



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

INAYÃ PORTO MARQUES

**RELEVÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE DO PACIENTE
DO PONTO DE VISTA DE MÉDICOS DE UM
HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE**

ARACAJU

2019

INAYÃ PORTO MARQUES

**RELEVÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE DO PACIENTE
DO PONTO DE VISTA DE MÉDICOS DE UM
HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientador: Prof. Msc. Halley Ferraro Oliveira

Co-orientadora: Prof. Msc. Ana Débora Santana

Aracaju-SE
2019

INAYÃ PORTO MARQUES

**RELEVÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE DO PACIENTE
DO PONTO DE VISTA DE MÉDICOS DE UM
HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Autora: Inayã Porto Marques

Orientador: Prof. Dr. Halley Ferraro Oliveira

INAYÃ PORTO MARQUES

**RELEVÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE DO PACIENTE
DO PONTO DE VISTA DE MÉDICOS DE UM
HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Aprovada em: _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que me sensibilizaram de alguma forma durante o meu caminho pela universidade. Esse trabalho, reflexo de quem sou e do que acredito, é consequência direta dessas relações.

Agradeço a meus pais, meu irmão e cunhada que, acreditando nos meus sonhos tão genuinamente nunca deixaram brechas para que eu duvidasse que eles se concretizariam. Por causa de vocês, posso de dizer que sou amada e que nunca estarei só no mundo.

Agradeço ao meu orientador, Halley Ferraro, que vem acompanhando essa pesquisa desde o momento em que ela ainda era uma ideia que ia muito além de mim. Obrigada pela escuta e atenção, levarei comigo sua solicitude e exemplo de bom humor ao se deparar com as pedras no caminho.

Agradeço também à Ana Débora minha co-orientadora, que me inspira com sua inteligência e visão de mundo, e a Thaís Serafim, eterna orientadora. Com vocês aprendi que altivez e força são quase mágica quando vem dos gestos mais doces.

Agradeço à Liase, Liga de Saúde e Espiritualidade, que me proporcionou conhecer pessoas iluminadas e que tornou possível a realização desse trabalho. Graças à liga tive acesso a ensinamentos que o curso por si não seria capaz de me oferecer.

Agradeço a meus amigos e amores que me ouviram e respeitaram meu silêncio nesses meses de produção. Vocês estão em cada lágrima de desespero e gargalhada de felicidade que ocorreram durante esses meses de criação!

Carregarei vocês sempre comigo, obrigada.

LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

Quadro 1. Questionário FICA para coleta da história espiritual.....	14
Gráfico 1. Representação percentual dos médicos que se declararam muito, moderadamente, pouco ou não espiritualizados.....	36
Gráfico 2. Opinião médica sobre a importância da espiritualidade na redução da morbimortalidade.....	37
Gráfico 3. Opinião médica sobre o efeito positivo no prognóstico do paciente ao considerar a espiritualidade desse.....	38
Gráfico 4. Grau de espiritualidade dos médicos com até 10 anos de tempo de atuação profissional.....	39
Gráfico 5. Grau de espiritualidade dos médicos com mais de 10 anos de tempo de atuação profissional.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Relação entre a espiritualidade do médico e a iniciativa de abordar o tema no atendimento do paciente ambulatorial.....	34
Tabela 2. Relação entre o grau de espiritualidade do médico com o impacto da experiência profissional na maneira como ele enxerga a espiritualidade.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS	Conselho Nacional de Saúde
E/R	Espiritualidade/Religiosidade
HUSE	Hospital de Urgências de Sergipe
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JAMA	Journal of the American Medical Association
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	REVISÃO DE LITERATURA	10
1.1	Espiritualidade	10
1.1.1	<i>Definição de espiritualidade</i>	<i>10</i>
1.1.2	<i>Diferença entre espiritualidade, religião e religiosidade.....</i>	<i>10</i>
1.1.3	<i>Outras definições de espiritualidade</i>	<i>10</i>
1.2	Espiritualidade e saúde	11
1.2.1	<i>Importância da espiritualidade/religiosidade no atendimento em saúde....</i>	<i>12</i>
1.2.2	<i>Política Nacional de Humanização (PNH) e a espiritualidade.....</i>	<i>13</i>
1.3	Quando e como abordar a espiritualidade em uma consulta médica.....	13
1.4	Espiritualidade e as escolas médicas	15
1.5	Por que médicos não costumam abordar a espiritualidade na prática clínica?	16
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
2	NORMAS DE PUBLICAÇÃO	20
3	ARTIGO ORIGINAL.....	25
	RESUMO	26
	INTRODUÇÃO	27
	METODOLOGIA	28
	RESULTADOS.....	29
	DISCUSSÃO	30
	CONCLUSÃO	33
	TABELAS E FIGURAS	34
	AGRADECIMENTOS.....	41
	FONTE DE FINANCIAMENTO	41
	POTENCIAL CONFLITOS DE INTERESSE	41
	ABSTRACT.....	44
	REFERÊNCIAS.....	42
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS MÉDICOS	45

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Espiritualidade

1.1.1 Definição de espiritualidade

Não há definição unânime no que diz respeito à espiritualidade (KOENIG, 2012), portanto, para o presente trabalho, optou-se por utilizar a definição apresentada por Koenig (apud LUCCHETTI, 2010, p. 155), no livro "Handbook of Religion and Health", que diz que:

Espiritualidade é uma busca pessoal para entender questões relacionadas ao fim da vida, ao seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente que, pode ou não, levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de comunidades religiosas.

Assim, é importante destacar a sutil diferença entre espiritualidade e religião, visto que a espiritualidade engloba a religião, sendo essa uma das possíveis formas de expressão da espiritualidade, porém não a única (PUCHALSKI, 2018).

1.1.2 Diferença entre espiritualidade, religião e religiosidade

Diferentemente da definição de espiritualidade, há um relativo consenso quanto ao significado de religião. Essa diz respeito a um sistema organizado de comportamentos, rituais, crenças e cerimônias que, apesar de poderem ser praticados em público ou de forma privada, tem suas bases em tradições que foram desenvolvidas dentro de uma comunidade. A religião, dessa forma, age de modo a facilitar a aproximação com o transcendente (Deus, Buda, Allah, verdade suprema...) (KOENIG, 2012).

Portanto, pode-se dizer que a espiritualidade tem caráter mais pessoal que a religião, visto que essa tem suas raízes em tradições pré-estabelecidas dentro de uma comunidade, enquanto que aquela carece de regras ou responsabilidades religiosas (KOENIG, 2009).

Já a religiosidade, refere-se à intensidade com que um indivíduo acredita e põe em prática a religião a qual ele está vinculado (LUCCHETTI, 2010).

1.1.3 Outras definições de espiritualidade

Apesar de o presente estudo estar pautado em apenas uma das diversas definições de espiritualidade, consideramos importante que outras definições sejam aqui brevemente expostas. Durante séculos, a espiritualidade esteve estritamente ligada a religião e religiosidade, porém, com o mundo secularizado, associado ao crescente número de pesquisas referentes ao tema, surgiram "novas" espiritualidades, com papéis e funções outros que não os

originais (CATRÉ, 2016).

Não sendo o estudo do conceito espiritualidade o objetivo principal deste trabalho, nos ateremos a explicar brevemente sobre duas das classificações possíveis para o termo. A primeira foi escolhida por ter sido definida após a *Consensus Conference*, que ocorreu na Califórnia em 2009, contando com nomes de grande relevância para as pesquisas na área como Christina Puchalski, e que teve como um dos objetivos criar um consenso no que diz respeito à definição de espiritualidade. Sendo a definição a seguir:

Espiritualidade é o aspecto da humanidade que se refere ao modo como os indivíduos procuram e expressam significado e propósito e o modo com que esses experimentam sua conexão com o momento, consigo mesmos, com os outros, com a natureza e com o sagrado.

A segunda, por ser uma definição amplamente reconhecida e abrangente, dividindo o tema em 04 categorias distintas. As três primeiras classificações foram apresentadas por Spilka em 1993 após revisão de literatura sobre o assunto, onde conclui que grande parte do entendimento de espiritualidade na contemporaneidade está inserido em uma destas três categorias (HILL, 2001): (1) espiritualidade orientada para Deus (2) espiritualidade orientada para a natureza; (3) espiritualidade humanista (orientada para as pessoas). A primeira, diz respeito à proximidade e ligação com o sagrado, a relação do indivíduo com um Deus ou Poder Superior. A segunda, refere-se a conexão e proximidade com a natureza. A terceira, voltada para relações interpessoais, reporta-se a sentimentos como o amor, altruísmo e reflexão. Atualmente, também se defende a existência de uma quarta classificação, a (4) espiritualidade cósmica. Essa diz respeito à ligação com toda a criação, podendo ser experienciada através da meditação ou mesmo pelo simples ato de observar a imensidão do universo em uma noite estrelada (WORTHINGTON et al, 2011).

1.2 Espiritualidade e Saúde

A grande maioria dos brasileiros considera-se religioso e/ou espiritualizado. De acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, apenas 615 mil indivíduos se auto declararam ateus, o que equivale a aproximadamente 0,3% da população brasileira. Todos os outros, quando não possuíam vínculo a alguma religião, alegavam acreditar na existência de Deus ou de algo sagrado. Tais dados demonstram que a espiritualidade e religião são temas presentes na realidade do brasileiro, tendo influência em seus hábitos e na forma de ver o mundo (SILVA, 2017). Assim, considerando o indivíduo como um ser composto de várias esferas (social, biológica, psíquica, espiritual) que se

interligam, a interação dessas esferas determina a saúde do mesmo (LUCCHETTI, 2010). A espiritualidade, portanto, se apresenta como um dos fatores determinantes para o desfecho clínico do paciente, principalmente no que diz respeito a doenças crônicas, graves e/ou terminais (POST, 2000).

1.2.1 Importância da espiritualidade no atendimento em saúde

A espiritualidade possui relevância clínica. Revisões sistemáticas, que incluíram mais de 3,000 estudos acadêmicos demonstram que, em geral, quanto mais o indivíduo possui espiritualidade/religiosidade (E/R) menos ele está propício a desenvolver ansiedade e depressão e mais rápido a remissão dos sintomas depressivos (MOREIRA-ALMEIDA, KOENIG, LUCCHETTI, 2014). Artigo recente publicado no *Journal of the American Medical Association* (JAMA) aponta que pessoas que possuem grandes propósitos em suas vidas se beneficiam de diminuição tanto dos riscos de mortalidade em geral quanto de eventos cardiovasculares. Além disso, corroborando com revisão apresentada por Moreira-Almeida, o artigo afirma que pacientes que participam de comunidades religiosas tendem a sofrer menos com depressão e risco de suicídio. Um dos possíveis motivos seria porque tais comunidades estimulam interações sociais que promovem hábitos saudáveis, bem como apoio social, visão otimista e propósito de vida (VANDERWEELE, 2017). Tendo em vista esses dados, diversas organizações americanas como *American College of Physicians*, *American Medical Association*, *American Nurses Association* e *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, destacam a importância de um cuidado em saúde que leve em conta a espiritualidade do paciente e a necessidade de integrar este cuidado na prática clínica (MOREIRA-ALMEIDA, KOENIG, LUCCHETTI, 2014).

Ademais, há também a demanda do próprio paciente e a importância que o mesmo dá ao tema. Inúmeros estudos voltados ao paciente com câncer, por exemplo, indicam que a espiritualidade é um fator importante ou muito importante para o indivíduo no momento de tomar uma decisão relacionada a seu tratamento (PUCHALSKI, 2018). Uma revisão sistemática que avaliou 54 estudos, abrangendo um total de 12,327 pessoas, demonstrou que a maioria dos pacientes tem interesse em discutir sobre questões voltadas à espiritualidade/religião em algum momento da consulta médica (BEST, 2015). Além disso, há que se considerar as situações em que a E/R interfere de modo negativo na saúde e recuperação do paciente. Isso pode ocorrer quando o indivíduo atribui sua condição patológica a uma punição divina, por exemplo. Nesses casos, a angústia espiritual pode ser

fator de piora para a dor física, sendo a intervenção espiritual tão importante quanto uma possível intervenção farmacológica (PUCHALSKI, 2018).

Assim, considerar as particularidades do paciente, inclusive as de natureza espiritual, é pôr em prática um cuidado integral em saúde, e é, também, uma forma de estimular suas ferramentas de autocuidado e enfrentamento. Desse modo, a prática médica não se limita à técnica: ela perpassa também pelo cuidado subjetivo, pela atenção e compaixão dispensada ao paciente que, já diversas vezes comprovado, contribuem para a diminuição do estresse causado pela doença e melhoram sua qualidade de vida. (PUCHALSKI, 2014).

1.2.2 Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS)

A Política Nacional de Humanização (PNH), também chamada de HumanizaSUS, foi criada em 2003 e está vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p. 03). A PNH propõe consolidar a ideia de humanização no Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, a valorização dos indivíduos participantes das diversas esferas da produção de saúde: usuários, gestores e trabalhadores. Isso se dá através de princípios e diretrizes que, quando postos em prática, estreitam o vínculo e a corresponsabilização entre esses sujeitos.

A humanização do cuidado tem como consequência uma atenção holística para seus usuários, de modo que o cuidador deve prover, além do seu conhecimento técnico, uma assistência personalizada, que leve em consideração as particularidades de seus pacientes (OLIVEIRA, 2018).

Pautados na PNH, a abordagem da espiritualidade faz-se presente ao considerarmos que a produção de saúde está intrinsecamente ligada a subjetividades e, sendo a espiritualidade uma dessas dimensões subjetivas, é imprescindível que essa dimensão pessoal seja levada em consideração quando se objetiva um cuidado humanizado (ALVES, JUNGES, LÓPEZ, 2010).

1.3 Quando e como abordar a espiritualidade em uma consulta médica

Após explanar sobre o porquê da importância da abordagem da espiritualidade no contexto da saúde, é necessário que haja também o entendimento de quando e como abordar o tema, visto que, apesar de sua inegável importância, não são todas as circunstâncias e formas de abordagem que se mostram propícias. Uma revisão sistemática realizada em 2015 demonstrou que a maior parte dos pacientes deseja que os médicos conversem sobre sua espiritualidade pelo menos em determinadas circunstâncias. Em geral, são pacientes graves os que mais anseiam por falar sobre espiritualidade com seus médicos, e, ao contrário do que se

poderia imaginar, tal desejo não está relacionado com o fato do paciente ser ou não religioso/espiritualizado. Nesta mesma revisão, a minoria que demonstrou não ter interesse em abordar o tema com seus médicos encaixava-se em um dos grupos a seguir: (1) indivíduos que não estão seriamente doentes; (2) indivíduos que alegam ter outras fontes de apoio espiritual (proveniente de familiares, por exemplo). Além disso, algumas das atitudes médicas que envolviam o tema, apontadas como relevantes, foram: o encorajamento de sua E/R, bem como o encorajamento para nutrir esperanças compatíveis com sua condição de saúde; o interesse por saber qual a importância da E/R para o usuário; o aconselhamento quanto às melhores formas de autocuidado e a discussão sobre os impactos da E/R no que diz respeito às decisões de tratamento (BEST, 2015).

Não há regras ou diretrizes que falem sobre o momento correto de discutir sobre a E/R do paciente. Cabe ao profissional, tendo em mente a importância e delicadeza do tema, bom senso para decidir. Por exemplo, falar sobre espiritualidade numa situação de trauma ou outras ocorrências agudas graves, como um evento isquêmico coronariano, não parece ser uma boa opção, visto que tal atitude pode deixar o paciente inseguro e com medo. Porém situações como a anamnese inicial de um paciente que será acompanhado de forma continuada, durante a internação de um indivíduo que descompensou ou em consultas de cuidados paliativos, são exemplos de oportunidades para se explorar a espiritualidade na prática. Nesses momentos, avaliar o tema quando se questiona sobre os hábitos de vida do paciente pode ser uma opção (LUCHETTI, 2010).

A fim de facilitar a abordagem do tema, foram criados instrumentos que servem como norteadores na coleta da história espiritual do paciente. Dentre eles, o questionário denominado FICA, criado por Christina Puchalski, validado em 1999, ainda é um dos mais populares. FICA é um acrônimo que significa Fé ou crenças, Importância e influência, Comunidade e Ação no tratamento. Em uma coleta da história espiritual, o médico deve buscar obter informações referentes aos termos que formam esse acrônimo. O quadro a seguir exemplifica como cada um desses podem ser abordados, através de questionamentos, no momento da anamnese. É importante ter em mente, porém, que tais questionários servem como facilitadores da coleta, devendo ser adaptados de acordo com a necessidade particular de cada consulta.

Quadro 1. Questionário FICA para coleta da história espiritual

Questionário FICA (PUCHALSKI, 1999)	
Instrumento para coleta da história espiritual do paciente	
F - Fé ou crenças	<ul style="list-style-type: none"> ● Quais são suas crenças? ● Em que você acredita? ● Você se considera espiritualizado ou religioso? ● Quais as coisas que você acredita que dão sentido a sua vida?
I - Importância e influência:	<ul style="list-style-type: none"> ● Qual a importância você dá para a espiritualidade em sua vida? ● Como ela influencia em seu autocuidado? ● Você possui alguma crença específica que poderia influenciar nas decisões de tratamento?
C - Comunidade:	<ul style="list-style-type: none"> ● Você faz parte de alguma comunidade religiosa? Ela te dá suporte? Como? ● Há uma pessoa, ou um grupo de pessoas que você ame muito ou que seja muito importante para você?
A - Ação no tratamento:	<ul style="list-style-type: none"> ● Como você gostaria que o seu médico ou profissional de saúde inserisse as questões referentes à R/E em seu tratamento?

Assim, ao fazer uso de tais ferramentas o médico pode atingir importantes resultados como: entender melhor as crenças de seus pacientes, conectar-se com o mesmo de forma mais profunda, identificar possíveis fatores espirituais que possam causar angústia ou acalotá-lo, prover caminhos ao paciente para encontrar suas próprias ferramentas de cura e autocuidado, identificar questões religiosas e espirituais que possam interferir nas decisões de tratamento (PUCHALSKI, 2018).

1.4 Espiritualidade e as escolas médicas

Nos Estados Unidos, até 1993 menos de 5 cursos de medicina contavam com matérias sobre E/R em suas grades curriculares. Atualmente, diversos centros universitários como Duke University's Center for Spirituality, Theology and Health; The George Washington Institute for Spirituality and Health; Center for Spirituality and Health – University of Florida e Initiative on Health, Religion and Spirituality – Harvard University contam com pesquisas e

promoção de cursos na área (LUCHETTI, 2010). Apesar desse aumento significativo (de modo que, atualmente, 80% das escolas médicas dos Estados Unidos contam com cursos que oferecem treinamento para o cuidado espiritual do paciente), a maioria dos médicos se formam sem um treinamento formal, visto que esses cursos costumam ser ofertados de forma eletiva (VANDERWEELE, 2017).

No que diz respeito ao Brasil, ainda há poucas instituições que contam com cursos exclusivamente voltados para o tema. O último estudo de grande relevância que visou mapear cursos sobre espiritualidade nas instituições de ensino brasileiras contou com a participação de 86 escolas médicas, das 180 existentes na época. Resultados demonstraram que das 86 instituições, apenas 9 (11%) delas possuíam cursos referentes a E/R, dos quais 4 desses eram cursos eletivos. Ironicamente, 41 (54%) dos responsáveis afirmaram que consideravam “muito importante” que seus alunos tivessem contato com o tema ao longo do curso (LUCCHETTI, 2012).

Quanto a Sergipe, apesar de não possuir cursos que abordem o tema nas grades curriculares de suas universidades, conta com uma liga acadêmica, denominada Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade de Sergipe (LIASE). Essa, que tem como preceptor o médico e professor Halley Oliveira, reúne alunos das universidades federal e particular do estado a fim de discutir sobre formas de abordar a espiritualidade na prática clínica e demais assuntos que permeiam o tema, promover pesquisas e realizar congressos que estimulem o debate do assunto no meio médico de Sergipe.

1.5 Por que médicos não costumam abordar a espiritualidade na prática clínica?

A literatura demonstra que há uma divergência entre a importância que os médicos dão à espiritualidade de seus pacientes e a abordagem dessa em sua rotina profissional. Estudo recente realizado por Aguiar et al. (2017) revelou que, apesar de 89% dos médicos de família entrevistados concordarem que cuidar da espiritualidade do paciente é “muito importante” ou “importante” no cuidado em saúde, quase a metade desses também afirmou ou foi neutro à afirmação que tais cuidados devem ser delegados a outros profissionais que não os médicos. O autor atribui como uma das possíveis causas para essa dicotomia a insegurança dos médicos em abordar o tema, seja pelo caráter delicado do assunto, seja por falta de preparo quando ainda nas escolas médicas.

Estudo realizado por Lucchetti et al. (2016), compreendendo um total de 611 médicos de 3 países distintos, demonstra achados similares. Segundo o autor, dos 194 médicos

brasileiros entrevistados, 55,2% acreditavam que a espiritualidade influencia a saúde do indivíduo. Em contrapartida, apenas 11,1% afirmaram questionar sobre a esfera espiritual de seus pacientes. Além disso, 95,9% dos médicos alegaram nunca ter tido um preparo formal no que diz respeito à abordagem do tema.

A literatura aponta também outros motivos levantados pelos médicos para a não abordagem da espiritualidade: falta de tempo, falta de conhecimento acerca do tema, questões éticas ou por acreditar que estaria impondo seu ponto de vista religioso para o paciente (ESPERANDIO, 2018).

À medida que o profissional passa a ter mais conhecimento acerca do tema e desvincula-se de seus preconceitos e inseguranças, as barreiras que o impedem de trazer o assunto à tona com seus pacientes vão sendo derrubadas (LUCCHETTI, 2010).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEST, Megan; BUTOW, Phyllis; OLVER, Ian. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. **Patient Education and Counseling**, v. 98, n. 11, p. 1320-1328, 2015.
- CATRÉ, Maria Nazarete Costa et al. Espiritualidade: Contributos para uma clarificação do conceitos. **Análise Psicológica**, v. 34, n. 1, p. 31-46, 2016.
- HILL, Peter C. et al. Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. **Journal for the theory of social behaviour**, v. 30, n. 1, p. 51-77, 2000.
- KOENIG, Harold G.; KING, Dana E.; CARSON, Verna Benner. **Handbook of religion and health**. 2nd ed. Oxford ; New York: Oxford University Press, 2012.
- KOENIG, Harold G. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. **ISRN psychiatry**, v. 2012, 2012.
- KOENIG, Harold G. Research on religion, spirituality, and mental health: A review. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 54, n. 5, p. 283-291, 2009.
- LUCCHETTI, Giancarlo et al. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber. **RevBrasClinMed**, v. 8, n. 2, p. 154-8, 2010.
- LUCCHETTI, Giancarlo et al. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. **BMC medical education**, v. 12, n. 1, p. 78, 2012.
- LUCCHETTI, Giancarlo et al. Spirituality, religiosity, and health: a comparison of physicians' attitudes in Brazil, India, and Indonesia. **International journal of behavioral medicine**, v. 23, n. 1, p. 63-70, 2016.
- MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; KOENIG, Harold G.; LUCCHETTI, Giancarlo. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 36, n. 2, p. 176-182, 2014.
- NORCROSS, John C. **Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients**. Oxford University Press, 2002.
- POST, Stephen G.; PUCHALSKI, Christina M.; LARSON, David B. Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. **Annals of internal medicine**, v. 132, n. 7, p. 578-583, 2000.
- PUCHALSKI, Christina M. et al. Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. **Journal of Palliative Medicine**, v. 17, n. 6, p. 642-656, 2014.
- PUCHALSKI, Christina M. et al. Spirituality and health: the development of a field. **Academic Medicine**, v. 89, n. 1, p. 10-16, 2014.
- PUCHALSKI, Christina M.; KING, Stephen DW; FERRELL, Betty R. Spiritual

Considerations. **Hematology/oncology clinics of North America**, v. 32, n. 3, p. 505-517, 2018.

PUCHALSKI, Christina; ROMER, Anna L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. **Journal of Palliative Medicine**, v. 3, n. 1, p. 129-137, 2000.

SILVA, Tiago D. Percepções dos profissionais de saúde do SUS sobre religiosidade/espiritualidade no contexto hospitalar. 2017. 77 f. Dissertação (Mestrado em Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

SPIILKA, Bernard. Spirituality: Problems and directions in operationalizing a fuzzy concept. In: **annual meeting of the American Psychological Association**, Toronto. 1993.

VANDERWEELE, Tyler J.; BALBONI, Tracy A.; KOH, Howard K. Health and spirituality. **Jama**, v. 318, n. 6, p. 519-520, 2017.

1 NORMAS DE PUBLICAÇÃO

PHYSIS: REVISTA DE SAÚDE COLETIVA

ESCOPO E POLÍTICA

Physis: Revista de Saúde Coletiva, revista trimestral publicada pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e o Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva (CEPESC), tem por objetivo geral divulgar a produção acadêmica em Saúde Coletiva. Está classificada como B1 na área de Saúde Coletiva, segundo os critérios Qualis da CAPES.

A versão online SciELO da revista, que utiliza modalidade contínua de publicação, inclui os textos completos dos artigos e está disponível gratuitamente, com acesso aberto. Está indexada também nas bases de dados: Directory of Open Access Journals, EBSCO Publishing, LILACS, PubMed, Scopus, Sociological Abstracts, REDALYC e PROQUEST - Social Science Journals.

A linha editorial de Physis enfatiza abordagens interdisciplinares, críticas e inovadoras em temas atuais no campo da Saúde Coletiva. A revista é composta basicamente de artigos originais de demanda livre e seções de resenhas, entrevistas, cartas e comentários. O Conselho Editorial poderá, ocasionalmente, propor temas específicos considerados relevantes, e publicar trabalhos de autores convidados especialistas no tema, e que também irão passar por um processo de revisão por pares.

Physis conta com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (www.cnpq.br) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, através do Programa de Incentivo à Editoração e Publicação de Periódicos Científicos Brasileiros (www.capes.gov.br).

FORMA E PREPARAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A Revista Physis publica artigos nas seguintes categorias:

Artigos originais por demanda livre (até 7.000 palavras, incluindo notas e referências): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. A publicação é decidida pelo

Conselho Editorial, com base em pareceres - respeitando-se o anonimato tanto do autor quanto do parecerista (double-blind peer review) - e conforme disponibilidade de espaço.

Artigos originais por convite (até 8.000 palavras, incluindo notas e referências): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. O Conselho Editorial e o editor convidado podem tanto solicitar a autores de reconhecida experiência que encaminhem artigos originais relativos a temáticas previamente decididas, conforme o planejamento da revista, quanto deliberar, ao receber os artigos, com base em pareceres (double-blind peer review), sobre a publicação. Revisões e atualizações são em geral provenientes de convite. Artigos que, devido a seu caráter autoral, não podem ser submetidos anonimamente a um parecerista, são analisados, com ciência do autor, com base em pareceres em que só o parecerista é anônimo (single-blind peer review). O número de autores será limitado ao máximo de dois por manuscrito, sendo que cada autor só poderá figurar em um único artigo por número.

Resenhas (até 4.000 palavras, incluindo notas e referências): podem ser provenientes de demanda livre ou convite. O Conselho Editorial decide quanto à publicação, levando em conta temática, qualidade, boa redação e disponibilidade de espaço. Só serão aceitas resenhas com um único autor.

Seção de Entrevistas (até 4.000 palavras): publica depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista.

Seção de Cartas (até 1.500 palavras): publica comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores.

Seção de Comentários (até 1.500 palavras): publica ensaios curtos e notas ou opiniões sobre temas relevantes para a Saúde Coletiva.

Instruções para encaminhamento de textos:

1. O processo de submissão é feito apenas online, no sistema ScholarOneManuscripts, no endereço <http://mc04.manuscriptcentral.com/physis-scielo>. Para submeter originais, é necessário se cadastrar no sistema, fazer o login, acessar o "Author Center" e dar início ao processo de submissão. Todos os autores dos artigos aprovados para publicação a partir de 2018 (inclusive) deverão, obrigatoriamente, associar seu número de registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID, <https://orcid.org/>) ao seu perfil no ScholarOne e informa-lo na declaração de autoria (ver modelo adiante).

2. Os artigos devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial ou Times New Roman

12, respeitando-se o número máximo de palavras definido por cada seção, que compreende o corpo do texto, as notas e as referências. Resumos são considerados separadamente. O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria; os dados dos autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão.

3. Os estudos que envolvam a participação de seres humanos deverão incluir a informação referente à aprovação por comitê de ética na pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Os autores devem indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado e se há conflitos de interesse envolvidos na mesma. Informações sobre financiamento devem constar no item Agradecimentos, ao final do artigo ou em nota de fim.

4. Os artigos devem ser escritos em português (preferencialmente), inglês ou espanhol. A Editoria reserva-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, preservando, no entanto, estilo e conteúdo. Eventualmente, serão aceitos artigos traduzidos, já publicados em outro idioma, que, pela sua relevância, possam merecer maior divulgação em língua portuguesa. Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

5. O resumo do artigo e as palavras-chave em português devem ser incluídos nas etapas indicadas do processo de submissão (primeira e segunda, respectivamente). Resumo e palavras-chave em inglês devem ser incluídos no corpo do artigo, após as referências (somente nas seções de artigos originais por demanda livre e temáticos). Contendo, cada um até 200 palavras, devem destacar o objetivo principal, os métodos básicos adotados, os resultados mais relevantes e as principais conclusões do artigo. Devem ser incluídas de 3 a 5 palavras-chave em português e inglês. O título completo do artigo também deverá ser traduzido. A revista poderá rever ou refazer as traduções.

6. Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 12x15 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte Arial ou Times New Roman 10. Tabelas e gráficos-torre podem ser produzidos em Word ou similar. Outros tipos de gráficos devem ser produzidos em Photoshop ou Corel Draw ou similar. Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados e serão inseridas no sistema no sexto passo do processo de submissão, indicadas como "image", "figure" ou "table", com respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

7. As notas, numeradas sequencialmente em algarismos arábicos, devem ser colocadas no final do texto, após as referências, com fonte tamanho 10. As notas devem ser

exclusivamente explicativas, escritas da forma mais sucinta possível. Não há restrições quanto ao número de notas.

8. As referências devem seguir a NBR 6023 da ABNT (de agosto de 2002). No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos do número da página no caso de citações. Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

9. Os trabalhos publicados em Physis estão registrados sob a licença Creative Commons Attribution CC-BY. A submissão do trabalho e a aceitação em publicá-lo implicam cessão dos direitos de publicação para a Revista Physis. Quando da reprodução dos textos publicados em Physis, mesmo que parcial e para uso não comercial, deverá ser feita referência à primeira publicação na revista. A declaração de autoria deverá ser assinada por todos os autores, digitalizada e inserida no sexto passo do processo de submissão, e indicada como "supplemental file not for review", de modo que os avaliadores não tenham como identificar o(s) autor(es) do artigo. Quaisquer outros comentários ou observações encaminhados aos editores deverão ser inseridos no campo "Cover letter".

10. Tendo em vista o crescimento no número de coautores em muitos artigos encaminhados a Physis, o número máximo de autores está limitado a quatro, e só com justificativas excepcionais será aceito número maior. Além disso, será avaliada com bastante rigor a contribuição efetiva de cada autor. A Editoria se reserva o direito de recusar artigos cujos autores não prestem esclarecimentos satisfatórios sobre este item, e/ou solicitar a remoção de participantes sem contribuição substancial. As responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do artigo deverão ser indicadas na "Declaração de responsabilidade" (vide modelo a seguir), conforme o International Committee of Medical Journal Editors. Essa declaração também deverá ser assinada pelos autores, digitalizada e encaminhada como documento suplementar no sexto passo do processo de submissão. Poderá ser incluído no final do corpo do artigo ou como nota de fim um item de "Agradecimentos", caso seja necessário citar instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de coautoria.

11. Em atendimento às normas da SciELO, a identificação da afiliação de cada autor deverá restringir-se a nomes de entidades institucionais, cidade, estado e país. O endereço eletrônico poderá ser informado.

12. Não serão aceitos trabalhos que não atendam às normas fixadas, mesmo que eles

tenham sido aprovados no mérito (pelos pareceristas). Os editores se reservam o direito de solicitar que os autores adequem o artigo às normas da revista, ou mesmo descartar o manuscrito, sem nenhuma outra avaliação. Quaisquer outros comentários ou observações poderão ser encaminhados no campo "Cover letter".

13. A Revista *Physis* não cobra taxa de submissão e avaliação de artigos.

14. Em caso de artigo já aceito para publicação, será possível publicá-lo em inglês também, se for de interesse do autor. No entanto, a tradução deverá ser feita por empresa qualificada (ou recomendada pela Editoria de *Physis*), e os custos de tradução correrão por conta do autor.

15. A revista adota sistema de detecção de plágio.

16. Todo conteúdo publicado nos artigos e resenhas é de inteira responsabilidade dos autores.

17. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Editorial.

POLÍTICA E PRIVACIDADE

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

3 ARTIGO ORIGINAL

RELEVÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE DO PACIENTE DO PONTO DE VISTA DE MÉDICOS DE UM HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE

RELEVANCE OF PATIENTS' SPIRITUALITY FROM THE POINT OF VIEW OF
PHYSICIANS WHO WORKED IN AN EMERGENCY HOSPITAL

Inayã Porto Marques¹, Halley Ferraro Oliveira¹

¹Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju, SE, Brasil.

Correspondência para:

Inayã Porto Marques
Rua Claudio Batista, s/n
49060-108 - São Cristóvão, SE, Brasil
inaya.porto@gmail.com
(79)98823-1516

Palavras-chave: Espiritualidade; religiosidade; saúde; prática clínica.

Número de palavras: 5.071

Tipo de artigo: artigo de livre demanda.

RESUMO

RELEVÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE DO PACIENTE DO PONTO DE VISTA DE MÉDICOS DE UM HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE

Este artigo analisa a opinião médica em relação à importância da espiritualidade dos pacientes, reconhecendo o perfil dos médicos que tendem a abordar o assunto em sua prática clínica, avaliando as possíveis dificuldades encontradas para tal e o conhecimento dos profissionais acerca do tema. O presente estudo busca, através do entendimento das questões postas anteriormente, facilitar essa abordagem. As informações levantadas se deram através de questionários aplicados a 93 médicos do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), localizado em Aracaju. Os resultados demonstraram que médicos jovens costumam ser menos espiritualizados, bem como o médico considerar-se ou não espiritualizado influencia na iniciativa de abordar o tema com seus pacientes. Além disso, a maior parte dos médicos entrevistados acreditam que a espiritualidade do paciente influencia na morbimortalidade desse e que, ao apoiar a esfera espiritual, o profissional contribui positivamente com o prognóstico do indivíduo. Apesar de tais resultados, é sabido através da literatura que grande parte dos médicos ainda não toma para si a responsabilidade de lidar com as questões espirituais de seus pacientes. A fim de mudar esse cenário, se faz necessário algumas intervenções como uma maior preparação do corpo clínico através de capacitações que se iniciem desde as escolas médicas.

Palavras-chave: espiritualidade; religiosidade; saúde; prática clínica.

INTRODUÇÃO

Espiritualidade, no contexto do cuidado em saúde, pode ser descrito como uma procura individual, inerente a todo ser humano, a respostas relacionadas a vida e seu sentido, ao sagrado e transcendente. Tal procura pode ser traçada através de um caminho religioso e por vínculos com comunidades religiosas ou não (LUCCHETTI, 2010). É de conhecimento antigo, e atualmente corroborado por diversas pesquisas científicas, a importância da espiritualidade no bem-estar do paciente, porém, o papel do médico no que diz respeito a discutir a espiritualidade e como abordá-la com seu paciente ainda é permeado por incertezas (BEST, 2015).

Hipócrates, no século V a.C., defendia que a doença fosse analisada à luz de outros aspectos além do biológico. Dentre esses, estaria incluso o aspecto espiritual do enfermo (GALLIAN, 2000). Ao passo que o campo da ciência e da razão foi se consolidando, passou-se a acreditar que a espiritualidade e religiosidade desapareceriam, como foi predito diversas vezes ao longo da primeira metade do século XX, período em que ocorreu um acelerado avanço na área tecnológica (VALENTE, 2016). Os reflexos desses acontecimentos podem ser observados na formação dos profissionais de saúde à medida que as escolas médicas, adotando o modelo flexneriano calcado na doença e nos aspectos biológicos do paciente, foram paulatinamente retirando os estudos relacionados às dimensões humanistas de seus currículos. Atualmente, cada vez mais pesquisadores referenciados defendem o modelo holístico de saúde, indo na contramão do modelo biomédico que se consolidou nas últimas décadas.

À luz desse cenário, as pesquisas relacionadas à espiritualidade e religiosidade vem crescendo de forma substancial. Revistas de alto impacto como *Nature*, *Lancet* e *American British Journal* estão entre as principais responsáveis por publicações referentes ao assunto (LUCCHETTI, 2014). Além disso, centros de referência mundial, como a escola médica de Harvard, possuem frentes que promovem pesquisas e ensino referentes ao tema (VANDERWEELE, 2018). Desse modo, os estudos nessa área têm hoje seguido padrões cada vez mais rigorosos e resultados cada vez mais confiáveis (VANDERWEELE, 2017).

Assim, os estudos sobre espiritualidade/religiosidade (E/R) em saúde apontam sua importância no processo saúde-doença, bem como seus benefícios na prevenção e promoção da saúde, influenciando a saúde física e mental e tendo papel muitas vezes decisivo no enfrentamento de patologias e decisões referentes ao tratamento (LONGUINIÈRE, 2018). Ademais, os pacientes relatam sentir mais confiança em médicos que abordam o tema, quando

propício (MEIRA, 2015), sendo dessa forma prudente que o médico despenda atenção aos aspectos espirituais de seus pacientes a fim de promover uma assistência integral àquele sob seus cuidados.

Desse modo, o presente estudo tem como objetivo analisar a visão do médico em relação à importância de abordar a espiritualidade de seus pacientes quando na prática clínica, além de analisar as dificuldades encontradas para tal, a fim de contribuir para as pesquisas acerca do tema, buscando, assim, a prática de uma medicina que considere cada vez mais o indivíduo como um todo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, transversal, qualitativo e descritivo, com amostra casual simples, realizado no período de abril e maio de 2016. Foram aplicados 120 questionários a médicos do Hospital de Urgências de Sergipe (HUSE), de forma aleatória não probabilística. Participaram do estudo 93 médicos, do gênero feminino e masculino, de diferentes especialidades e tempo de atuação.

Para a análise dos dados foi usado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 22.0), assim, por meio da estatística descritiva, as variáveis qualitativas foram apresentadas através de valores relativos e absolutos, enquanto as variáveis quantitativas foram apresentadas através da média, desvio padrão, mediana e quartis. No tocante à estatística analítica ou inferencial, a associação entre as proporções foi feita através do Teste Exato de Fisher e do Teste de Qui-quadrado e não houve necessidade de comparação entre médias. A precisão de estimativa foi de 95% e considerou-se significância estatística quando o p-valor foi menor que 0,05.

Como instrumento de coleta, foi utilizado um questionário direcionado aos médicos, embasado em questionário apresentado por King et al, validado em 2013, explorando as seguintes frentes: características pessoais; comportamento quanto a abordagem da E/R em sua rotina de trabalho; experiências relacionadas à medicina e E/R com seus pacientes e na vida acadêmica; atitudes e crenças acerca da espiritualidade/religiosidade e a medicina. Foram incluídos na presente pesquisa os médicos que atendiam aos critérios a seguir: profissionais que trabalhassem no HUSE, porém que também possuíssem ou tenham possuído experiência ambulatorial e que aceitassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No estudo foram incluídos profissionais de ambos os sexos, sem distinção de idade ou tempo de atuação.

Os questionários, respondidos de forma presencial, eram autoaplicáveis e continham 39 questões objetivas e fechadas. A fim de evitar possíveis dúvidas em relação a seus

significados, havia no início de cada questionário as definições de religiosidade e espiritualidade, retiradas de artigo publicado por Lucchetti *et al.* de 2010. Todos os participantes concordaram em participar através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que garante direito ao anonimato e à privacidade, recebendo uma cópia do mesmo assinada por todos os envolvidos (participantes e pesquisadores). A presente pesquisa foi aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe da Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão – SE, obedecendo a Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

O presente estudo contou com uma amostra de 93 médicos, dos quais 41 do gênero feminino e 52 do gênero masculino. A mediana da idade foi de 34,78 anos, variando em números absolutos de 24 a 75 anos. Dos participantes, havia 03 cardiologistas, 01 neurologista, 06 psiquiatras, 03 oncologistas, 12 intensivistas, 03 geriatras, 21 cirurgiões gerais, 05 pediatras e 10 clínicos gerais, os demais (29 médicos) se classificavam em outras especialidades. Quanto ao tempo de atuação profissional, a maior parte (60,2%) estava trabalhando há, no máximo, 10 anos. Quanto à religião da amostra, esta foi composta predominantemente por profissionais católicos (55,9%), seguido por evangélicos (11,8%) e espíritas (9,7%).

O estudo original dividiu-se em 03 frentes: relação entre o quanto o profissional se considera espiritualizado (muito, moderado, pouco ou não espiritualizado) e a iniciativa desses de abordar o tema com seus pacientes; análise da visão do médico em relação à relevância da espiritualidade na redução da morbimortalidade do paciente; e a visão do médico no que diz respeito ao benefício causado no prognóstico ao apoiar e respeitar a espiritualidade de seus pacientes. Além dessas 03 frentes elencadas, no presente estudo se considerou relevante relacionar a importância que o profissional atribui à espiritualidade ao seu tempo de atuação profissional, bem como associar o grau de espiritualidade do entrevistado com o impacto da experiência de trabalho na mesma.

Os resultados encontrados foram: cerca de 87(94%) dos médicos se declararam com algum grau de espiritualidade, enquanto que somente 6(6,5%) referiram-se como não espiritualizados (Gráfico 1).

O estudo também revelou que o médico se considerar espiritualizado ou não espiritualizado influencia na iniciativa de abordar o tema com seus pacientes ($p=0,007$)

(Tabela 1). Dos 06 profissionais que não se consideraram espiritualizados, apenas 01 deles declarou ter feito esse tipo de abordagem, ao passo que, dos 87 médicos que se consideraram espiritualizados (muito, moderado ou pouco), 65 deles já haviam aplicado essa prática em sua rotina de atendimento. O quanto o profissional se considera espiritualizado também tem relação positiva com a tendência à abordagem do tema em sua prática: quanto mais espiritualizado o médico se considera, maior a tendência de abordar a espiritualidade com seus pacientes.

Ademais, na presente pesquisa, 65% dos entrevistados concordaram que a espiritualidade possui uma importância benéfica na morbimortalidade do paciente, enquanto 15% não concordaram e 8% mostraram-se indiferentes (Gráfico 2).

A grande maioria dos participantes (86%) demonstrou concordar com a afirmação que o apoio às crenças religiosas/espirituais de seus pacientes influenciava positivamente no prognóstico desses (Gráfico 3).

Quanto à relação entre tempo de atuação e espiritualidade, médicos com menor tempo de atuação (até 10 anos trabalhando) demonstraram considerar-se menos espiritualizados. A saber: enquanto 7%, 38% e 41% dos médicos com menos de 10 anos de atuação consideraram-se muito, moderado ou pouco espiritualizados, respectivamente, os valores encontrados, para a mesma classificação de espiritualidade, referentes aos médicos com mais de 10 anos de atuação foram 14%, 46% e 24%, respectivamente (Gráfico 4 e Gráfico 5).

Por fim, encontrou-se associação significativa ($p=0,001$) entre a forma como a experiência profissional impactou a espiritualidade do entrevistado, positiva ou negativamente, e o quanto ele se considera espiritualizado. De modo que, quanto mais espiritualizado o médico alegava ser, maior a tendência da profissão ter impactado positivamente sua espiritualidade (Tabela 2).

DISCUSSÃO

No presente estudo, predominou o sexo masculino, representando 55% do corpo médico que participou da pesquisa. No que diz respeito à religião, 55,9% dos médicos se declararam católicos, dado compatível com o apresentado pelo censo demográfico de 2010 em que 65% da população declarou seguir essa religião. A segunda afiliação religiosa mais frequente foi a evangélica (não foram discriminadas as diferentes vertentes) correspondendo a 11,8% dos entrevistados. De acordo com o censo demográfico, a religião evangélica (de missão, pentecostais/neopentecostais e não determinados) é de fato a segunda maior do Brasil,

porém com um percentual de 22,4% de representantes. Quanto aos que declararam não possuir religião (ateus, apenas agnósticos, espiritualizados e agnósticos), houve uma discrepância entre os participantes e a população brasileira em geral. Ao passo que no presente estudo 19,4% se declararam sem religião, apenas 8% da população brasileira declarou não possuir vínculo religioso (IBGE, 2010). Tal achado é compatível com a literatura que constata um fenômeno denominado *religiosity gap*, ou seja, médicos costumam possuir uma E/R menor que a de seus pacientes, o que pode prejudicar o vínculo médico-paciente e levar à diminuição de empatia entre as partes (AGUIAR, 2017).

Outro dado observado na pesquisa foi que a espiritualidade dos participantes possui associação significativa com a abordagem do tema em sua rotina ambulatorial. É interessante observar que, diferentemente da grande maioria dos estudos nacionais e internacionais que explanam sobre a abordagem da espiritualidade com foco no paciente de saúde mental ou internado (DAMIANO, 2016), o presente estudo versa sobre a conduta em relação à espiritualidade e crenças religiosas com foco no paciente ambulatorial, no contexto de atenção primária ou de especialidade diversas, e seus acompanhantes. Contudo, mesmo considerando a realidade ambulatorial, o achado foi similar ao que a literatura vem apresentando: médicos espiritualizados costumam considerar, e abordar, com maior frequência a espiritualidade de seus pacientes (KOENIG, 2015). Além disso, pesquisas demonstram que a espiritualidade do profissional influencia não só na sua atenção a nível de paciente, que, por si só, teria o potencial de diminuir o *religiosity gap*, aumentando a empatia e modificando a sua compreensão do processo saúde-doença, mas também está associada positivamente com a sua relação com colegas de trabalho e com sua qualidade de vida (LONGUINIÈRE, 2017).

Entretanto, mesmo demonstrando que a espiritualidade do profissional tem relevância na abordagem ou não do tema com seu paciente, ainda há outros fatores que influenciam essa abordagem. Por exemplo, o fato de que a maioria das escolas médicas não oferecem recursos (como matérias específicas ou capacitações) que preparem o estudante para abordar a espiritualidade de seus pacientes. Assim, a falta de proximidade com o tema pode acarretar em despreparo e/ou insegurança por parte do médico ao abordar a esfera espiritual em suas consultas. Outras preocupações comumente relatadas, que dificultam a atitude de conversar sobre o assunto, são o medo de impor uma crença ao paciente ou mesmo de ofendê-lo (LUCCHETTI, 2016). De todo modo, ambas as queixas poderiam ser sanadas ou diminuídas caso houvesse um preparo prévio em suas formações.

Quanto a fatores que podem influenciar a espiritualidade do profissional, o tempo de atuação se mostrou ser um deles. No presente estudo, profissionais com menor tempo de

atuação se declararam menos espiritualizados que aqueles com mais de 10 anos de experiência. Baseado nos resultados apresentados nos parágrafos anteriores, podemos então esperar que médicos com menor tempo de atuação, por terem um perfil menos espiritualizado, tenham uma tendência menor a abordar o tema com seus pacientes. Algumas pesquisas já demonstram a relação entre idade do profissional e o cuidado com a R/E do paciente. Em 2017, um treinamento de 01 ano que visava capacitar médicos para rastrear a história espiritual de seus pacientes, demonstrou que, após os 12 meses, os médicos que melhor aderiram ao rastreio tinham, entre suas características, uma idade mais avançada (KOENIG, 2017).

Estudo comparando médicos de diferentes países (Índia, Indonésia e Brasil) demonstrou que os profissionais brasileiros (55,2%) eram os mais propensos a acreditar que a E/R é importante para a saúde do indivíduo (LUCCHETTI, 2016). Em outra pesquisa, realizado apenas com médicos brasileiros, a maior porcentagem dos entrevistados afirmou que a espiritualidade traz impacto positivo no tratamento, porém alegavam também não entender claramente a relação entre E/R e saúde (ESPERANDIO, 2018). No presente trabalho, 65% dos profissionais do HUSE que responderam ao questionário acreditam que a espiritualidade de seus pacientes tem relevância na morbimortalidade desses. Além disso, uma porcentagem ainda maior (86%) concorda que o apoio médico à espiritualidade do paciente acarreta uma melhora no prognóstico. A literatura confirma o que os médicos da presente pesquisa afirmaram: por exemplo, um estudo de revisão de literatura recente demonstrou que há associação positiva entre espiritualidade e qualidade de vida dos pacientes gravemente doentes, além de relação com menor quadro de depressão ou ansiedade desses (STEINHAUSER et al, 2017).

Entretanto, mesmo com os dados expostos acima, apenas 3-17% dos médicos que participaram de estudo organizado por Lucchetti et al. afirmaram acreditar que gastam pouco tempo de trabalho lidando com as questões espirituais de seus pacientes. Ademais, 49,8% a 66,7% dos médicos afirmaram não abordar o tema em sua prática (LUCCHETTI, 2016). Dos resultados expostos, pode-se inferir que, embora estejam cientes da importância da espiritualidade para a saúde do indivíduo, a esfera espiritual ainda não é explorada na mesma proporção em suas consultas.

Uma das causas pode ser porque os entrevistados não se consideram responsáveis por cuidar da dimensão espiritual do indivíduo. Tal hipótese é corroborada por estudo que revela que 46,4% dos médicos foram neutros ou concordaram com a afirmação que os cuidados

espirituais devem ser de responsabilidade de outros profissionais que não médicos, como capelães (AGUIAR, 2017).

Além dos motivos elencados anteriormente, como falta de preparo quando nas escolas médicas, preocupações éticas ou por acreditarem não competir ao médico explorar tais questões, a ausência de tempo foi outro fator elencado pelos profissionais para a não abordagem da espiritualidade na prática (ESPERANDIO, 2018).

O estudo atual possui algumas limitações metodológicas como sua amostra ser de caráter casual, sendo, portanto, necessário ressalvas quanto à generalização dos dados obtidos. Além disso, mesmo com os óbvios avanços observados, os estudos referentes ao tema espiritualidade/religiosidade ainda sofrem por serem, em sua grande maioria, apenas transversais, e por não existir consenso em relação a definições e a medidas para quantificar a espiritualidade. Porém, apesar das limitações apresentadas, está cada vez mais posta na literatura a importância de se abordar a espiritualidade do paciente, de modo que o presente estudo corrobora para tal importância, no intuito de tornar o assunto cada vez mais visível, principalmente para os profissionais de Sergipe, e abre portas para novas pesquisas acerca do tema.

CONCLUSÃO

No presente estudo, pôde-se perceber que há uma consciência por parte dos médicos quanto à importância da espiritualidade no processo saúde-doença de seus pacientes.

A espiritualidade dos profissionais entrevistados é fator influenciador na abordagem do tema, de modo que, quanto mais espiritualizado o médico, maior a tendência do mesmo conversar sobre o tópico em suas consultas.

Além disso, profissionais com maior experiência, superior a 10 anos, se mostraram mais espiritualizados que aqueles com menor tempo de atuação.

Assim, o fator determinante quanto à abordagem ou não da espiritualidade deve ser pactuado na própria consulta, de acordo com a demanda do paciente, não havendo regras que definam como ou quando a espiritualidade do paciente deva ser abordada. Entretanto, para que isso ocorra de forma orgânica, é necessário que o médico esteja preparado para tal.

TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Relação entre a espiritualidade do médico e a iniciativa de abordar o tema no atendimento do paciente ambulatorial

		O quão espiritualizado você se considera:				
		Muito	Moderado	Pouco	Não me considero espiritualizado	Total
Você alguma vez já tomou a iniciativa de abordar o tema espiritualidade e/ou crenças religiosas com seus pacientes ambulatoriais ou seus acompanhantes?	Sim	18 (81,8%)	37 (77,1%)	10 (58,8%)	1 (16,7%)	66
	Não	4 (18,2%)	11 (22,9%)	7 (41,2%)	5 (83,3%)	27
	Total	22	48	17	6	93

Tabela 2. Relação entre o grau de espiritualidade do médico com o impacto da experiência profissional na maneira como ele enxerga a espiritualidade

De que forma a sua experiência profissional impactou na maneira como você enxerga a espiritualidade?		O quão espiritualizado você se considera:				
		Muito	Moderado	Pouco	Não me considero espiritualizado	Total
Positivamente	Contagem	21	47	15	1	84
	% em Espiritualidade	(25,0%)	(56,0%)	(17,9%)	(1,2%)	(100%)
Negativamente	Contagem	0	1	1	4	6
	% em Espiritualidade	(0%)	(16,7%)	(16,7%)	(66,7%)	(100,0%)
Total	Contagem	21	48	16	5	90
	% em Espiritualidade	(23,3%)	(53,3%)	(17,8%)	(5,6%)	(100,0%)

Gráfico 1. Representação percentual dos médicos que se declararam muito, moderadamente, pouco ou não espiritualizados.

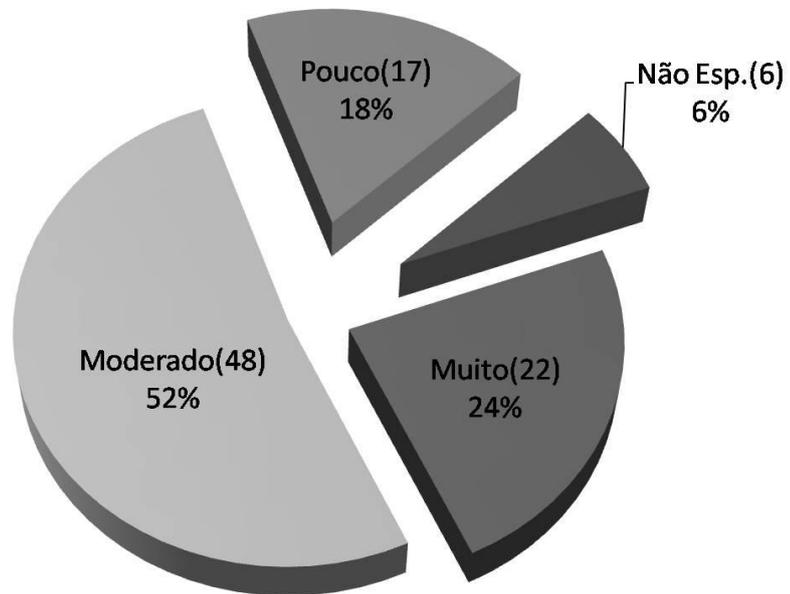


Gráfico 2. Opinião médica sobre a importância da espiritualidade na redução da morbimortalidade.

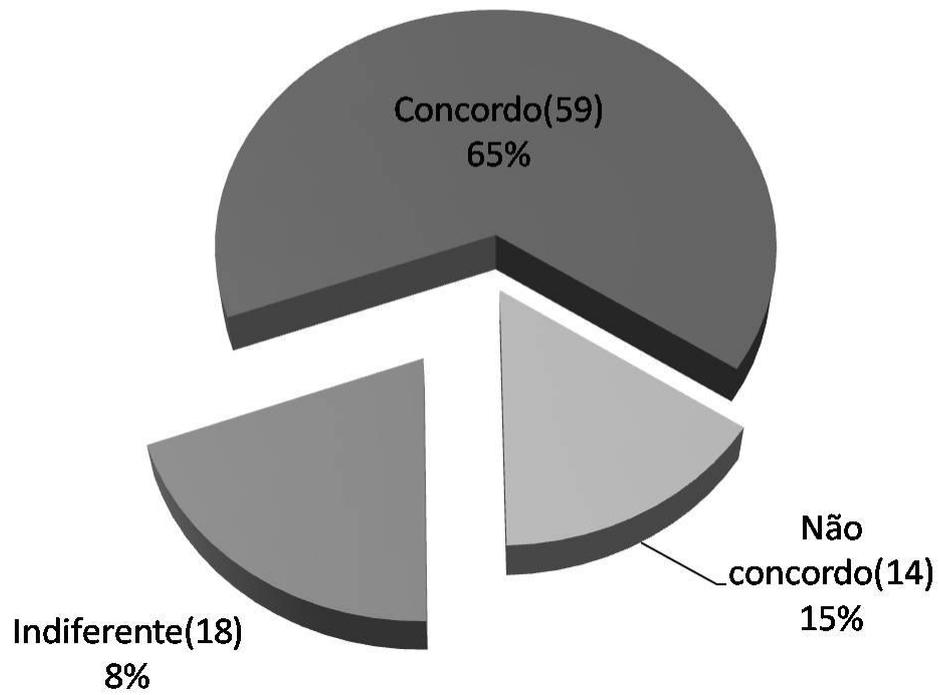


Gráfico 3. Opinião médica sobre o efeito positivo no prognóstico do paciente ao considerar a espiritualidade desse.

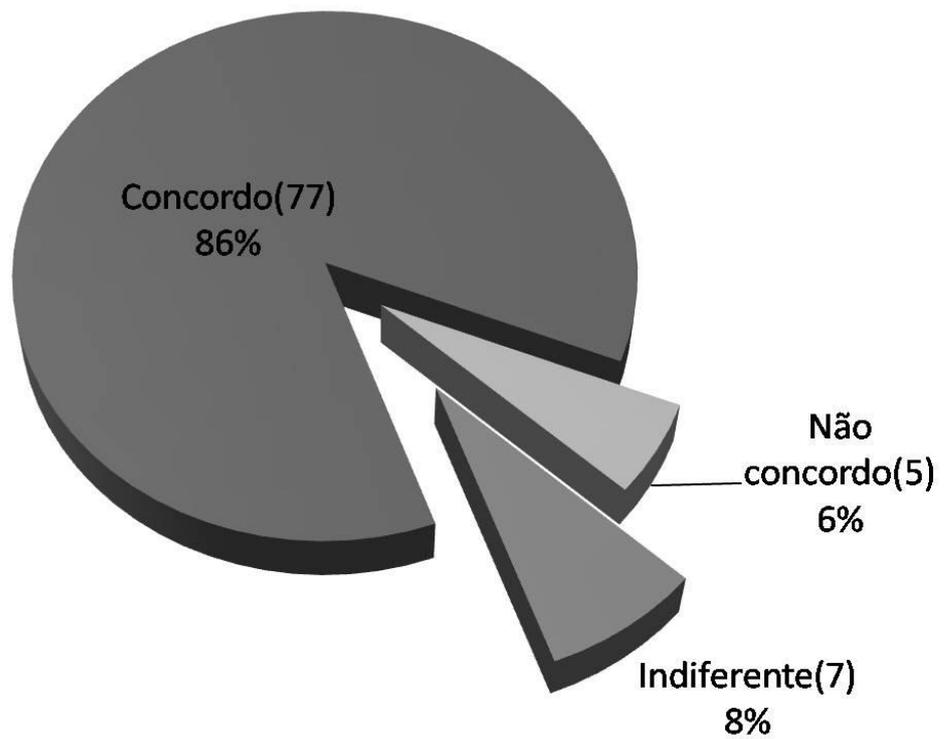


Gráfico 4. Grau de espiritualidade dos médicos com até 10 anos de tempo de atuação profissional.

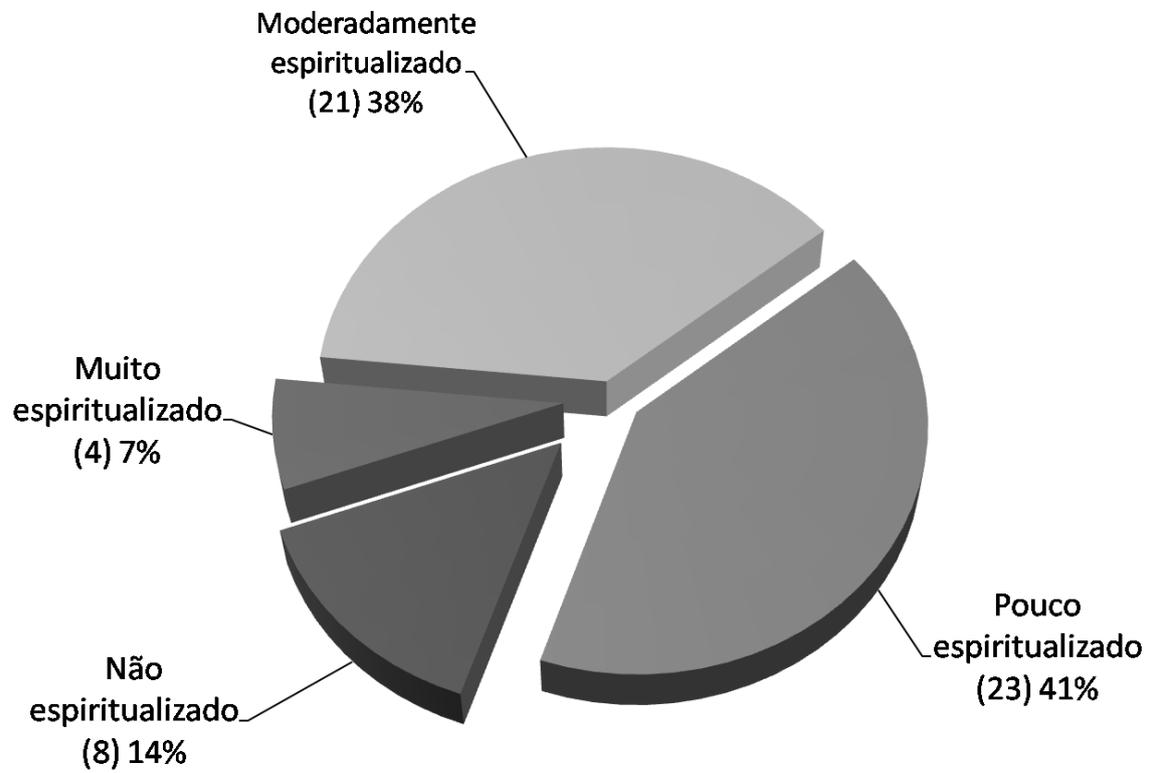
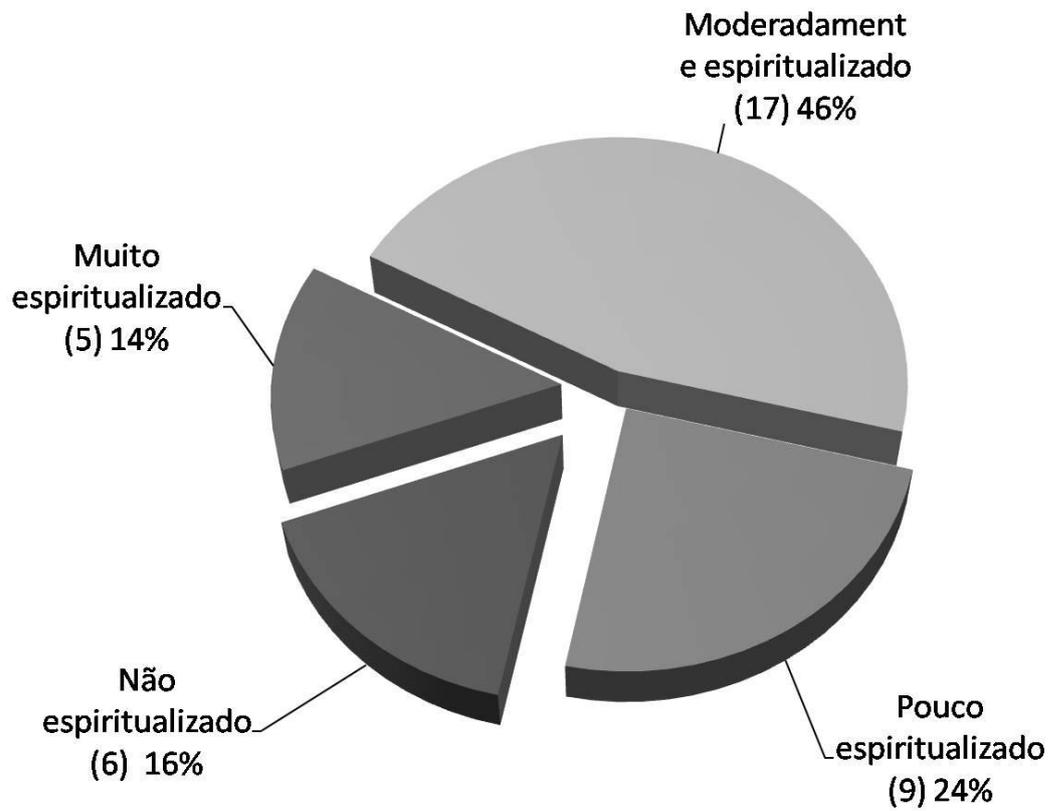


Gráfico 5. Grau de espiritualidade dos médicos com mais de 10 anos de tempo de atuação profissional.



AGRADECIMENTOS

À LIASE - Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade de Sergipe

FONTE DE FINANCIAMENTO

Financiamento próprio.

POTENCIAIS CONFLITOS DE INTERESSE

Declaro não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

BEST, Megan; BUTOW, Phyllis; OLVER, Ian. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. **Patient Education and Counseling**, v. 98, n. 11, p. 1320-1328, 2015.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Demografia Médica no Brasil. 2011.

DAMIANO, Rodolfo F. et al. Brazilian scientific articles on “Spirituality, Religion and Health”. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 43, n. 1, p. 11-16, 2016.

ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; MACHADO, GeilsonAntonio Silva. Brazilian Physicians’ Beliefs and Attitudes Toward Patients’ Spirituality: Implications for Clinical Practice. **Journal of religion and health**, p. 1-16, 2018.

GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. A (re) humanização da medicina. **Psiquiatria na prática médica**, v. 33, n. 2, p. 5-8, 2000.

IBGE. Censo Demográfico 2010, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012.

KOENIG, Harold G.; PERNO, Kathleen; HAMILTON, Ted. Effects of a 12-month educational intervention on outpatient clinicians’ attitudes and behaviors concerning spiritual practices with patients. **Advances in medical education and practice**, v. 8, p. 129, 2017.

KOENIG, Harold G. Religion, spirituality, and health: a review and update. **Advances in mind-body medicine**, v. 29, n. 3, p. 19-26, 2015.

LONGUINIÈRE, Agnes Claudine Fontes De La; YARID, SérgioDonha; SILVA, Edson Carlos Sampaio. Influência da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 1, p. 1961-1972, 2018.

LUCCHETTI, Giancarlo et al. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber. **RevBrasClinMed**, v. 8, n. 2, p. 154-8, 2010.

LUCCHETTI, Giancarlo et al. Spirituality, religiosity, and health: a comparison of physicians' attitudes in Brazil, India, and Indonesia. **International journal of behavioral medicine**, v. 23, n. 1, p. 63-70, 2016.

LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero. Spirituality, religion, and health: Over the last 15 years of field research (1999–2013). **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 48, n. 3, p. 199-215, 2014.

MEIRA, Priscilla Cruz. A religiosidade e espiritualidade no processo saúde-doença: Uma revisão integrativa. 2015.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LUCCHETTI, Giancarlo. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. **Ciência e Cultura**, v. 68, n. 1, p. 54-57, 2016.

STEINHAUSER, Karen E. et al. State of the science of spirituality and palliative care research Part I: definitions, measurement, and outcomes. **Journal of pain and symptom management**, v. 54, n. 3, p. 428-440, 2017.

STEWART, William C. et al. Review of clinical medicine and religious practice. **Journal of Religion and Health**, v. 52, n. 1, p. 91-106, 2013.

VALENTE, Tânia Cristina de Oliveira et al. Espiritualidade, religiosidade e saúde: velhos debates, novas perspectivas. **Interacoes**, v. 11, n. 20, p. 85-97, 2016.

VANDERWEELE, Tyler J.; BALBONI, Michael J.; BALBONI, Tracy A. The Initiative on Health, Religion and Spirituality at Harvard: From Research to Education. In: **Why Religion and Spirituality Matter for Public Health**. Springer, Cham, 2018. p. 371-382.

VANDERWEELE, Tyler J.; KOENIG, Harold G. A course on religion and public health at Harvard. 2017.

ABSTRACT

RELEVANCE OF PATIENTS' SPIRITUALITY FROM THE POINT OF VIEW OF PHYSICIANS WHO WORKED IN AN EMERGENCY HOSPITAL

This article analyzes the medical opinion regarding the importance of approaching patients' spirituality when in clinical practice, recognizing the profile of the physicians who do it, evaluating the possible difficulties encountered for this and the professionals' knowledge about the subject. The present study seeks to facilitate this approach by understanding the issues presented above. The information collected was given through questionnaires applied to 93 doctors of the Emergency Hospital of Sergipe (HUSE), located in Aracaju. The results demonstrated that young physicians are usually less spiritualized, and doctor's own spirituality influences the initiative to talk about the issue with their patients. In addition, most of the physicians interviewed believe that patient's spirituality influences his morbidity and mortality, and that by supporting the spiritual sphere, the professional contributes positively to the individual's prognosis. Despite such results, it is well known from the literature that most doctors still do not take responsibility for dealing with spiritual issues of their patients. In order to change this scenario, some interventions are necessary, such as greater preparation of the clinical staff through training that starts from medical schools.

Key words: spirituality; religiosity; health; clinical practice.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS MÉDICOS

• Religiosidade é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Pode ser organizacional (participação na igreja ou templo religioso) ou não organizacional (rezar, ler livros, assistir programas religiosos na televisão).

• Espiritualidade é uma busca pessoal para entender questões relacionadas ao fim da vida, ao seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente que, pode ou não, levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de comunidades religiosas.

Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM e col. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? RevBrasClinMed 2010;8(2):154-8.

Nome (apenas as iniciais) : _____ Idade: _____.

Sexo: () Feminino () Masculino

1) Você se considera (marque apenas uma alternativa):

() Católico

() Evangélico

() Espírita

() Testemunha de Jeová

() Budista

() Espiritualizado e agnóstico*

() Apenas agnóstico

() Ateu

() Outras religiões

*sem religião.

2) Especialidade:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cardiologista | <input type="checkbox"/> Pediatra |
| <input type="checkbox"/> Neurologista | <input type="checkbox"/> Ginecologista/Obstetra |
| <input type="checkbox"/> Psiquiatra | <input type="checkbox"/> Clínico Geral |
| <input type="checkbox"/> Oncologista | |
| <input type="checkbox"/> Intensivista | |
| <input type="checkbox"/> Geriatria | |
| <input type="checkbox"/> Cirurgião geral | |
| <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____ | |

3) Anos de experiência:

- Menos de 5 anos
- 5 - 10 anos
- 10 - 20 anos
- 20 - 30 anos
- Mais de 30 anos

4) O quão religioso você se considera:

- Muito
- Moderado
- Pouco
- Não me considero religioso

5) O quão espiritualizado você se considera:

- Muito
- Moderado
- Pouco
- Não me considero espiritualizado

6) De que forma a sua experiência profissional impactou na maneira como você enxerga a religiosidade?

() Muito positivamente

() Positivamente

() Negativamente

() Muito negativamente

7) De que forma a sua experiência profissional impactou na maneira como você enxerga a espiritualidade?

() Muito positivamente

() Positivamente

() Negativamente

() Muito negativamente

8. Você alguma vez já tomou a iniciativa de abordar o tema espiritualidade e/ou crenças religiosas com seus pacientes ambulatoriais ou seus acompanhantes?

() Sim () Não

9. Se sim, como isso influenciou na relação médico-paciente?

() Muito positivamente

() Positivamente

() Negativamente

() Muito negativamente

10. Você alguma vez já tomou a iniciativa de abordar o tema espiritualidade e/ou crenças religiosas com seus pacientes internados em estado grave ou seus acompanhantes?

() Sim () Não

11. Se sim, você acha que essa atitude teve relevância para o bem-estar do paciente?

() Sim () Não

12. Você costuma conversar sobre espiritualidade e/ou crenças religiosas com pacientes novos?

() Sim () Não

13. Você costuma conversar sobre espiritualidade e/ou crenças religiosas com pacientes mais antigos em consultas de rotina?

() Sim () Não

14. Você conversa sobre espiritualidade e/ou crenças religiosas com pacientes em risco de morte ou com doenças terminais?

() Sim () Não

15. Em casos de pacientes terminais ou em risco de vida, com que frequência foi solicitado que você rezasse ?

() Raramente ou nunca () Algumas vezes () Frequentemente

16. Em casos de pacientes terminais ou em risco de vida, com que frequência foi solicitado que você discutisse sobre espiritualidade e/ou religião?

() Raramente ou nunca () Algumas vezes () Frequentemente

17. Como parte do cuidado do paciente de forma geral (ambulatorial ou hospitalar / com ou sem risco de vida), com que frequência você foi convidado a rezar?

() Raramente ou nunca () Algumas vezes () Frequentemente

18. Como parte do cuidado do paciente de forma geral (ambulatorial ou hospitalar / com ou sem risco de vida), com que frequência você foi convidado a discutir sobre espiritualidade e/ou religião?

() Raramente ou nunca () Algumas vezes () Frequentemente

19. Você foi adequadamente treinado para lidar com as questões espirituais e/ou religiosas do paciente?

() Sim () Não

20. Fico desconfortável ao abordar questões espirituais e/ou religiosas com pacientes/familiares.

() Sim () Não

21. Você já teve algum módulo/experiência em espiritualidade e/ou religião e saúde em sua formação médica?

() Sim () Não

22. Você já participou de algum curso relacionando saúde a Espiritualidade e/ou Religião durante sua educação/formação médica?

() Sim () Não

Leia as afirmações abaixo e marque a alternativa que melhor representa seu ponto de vista.

23. Assim como outros comportamentos relacionados à saúde (atividade física, higiene, alimentação), as crenças religiosas e/ou espirituais afetam positivamente a saúde do paciente.

() Concordo () Não concordo () Indiferente

24. Ter algum tipo de crença religiosa ou espiritual contribui para a redução da morbidade e mortalidade dos pacientes.

() Concordo () Não concordo () Indiferente

25. O apoio e respeito do médico às crenças/comportamentos religiosos e/ou espirituais do paciente podem ter efeito positivo no prognóstico.

() Concordo () Não concordo () Indiferente

26. Os profissionais da saúde deveriam respeitar e apoiar proativamente os pacientes e seus acompanhantes quanto a suas crenças religiosas e/ou espirituais.

() Concordo () Não concordo () Indiferente

35. Os médicos devem considerar as crenças religiosas e/ou espirituais dos pacientes na tomada de decisões terapêuticas importantes (exemplo: transfusão sanguínea em pacientes Testemunhas de Jeová):

Concordo

Não concordo

Indiferente

36. A espiritualidade e/ou religião são importantes para a medicina por serem um importante suporte para os pacientes/acompanhantes durante situações de saúde críticas.

Concordo

Não concordo

Indiferente

37. As crenças religiosas dos pacientes/acompanhantes são pertinentes para a assistência ao paciente.

Concordo

Não concordo

Indiferente

38. Conversar sobre espiritualidade e/ou crenças religiosas com os pacientes/acompanhantes é importante pois pode ajudar na construção da relação médico-paciente.

Concordo

Não concordo

Indiferente

39. Conversar sobre espiritualidade e/ou crenças religiosas com os pacientes/acompanhantes é importante pois pode ajudar na adesão dos pacientes às orientações médicas.

Concordo

Não concordo

Indiferente