente pré-rotula, principalmente o que é da matriz africana: “essas religiões não vão nos ajudar”. A gente nega toda uma gama[...] tanto que os pacientes, para chegar e dizer que são dessas religiões, levam um

tempo. Porque é mais bonito dizer que é evangélico e que acredita em Deus e que Deus é um só e que é Jesus que cura e salva, porque isso é mais aceito socialmente. Então acho que a gente exclui muito, acho que as equipes de saúde pecam um pouco nesse sentido. Elas relacionam muito direto a questão de espiritualidade com determinada linha religiosa. E negam outras e negam, inclusive, a não existência de uma crença religiosa (AS1).

Apesar de se ter um estado laico, a colonização do Brasil, cuja base foi a Religião Católica, associada ao grande crescimento de religiões neopentecostais, parece reforçar o preconceito sobre religiões não-hegemônicas. Conforme Altmann (2012) aponta, o censo de 2010, a maioria da população brasileira ainda se diz católica. Porém há uma discussão que permeia a multirreligiosidade no Brasil e que aponta para a negação da vivência religiosa que não a hegemônica: apenas 15 mil pessoas foram registradas como sendo adeptas de mais de uma religião. Um dado que, por certo, não representa a realidade. Isso provoca um questionamento referente ao censo, indicando que talvez a forma como essas perguntas são elaboradas não sejam a forma mais precisa de se captar essa peculiaridade brasileira – a dupla (ou mesmo múltipla) adesão religiosa (ALTMANN, 2012).

A discriminação religiosa feita pelas equipes de saúde é traduzida como uma má prática profissional, podendo interferir negativamente nos desfechos dos pacientes nos hospitais. Mas não apenas isso: a discriminação entre os próprios pacientes associada a uma negligência na atenção dessas questões por parte das equipes de saúde, pode levar a desfechos tão negativos quanto os mencionados anteriormente.

É também importante relatar o desconforto de um profissional (P1), no que se refere a falar sobre sua própria religiosidade e o quanto ainda se sofre preconceitos por parte de colegas, como se as crenças devessem ser ignoradas. A pouca privacidade é relatada por profissionais em outros estudos como uma grande barreira para a abordagem da R/E junto aos pacientes, revelando algum desconforto por adentrar num tema tido socialmente como de cunho privado (LIND; SENDELBACH; STEEN, 2011). Há que se pensar se essa negação e desestímulo à aceitação pode justamente ter um efeito inverso, trazendo prejuízos e ampliando preconceitos e atravessamentos negativos no acolhimento do profissional pelos colegas e pela instituição e na consequente ação inábil dele para com o paciente. Segue a fala:

Eu penso que abrir um pouco da questão pessoal, da tua religiosidade, com algumas pessoas... eu tenho uma certa reserva. Porque têm pessoas que às vezes acreditam em outras crenças e às vezes a pessoa pode ser mal interpretada. Mas quanto à espiritualidade, de uma forma geral, eu acredito e incentivo. (P1)

Cabe refletir sobre a questão da R/E ser tratada como um tema privado. Neste caso, haverá dificuldades em ser discutida como um tema coletivo e legitimada nas suas diferentes nuances.

Por outro lado, parece claro, entre os entrevistados, que o estímulo à ampliação no acolhimento das diferentes religiões é considerado uma boa prática:

Existe algo que está para além de nós, me parece muito inquestionável, independente do que é isso. É poder estimular que se fale disso, e não seja um tabu, do tipo não se fala disso aqui, aqui a gente está pelo exame, porque não poder se falar disso? A forma mais fácil é poder mostrar o que se tem, quais são, existem várias religiões, quais são elas? O que os pacientes estão trazendo? (P3)

Por fim, os relatos trazidos acerca do despreparo dos profissionais de saúde ratificam alguns estudos que apontam que esses trabalhadores desconsideram os assuntos da R/E como parte do seu trabalho, não entendem por que deveriam ser, não sabem nem como nem quando introduzi-los e sequer imaginam quais seriam os resultados caso os incluíssem (MARR; BILLINGS; WEISSMAN, 2007).

Religiosidade/espiritualidade na saúde

Estudos têm considerado a R/E como fator de proteção para várias condutas de risco, sobretudo as relacionadas com álcool e outras drogas, e, por esse motivo tem uma participação importante na melhoria do estado de saúde dos pacientes (QUEIROZ; PORTELLA; ABREU, 2015; SCOTT et al., 2015). Tais estudos confirmam a impressão de um dos profissionais entrevistados:

Posso relatar o caso de um paciente que recebeu alta há pouco tempo, ele relata que, entre os períodos que ele ficou bem, na vida dele, que ele conseguiu se manter longe do uso de álcool, que é a questão dele, foi o período que ele estava muito vinculado a religião evangélica. Ele fala que foi a melhor época da vida dele, e que não era um tratamento, nem uma internação em comunidade terapêutica, era frequentar a igreja e vivenciar aquilo na vida dele. Depois ele foi se afastando da igreja, manteve outras amizades, ele acabou recaindo no uso, e agora, quando ele foi internado no projeto terapêutico dele, ele colocava muito isso, essa necessidade de voltar para essa religião, ele acreditava que era o que mantinha ele bem (P2).

O *coping* religioso/espiritual tem sido largamente pesquisado nas últimas décadas, apontando sua influência positiva para diversos aspectos da saúde física e mental, tais como doenças do coração, pressão sanguínea, infarto, funções imune e neuroendócrina, doenças infecciosas, câncer, satisfação de vida, bem-estar, senso de propósito e significado da vida, esperança, otimismo, estabilidade nos casamentos e menores índices de ansiedade, depressão e abuso de substâncias. Há também diversos estudos demonstrando o mesmo desfecho positivo em saúde pública, tendo menor probabilidade de usar/abusar de álcool, cigarros e drogas, ou de apresentar comportamentos de risco, como atividades sexuais extramaritais, delinquência e crime, entre outros (KOENIG, 2004, 2009; PANZINI; BANDEIRA, 2007; WEBER; PARGAMENT, 2014). A maioria dos profissionais de saúde entrevistados mencionaram sua percepção em relação a esses aspectos: para um dos

entrevistados, a R/E “ajuda na capacidade de eles poderem ter maior resiliência, poder suportar tudo isso, porque é muito difícil, são pacientes em uma situação clínica e real muito difícil”.

Outro entrevistado confirmou aquilo que outros entrevistados trouxeram “que o aspecto religioso ajuda na questão de manter uma certa qualidade de vida do sujeito e ampliar a sua rede de leques de escolhas, e tal [...]” mas também trouxe os aspectos negativos “também tem a contrapartida que pode prejudicar. Principalmente no que diz na relação com o pecado, com a culpa”. A literatura também aponta essa possibilidade de que algumas crenças religiosas podem aumentar a culpa e/ou levar a um desencorajamento quando eles estão em desacordo com os padrões impostos pela religião. Assim como dúvidas em relação a algumas crenças ou ensinamentos podem levar a ansiedade e depressão (WEBER; PARGAMENT, 2014).

Quando a resposta dada pela ciência médica tradicional se faz insuficiente, seja por sua impotência ou por sua soberba, os pacientes recorrem àquilo que Latour (2004, p. 371) diz ser um “salto de fé [...] que tem por objetivo pular e dançar na direção do que é próximo e presente, redirecionar a atenção, afastando-a do hábito e da indiferença...”. Na fala de um entrevistado aparece essa necessidade de dar conta de ansiedades que não são atendidas plenamente:

Tem um caso de um menino de 24 anos que eu atendo, que ele esteve muito vinculado à doutrina espírita. Então foi ali, naquela doutrina, que ele encontrou algumas explicações para alguns sentimentos que ele tinha, algumas angústias, desde a infância [...]. (AS1)

Em uma revisão integrativa com 337 artigos com o tema da espiritualidade na enfermagem, identificou-se que a espiritualidade está associada à busca de sentido na vida no enfrentamento da dor, destacando-se a importância do desenvolvimento da espiritualidade no cuidado (ESPÍRITO SANTO et al., 2013). Esses aspectos levantados pelo estudo são confirmados por E1:

Eu acredito e já li também vários artigos fazendo essa relação, que pacientes que tinham, apresentavam esse lado espiritual mais fortalecido toleravam melhor os sintomas da doença, não tinham a desesperança assim tão presente, muitas vezes em doenças crônicas. Acredito que eles enxergam a vida, quando se isso não é com aquela rigidez de algumas práticas religiosas, se isso é uma coisa tranquila em que se busca ser uma pessoa melhor, está de bem com a vida, eu acho que é fundamental estar em paz de espírito para poder lidar com as doenças, eu acho que até o adoecimento é de uma forma um pouco mais resignada, não é aquela revolta, é só parte da vida mesmo. (E1)

Os trabalhadores da área da saúde também apresentam suas questões religiosas/espirituais, desejando encontrar no seu trabalho um sentido de propósito e de significado, pretendendo experimentar um sentido de conexão com outras pessoas e com a sua comunidade de trabalho (ASHMOS; DUCHON, 2000). Outro aspecto é a questão organizacional do hospital em que essa dimensão pode auxiliar funcionários e gestores a encontrar um significado mais profundo – e

melhores recompensas – através do local de trabalho (LAABS, 1995). O entrevistado AS2 considerou que “tanto a religiosidade quanto a espiritualidade fizeram parte da minha formação como pessoa. O fato de eu ter uma crença contribuiu para minha formação, para as coisas que eu acredito, para meu trabalho”.

A fim de proporcionar um cuidado adequado aos pacientes, o profissional de saúde precisa olhar para si e promover um autocuidado adequado, que atenda suas necessidades integrais. Em um estudo com 63 profissionais de saúde de cuidados paliativos, os resultados apontaram que o cuidado com a espiritualidade teve efeito positivo no bem-estar espiritual desses profissionais (LIND; SENDELBACH; STEEN, 2011). Nesse sentido, o entrevistado P3 falou da importância da espiritualidade como suporte para suas dificuldades: “Eu vou em igreja também, não tanto pelo ritual, mas mais porque eu acho aquele espaço é um espaço de energia positiva, e essa energia me faz bem, isso me fortalece” (P3).

A R/E tem sido reconhecidamente associada com um menor consumo de substâncias psicoativas (DEWALL et al., 2014). Em um estudo transversal realizado com 363 indivíduos, a presença da religiosidade pareceu ter efeito protetor para o consumo de álcool e tabaco. Esse resultado reforçou a ideia de que ir à igreja ou a encontros religiosos distanciaria os indivíduos do consumo nocivo de álcool e tabaco (QUEIROZ; PORTELLA; ABREU, 2015). Ao que parece, a inibição do consumo de drogas nos espaços religiosos e o fortalecimento do laço social parece ser uma das justificativas para esse desfecho, como afirmou um dos entrevistados:

Se formos pensar em espaços de vinculação social que não tenha uso de substância, não são tantos não. Grande parte tem [...] as comemorações são vinculadas, a churrascada com cerveja, a droga lícita está muito naturalizada, ela ocupa um lugar muito comum. Dentro das religiões isso é muito mais restrito. E fora que é uma coisa que faz bem, né? Eles ficam felizes, gostam de ir, tem uns que fazem grupo de música, participam de outras coisas. Isso abre uma porta de outras possibilidades de vida, em função de vida, então tende a ser bem positivo. (E3)

As parcerias com as igrejas, templos religiosos da comunidade e grupos de autoajuda parecem favorecer o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, voltadas ao planejamento de ações educativas para a saúde, no sentido de prevenir e minimizar o abuso de substâncias psicoativas juntamente com fortalecimento da autonomia do paciente. É o que se pode ver na fala de E3:

[...] nós trabalhamos com retomada de laços sociais. "o cara tinha um vínculo lá na associação do bairro que ele participava do conselho de saúde", vamos estimular que ele retorne às atividades, é algo para ampliar repertório de circulação social. E a religiosidade tem um papel enorme aqui, nós tentamos retomar vínculos saudáveis, também, vínculos que normalmente são mais protetivos, e também a religiosidade nesse sentido ajuda muito, de garantir um espaço onde eles tenham um respaldo. (E3)

Em diversas pesquisas realizadas com profissionais de saúde e/ou pacientes, a espiritualidade foi considerada como fonte de esperança e fê, auxiliando no enfrentamento das dificuldades e que as crenças estão intimamente relacionadas aos processos ligados à saúde (ALLEN et al., 2014; EVANGELISTA et al., 2016; SOUZA et al., 2015; WEBER; PARGAMENT, 2014). Os entrevistados apresentaram percepções semelhantes ao que a literatura mostra, como pode-se ver no comentário de AS3: “Mas tenho acompanhado alguns estudos que referem isso, pessoas desesperançosas têm mais dificuldade de melhorar, sim”. A mesma coisa em relação à AS2: “Quando as pessoas têm uma crença ou são espiritualizadas ou acreditam em algo, isso contribui positivamente e acho que é necessário para cada um de forma diferente, mas acho necessário”.

Formação

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009) apontam para a necessidade de uma formação profissional em educação permanente que traduza e atenda, da melhor forma possível, as necessidades de saúde, sempre complexas, captadas em sua expressão individual. Neste sentido, o olhar para a R/E, bem como seu acolhimento, tornam-se imprescindíveis pois esta dimensão constitui elemento fundamental do cuidado integral.

Os resultados do presente estudo revelam que em geral os profissionais não tiveram formação adequada para lidar com as questões da R/E no contexto de seu trabalho. A ausência do tema da R/E, tanto na formação inicial, quanto na formação superior, aparece destacada, como na fala abaixo:

Nem na escola eu fiz religião, na graduação eu não tive nada sobre religiosidade, eu não fiz religião no ensino fundamental, nem no ensino médio. Eu pedi para minha mãe, porque eu não queria, porque era justamente a coisa do fechar, eu já era meio rebelde, no sentido que queria ver outras coisas, e na época ela podia dizer que eu não precisava. Nem nessa época eu participei, embora ela tenha me obrigado a fazer crisma e catequese. Mas na graduação não, nada, não que eu lembre. (P3)

Nessa outra fala, a entrevistada refere que mesmo na prática (em estágios), o tema passou despercebido e/ou ignorado:

É um tema pouco abordado entre os profissionais. Outros estágios que fiz, fiz três diferentes, não tiveram abordagem nenhuma do tema. Até aqui no hospital é pouco abordado. Só se os profissionais se interessam pelo tema voluntariamente, não é disponibilizado e divulgado. Cursos EAD, de capacitação, seria bom. (AS2)

Conforme as manifestações dos entrevistados, eles explicitam aquilo que a literatura tem apontado: os profissionais da área da saúde relatam não ter formação adequada para abordar estas questões (CAVALHEIRO; FALCKE, 2014; LIND; SENDELBACH; STEEN, 2011; MARR; BILLINGS; WEISSMAN, 2007; PERES et al., 2007; SILVA et al., 2008; WASNER et al., 2005).

Em se tratando de pensar a Psicologia (e a prática do psicólogo), a formação carece da possibilidade de não patologizar experiências contextuais, sobretudo quando se refere a experiências no contexto religioso. Essas experiências têm sido chamadas de anômalas. É o que aparece na seguinte fala:

[...] Fico pensando no serviço de saúde mental, como a gente diferencia o paciente que está alucinando e o paciente que tem uma crença e veio, como que a gente diferencia isso? O que é uma patologia, e está desconectado com a realidade, e o que isso faz parte da realidade dele, faz parte da vida dele, e que não está desconectado, não está psicótico por causa disso. Então, é poder falar disso, "ah, não ele está ouvindo vozes", ele tem uma religião que preconiza isso, e vamos ignorar isso, vai dizer que é psicótico? Não. Nem todos, senão todos os espíritos seriam psicóticos, mas nem todo o psicótico tem uma mediunidade. Então essas diferenças a gente têm que poder falar, acho que isso tem que ser estimulado, acho que existe muito tabu, e muita coisa que não é dita. Acho que isso só atrapalha na relação profissional e paciente (AS1).

Sendo o Brasil um país com uma enorme diversidade cultural e religiosa, parece ser esperado que uma das necessidades seja a de compreender estas diferentes religiosidades que compõem o cenário brasileiro, com suas nuances e diversidades:

Acho que seria interessante trazer encontros espirituais de várias religiões, trazer líderes de cada religião, para expor o que cada religião traz, benefícios que eles veem em cada religião, para que todos tenham esses conhecimentos uniformizado, acho que seriam importantes esses encontros, não que seja encontro a cada ano, mas, sei lá, diversas modalidades de encontros para que as pessoas possam expor a sua religião, acho que isso é bem importante (E2).

Considerações finais

A religiosidade e a espiritualidade (R/E) constituem temas de grande relevância e visibilidade, sobretudo no Brasil. Foi possível observar que a R/E aparece cotidianamente no contexto hospitalar, promovendo a reflexão do conjunto de sua organização: de instalações físicas, como capelas e espaços para silêncio a pessoas (profissionais de saúde, gestores, pacientes, entre outros). A problematização deste assunto é uma necessidade que aponta para a legitimação do debate, podendo e devendo ser integrado nas práticas em saúde. O que interessa é que a R/E possa se tornar visível e interpelada no cotidiano do contexto hospitalar, dentro de uma abordagem que vise contemplar o indivíduo em sua integralidade (dimensões física, social, mental e espiritual) e instrumentalizar os profissionais de saúde a lidar com as diferenças, dentro dos princípios da ética que norteiam um melhor cuidado.

Tratando-se de um estudo qualitativo e transversal, os dados aqui ilustrados não são passíveis

de generalização. Ainda assim, esta pesquisa mostra-se de acordo com a literatura ao apresentar que os profissionais da área da saúde percebem a relevância que a R/E possui no seu cotidiano dentro do hospital e, em geral, não se sentem preparados para abordar estas questões (CAVALHEIRO; FALCKE, 2014; LIND; SENDELBACH; STEEN, 2011; MARR; BILLINGS; WEISSMAN, 2007; PERES et al., 2007; SILVA et al., 2008; WASNER et al., 2005). Importa considerar que a participação efetiva da população fortalece os aspectos da diversidade em direção à produção do cuidado integral mais efetivo, incluindo as expressões de R/E percebidas pelos profissionais de saúde e traduzidas no desenvolvimento de políticas públicas que possam dar conta dessa pluralidade.

Considera-se este trabalho como disparador para futuros aprofundamentos na gestão do cuidado em saúde no contexto hospitalar, em discussões que apontem para a inclusão da R/E na formação dos profissionais de saúde, em futuras pesquisas que indiquem os desafios do trabalho destes profissionais junto aos pacientes e as formas que se possa inserir a R/E no contexto do SUS. Mostrou-se como fundamental a instrumentalização dos profissionais junto a uma adequação dos serviços de saúde a fim de que essas ações sejam institucionalizadas e ofereçam condições mais adequadas para o acolhimento à religiosidade de seus usuários e respectivos familiares, bem como uma melhor orientação e integração dessa dimensão no cuidado em saúde. Da mesma forma é importante ressaltar a importância da compreensão dessa dimensão na vida pessoal e profissional dos trabalhadores em saúde como autocuidado.

Referências

- ALLEN, J. D. et al. Religious beliefs and cancer screening behaviors among Catholic Latinos: implications for faith-based interventions. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, Thousand Oaks, v. 25, no. 2, p. 503-526, May 2014.
- ALTMANN, W. Censo IBGE 2010 e Religião (IBGE 2010 Census and Religion). **Horizonte**, Belo Horizonte, v. 10, n. 28, nov. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/P.2175-5841.2012v10n28p1122/7901>>. Acesso em: 31 jul. 2018.
- ALVES, J.S.; JUNGES, J. R.; LÓPEZ, L. C. A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais de saúde. **Mundo saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 430-436, 2010.
- ASHMOS, D. P.; DUCHON, D. Spirituality at work: a conceptualization and measure. **Journal of Management Inquiry**, San Antonio, v. 9, no. 2, p. 134-145, June 2000.
- BRASIL. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2006.
- BRASIL. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS - Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2015.

CASTILHO, C. N.; CARDOSO, P. T. Espiritualidade, religiosidade e religião nas políticas públicas de saúde: um olhar para a integralidade. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, v. 3, n. 1, p. 28-39, 2015. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/1032/894>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

CAVALHEIRO, C. M. F.; FALCKE, D. Espiritualidade na formação acadêmica em psicologia no Rio Grande do Sul. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 31, n. 1, p. 35-44, mar. 2014.

DEWALL, C. N. et al. Explaining the relationship between religiousness and substance use: Self-control matters. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 107, no. 2, p. 339-351, 2014.

ESPÍRITO SANTO, C. C. et al. Diálogos entre espiritualidade e enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 18, n. 2, jun. 2013. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32588>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

EVANGELISTA, C. B. et al. Spirituality in patient care under palliative care: a study with nurses. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 176-182, 2016. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20160023>>. Acesso em: 31 jul. 2016.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. **Southern Medical Journal**, Birmingham, v. 97, no. 12, p. 1194-1200, dez. 2004.

_____. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. **Canadian Journal of Psychiatry**, Ottawa, v. 54, no. 5, p. 283-291, 2009.

_____. **Spirituality in patient care: why, how, when, and what**. 3rd ed. West Conshohocken, PA: Templeton Press, 2013. 344 p.

LAABS, J. J. Balancing spirituality and work. **Personnel Journal**, Baltimore, v. 74, no. 9, p. 60-77, 1995.

LATOURE, B. “Não congelarás a imagem”, ou: como não desentender o debate ciência-religião. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 349-376, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132004000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 31 jul. 2018.

LIND, B.; SENDELBACH, S.; STEEN, S. Effects of a spirituality training program for nurses on patients in a progressive care unit. **Critical Care Nurse**, Secaucus, v. 31, no. 3, p. 87-90, July 2011.

MARR, L.; BILLINGS, J. A.; WEISSMAN, D. E. Spirituality training for palliative care fellows. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 10, no. 1, p. 169-177, Feb. 2007.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 176-182, abr. 2014.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, p. 126-135, 2007.

PERES, M. F. P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, p. 82-87, 2007.

QUEIROZ, N. R.; PORTELLA, L. F.; ABREU, A. M. M. Associação entre o consumo de bebidas alcoólicas e tabaco e a religiosidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 546-552, dez. 2015.

SCOTT, M. et al. Influencia de pares, familia, espiritualidad, entretenimiento y consumo de drogas en estudiantes de Universidad en Manabi, Ecuador. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. spe, p. 154-160, 2015.

SILVA, E. V. M. et al. A formação de profissionais de saúde em sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar. **Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

SOUZA, V. M. et al. Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais de adolescentes com câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 5, p. 791-796, out. 2015.

WASNER, M. et al. Effects of spiritual care training for palliative care professionals. **Palliative Medicine**, Cambridge, v. 19, no. 2, p. 99-104, Feb. 2005.

WEBER, S. R.; PARGAMENT, K. I. The role of religion and spirituality in mental health. **Current Opinion in Psychiatry**, Philadelphia, v. 27, no. 5, p. 358-363, Sep. 2014.