

## Concepções de Espiritualidade e Religiosidade e a Prática Multiprofissional em Cuidados Paliativos

*Conceptions of Spirituality and Religiosity and Multidisciplinary Practice in Palliative Care*

Alberto Gorayeb de Carvalho Ferreira  
Tatiane Maria de Miranda Duarte  
Arthur Fernandes da Silva  
Mirella Rebello Bezerra

**RESUMO:** Buscou-se identificar as concepções de espiritualidade e religiosidade e sua interface com a prática multiprofissional em cuidados paliativos, através de um estudo de caráter transversal e natureza quantitativa, entre profissionais da equipe de cuidados paliativos de um hospital de referência, localizado na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. Os profissionais avaliados consideraram que a espiritualidade e a religiosidade estabelecem muita influência na saúde e se consideraram pouco preparados para abordar a espiritualidade no cuidado com o paciente.

**Palavras-chave:** Espiritualidade; Religião e Ciência; Cuidados Paliativos.

**ABSTRACT:** *We sought to identify the conceptions of spirituality and religiosity and its interface with the multidisciplinary practice in palliative care through a transversal study between palliative care professionals team of a major hospital located in Recife, Pernambuco, Brazil. The evaluated professionals considered that spirituality and religiosity establish much influence on health and considered themselves ill-prepared to approach spirituality in patient care.*

**Keywords:** *Spirituality; Religion and Medicine; Palliative Care.*

## Introdução

O trato com a saúde-doença não é um fenômeno estável, mas fruto de múltiplas determinações sócio-históricas vivenciadas ao longo da evolução cultural da humanidade.

Conforme a concepção de base do processo saúde-doença, privilegia-se um ou outro aspecto deste fenômeno (Silva, 2010). A Idade Média trouxe à tona uma visão positivista da saúde, neste momento interpretada unicamente como saúde do corpo. Augusto Comte (1855), ao inaugurar o positivismo, introduz uma postura em que todos os envolvidos com a ciência limitam-se unicamente à experiência, quando positivo só é aquilo que é tangível (Santos, & Incontri, 2010).

Nesse contexto, a concepção de saúde afirmava uma cisão corpo-mente que mais tarde seria impulsionada pelo racionalismo dos pensadores modernos, tratando corpo, alma, sociedade, e natureza, como fenômenos isolados, analisados e abordados de maneira independente. Assim, a dimensão do todo passa a ser fragmentada e a patologia passa a protagonizar as intervenções médicas, surgindo o modelo biomédico de atenção à saúde (Lourenço, Dankzuc, Painnazer, Junior, Maia, & Santos).

Indicando um caminho para a superação desse modelo, que é unicamente centrado no aspecto físico do adoecer, e opera com uma concepção mecanicista do corpo e de suas funções, sendo, por isso, responsável por uma abordagem fragmentada (Alves, Junges, & López, 2010), uma Resolução publicada na Emenda da Constituição de 7 de abril de 1999, da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1999), propõe incluir o âmbito espiritual no conceito multidisciplinar de saúde que agrega, ainda, aspectos físicos, psíquicos e sociais.

Atualmente, essa perspectiva também é abordada na Política Nacional de Humanização que, pautada no princípio da integralidade do atendimento ao usuário, leva em consideração as diferentes dimensões do processo saúde-doença, mostrando que produção de saúde é sempre produção de subjetividade (Brasil, 2007). Nesse sentido, a espiritualidade, ao representar uma das dimensões da subjetividade humana, precisa encontrar o seu lugar no atendimento humanizado (Alves, Junges, & López, 2010), pois, considerando que os estados de doença provocam uma ruptura nos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais dos pacientes, as ações de cura devem atender a todos esses fatores (Sulmasy, 2002).

Cabe, neste ponto, definir um tema tão complexo por parte de muitos profissionais de saúde.

Devido às diferenças culturais e de tradições religiosas, cada profissional da assistência possui crenças diferentes que moldam não só sua própria maneira de cuidar do paciente, como também seus conceitos de espiritualidade e religiosidade (Borges, Anjos, Oliveira, Leite, & Lucchetti, 2013).

Estes conceitos eram considerados sinônimos até a virada do século XIX quando, a partir de então, estabeleceu-se gradualmente uma distinção entre eles. Religiosidade passou a ser entendida como prática institucionalizada de um sistema de crenças, rituais e símbolos, compartilhada por uma comunidade (Dal-Farra, & Geremia, 2010). Já a espiritualidade, nas palavras de Koenig, McCullough e Larson (2001), foi conceituada como “uma busca pessoal para entender questões relacionadas ao fim da vida, a seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente que, pode ou não, levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formação de comunidades religiosas.” A espiritualidade manifesta-se a partir do interior do indivíduo, não segue regras e não se submete a rituais específicos; é um processo individual, imprevisível e idiossincrático que muitas vezes manifesta-se como força criativa (Galyean, 1989).

Diante da constatação de influências tanto positivas como negativas da espiritualidade/religiosidade resultantes de inúmeras publicações científicas (Moreira-Almeida, 2010), é imprescindível que profissionais de saúde estejam atentos a tais dimensões.

A falta de treinamento e de habilidade em identificar as demandas dos usuários, assim como o receio de influenciar as crenças dos pacientes, constituem barreiras percebidas pelos próprios profissionais, que dificultam a abordagem da religiosidade/espiritualidade nos atendimentos (Gobatto, & Araújo, 2013). No trato a questões como dor, morte e sofrimento, por exemplo, o profissional cuidador deve ter muito tato, pois não cabe buscar “desmontar” as crenças dos pacientes, já que elas cumprem um importante papel regulador em etapas estressantes da vida. É importante buscar alternativas em que, em se respeitando a fé de cada um, busque-se também favorecer a leveza terapêutica e o acolhimento (Barbosa, & Freitas). Em certas situações, é necessário considerar que as equipes de saúde devem favorecer uma abordagem diferenciada, como nos casos das equipes que atuam com Cuidados Paliativos.

Nesse contexto, a atenção aos aspectos espirituais em cuidados paliativos tem tanta relevância que alguns autores ousam colocá-la como o maior indicador de boa assistência ao paciente, no fim da qualidade de vida do paciente e seus familiares, por meio da adequada avaliação e tratamento para alívio da dor e dos sintomas, além de proporcionar suporte psicossocial e espiritual (Arrieira, Thofehn, Porto, & Palma, 2012). Apesar de grande parte dos médicos acreditarem na importância do seu envolvimento nas questões espirituais da vida (Williams, 2006).

O objetivo dos cuidados prestados pela equipe consiste em melhorar seus pacientes (Luckhaupt *et al.*, 2005); não há ainda uma discussão adequada a respeito do tema. Nem mesmo os próprios pacientes acreditam na capacitação de seus médicos em discutirem temas espirituais (Hart, Kohlwe, Deyo, Lorna, Bowen, R., & Bowen, D.J., 2003).

Estudos com pacientes internados demonstram que 77% gostariam que seus valores espirituais fossem considerados pelos seus médicos; e 48% gostariam, inclusive, que seus médicos rezassem com eles. Contraditoriamente, a maioria dos pacientes disse que jamais seus médicos abordaram o tema (King, & Bushwick, 1994).

Estudos divulgados em alguns países desenvolvidos trouxeram à tona, nos últimos anos, a assistência espiritual (*spiritual care*) como um componente fundamental dos cuidados paliativos. Referencia-se à assistência espiritual como um modelo de atenção centrado no paciente em seu contexto de doença, quando o profissional age em parceria num processo de descoberta, diálogo colaborativo, avaliação contínua e busca proporcionar, através da aliança terapêutica, a cura. Nesse contexto, a cura desvencilha-se da sua acepção tradicional e aponta para a capacidade do sujeito em encontrar consolo, conforto e propósitos em meio a sofrimento, confusão e dor. Esta forma de cuidar se enraíza na espiritualidade, usando a compaixão e a empatia, ao reconhecer que, embora a vida possa apresentar-se limitada ou não-socialmente produtiva, permanece repleta de possibilidades (Anandarajah, & Hight, 2001).

Para ser aberto a esta prática, sugere-se que o profissional de saúde tenha consciência das dimensões espirituais da sua própria vida e, em seguida, apoie-se numa prática compassiva com os pacientes através de um processo reflexivo. Dessa forma, os mesmos tenderiam a formar conexões mais profundas e significativas com seus pacientes através do desenvolvimento da consciência dos seus próprios valores, crenças e atitudes (Puchalski, 2008).

Portanto, compreender como pensam os profissionais atuantes em cuidados paliativos e qual a relação estabelecida entre os mesmos e assuntos relativos à saúde, espiritualidade e religiosidade possibilitaria um debate acerca da formação em saúde, bem como favoreceria a identificação e inclusão deste eixo nos planos de cuidado.

## **Métodos**

Foi realizado um estudo descritivo, de caráter transversal e natureza quantitativa, entre os profissionais que atuam nas Equipes de Assistência em Cuidados Paliativos do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), instituição de referência na área de Cuidados Paliativos, localizado na cidade do Recife, Pernambuco.

O IMIP é um hospital de ensino e pesquisa que atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e dispõe de serviço ambulatorial, enfermagem e assistência domiciliar na área, prestando cerca de 3.000 atendimentos por ano.

A população elegível do estudo foi composta por todos os profissionais que atuam nas equipes multiprofissionais de assistência em cuidados paliativos do IMIP, que engloba as equipes de oncologia e geriatria, incluindo os profissionais membros dos programas multiprofissionais de residência oferecidos pela instituição, atuantes durante os meses de novembro e dezembro de 2014, período em que foi realizada a coleta de dados, perfazendo um total de 59 profissionais.

Aqueles profissionais que não foram localizados ou que estavam de férias no referente período foram excluídos, bem como os pesquisadores envolvidos na pesquisa.

Utilizou-se um questionário-padrão, autoaplicável, entregue a todos os participantes do estudo durante as reuniões clínicas das equipes, mediante autorização institucional para aplicação do instrumento, de modo a não interferir nas atividades laborais dos sujeitos.

O instrumento utilizado foi adaptado de um estudo multicêntrico, envolvendo acadêmicos de medicina de diversas instituições de ensino superior do Brasil, coordenado pela Universidade Federal de Juiz de Fora (MG), (UFJF) e pela Associação Médico-Espírita do Brasil (AME-SP) (Luchetti, G., Oliveira, Koenig, Leite, Luchetti, A.L.G. (2013).

O instrumento também já foi utilizado em semelhante pesquisa capitaneada pela Sociedade Científica de Saúde e Espiritualidade (SOCISE) da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), no interior de São Paulo, desta vez envolvendo estudantes do curso de graduação em Enfermagem (Espinha, Camargo, Silva, Pavelqueires, & Luchetti, 2013).

As questões que compuseram tal instrumento compreendiam os quatro domínios descritos a seguir:

- Dados sociodemográficos e de formação profissional: gênero, idade, etnia, renda familiar, formação e atuação profissional;
- Dados a respeito da prática clínica em espiritualidade: avaliação das concepções de espiritualidade, conhecimentos sobre a relação da mesma com a saúde e como esta abordagem poderia ser inserida na prática da equipe multiprofissional;
- Dados a respeito da formação acadêmica em espiritualidade: conhecimentos e opiniões sobre a forma pela qual a universidade aborda o tema e como o profissional de saúde poderia ser preparado para tal abordagem;
- Dados a respeito da religiosidade: foram avaliados diferentes aspectos da religiosidade dos sujeitos, através da utilização do autorrelato de religiosidade e do Índice de Religiosidade de Duke (Duke Religious Index – DUREL), escala esta que foi validada para o português (Luchetti, Granero, Peres, Moreira-Almeida, Koenig, 2010), composta por cinco questões (tipo Likert) que avaliam três das dimensões de religiosidade mais relacionadas aos desfechos de saúde e bem-estar: organizacional, não-organizacional e intrínseca.
- Na análise dos resultados do Índice de Religiosidade de Duke, as pontuações nas três dimensões de religiosidade devem ser analisadas separadamente e os escores dessas três dimensões não devem ser somados em um escore total. As opções de resposta da dimensão de religiosidade intrínseca foram oferecidas em direção decrescente, onde o escore mais alto (15) é relacionado à menor religiosidade intrínseca e o escore mais baixo (3) é relacionado à maior religiosidade intrínseca.

Os dados foram tabulados e analisados através do programa *Epi Info*, versão 3.5.4, através do qual foram calculadas medidas de prevalência e frequências que apontaram para o perfil, as concepções de espiritualidade e religiosidade e a formação acadêmica dos sujeitos participantes.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do IMIP, sendo aprovado sob o CAE n.º 35789314.9.0000.5201. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

Participaram do estudo 59 profissionais das Equipes Multidisciplinares de Assistência em Cuidados Paliativos do IMIP. Os sujeitos eram constituídos, em sua maioria, por mulheres (75,8%), de etnia branca (50%) e renda familiar acima de 12 salários mínimos (46,5%). A média de idade dos profissionais foi de  $29 \pm 9,94$  anos.

A maior parte dos profissionais avaliados foi composta por médicos (50%), seguidos por enfermeiros e fisioterapeutas (13,8% e 8,6%, respectivamente). As áreas de atuação destes profissionais foram distribuídas entre assistência em cuidados paliativos (42,8%), assistência geriátrica (20,7%) e assistência oncológica (36,2%).

Os profissionais foram questionados quanto aos conceitos que mais se aproximariam das suas concepções a respeito da espiritualidade; para tanto, utilizamos uma questão fechada de múltipla-escolha. Evidenciou-se que a maioria referiu o conceito de espiritualidade como “crença em algo transcendente à matéria” (36,2%); seguido por “busca de sentido e significado para a vida humana após a morte”, contando com 32,8% das respostas; “crença e relação com Deus/Religiosidade”, (13,8%); “postura ética e humanística”, (8,6%); por fim, 5,2% dos sujeitos apontaram para “crença na existência da alma”. Os profissionais afirmam que a temática Saúde e Espiritualidade guarda estreita relação com Saúde Holística e Humanização da Saúde, perfazendo 34,5%, e 22,4% do total dos apontamentos, respectivamente.

A maioria dos participantes considerou que a espiritualidade/religiosidade estabelece uma forte influência na saúde dos pacientes (55,2% apontaram para muita influência enquanto 34,5% para extrema influência). Para 70,7% dos profissionais, a espiritualidade/religiosidade geralmente exerce influência positiva na saúde, para 27,6% essa relação seria igualmente positiva ou negativa, nenhum dos avaliados negou a relação entre os indicadores de saúde e espiritualidade/religiosidade.

Grande parte dos participantes afirmou, ainda, que a espiritualidade e a religiosidade dos profissionais de saúde interferem no entendimento do processo saúde-doença e na relação profissional-paciente; 51,7% referem que essa influência se dá em grande ou enorme intensidade.

Os participantes, em sua maioria, sentem vontade de abordar a espiritualidade dos seus pacientes, perfazendo 62,1% do total. Para 72,4% dos sujeitos, esta abordagem é muitíssimo ou muito pertinente; enquanto para 25,9% destes, esta abordagem seria moderadamente pertinente.

Em sua prática cotidiana de trabalho, 27,6% dos profissionais relatou que comumente inquirir a respeito da espiritualidade/religiosidade dos pacientes, enquanto 49,1% apenas o fazem em alguns momentos. Entretanto, quando questionados se sentiam preparados para abordar a espiritualidade no cuidado com o paciente; 10,3% dos profissionais afirmaram sentir-se muito preparados para tal; seguidos por 43,1% que achavam-se moderadamente preparados; e por 36,2% que se auto-avaliaram como pouco preparados.

Em relação aos principais motivos que desencorajam os participantes a discutir espiritualidade/religiosidade com os pacientes, encontrou-se, por ordem de maior prevalência: falta de tempo (26,8%), falta de conhecimento (25%), falta de treinamento (19%), medo de impor pontos de vista religiosos aos pacientes (10,7%), medo de ofender os pacientes (10,7%), e desconforto com o tema (1,8%) (**Tabela 1**).

**Tabela 1** – Principais motivos que desencorajam os profissionais à discutir espiritualidade/religiosidade em sua prática clínica. Recife (PE), 2014

	N	%
Falta de conhecimento	14	25
Falta de treinamento	11	19
Falta de tempo	15	26,8
Desconforto com o tema	1	1,8%
Medo de impor pontos de vista religiosos aos pacientes	6	10,7%
Não faz parte da prática do profissional de saúde	1	1,8%
Medo de ofender os pacientes	6	10,6%
Medo da reprovação dos demais profissionais da equipe de saúde	2	3,4

Fonte: Dados dos autores

A maioria (94,8%) dos profissionais avaliados acredita que a temática “Saúde e Espiritualidade” deve fazer parte dos currículos regulares do ensino em saúde; entretanto, metade dos profissionais referiu que, ao longo da sua formação universitária, seus docentes raramente discutiram ou apresentaram esta temática, e 36,2% dos mesmos referiu que nunca foi apresentado a tal abordagem.

Em consonância a isso, 56,9% dos participantes afirmaram que a formação universitária em saúde não fornece nem um pouco das informações pelas quais os graduandos pudessem alcançar uma correta abordagem das crenças religiosas e espirituais dos pacientes.

Para tanto, acreditam que as formas de contemplação da referida temática nos currículos da graduação em saúde seriam: informações dentro das atuais disciplinas (37,9%), por disciplinas e/ou módulos optativos (25,9%), através de disciplinas obrigatórias específicas (17,2%) e através de cursos de capacitação e estágios (17,2%).

Nesse contexto, 74,2% da amostra afirmou que o universitário em formação deve ser preparado bastante ou muitíssimo (48,3% e 25,9%, respectivamente) para tal abordagem.

Quando questionados sobre a sua filiação religiosa, 48,3% afirmaram-se católicos, seguidos pelos que não possuem nenhuma filiação religiosa, mas acreditam em Deus; os espíritas contando com 20,7% e 13,8% do total, respectivamente.

Já quando questionados a respeito da sua religiosidade, a maior parte (54,4%) dos profissionais afirmou ser moderadamente religiosa, numa variação de “não religioso”, “pouco religioso”, “moderadamente religioso” e “muito religioso”, seguindo o autorrelato de religiosidade.

Cerca de 34,5% afirmaram frequentar pelo menos uma vez por semana uma instituição religiosa (delineamento da religiosidade organizacional), enquanto 51,7% relataram que diariamente dedicam-se a atividades religiosas individuais (delineamento da religiosidade não organizacional) (**Tabela 2**).

**Tabela 2** – Delineamentos da religiosidade organizacional e não organizacional segundo o Índice de Religiosidade de Duke (DUREL). Recife (PE), 2014

	N	%
<b>Com que frequência você vai a um templo ou encontro (religiosidade organizacional)</b>		
Mais de uma vez por semana	4	6,9
Uma vez por semana	20	34,4
Duas a três vezes por mês	5	8,6
Algumas vezes por ano	21	36,2
Uma vez por ano ou menos	6	10,3%
Nunca	2	3,4%
<b>Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas? (religiosidade não organizacional)</b>		
Mais do que uma vez por dia	4	6,9
Diariamente	30	51,7
Duas ou mais vezes por semana	6	10,3
Uma vez por semana	8	13,8
Poucas vezes por mês	4	6,9
Raramente ou nunca	6	10,3%

Fonte: dados dos autores

Na avaliação da religiosidade intrínseca (RI), também obtida através do Índice de Religiosidade de Duke (DUREL), os participantes obtiveram média de  $5,03 \pm 2,5$  pontos, apontando para altos índices de RI. As opções de resposta desta dimensão foram oferecidas em direção decrescente, onde o escore mais alto (15) é relacionado à menor RI e o escore mais baixo (3) relaciona-se à maior RI.

## Discussão

A década de 1980 trouxe consigo uma série de direcionamentos voltados a visões ampliadas do vigente modelo de formação e assistência em saúde, enfatizando a importância de fatores ambientais e psicossociais.

Nesse ínterim, um rearranjo nas práticas de assistência à saúde encontra o seu espaço - emergem a espiritualidade e a religiosidade como constructos de enfrentamento e conforto.

Por conseguinte, profissionais de saúde precisam elaborar a sua própria espiritualidade para serem capazes de expressar sentimentos de compaixão e estarem verdadeiramente presentes no sofrimento do outro.

O presente estudo oferece a caracterização de uma equipe multiprofissional que atua em cuidados paliativos, bem como aponta para os desafios enfrentados durante a incorporação da espiritualidade e religiosidade na formação e na assistência a saúde. Observou-se que a amostra era composta predominantemente por mulheres jovens e com elevada renda, com grande variedade no tocante à formação acadêmica.

A maioria dos participantes correlaciona a espiritualidade segundo diversas interpretações feitas sobre este conceito contidos na literatura científica (Koenig, McCullough, Larson (2001), e considerou como positiva a influência que a espiritualidade e a religiosidade exercem na saúde dos pacientes.

De fato, estudos demonstram que o incremento de práticas religiosas e espirituais interfere nos desfechos de saúde. Como apontado por Lutgendorf, e colegas (2004) que, ao avaliarem indivíduos que exerciam muito a sua religiosidade, encontraram menores taxas de interleucina 6 (IL-6) e de outros mediadores do sistema imunológico, fortemente correlacionados com reações agudas de estresse, doenças cardiovasculares e depressão, quando comparados a indivíduos menos envolvidos em atividades religiosas.

A percepção sobre os efeitos negativos da espiritualidade e religiosidade foram identificados em menor proporção.

Apesar de os profissionais acharem pertinente a abordagem da espiritualidade e da religiosidade dos pacientes e sentirem-se impulsionados para tal, apenas uma minoria relatou sentir-se bem-preparada.

Os sujeitos relataram que a falta de tempo, de conhecimento, e de treinamento, seriam fortes barreiras diante da não concretização do cuidado espiritual, como já evidenciado pela literatura (Balboni, Vanderwerker, Block, Paulk, Lathan, & Peteet, 2007).

Um levantamento protagonizado por pacientes na terminalidade demonstrou que a prática do cuidado espiritual é legítima a todos os profissionais envolvidos na assistência à saúde, enfatizando que a necessidade espiritual é parte integrante dos cuidados paliativos, independentemente do diagnóstico ou de quaisquer outros contextos (Yardley, Walshe, & Parr, 2009).

Em suas raízes, a assistência espiritual enfatiza a relação entre duas pessoas, trazendo a espiritualidade como um aspecto fundamental do processo de cuidado (Puchalski, 2008), evidenciando, assim, a importância da real preparação do profissional assistente.

O atual contexto da formação universitária em Saúde e Espiritualidade foi avaliado negativamente pelos membros desta equipe, evidenciando que a atual formação universitária não fornece subsídios essenciais ao cumprimento da abordagem espiritual e religiosa.

O primeiro levantamento a avaliar o cenário da formação médica em Saúde e Espiritualidade, realizado na América Latina, foi desenvolvido no Brasil no ano de 2012. Esta pesquisa demonstrou que, em descompasso com o panorama internacional, apenas 40% dos cursos de graduação em medicina do Brasil contemplavam a espiritualidade em seus programas regulares de ensino (Lucchetti, G., Lucchetti, A.L.G., Espinha, Oliveira, Leite, & Koenig, 2012). O que se contrapõe à realidade sociocultural brasileira, país cuja população considera a religião como um constructo fundamental (Moreira-Almeida, Pinsky, Zakeski, & Laranjeira, 2010), sendo esta uma importante forma de acesso à espiritualidade. Assim, torna-se fundamental uma aproximação da formação em saúde com a temática proposta (Dal-Farra, & Geremina, 2010; Moreira-Almeida, e cols., 2010).

Em Recife, local do presente estudo, a Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), instituição de ensino superior vinculada ao IMIP, é pioneira nessa área. No ano de 2011, por iniciativa discente, foi fundado o Grupo de Estudos em Saúde e Espiritualidade (GESESP)(Ferreira, Melo, & Cavalcanti, 2014), proposta que se consolida como agente transformador dentro do vigente paradigma biomédico hegemônico da saúde, pois possibilita o contato próximo, através de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, entre o graduando e temas relativos à espiritualidade.

Na opinião dos sujeitos avaliados, há uma grande influência exercida na relação cuidador-paciente a partir da espiritualidade e da religiosidade do próprio profissional.

Corroborando este dado, um levantamento europeu evidenciou que, na opinião dos profissionais de uma equipe de assistência em oncologia, as crenças dos profissionais de saúde podem influenciar na interação entre os sujeitos da equipe de saúde e entre os pacientes (Ecklund, Cadge, Gage, & Catlin, 2007).

Em relação à religiosidade, os dados obtidos foram correlatos a estudos prévios, realizados entre acadêmicos e profissionais da saúde (Luchetti, *et al.*, 2013), evidenciando altos índices de religiosidade entre os profissionais desta equipe.

A maior parte dos profissionais avaliados afirmou ser moderadamente religiosa, corroborando com um censo realizado pelo Conselho Federal de Medicina em 2007 (Carneiro, & Gouveia, 2007), envolvendo médicos de todo o Brasil, cujos resultados revelaram que a maioria afirma-se moderadamente, ou muito religiosa. Este mesmo levantamento apontou para a prevalência da religião católica, seguida daqueles que declararam não seguir religião alguma, em terceiro lugar estariam os espíritas, perfazendo 11,5% do total de médicos avaliados. Os dados obtidos por este estudo evidenciaram um cenário análogo.

O trabalho em saúde leva o profissional a áreas de significados profundos, reforçando a importância de atender a essência espiritual no contexto do desenvolvimento profissional (Puchalski, & Guenther, 2012). Os altos índices de religiosidade evidenciados podem emergir como ponte nesse processo de elaboração.

## **Conclusão**

A assistência em cuidados paliativos supõe atenção a temas íntimos da vida dos pacientes e acompanhamento de situações de forte impacto emocional. Do profissional se espera, além do conhecimento clínico, o respeito à pessoa, a oferta do cuidado integral e que este seja capaz de vincular-se ao mundo subjetivo daquele paciente que, evidentemente, passa por um delicado processo de adaptação.

Sugere-se que a espiritualidade, tida como um componente fundamental da subjetividade humana, seja valorizada pelo paliativista, devendo fazer parte da sua abordagem terapêutica.

A religiosidade, já evidenciada pela literatura como um constructo importante que favorece ao melhor enfrentamento das situações críticas, também deve ser valorizada, podendo influenciar melhores desfechos em saúde.

No presente estudo, os profissionais da equipe de assistência em cuidados paliativos referem ser positiva a influência que a espiritualidade e a religiosidade exercem na saúde dos pacientes e consideram pertinente a abordagem desta temática na prática clínica, apesar de não se sentirem aptos a isto.

Quanto à abordagem da espiritualidade e religiosidade na formação acadêmica, os sujeitos relataram que faltam informações essenciais para o cumprimento desta proposta, o que pode contribuir para amplas discussões no campo acadêmico, favorecendo a composição de matrizes curriculares ampliadas que abarquem as inter-relações entre saúde, espiritualidade e religiosidade, indo desde o estímulo a grupos de estudos e/ou estágios teórico-práticos até a uma proposta de transversalidade, dentro dos cronogramas regulares de ensino.

Das diversas formas de acesso à essência espiritual do homem, a religiosidade surge como um importante constructo no atual contexto sociocultural brasileiro. Este estudo trouxe à baila a evidência dos elevados índices de religiosidade dos profissionais avaliados, o que pode favorecer a uma maior elaboração da própria espiritualidade destes sujeitos, facilitando a identificação das necessidades espirituais e/ou religiosas dos seus pacientes.

O delineamento transversal, por não apontar uma relação causa e efeito e não favorecer o acompanhamento do profissional ao longo de sua vivência no ambiente de trabalho, pode representar uma limitação do estudo. Ademais, os dados são provenientes de uma única equipe de profissionais. Pesquisas adicionais, mais abrangentes, envolvendo outras equipes de cuidados paliativos, são necessárias para que um perfil mais amplo de profissionais seja caracterizado.

Pesquisas futuras que objetivem o incremento da abordagem espiritual e religiosa, nos campos da formação e da assistência em saúde, devem ser estimuladas com o intuito de instrumentalizar o profissional para a sua prática.

## Referências

- Alves, J.S., Junges, J.R., & López, L.C. (2010). A dimensão religiosa dos usuários da praticado atendimento à saúde: percepção dos profissionais de saúde. *O Mundo da Saúde*, 34, 430-436.
- Anandarajah, G., & Hight, E. (2001). Spirituality and medical practice: Using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician*, 63, 81-89.
- Arriera, I.C.O., Thofehn, M.B., Porto, A.R., & Palma, J.S. (2012). Espiritualidade na equipe interdisciplinar na equipe que atual em cuidados paliativos as pessoas com câncer. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10(2), 314-321.
- Balboni, T.A., Vanderwerker L.C., Block, S.D., Paulk, M.E., Lathan, C.S., & Peteet, J.R. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 25, 555-560.
- Barbosa, K.A., & Freitas M.H. (2009). Religiosidade e atitude diante da morte em idosos sob cuidados paliativos. *Revista Kairós Gerontologia*, 12, 113-134.
- Borges, D.C., Anjos, G.L., Oliveira, L.R., Leite, J.R., & Lucchetti, G. (2013, jan.-mar.). Saúde, espiritualidade e religiosidade na visão dos estudantes de medicina. São Paulo (SP): *Rev Bras Clin Med.*, 11(1), 6-11.
- Brasil. Ministério da Saúde. Clínica Ampliada. Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da PNH. (2ª ed.). Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- Carneiro, M.B., & Gouveia, V.V. (2007). Informações sócio-demográficas dos médicos. Religiosidade. In: Barbosa, G.A. e cols. *A saúde dos médicos no Brasil*, 114-119. Brasília (DF): Impressus Gráfica.
- Dal-Farra, R.A., & Geremia, C. (2010). Educação em Saúde e Espiritualidade: Proposições Metodológicas. Canoas (RS): *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(4), 587-597.
- Dal-Farra, R.A., & Geremia, C. (2010). Educação em Saúde e Espiritualidade: Proposições Metodológicas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34, 587-597.
- Ecklund, E.H., Cadge, W., Gage, E.A., & Catlin, E.A. (2007). The religious and spiritual beliefs and practices of academic pediatric oncologists in the United States. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 29, 736-742.
- Espinha, D.C.M., Camargo, S.M., Silva, S.P.Z., Pavelqueires, S., & Lucchetti, G. (2013). Opinião dos estudantes de enfermagem sobre saúde, espiritualidade e religiosidade. *Rec Gaúcha Enferm.*, 3, 98-106.
- Ferreira, A.G.C., Melo, N.W., & Cavalcanti, H.A.F. (2014). Grupo de Estudos em Saúde e Espiritualidade: um Espaço para discussão na formação acadêmica. In: 52º Congresso Brasileiro de Educação Médica. Joinville (SC): *Anais do 52º Congresso Brasileiro de Educação Médica*.
- Galyean, B. (1989). Honoring the spirituality of our children without teaching religion in the schools. *Holistic Education Review*, Brandon, VT, 2(2), 24-28.

- Gobatto, C.A., & Araújo T.C.C.F. (2013). Religiosidade e Espiritualidade em oncologia: concepção dos profissionais da saúde. São Paulo (SP): Psicologia USP, 13(24), 11-34.
- Hart Jr, A., Kohlwes, R.J., Deyo, R., Lorna, A., Bowen, R., & Bowen, D.J. (2003). Hospice patients' attitudes regarding spiritual discussions with their doctors. *Am J Hosp Palliat Care*, 20, 35-39.
- King, D., Bushwick, B. (1994). Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *J Fam Pract*, 39, 349-352.
- Koenig, H.G., McCullough, M.E., & Larson, D.B. (2001). Handbook of religion and health. Oxford (England): University Press USA.
- Koenig, H.G., McCullough, M.E., & Larson, D.B. (2010). Handbook of religion and health. Oxford: University Press USA.
- Lourenço L.F.L., Dankzuc, R.F.T., Painnazer, D., Junior, N.F.P., Maia, A.R.C.R., & Santos, E.K.A. (2014). A Historicidade filosófica do conceito saúde. *Revista Eletrônica História da Enfermagem*, 1, 17-35.
- Lucchetti, e cols. (2013). Saúde, espiritualidade e religiosidade na visão dos estudantes de Medicina. *Rev Bras Clin Med.*, 11, 6-11.
- Lucchetti, G., Lucchetti, A.L.G., Espinha, D.C.M., Oliveira, L.R.de, Leite, J.R., & Koenig. (2012). Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. *BMC Medical Education*, 12.
- Lucchetti, G., Granero, A.L., Peres, M.F.P., Moreira-Almeida, A., & Koenig, H.G. (2010). Validação da Duke Religion Index - DUREL (Versão em português). In: *VIII Congresso Paulista de Clínica Médica. Anais do VIII Congresso Paulista de Clínica Médica*.
- Lucchetti, G., Oliveira, Koenig, Leite, Luchetti, A.L.G. (2013). Medical students, spirituality and religiosity – results from the multicenter SBRAME. *BMC Medical Education*, 13.
- Luckhaupt, S.E., Yi, M.S., Mueller, C.V., Mrus, J.M., Peterman A.H., Puchalski C.M., et al. (2005). Beliefs of primary care residents regarding spirituality and religion in clinical encounters with patients: a study at a Midwestern U.S. Teaching Institution. *Acad Med.*, 80, 560-570.
- Lutgendorf, S.K., Russel, D., et al. (2004). Religious participation, interleukin-6, and mortality in older adults. *Health Psychol*, 23, 465-475.
- Moreira-Almeida, A. (2010). O crescente impacto das publicações em espiritualidade e saúde e o papel da Revista de Psiquiatria Clínica. *Rev Psiquiatr Clín.*, 37, 41-42.
- Moreira-Almeida, A., e cols. (2010). Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Rev Psiq Clín.* 2010;37:12-5.
- Moreira-Almeida, A., Pinsky, I., Zaleski, M., & Laranjeira, R. (2010). Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Rev Psiquiatr Clín*, 37, 12-15.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). World Health Organization. (1999). Amendments to the Constitution. April, 7<sup>th</sup>.

Puchalski, C. (2008). Honoring the sacred in medicine: spirituality as an essential element of patient-centered care. *J Med Person*, 6, 113-117.

Puchalski, C.M. (2008). Honoring the sacred in medicine: Spirituality as an essential element of patient-centered care. *J Med Person*, 6, 113-117.

Puchalski, C.M., & Guenther, M. (2012). Restoration and re-creation: spirituality in the lives of healthcare professionals. *Current Opinion*, 6, 254-258.

Santos, F.S., & Incontri, D. (2010). A arte de cuidar: saúde, espiritualidade e educação. *O Mundo da Saúde*, 34, 488-497.

Silva, E.J. (2010, set.). As ciências biomédicas e as correntes de pensamento no processo saúde-doença. *Anais do 1º Seminário de Sociologia da Saúde e Ecologia Humana. (1º ECOSS)*. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina 14 a 16 setembro, 2010. Recuperado em 01 fevereiro, 2015, de: <http://seminarioformprof.ufsc.br/files/2010/12/SILVA-Edson-Jos%C3%A9-da2.pdf>.

Sulmasy, D.B. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 76, 1189-1191.

Williams, A.L. (2006). Perspectives on spirituality at the end of life: a meta-summary. *Palliative and Supportive Care*, 4, 407-417.

Yardley, S.J., Walshe, C.E., & Parr, A. (2009). Improving training in spiritual care: a qualitative study exploring patient perceptions of professional educational requirements. *Palliative Medicine*, 23, 601-607.

Recebido em 08/06/2015

Aceito em 30/09/2015

---

**Alberto Gorayeb de Carvalho Ferreira** - Graduando de Medicina. Grupo de Estudos em Saúde e Espiritualidade (GESESP). Associação Médico-Espírita do Estado de Pernambuco (AME-EPE). Recife, Pernambuco, Brasil.

E-mail: [gorayeb.alberto@gmail.com](mailto:gorayeb.alberto@gmail.com)

**Tatiane Maria de Miranda Duarte** - Graduanda de Medicina. Grupo de Estudos em Saúde e Espiritualidade (GESESP). Associação Médico-Espírita do Estado de Pernambuco (AME-EPE). Recife, Pernambuco, Brasil.

E-mail: [tatimduarte@gmail.com](mailto:tatimduarte@gmail.com)

**Arthur Fernandes da Silva** - Graduando de Medicina. Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (LIASE). Associação Médico-Espírita do Cariri (AME-Cariri). Barbalha, Ceará, Brasil.

E-mail: tucafsilva@gmail.com

**Mirella Rebello Bezerra** - Médica geriatra. Coordenadora do Serviço de Cuidados Paliativos do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. Recife, Pernambuco, Brasil.

E-mail: mirebello@outlook.com