

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

JOÃO BERNARDINO DA SILVA

**A ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE:
CONCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA E DE ENFERMAGEM**

JOÃO PESSOA-PB
2015

JOÃO BERNARDINO DA SILVA

**A ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE:
CONCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE MEDICINA E DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências das Religiões.

Área de concentração: Espiritualidade e Saúde

Orientador: Dr. Thiago Antônio Avellar de Aquino

JOÃO PESSOA – PB
2015

S586e Silva, João Bernardino da.
A espiritualidade no cuidado em saúde: concepções de
estudantes de medicina e de enfermagem / João Bernardino
da Silva.- João Pessoa, 2015.
93f. : il.
Orientador: Thiago Antônio Avellar de Aquino
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CE
1. Ciências das religiões. 2. Espiritualidade e saúde.
3. Espiritualidade e cuidado profissional - estudantes -
medicina e enfermagem. 4. Cuidado humanizado.

UFPB/BC

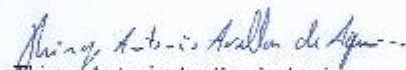
CDU: 279.224(043)

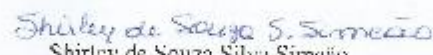
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

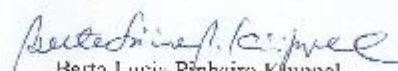
*"ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE: CONCEPÇÕES DE ESTUDANTES
DE MEDICINA E DE ENFERMAGEM"*

João Bernardino da Silva

Dissertação apresentada à banca examinadora constituída pelos seguintes professores:


Flávio Antonio Avellar de Aquino
(Orientador/PPGCR/UEPB)


Shirley de Souza Silva Simeão
(membro-externo/ FAFIRE)


Berta Lucia Pinheiro Kluppel
(membro-interno/PPGCR/UEPB)

Dedico este trabalho a minha amada esposa,
Fátima Franco, e às minhas filhas, **Aline** e
Alana.

AGRADECIMENTOS

Por ser um ato de reconhecimento, agradeço a Deus pela minha vida, pela minha saúde e por ser ele minha fonte de vitória. O vencedor, quer aprender sempre mais e intenciona superar suas imperfeições, sem fazer de sua verdade particular um obstáculo frente ao reconhecimento de outras verdades. Foi o Senhor que colocou em mim a semente da vitória, para buscar o aprendizado que leva ao conhecimento, ajudando-me a não desistir, mesmo nos momentos de dificuldade.

Na trajetória rumo à vitória, nossos concorrentes se apresentam em oportunidades e momentos inesperados. Quando vencemos alguém, somos aprisionados pelo orgulho, pela arrogância e pela soberba e estes são sentimentos de perdedores. Portanto, nosso maior rival somos nós mesmos e vencer a si mesmo é o que nos torna vitoriosos. Alegria e esperança são situações constantes no ser e viver daqueles que temem e amam ao Senhor que realiza o impossível na vida dos que a Ele se entregam.

Agradeço a minha família que com amor, ajudou-me a transpor os obstáculos que se fizeram presente nessa caminhada. Também sou grato aos docentes da pós-graduação em Ciências das Religiões, pelo seu profissionalismo no trato com o mundo das religiões esse antigo caminho, repleto de novos saberes. Um agradecimento especial a professora, **Dra. Berta Lúcia Pinheiro Klüppel** pelo incentivo. Aos colegas que dividiram comigo o tempo e as cadeiras das salas de aula. A todos, meus sinceros agradecimentos.

Terei sempre uma dívida de gratidão com meu orientador, o Professor **Dr. Thiago Antônio Avellar de Aquino** que desde a graduação acreditou em mim, no meu potencial e na minha capacidade de produzir, não desistindo daquilo que a meu ver, parecia impossível. Com sua calma, senso de amizade, simplicidade e competência ele me ajudou a tornar possível esta dissertação.

“A dimensão espiritual envolve a capacidade de decidir, pois a liberdade de espírito é inata ao ser humano. Mesmo havendo apenas um resquício de esperança, ele busca sentido no sofrimento, na dor e na morte. Assim, “se a vida tem sentido, o sofrimento necessariamente também terá”. A aflição e a morte fazem parte da existência humana, desse modo, a pessoa poderá construir sua vida até o último suspiro, de forma que esta tenha sentido”. VIKTOR FRANKL

RESUMO

SILVA, João Bernardino da. **Espiritualidade no cuidado em saúde:** concepções de estudantes de medicina e de enfermagem. João Pessoa, 2015. 93 fls. Dissertação (Mestrado em Ciência das Religiões) – Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba.

Nos dias atuais a relação entre espiritualidade e saúde vem se estreitando cada vez mais. Tendo em conta essa perspectiva, o objetivo da presente pesquisa foi compreender os significados e a relação entre espiritualidade, saúde e cuidado, segundo as concepções de estudantes da área de saúde. Foram entrevistados 60 estudantes de ambos os sexos, sendo metade do curso de Medicina e a outra metade do curso de Enfermagem, em uma universidade pública do município de João Pessoa – PB. Para coleta de dados foi utilizado um instrumento composto por duas partes: a primeira consistiu em um questionário sociodemográfico com intuito de apreender a idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião, prática religiosa e frequência religiosa dos participantes do estudo; a segunda parte continha quatro questões sobre a temática central do estudo. Os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo. Verificou-se que estudantes dos cursos de Medicina e de Enfermagem atribuem o conceito de espiritualidade a religiosidade, evidenciando uma visão reducionista da dimensão espiritual do homem. No tocante a relação existente entre a espiritualidade e o cuidado profissional, a maioria dos estudantes de medicina correlacionou-a com a atenção profissional holística, uma vez que eles reconhecem a interferência da espiritualidade na recuperação do paciente. Por outro lado, grande parte dos acadêmicos de enfermagem associou essa relação com o cuidado humanizado, o qual repercute positivamente no prognóstico do ser cuidado. Em relação à interface entre espiritualidade e o processo saúde-doença, notou-se que os estudantes de ambos os cursos reconhecem a influência desses no processo de cura, enfrentamento da doença e aumento da adesão ao tratamento. Concluiu-se que grande parte dos estudantes de medicina quanto os de enfermagem reconhecem a importância da espiritualidade e de sua influência no processo saúde-doença, porém seus discursos evidenciam a carência de discernimento entre o que é espiritualidade, religião e religiosidade.

Palavras chave: Espiritualidade; Saúde; Cuidado.

ABSTRACT

SILVA, João Bernardino da. **Spirituality in health care:** conceptions of medical and nursing students. João Pessoa, 2015. 93 leaves. Dissertation (Mastership in Science of Religion) – Centre of Education, Federal University of Paraíba.

Nowadays the relationship between spirituality and health has been increasingly narrowing. Given this perspective, the objective of this research was to understanding the meanings and the relationship between spirituality, health and care, according to the conceptions of healthcare students. There were interviewed 60 students of both genders, being half of medical school and the other half of the course of nursing, in a public university in the city of João Pessoa – PB. For data collection it was used an instrument composed of two parts: the first consisted of a socio-demographic questionnaire in order to seize the age, gender, marital status, schooling, religion, religious practice and religious attendance of the participants of the study; the second part contained four questions about the study's central theme. Data were analyzed using content analysis. It was found that students of Medicine and Nursing courses attribute the concept of spirituality to religiosity, evidencing a reductionist vision of the spiritual dimension of man. Regarding the relationship between spirituality and professional care, most of medical students correlated with holistic professional attention, once they recognize the interference of spirituality in recovery of the patient. On the other hand, most nursing academics associated this relationship with the humanized care, which reflects positively on the prognosis of being careful. In relation to the interface between spirituality and health-disease process, it was noted that students of both courses recognize the influence of those in the healing process, coping the disease and the increase treatment adherence. It was concluded that a large proportion of medical students and nursing acknowledge the importance of spirituality and its influence on the health-disease process; however their speeches demonstrate the lack of discernment between what is spirituality, religion and religiosity.

Key Words: Spirituality; Health; Care.

RESUMEN

SILVA, João Bernardino da. **Espiritualidad en el cuidado de la salud:** los conceptos de los estudiantes de medicina y enfermería. João Pessoa, 2015, 93 hojas. Tesis (Maestría en Ciencias de la Religión) – Centro de Educación, Universidad Federal de Paraíba.

Hoy en día la relación entre la espiritualidad y la salud ha estado estrechando cada vez más. Teniendo en cuenta esta perspectiva, el objetivo de esta investigación fue entender los significados y la relación entre la espiritualidad, la salud y la atención, según los conceptos de estudiantes del área de salud. Fueron entrevistados 60 estudiantes de ambos los sexos, siendo la mitad del curso de medicina y la otra mitad del curso de enfermería, en una universidad pública en la ciudad de João Pessoa-PB. Para la recogida de datos se utilizó un instrumento compuesto de dos partes: la primera consistió en un cuestionario socio-demográfico para agarrar la edad, sexo, estado civil, educación, religión, prácticas religiosas y frecuencia religiosa de los participantes del estudio; la segunda parte contiene cuatro preguntas sobre el tema central del estudio. Los datos se analizaron mediante el análisis de contenido. Se encontró que los estudiantes de medicina y enfermería atribuyen el concepto de espiritualidad a religiosidad, evidenciando una visión reduccionista de la dimensión espiritual del hombre. Con respecto a la relación entre la espiritualidad y la atención profesional, la mayoría de los estudiantes de medicina correlaciona con la atención profesional integral, una vez que estos reconocen la interferencia de la espiritualidad en la recuperación del paciente. Por otro lado, gran parte de los académicos de enfermería asoció esta relación con la atención humanizada, que se refleja positivamente en el pronóstico de ser cuidado. En lo referente a la interfaz entre la espiritualidad y el proceso salud-enfermedad, se observó que los estudiantes de ambos cursos reconocen la influencia de estos en el proceso de curación, enfrentamiento a la enfermedad y aumento de la adherencia al tratamiento. Se concluyó que una gran parte de estudiantes de medicina y los de enfermería reconocen la importancia de la espiritualidad y su influencia en el proceso salud-enfermedad, sin embargo sus discursos demuestran la falta de discernimiento entre lo que es espiritualidad, religión y religiosidad.

Palabras clave: Espiritualidad; Salud; Cuidado.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	10
1	CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	14
1.1	ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE	14
1.1.1	Relação entre espiritualidade, religião e religiosidade	14
1.1.2	Espiritualidade e saúde	26
1.1.3	Espiritualidade como busca de sentido	30
1.2	ESPIRITUALIDADE NA FORMAÇÃO ACADÊMICA DE MÉDICOS E DE ENFERMEIROS	37
2	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	51
2.1	DESENHO DO ESTUDO	51
2.2	LOCAL DO ESTUDO	51
2.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	51
2.4	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	52
2.5	ANÁLISE DOS DADOS	52
2.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	55
3	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	56
3.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA	56
3.2	CATEGORIAS TEMÁTICAS	58
4	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	62
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	73
	APÊNDICES	88
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	88
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	89
	ANEXOS	91
	ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	92

INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema desta dissertação surgiu durante de minha formação acadêmica, no curso de licenciatura em Ciências das Religiões. Ao cursar o componente curricular “Espiritualidade e Saúde”, pude compreender como a espiritualidade interfere na saúde do ser humano. As discussões sobre a temática foram além da sala de aula. Comecei a compartilhar o conhecimento construído a partir dessas discussões com minhas filhas as quais são enfermeiras. A partir dessa troca quase que diária, passei a refletir sobre como a espiritualidade era incluída no cuidado em saúde.

O cuidado é um conceito amplo com diversos significados. Origina-se do termo latino *cogitare* que significa imaginar, aplicar a atenção, o pensamento e a imaginação, prevenir. Apresenta três dimensões: cuidar de si, cuidar de alguém e cuidar de algo. O “cuidar de” revela sua intencionalidade, partindo do eu em direção ao outro. Nessa perspectiva, o cuidado expressa a essência humana. Sob o ponto de vista existencial, ele representa uma atitude de preocupação, de responsabilidade, de ocupação e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999; CUNHA, 1982; FERREIRA, 2007; MATURANA, 2001). Na área da saúde, o termo cuidado é utilizado para descrever todas as ações diretas e indiretas de profissionais direcionadas à recuperação, preservação ou reabilitação da saúde de outrem (ALMEIDA; RIBEIRO JÚNIOR, 2010).

Nessa perspectiva, a formação acadêmica de profissionais de saúde deve ser direcionada ao ensino do cuidado intencional do ser humano, contemplando sua dimensão biopsicossocial e espiritual. O cuidado como responsabilidade com o outro não pode enfocar uma ou outra dimensão. Ele deve ser integral, pois as dimensões biológica, psicológica e social são projetadas na dimensão espiritual, a qual completa a existência humana na busca pelo sentido da vida (FRANKL, 1991).

Incluir a dimensão espiritual no cuidado em saúde expressa o interesse com valores, os quais dão sentido à vida e geram esperança para além dela. Há em todo homem uma inquietação no tocante à vida, levando-o a perguntar-se pelo sentido de sua existência. Mais do que existir, deve haver um por que existir. Esse porquê existir é que poderá dar base e sustentação para lidar com a vida e suas incertezas. É, portanto, a partir dessa característica que se pode imaginar o ser humano como um ser espiritual. O termo espiritual nesse caso, não está direcionado a sacralidade ou ligado à religiosidade, mas como aquilo que dá ao homem a capacidade de unicidade e de busca de sentido (SOUZA; GOMES, 2012).

Considerando o significado do cuidado e a importância da dimensão espiritual do ser humano, torna-se imperativa a inclusão da espiritualidade no cuidado em saúde. No entanto, as diferenças culturais e religiosas, bem como a dificuldade de conceituar espiritualidade têm dificultado sua inserção na prática (BORGES et al., 2013; NIGHTINGALE, 1989; PEDRÃO; BERESIN, 2010).

Os primeiros estudos envolvendo a relação entre espiritualidade e saúde datam da década de 1960. Esse interesse da comunidade científica pelo tema surgiu em consequência à incorporação do conceito de espiritualidade aos indicadores de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A partir de então, inúmeros pesquisadores têm estudado a influência da religião, religiosidade e espiritualidade em diversas situações de saúde, principalmente nos Estados Unidos da América, Grã-Bretanha e Canadá (CORTEZ, 2009; FLECK et al., 2003; KOENIG; McCULLOUGH; LARSON, 2001b; SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001).

Chama atenção a discrepância entre as publicações científicas veiculadas e o discernimento conceitual entre espiritualidade, religião e religiosidade explícitos nelas. Apesar das inúmeras contribuições das pesquisas realizadas, não há um consenso sobre a definição de espiritualidade, o que contribui para o uso desses termos como sinônimos. Eles estão inter-relacionados, mas têm conceitos diferentes. Além disso, constata-se que o volume de pesquisas disponíveis é inversamente proporcional a discussão do tema durante a formação acadêmica de profissionais de saúde. Estudos revelam a dificuldade de estudantes e profissionais conceituarem espiritualidade e abordá-la no cuidado prestado, desprovido de julgamentos, preconceitos e dogmas (SAAD; MACIERO; BATTISTELLA, 2001; VASCONCELOS, 2009).

Se por um lado a importância da espiritualidade é reconhecida como fundamental na atenção à saúde, por outro, há uma hesitação em incluí-la nas ações de cuidado. Estudo realizado com docentes e discentes de enfermagem constatou que a maioria deles acreditam na influência da espiritualidade sobre a saúde de seus pacientes e tinham vontade de fazer essa abordagem, mas não se consideravam preparados para tal (TOMASSO; BELTRAME; LUCCHETTI, 2011). Outras pesquisas constataram que a não compreensão do termo espiritualidade por médicos dificulta a inclusão da espiritualidade no cuidado prestado por eles (BORGES et al., 2013; LUCCHETTI; ALMEIDA; GRANERO, 2010; MARIOTTI et al., 2011).

Diversos pesquisadores têm investigado sobre a espiritualidade na formação de profissionais de saúde. Constatou-se que essa dificuldade é oriunda da formação acadêmica desses profissionais, uma vez que a espiritualidade tem sido pouco discutida nos cursos de graduação da área da saúde. E quando é debatida, sua abordagem não favorece o

posicionamento científico do profissional em relação ao tema. Na maioria das vezes, a espiritualidade é reduzida aos aspectos religiosos. Estudo desenvolvido por Pedrão e Beresin (2010) verificou que a maioria dos enfermeiros não teve experiência teórica ou prática com a assistência espiritual, durante sua formação profissional. Achado semelhante foi averiguado no estudo de Mariotti et al. (2011) realizado com discentes do curso de Medicina, em que mais de 90% dos futuros médicos disseram que a universidade não fornecia informações suficientes sobre o assunto. Além disso, a sobrecarga com funções administrativas e, conseqüentemente, a diminuição do tempo disponível para prática clínica também contribuem para esta situação (McSHERRY; JAMIELSON, 2011).

Diante do exposto, torna-se importante a condução de pesquisas científicas com o intuito de investigar quais os conceitos de espiritualidade trazidos por estudantes da área da saúde e como isso pode influenciar no cuidado profissional. A maioria dos estudos desenvolvidos com esta finalidade envolveu profissionais de saúde. Há pesquisas realizadas com estudantes da área da saúde que objetivam conhecer suas concepções sobre espiritualidade em diversos contextos da saúde, porém são oriundas do sul/sudeste brasileiro (PANZINI, 2007; GOBATTO; ARAÚJO, 2013). Levando em consideração as diferenças culturais presentes nas regiões brasileiras, a região nordeste carece de mais estudos científicos sobre a espiritualidade na formação de profissionais da área de saúde, em especial nos cursos de Medicina e de Enfermagem.

Este estudo justifica-se pela necessidade de a comunidade acadêmica conhecer e compreender como a espiritualidade é concebida por estudantes da área de saúde e como isso pode interferir na qualidade do cuidado em saúde fornecido por eles. A partir do conhecimento de suas concepções pode-se inferir como a espiritualidade tem sido incorporada em sua formação acadêmica e fomentar a discussão sobre as mudanças curriculares necessárias para modificar este cenário.

Compreendendo que a identidade profissional é construída durante a formação acadêmica e que o modo como se compreende a espiritualidade influencia no modo de cuidar do profissional, surgiu o interesse em estudar as concepções de estudantes de medicina e de enfermagem sobre a espiritualidade no cuidado em saúde. Para conduzir esta investigação, questionou-se: Qual a compreensão dos estudantes da área de saúde sobre as relações entre a espiritualidade e o cuidado?

Para responder ao questionamento proposto, delineou-se como **objetivo geral**, compreender as concepções de estudantes de Medicina e de Enfermagem sobre a espiritualidade no cuidado em saúde.

Como **objetivos específicos** propormos:

- Caracterizar os sujeitos participantes da pesquisa em relação idade, sexo, estado civil, afiliação e frequência religiosa;
- Investigar a concepção dos discentes de medicina e de enfermagem sobre a espiritualidade e sua importância pessoal;
- Averiguar como os participantes relacionam espiritualidade com o cuidado em saúde;
- Inquirir sobre a importância de considerar a espiritualidade do paciente em seu processo saúde doença.

Para conduzir a investigação, optou-se por um estudo de campo do tipo exploratório e descritivo com uma abordagem quanti-qualitativa.

A presente dissertação está estruturada em quatro capítulos. O primeiro capítulo apresenta a contextualização teórica deste estudo, subdividido em duas subseções. A primeira discorre sobre a espiritualidade no contexto da saúde e a segunda aborda a espiritualidade na formação acadêmica de médicos e enfermeiros. O segundo capítulo descreve a trajetória metodológica percorrida para atingir os objetivos propostos neste estudo. Por fim, os dois últimos capítulos apresentam os resultados obtidos e a discussão dos mesmos, respectivamente. Em seguida, são apresentadas as considerações finais do estudo. Nessa seção, as principais contribuições do estudo são ressaltadas, bem como as limitações e sugestões para investigações futuras.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

1.1 ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DA SAÚDE

1.1.1 Relação entre espiritualidade, religião e religiosidade

Os termos espiritualidade, religião e religiosidade têm sido utilizados como sinônimos, no entanto apresentam diferenças conceituais entre si. Uma das razões para isso é a diversidade de compreensão sobre eles. Inúmeras pesquisas científicas desenvolvidas envolveram esses termos, porém sem a preocupação de diferenciá-los. A partir do fim da década de 1990, surgiu no seio da comunidade científica a necessidade de discutir e diferenciar os conceitos desses fenômenos (GEORGE et al., 2000).

Para compreender as relações e diferenças entre os três, é necessário conhecer a origem da religião e da religiosidade do ser humano. O homem sempre buscou significados para a vida. Os nossos ancestrais costumavam correlacionar os fenômenos cósmicos com suas histórias, atribuindo sentido para sua existência. Eles tinham uma fé viva na natureza e na sua relação com o mundo. Essa capacidade de buscar significados é o que diferencia o homem dos outros animais (BURKERT, 2001; PASSO, 2006; RIES, 2012).

O homem é um animal simbólico, isto é, utiliza símbolos para representar o que não está presente como meio de atribuir sentido e direção. Para encontrar sentido para vida, ele se apoia na crença em uma força maior a qual rege todas as coisas. Os artefatos, as pinturas rupestres, os funerais, a adoração a deuses são exemplos das primeiras manifestações religiosas. Assim, suas crenças são frutos de sua criatividade e imaginação, como forma de encontrar explicação e sentido para as coisas inexplicáveis (BEZERRA; 2001; BURKET, 2001; NASSER, 2006).

A religião surge como alicerce da existência humana autêntica a qual é possível por meio do relacionamento entre o homem e o transcendente. É nela que ele encontra um meio de interpretar suas experiências e organizar sua conduta. Assim, a religião reflete a relação entre o homem e um ser supremo na busca de significados para vida. A ela está intrínseca a figura do sagrado (GOMES; FARINA; FORNO, 2014; SIMÃO, 2010).

A religião pode ser definida como um sistema de crenças ritos e símbolos os quais ajudam o indivíduo a aproximar-se do Sagrado. Nessa concepção, ela representa as práticas relacionadas às coisas sagradas, isto é, aquelas que são separadas e proibidas aderidas por uma mesma comunidade denominada igreja. Essas práticas são expressões simbólicas que

evidenciam a busca pelo sagrado. As artes, a música, os rituais, os mitos e as orações são exemplos desse simbolismo religioso (DURKHEIM, 2000; KOENIG 2012a; NASSER, 2006).

Estruturalmente, a religião apresenta uma série de comportamentos, como: emoções, cognições e relações em variadas funções, tipo: busca de significado – conforto e controle espiritual - intimidade com Deus e com os outros - transformação de vida - busca de bem-estar físico, psicológico e emocional além de crescimento associado ao conhecimento espiritual. Estes, são alguns dos objetivos chave da religião (PARGAMENT, 1997; TARAKESHWAR & PARGAMENT, 2001 apud PANZINI; BANDEIRA, 2007).

A religião é a institucionalização da experiência religiosa, responsável pelo caminho que leva ao relacionamento com o Transcendente, feito por um grupo social ou cultural e caracteriza-se como uma estrutura simbólica definida que procura dar unidade e coesão à existência humana. Quase sempre toda religião, enquanto sistema e instituição, afirma ter uma origem sobrenatural e pretende ser a única e verdadeira. Alicerça-se na crença em um ente superior, transcendente e seu enfoque é sempre a divindade (OLIVEIRA, 2014)

A complexidade do termo presume não ser adequado pensar em uma definição fechada de religião. Deve ser um conceito aberto, capaz de superar um entendimento pré-teórico que generaliza fenômenos religiosos, sobretudo os de origem cristã e com os quais estamos culturalmente acostumados. A percepção da dificuldade em conceituar religião universalmente, está no fato de que, para chineses, hindus e muçulmanos não existem sinônimos em suas línguas que correspondam com o nosso termo religião (USARSKI, 2002).

Religião, religiosidade e espiritualidade, não são realidades estanques ou desconectadas umas das outras. Compreende-se que são experiências inseparáveis, uma vez que uma dimensão complementa a outra e todas elas remetem a pessoa, na relação com o transcendente e na busca de significados para a vida. Cada dimensão revela sua peculiaridade, levando-se em conta, a experiência de cada indivíduo (GOMES; FARINA; FORNO, 2014).

É pouco clara a distinção e o emprego dos conceitos acerca desses termos. Isso ocorre pela falta de maior entendimento e compreensão de suas diferenças e relações, uma vez que espiritualidade e saúde, desde a Antiguidade estiveram relacionadas ao cuidado de pessoas, daí entende-se que, religião e religiosidade, são dimensões intrínsecas a esse cuidado. Dessa forma, os termos religião, religiosidade e espiritualidade costumam ser conceituados como sinônimos em muitas publicações. Portanto, recomenda-se não os separar em demasia, pois são termos relacionados antes de serem independentes. Assim entende-se que espiritualidade, religião e religiosidade, são próximos e se complementam (ROBERTO, 2004; STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2010).

Quando se fala de religião, está intrínseca a figura do sagrado como ente universal que ocupa a essência humana. É parte da vida do homem, independentemente de ser ou não religioso. Dentre os seres humanos, alguns são mais espirituais que outros, mas há de se convir que, são todos espiritualizados. Incertezas e inseguranças se protegem no vigor da religião, tida como responsável pela ordem no mundo social. Dessa maneira, a religião é organizada em formato de atividade institucionalizada, valendo-se de um templo e de um sistema de ofícios (SIMÃO, 2010).

No século XX, Rudolf Otto (1985) iniciou uma nova forma de estudar o fenômeno religioso. Separou-o das análises tradicionais na comparação entre as religiões e apontou suas diferenças. Buscou compreender a relação entre os elementos irracional e racional, presentes em todas as religiões, direcionando o ser humano à vida religiosa e ao amor pelo sagrado. Gratidão, confiança, segurança, submissão, são sentimentos intensos. Mas, a experiência do numinoso comparada a qualquer outro sentimento de dependência é algo que transcende a realidade. Para Otto, o não-racional é o sentimento de ser criatura e experimentar algo que está fora do homem e do seu alcance e que ao mesmo tempo, está dentro dele e o atrai (OTTO, 1985).

A tese principal de Otto (1985) é a ideia do sagrado compreendido como algo divino, diferente de qualquer realidade que fuja aos processos de racionalização. Ao procurar demonstrar que a história das religiões se confunde com a história dos homens, colocou o sagrado antes do ético e além do racional, definindo a sua essência como numinosa e portadora de ambiguidade, constituindo-a como fascinante e tremenda ao mesmo tempo. Mircea Eliade (1999), ressalta que o diferencial do livro de Otto (1985) é a originalidade de seu ponto de vista, ao oferecer um apropriado exame da experiência religiosa (BAY, 2004).

Rudolf Otto (1985), buscou compreender a relação entre os elementos irracional e racional da religião. Diferente disso; Eliade (1999), voltou seu interesse para a compreensão da visão fenomenológica e ontológica, envolvida nas expressões religiosas da humanidade. Essa nova abordagem direcionava a experiência religiosa, semelhança de elementos encontrados em todas as religiões que, baseadas na experiência de uma realidade misteriosa e fascinante, apodera-se do ser humano, manifestando a presença de algo transcendente no cotidiano da existência humana, capaz de transformar a vida (OLIVEIRA; JUNGES, 2012).

Eliade (1999), faz um comparativo descritivo das religiões em todas as culturas, concentra a atenção na busca de um legado das sociedades arcaicas ou contemporâneas, onde as ações dos seres se inspiram em atos dos Deuses nas relações entre o homem e a natureza. Nas sociedades primitivas, o homem encontrava nas religiões a base de uma existência

autêntica. O sagrado e o profano traziam o entendimento das mitologias e mitos que falavam do sentido, do mundo, da vida e da morte.

Para o homem religioso existe uma distinção entre o que ele considera espaço sagrado e espaço profano. Essa ruptura, distingue o espaço sagrado, em relação ao espaço indiscriminado, dessacralizado e neutro. Compreende-se com isso que, para o homem religioso, o sagrado, com suas imposições e regras, tem valor existencial que diz respeito à fundação ontológica de todas as coisas. Assim, deduz-se que, nas sociedades primitivas, o homem, mediante a simbologia da sacralização dos espaços e objetos sagrados, afirma encontrar o alicerce para uma existência autêntica nas religiões (ELIADE, 1999).

Ao afirmar que a diferença entre sagrado e profano, está na intenção do ato e não no espaço onde ele ocorre, Eliade (1999) retorna para a compreensão da visão existencial e ontológica que está implícita em todas as expressões religiosas da humanidade (GUIMARÃES, 1980 apud SOUZA, 2010). Essa manifestação denomina-se ‘hierofania’, palavra grega que significa: ‘algo sagrado está se revelando a nós’. As hierofanias, são caminhos para se chegar à ontologia e esses caminhos são apontados pela manifestação do sagrado (ELIADE, 1999).

Na fenomenologia da religião, analisam-se elementos comuns do universo religioso, na relação de valores de um povo e sua organização. O homem toma conhecimento do sagrado que se manifesta e mostra-se contrário ao profano. O mito remete no tempo e espaço, ao paradigma do sagrado, enquanto, outras percepções históricas, recaem na existência do profano. Com isso, a religião provê significados para os sujeitos poderem interpretar suas experiências e organizar sua conduta (ELIADE, 2001; GASBARRO, 2013).

A metodologia do procedimento hermenêutico ajuda na aproximação do estudo da religião e sua temática, mas no texto, o aprofundamento dos símbolos religiosos são insuficientes nas suas significações. A hermenêutica vigente até o século XIX foi marcada pelo positivismo, enquanto que a nova hermenêutica proposta a partir de Paul Ricoeur (1988), Paul Tillich (1996) e o próprio Mircea Eliade (1999), abre novos caminhos de significações para o símbolo além de novos horizontes a partir do mito religioso e da vivência espiritual. A hermenêutica proposta por Eliade (1999) é filosófica e a pergunta pela questão do ser é fenomenológica, por está centrada na ontologia.

Para Eliade (1999) o sentido das coisas e da existência humana chegam a causar incômodo. É possível que o ser humano possa encontrar sentido e significado para a vida no mundo. Paul Tillich (2009) resumiu a estrutura ontológica básica, como a interdependência do eu profundo e do mundo, conseguida pela religião. O que importa é a significação da existência humana, e essa significação é de ordem espiritual. A ontologia é necessariamente religiosa, pois o único

movimento possível, na história da humanidade, que provocou as questões existenciais é o movimento religioso (ELIADE, 1999).

O princípio ontológico na filosofia da religião diz que a priori, os seres humanos são conscientes do início da separação e da interação entre sujeito e objeto, tanto teórico quanto prático. Tal princípio nada mais é que a consciência do incondicional e da relação do sujeito com o mundo. A ontologia de Eliade (1999), transfere a clareza do mundo e das coisas para uma possibilidade de abertura do ser. O mito traduz esta condição existencial quando expressa um modo de ser básico e faz a essência das pessoas e do social dependerem do sentido comum, vivo, presente e que anima as pessoas. Nessa perspectiva, o texto religioso arcaico possui mais do que dados e informações, são arquivos da humanidade. A hermenêutica de Eliade (1999), por ser ontológica, coloca a questão do ser e as preocupações humanas como ponto de partida, enquanto a narrativa religiosa e o mito assumem lugar especial por estarem na origem do ser humano (SOUZA, 2010).

Para o homem religioso das sociedades arcaicas o mundo existe porque foi criado pelos deuses, não é opaco, não é uma coisa inerte, sem objetivo e sem significado. Para esse homem religioso, o Cosmos “vive” e “fala”. A própria vida do Cosmos é uma prova de sua santidade, pois ele foi criado pelos deuses que se mostram aos homens por meio da vida cósmica”. Já o homem a-religioso, tende a dessacralizar tudo o que existe. Por estar fixado em outra lógica de vida, concebe o tempo sempre como uma experiência puramente humana, onde não é atribuído aos Deuses nenhuma participação (ELIADE, 2001).

Historicamente, o debate envolvendo ciência e religião, mostra-se equivocadamente inglorio ao longo dos anos. A pesquisa científica tem declarado que fé e prática religiosa não podem ser ignoradas ou excluídas da análise, tampouco devem ser taxadas como um componente irrelevante da práxis humana. Ciência e religião é um problema gerado no ocidente, onde estas categorias emergiram e até hoje são poderosas. Complementando, pode-se afirmar que ciência e religião representam o esboço do conhecimento em relação ao ser humano e sua dimensão espiritual (COSTA, 2006; HARRISON, 2007).

Depois de séculos de separação entre Ciência e Religião, por volta de meados do século XX, passa a haver uma aproximação entre ciência e espiritualidade. Provavelmente, as manifestações religiosas de Einstein, expressas nos anos 1950, foram um dos primeiros passos para esta aproximação. A posição de abertura do maior cientista da época funcionou como ruptura do estereótipo que tornava inconciliáveis ciência/espiritualidade/religiosidade no mundo moderno (JAMMER, 1999 apud JARROS et al, 2008). A partir de Einstein reduziram-se os obstáculos que por séculos impediam a aproximação entre ciência e religião.

Recentemente a Igreja afirmou que religião sem ciência não é boa religião, bem como ciência sem religião não é boa ciência. É a construção de um novo conhecimento, dentro de um novo paradigma (SANTOS, 2000).

O homem arcaico é heterogêneo quando religioso, mas o homem moderno, não religioso é homogêneo, linear. O homem religioso (*homo religiosus*) entende o tempo como heterogêneo, dividido entre o tempo profano (linear), e o tempo sagrado (cíclico e retornável). Eliade (2001) afirma que as observações e considerações mais significativas sobre as religiões, motivaram suas experiências espirituais pessoais. A espiritualidade é a chave que forma e aponta o horizonte de indagações. Portanto, a espiritualidade é a experiência de contato com algo que transcende as realidades normais da vida. Das vivências espirituais, expuseram-se temas essencialmente religiosos ao experimentar uma força interior além das próprias capacidades, como: a dimensão do mistério, a esfera significativa do símbolo e o rito da experiência (BOFF, 2006; ELIADE, 2001).

Quando o transcendente reflete na transformação de vida do ser humano, manifesta-se então, a espiritualidade religiosa e essa experiência, não se explica apenas por forças contidas na interioridade humana, sente-se a presença do absoluto, identificado como Deus e essa forma de espiritualidade denomina-se; mistério. Neste enfoque, a espiritualidade e a religiosidade caracterizam-se na dimensão experiencial. (VASCONCELOS, 2006).

Não levar em conta a importância da religiosidade é preconceito é negar o espírito de objetividade científica preso a um contexto histórico/cultural exclusivo que coloca a religião como um termo de fácil significado, mas de difícil definição. Mesmo com um grande número de significados, ainda não há unanimidade sobre o termo apresentado. O que se tem por certo e verdadeiro é que, a religião está arraigada na vida dos seres humanos desde os primórdios dos tempos (GRESCHAT, 2005; HOCK, 2010; PRADO, 1999).

Religião pode ser definida como um sistema de crenças e práticas observados por uma comunidade, apoiado por rituais que reconhecem, idolatram, comunicam-se com, ou aproximam-se do Sagrado, do Divino, de Deus (em culturas ocidentais) ou da Verdade Absoluta da Realidade, ou ainda, do nirvana (em culturas orientais). (KOENIG, 2012a. p.11)

Semelhante as ondas do mar, conceitos e normas sociais são paradigmas que têm marcado o mundo contemporâneo. O maior fenômeno deste século é o ré-encantamento do mundo: “Os deuses estão de volta” e apresentam-se de forma significativa na experiência religiosa e nos experimentos pessoais de cada indivíduo. O sistema se distingue na aceitação

do sagrado, em experiências vivenciais particulares (COELHO; MAHFOUD, 2001; MIELE, 2011; TEIXEIRA, 2011).

Alguns autores asseguram a implosão do conceito e fim da religião, além da decomposição do religioso (GIUMBELLI, 2000). Mas, o fato é que não aconteceu o esperado desaparecimento da religião, nem da religiosidade como previsto por muitos sociólogos e antropólogos sociais. As religiões estão sendo revividas e este reviver na atualidade ocidental aponta para questões instigantes, como a transmutação de religião em espiritualidade, como uma questão de natureza pessoal (BERGER, 1996; SIQUEIRA, 2008).

A anunciada morte de Deus, por pensadores modernistas é também suplantada pelo crescimento de um movimento religioso/literário do final do século XX que repercutiu de forma positiva na área da saúde. “O Boom literário” é um movimento de autoajuda com ideias e estratégias de cura, inspiradas em tradições religiosas com publicações focadas na espiritualidade e no enfrentamento dos problemas de saúde. A literatura de autoajuda ocupa hoje lugar de destaque em livrarias e bibliotecas de todo o mundo. Tornou-se um mercado bastante promissor (BERGER, 1985; VASCONCELOS, 2011).

As incertezas e inseguranças se protegem no vigor da religião que traz ordem ao mundo social. O religioso resiste ao terror da carência de significados e refere-se a instituição religiosa como organização doutrinária de credo e vivência, em uma nova realidade metafísica ou sobrenatural. Refere-se ao transcendente como meio de salvação, proporcionando com isso, vivência espiritual e anseio de pertencer a uma comunidade religiosa (BERGER, 1985; BOFF, 2006; LIBANEO, 2002).

Na realidade, as religiões são um conjunto de práticas que formalizam a busca de uma ligação do homem com algo transcendente com o dever de cumprir o papel de desenvolver no ser humano a religiosidade e a espiritualidade mas, nem todas cumprem esse propósito. A quase totalidade das religiões ainda está presa a dogmas, fanatismo, superstição e ao pensamento mágico que faz com que o ser humano se afaste da própria essência do Deus cósmico, Energia Criadora do Universo. Muitas religiões, são regidas por paradigmas materialistas, em nome dos quais, criam-se guerras, morte e destruição de pessoas e ideais.

Os termos religião, religiosidade e espiritualidade apresentam significados consistentes e concisos e costumam relacionar-se entre si. A palavra espiritualidade tem sido historicamente associada à religião ou ao sobrenatural e envolve linguagem religiosa, com alguma conexão com o Transcendente. Fora disso; o termo não seria espiritual, se denominaria humanístico. E o humanismo compõe uma variedade de sistemas filosóficos incorporados em alguma escola religiosa de pensamento. O humanismo rejeita justificativas transcendentais, como:

dependência da fé, do sobrenatural ou de revelações divinas (HUFFORD, 2005 apud STROPPA; KOENIG, 2012a; MOREIRA-ALMEIDA, 2009).

A religiosidade se expressa na prática do crente e está relacionada a uma instituição religiosa, possibilitando ao adepto/crente o acesso as experiências místicas, mágicas, esotéricas, etc., envolve a sistematização de culto e a doutrina compartilhada por um grupo. Recomenda ao ser humano uma explicação sobre seu próprio universo psíquico que se reflete no mundo visível como uma alternativa diante da angústia existencial perante o medo do aniquilamento do eu (indivíduo), pela morte. A avaliação da religiosidade pode estar relacionada a afiliação e prática religiosa e a frequência aos cultos (NASCIMENTO, 2007).

O religioso resiste a carência de significados e refere-se à instituição religiosa como uma organização de credo e doutrina que vivencia uma nova realidade metafísica ou sobrenatural. Refere-se ao transcendente como meio de salvação, proporcionando com isso vivência espiritual e anseio de pertencer a uma comunidade religiosa (BOFF, 2006; LIBANEO, 2002).

Corroborando essa diferenciação, estudos de Oliveira e Junges (2012) revelaram que para a maioria de seus entrevistados a religiosidade é a expressão da própria espiritualidade, por considerarem espiritualidade e religiosidade, dimensões essencialmente experienciais. Entretanto, a religiosidade provê a convicção de que existe uma dimensão maior, responsável pelo controle sobre as reservas presentes na vida, capacitando o indivíduo a lidar com os acontecimentos de forma mais tranquila e confiante, reduzindo o estresse e a ansiedade (FORNAZARI; FERREIRA, 2010).

Religiosidade é uma atitude perante algo ou alguém é, uma forma de imprimir sentido aos fenômenos intuídos no mundo e em si mesmo, ela é representada por palavras ou comportamentos expressos através da experiência subjetiva (PAIVA, 2005). A religiosidade também tem a ver com orientação religiosa e se apresenta de forma extrínseca ou intrínseca.

A religiosidade extrínseca está associada a comportamentos religiosos que priorizam benefícios exteriores, como: status, segurança e distração, levando o indivíduo a voltar-se para o sagrado, para o divino, para Deus, sem abrir mão ou desapegar-se de suas orientações pessoais. Já, a religiosidade intrínseca está associada a um sentimento de significados para a vida. A pessoa busca harmonizar necessidades e interesses às suas crenças, esforçando-se em internalizá-las e segui-las completamente (ALLPORT; ROSS, 1967 apud MALTBY, 1999).

Portanto, religiosidade, nada mais é que a manifestação da experiência religiosa, da transcendência praticada por pessoas e grupos que se expressam culturalmente através de orações, crenças, festas, celebrações, símbolos, ritos, rituais etc. A religiosidade busca o princípio infinito que está na origem da vida e do universo numa experiência antropológica,

uma vez que é próprio do ser humano a revelação clara e visível do desejo de ir além de si mesmo, de se auto transcender. É importante saber que a religiosidade pode existir sem ligação direta com religião (OLIVEIRA, 2014).

Como fenômeno, a religiosidade está ligada a práticas e crenças acerca do divino e utiliza a religião como um ponto de apoio, para se aproximar do sagrado. A tríade; religião/religiosidade/espiritualidade, atua como fator de prevenção à propagação de doenças na população sadia e conseqüentemente, sobre o eventual aumento de sobrevida, além do impacto nas diversas doenças (KOENIG, 2001a; LUCCHETT et al., 2010).

É imperativo entender que sempre haverá uma relação entre os termos religião/religiosidade que, mesmo sendo utilizados como sinônimos, suas características são diferentes. As religiões baseiam-se e se estruturam em crenças que cultuam um ente “superior”, responsável pela revelação e compreensão. Portanto, as religiões têm como característica a aceitação do sagrado nas experiências vivenciais de cada indivíduo (ALMEIDA, 2007; COELHO; MAHFOUD, 2001; KOENIG, 2012a).

Já a religiosidade, sugere ao ser humano uma explicação sobre seu próprio universo psíquico que se reflete no mundo visível, como alternativa diante da angústia existencial, podendo leva-lo à morte. A religiosidade é a expressão religiosa evidenciada por meio de dogmas, rituais e a institucionalização do poder religioso. Acolher a religiosidade de cada indivíduo, equivale a respeitá-la na sua singularidade e forma, ou ainda em atributos humanos ao conectar-se e captar o divino, inclusive, através de ritos e dogmas (PESSINI, 2004).

Exemplos de expressão da religiosidade que permanecem desde os tempos mais remotos, são os monumentos megalíticos Stonehenge na planície de Salisbury, as cavernas de Lascaux com pinturas rupestres no sudoeste da França, a tumba de Newgrange no vale de Boyne e o complexo de templos de Karnac em Tebas homenageando os Deuses. Estes e muitos outros monumentos da antiguidade, mostram a relação do homem primitivo e histórico com os mistérios que o envolve, bem como a excelente capacidade de precisão e observação desse homem primitivo e religioso.

Ora, a espiritualidade é considerada a dimensão mais abrangente do ser humano, vai além da religião e da religiosidade é uma realidade inerente a cada indivíduo e está nele, cabe ao homem entender e dar espaço ao seu desenvolvimento. Quando o indivíduo deixa fluir a espiritualidade do seu interior, proporciona a possibilidade de ampliação da sua capacidade espiritual passando a lidar com eventos e questões relacionados a vida. Registros de produções acadêmicas, afirmam que a manutenção da fé relacionada com a vivência da espiritualidade,

possibilita experiências de finais felizes para aqueles que acreditam na recompensa divina, independente de professarem alguma religião (GOMES; FARINA; FORNO, 2014).

O termo espiritualidade surgiu pela primeira vez na literatura moderna, no início do século XVII e remonta à escola religiosa francesa, como uma designação da relação pessoal do homem com Deus. Ela é a experiência de contato com a dimensão que vai além das realidades humanas. É a arte e o saber que torna a vida impregnada e orientada pela existência da transcendência, ela é o canal de conexão com o eu profundo (ALMEIDA, 2012; BOFF, 2006; VASCONCELOS, 2011).

A Psicologia, como ciência que estuda o comportamento humano, absorveu o estudo do comportamento religioso quando ainda era desconhecido o termo espiritualidade. O estudo da espiritualidade ocorreu pela primeira vez na escola de Nijmegen, na Holanda. Popularizou-se na cultura norte americana, a partir dos anos 1960, coincidindo com o surgimento da Psicologia humanista, cuja ideia de espiritualidade se desvinculava da tradicional concepção de religião adotando a crença no espírito humano, humanismo (PAIVA, 2005).

Por não ser monopólio de religiões ou de qualquer outro movimento social, a espiritualidade é inerente ao ser humano. É a dimensão que eleva o homem para além de seu mundo. Coloca-o frente-a-frente com as questões mais profundas que brotam de sua interioridade, do seu íntimo, aspirando encontrar respostas para as perguntas existenciais, como: de onde vim? Para onde vou? Qual o sentido da minha vida? E que lugar ocupo no Universo?

A espiritualidade, relacionada ou não à religiosidade, historicamente tem sido ponto de satisfação e conforto para momentos diversos da vida, também tem sido em todo esse tempo, um constante motivo de discórdia, fanatismo e violentos confrontos” (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007, p. 89).

No ocidente a espiritualidade está ligada historicamente à religião e ao longo dos anos ganhou novos significados, adequando-se as realidades sociais embora não haja necessariamente um consenso uma obrigatoriedade nessa relação, por anteceder a religiosidade. O termo espiritualidade está afeito a questões sobre o significado e o propósito da vida, com a crença em aspectos espiritualistas para justificar sua existência e significados. Muitas pessoas encontram a espiritualidade através da religião, de um relacionamento pessoal com o divino (BAGATINI, 2010; POWELL et al., 2003; SAAD et al., 2001).

Apesar do número de evidências, não há ainda consenso quanto ao conceito de espiritualidade, mas pode ser definida como uma busca pessoal pelo entendimento das questões relacionadas a vida e ao seu sentido. A espiritualidade pode ser encontrada em pessoas de diferentes religiões e/ou crenças pessoais que não se encaixam em uma religião formal. Há no

indivíduo uma pré-disposição natural a religião, ele pode ter uma religiosidade consistente (assiduidade aos cultos, obediência às doutrinas), mas uma espiritualidade pouco desenvolvida (não vivencia os aspectos interiores); o contrário também é verdadeiro (KOENIG, 2012a).

A espiritualidade é uma dimensão peculiar do ser humano, impulsiona-o a buscar o sagrado, na experiência transcendente, na tentativa de dar sentido e resposta ao significado e propósito definitivo da vida. Esse significado também pode ser encontrado na religião (KOENIG, 2012a. p13)

Como a religião está radicada nas tradições estabelecidas pelas comunidades, a espiritualidade como busca pelo sagrado, seria um termo inclusivo, mais integralizado e teria uma maior relação com o cuidado do que a religião e até mesmo a religiosidade que é, mais fácil de ser verificada. Então, a espiritualidade do paciente teria maior aceitação que religiosidade como busca independente pelo sagrado. Destarte, a espiritualidade do paciente seria melhor aceita como: busca independente pelo sagrado (LUCCHETTI; ALMEIDA; GRANERO, 2010; KOENIG, 2001b).

Entende-se por espiritualidade, o que está relacionado ao sentido e propósito da vida e para alcançar espiritualidade a pessoa não necessita pertencer a uma religião, ou a um sistema de crenças organizado em grupos que inclua a existência de uma força divina, ou um ser superior com propostas de normas, ideias e práticas rituais. Exercitar a dimensão espiritual não é uma questão de ter ou não ter fé em Deus, mas de considerar processos da realidade subjetiva e social em uma existência claramente objetiva (FONSECA et al, 2008; GUIMARÃES; AVEZUM, 2007; BRUSCAGIN, 2004; VASCONCELOS, 2011).

A espiritualidade é formada por fé e sentido, onde o elemento fé está associado à religião e as crenças religiosas. Em contrapartida, o componente sentido é um conceito mais amplo, universal que pode existir, tanto em pessoas que seguem uma determinada religião, como naquelas que não tem nenhuma referência religiosa. Embora abrangente na existência daqueles que são verdadeiramente espirituais, proporcionando um alcance maior (BREITBART, 2003).

A espiritualidade tem uma profunda base psicobiológica, uma realidade enraizada nas emoções humanas que precisa ser mais bem compreendida, ela pode ser separada tanto do sectarismo corrompido quanto de banalidades espontâneas. O lugar para procurar a espiritualidade é em nós mesmos, em nossa vida, no nosso mundo. Também encontramos espiritualidade em nosso senso de humanidade de amizade e de família e ela pode ser encontrada entre os melhores amigos, mais perto do coração. (KOENIG, 2012b).

O filósofo Robert Solomon, em seu livro “Espiritualidade para Céticos: paixão, verdade cósmica e racionalidade no século XXI”, diz:

[...] “rejeitei erroneamente o que agora vejo ser uma dimensão essencial da vida. Cheguei a compreender; a espiritualidade é nada menos que o amor bem pensado a vida. É atribuir um sentido não religioso, não institucional, não teológico, não baseado em escrituras, não exclusivo da espiritualidade, um sentido que não seja farisaico, que não se baseie em crença, que não seja dogmático, que não seja anticiência, que não seja místico, que não seja acrítico, carola ou pervertido.” (SOLOMON, 2003, p 18-19).

A psicologia em suas abordagens, desconsidera a religiosidade e dá mais ênfase aos efeitos dos aspectos institucionais e doutrinários das religiões no ser humano, do que nas questões inerentes a busca de sentido presente nas experiências religiosas. Mas para escolher os conteúdos religiosos dos pacientes, os psicólogos precisam desenvolver qualidades específicas, como: a busca por conhecimento espiritual, abertura e tolerância religiosa, autoconhecimento e autenticidade de sua vida espiritual, favorecendo assim o processo de mudança na psicoterapia (PAIVA, 2005; PARGAMENT, 2007).

A espiritualidade é ampla e pessoal, está voltada para um conjunto de valores íntimos, como: completude interior, harmonia, relações interpessoais, estímulo aos interesses mútuos que dão sentido à vida. A espiritualidade é também entendida como uma busca pela compreensão pelo sentido da vida, pela transcendência. Vai além do que está nos dogmas das religiões tradicionais. É também uma busca humana por um sentido com dimensão transcendente (FONSECA et al., 2008; PESSINI; BERTANCHINI, 2006).

Os afeitos a religiosidade buscam uma experiência do encontro com o mistério, um encontro pessoal voltado às religiões tradicionais ou com uma concepção pessoal de religiosidade que de alguma forma envolve a espiritualidade. Um sistema de crenças que ligado às religiões tradicionais, tem antes de tudo um elemento fundamental de construção do próprio sujeito. A fé faz parte das religiões tradicionais e da busca pessoal pela religiosidade e pode passar por vários estágios. Essa fé, está vinculada à força espiritual e à busca em acreditar num sentido maior. A fé tem relação com a vivência existencial, por isso, tem uma tonalidade mais subjetiva (FOWLER, 1992).

Por ter uma relação muito próxima com o transcendente, baseia-se em questionamentos pessoais que envolve perguntas existenciais. É uma propensão humana na busca de significado para a vida, por meio de conceitos que transcendem o tangível e que podem ou não incluir uma participação religiosa formal, doutrinária. Seu conceito é mais amplo do que o de religião e/ou religiosidade. A essência humana está na espiritualidade e se expressa na religião e na religiosidade (REED, 1991; SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001).

Conforme Roberto (2004), o termo espiritualidade se reserva ao lado mais elevado e sublime da vida. Visto como potencial humano cultivado pelas pessoas, independente de

pertencerem ou não a determinada religião. Espiritualidade e religiosidade certamente são termos mais amplos que religião. Contudo, alerta-se para o perigo da separação entre religião e espiritualidade. Estes são termos relacionados antes que independentes, gerando polarização ou separação excessiva, que talvez leve à necessidade de duplicação de medidas de avaliação. Com isso se entende que espiritualidade e religião, não são idênticas, mas são próximas e se complementam (HILL; PARGAMENT, 2003 apud PANZINI; BANDEIRA, 2007).

Espiritualidade é um conceito que possui muitas raízes e uma longa trajetória que aponta para diversos significados. Entretanto, apoiando-nos no primeiro uso estabelecido por Márcio Fabri dos Anjos (2008), enriquecendo-o com a contribuição de Henrique Cristiano de Lima Vaz (1992), entende-se sinteticamente que nessa perspectiva a espiritualidade é uma dimensão inerente a todos os seres humanos e dirige sua força vital ao enfrentamento dos desafios da existência, conferindo-lhe sentido e significado (ANJOS, 2008 apud SOUZA, 2013; VAZ, 1992).

Portanto, associar espiritualidade às religiões ou ao espírito/alma, desvinculando-a da corporeidade e das lutas sociopolíticas, transforma essa dimensão da existência humana em algo limitado e restritivo. Semelhantemente, associá-la apenas a práticas como meditação, oração e silêncio, a vivências interiores restritas a alguns momentos e ambientes e não percebê-la na vida cotidiana da profissão e dos relacionamentos, empobrece-a (SOUZA, 2013).

1.1.2 Espiritualidade e saúde

Práticas, crenças e experiências espirituais se tornaram elementos importantes na sociedade desde tempos imemoráveis. A interconexão entre a espiritualidade e a saúde atraiu o interesse de pesquisadores de várias áreas do conhecimento. Na última década, os estudos sobre espiritualidade concentraram-se nas Ciências da Saúde, especialmente na Medicina e na Enfermagem os quais são tidos como campos produtivos nas discussões sobre as consciências humanas (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007).

A espiritualidade influencia positivamente a condição de saúde e qualidade de vida, pois uma vida espiritualizada proporciona bons hábitos. Estudos evidenciam a relação direta entre espiritualidade melhores índices de atividade física, alimentação saudável e equilibrada, contrária à consumo de bebida alcoólica, tabagismo e sedentarismo. A crença no transcendente contribui para o enfrentamento de doenças (SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001; SPONCHIATO; MARINI; RUPRECHT, 2013). Estudo realizado em uma unidade de saúde da família localizada no interior paraibano constatou os benefícios da espiritualidade de usuários

hipertensos e a importância da fé religiosa na melhora da condição de saúde (PEREIRA; KLÜPPEL, 2014).

A diáde religiosidade/espiritualidade, como fonte de fortalecimento, ajuda na prevenção de doenças na população sadia e no aumento de sobrevida, além do impacto positivo sobre diversas doenças. Negligenciar a dimensão espiritual é ignorar socialmente o paciente no seu estado psicológico, resultando em falha no tratamento de pessoas de modo integral. A maioria dos pacientes são religiosos e têm necessidades espirituais. Essa talvez seja a melhor razão para apontar os aspectos espirituais na relação com a saúde (KOENIG, 2012a; SANTOS, 2010).

A relação entre espiritualidade e saúde é diretamente proporcional. Quanto maior o nível de espiritualidade, maiores os níveis de bem-estar global e de satisfação com a vida. Consequentemente, os sintomas depressivos, risco de suicídios e abuso de substâncias ilícitas são menores (PAIS-RIBEIRO; POMBEIRO, 2004).

Na relação com a saúde física, verificou-se resultados benéficos no envolvimento religioso quanto à debilidade física, dor, doenças do coração, pressão sanguínea, infarto, doenças infecciosas e terminais como câncer. Indivíduos envolvidos com a religiosidade/espiritualidade encontram senso de propósito e significados, bem-estar, esperança, otimismo, menores índices de ansiedade, de depressão, de abuso de substâncias tóxicas, inclusive alcançam estabilidade nos casamentos (KOENIG; McCULLOUGH; LARSON, 2001b).

É gratificante quando o profissional de saúde se preocupa em oferecer assistência espiritual ao paciente. Mas, torna-se inquietante quando os resultados de inúmeras pesquisas apontam que médicos e enfermeiros não têm sido preparados para prestar assistência espiritual aos pacientes durante a formação profissional (BOFF, 2006; MOREIRA-ALMEIDA, 2007; VASCONCELOS, 2006).

A religiosidade e a espiritualidade contribuem para uma boa aptidão pessoal, mental e física quando acrescida de fé e propósito. Na linha da psicologia positiva, por sua vez, são privilegiados aspectos positivos da experiência humana e não a doença, inserindo-se estudos relacionando espiritualidade/religiosidade com Qualidade de Vida (QV). O conceito de saúde não é apenas biológico ou bioestatístico, também é um conceito psicoemocional e antropológico. Portanto, a saúde plena é um ideal utópico (NORDENFELT, 2000; PANZINI, 2004; PANZINI; BANDEIRA, 2007).

A QV é um conceito subjetivo e genérico que envolve ambiente, cultura, sistema de valores e relações individuais além da saúde física e psicológica. A construção de seu conceito teve o encontro de teorias fundamentadas numa visão eminentemente biológica de saúde do

indivíduo ou funcional baseada na presença ou não de incapacidade/deficiência e numa visão social e psicológica como bem-estar, satisfação e felicidade (FLECK; SOUZA; BARROS, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) atribuiu um conceito de QV que não indica o nível mínimo que deve ser garantido, apenas identifica as dimensões que envolvem esse fenômeno. Ela não tem um conceito universal porque se baseia na percepção individual e subjetiva e vai além das dimensões físicas, mentais, sociais e existenciais. Contudo, essa avaliação pessoal torna-se não confiável, pois o julgamento pessoal pode ser falso. Por isso, para avaliar a QV de pessoas é também necessário um observador externo (FLECK, 2000; NORDENFELT, 2000; WORDL..., 1995).

Essa organização criou o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida, conhecido como WHOQOL-100, o qual definiu a religião e as crenças pessoais como um de seus domínios preponderantes para estudo e análise da Qualidade de Vida (QV) do ser humano em toda a sua plenitude (FLECK, 2000).

Estudos mostram que ter fé, acreditar em algo e cultivar a espiritualidade são atitudes úteis à manutenção do equilíbrio mental e QV. Acredita-se que esse campo de estudo pode mediar a saúde, a religião e a espiritualidade, além de facilitar o desenvolvimento de intervenções em saúde que contemplem a dimensão espiritual do ser humano. Isso pode ser possível por duas razões: por ser uma área de conhecimento recente, com menor ação de preconceitos quanto à pesquisa em espiritualidade/religiosidade; e pelo fato do construto QV ser amplo e multidimensional, o que favorece o envolvimento de profissionais de diferentes áreas do conhecimento para melhor compreender o tema (PANZINI et al, 2007).

De acordo com Fleck et al (2003. p.2):

A religiosidade e a espiritualidade sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ou estão doentes. Entretanto, a medicina ocidental [...] têm tido, essencialmente, duas posturas: 1) negligência, por considerar esses assuntos irrelevantes ou fora de sua área de interesse principal; 2) oposição, ao caracterizar as experiências religiosas de seus pacientes como evidências de patologias diversas. A tradição oriental por outro lado busca integrar de forma explícita as dimensões religiosa e espiritual ao binômio, saúde /doença.

No ocidente, espiritualidade de fato não é pensar Deus mas, senti-lo em sua interioridade, no seu ser. Sua presença, nos toma e nos faz saudáveis, nos dá a vontade de viver e criar continuamente sentido para existir. A espiritualidade possui uma força curativa própria, não se trata de algo mágico e/ou esotérico. Trata-se de potencializar energias que são próprias da dimensão espiritual tão válidas quanto a inteligência, a libido, o poder, o afeto, entre outras

dimensões humanas. Estas energias são altamente positivas como amar a vida, abrir-se aos demais, estabelecer laços de fraternidade e de solidariedade, ser capaz de perdoar e de exercer misericórdia (BOFF, 2013b).

A maioria dos trabalhos científicos associam a espiritualidade, a religião e a religiosidade. Mas, quase sempre é colocada a ressalva de não ser este o único caminho. A espiritualidade também pode ser encontrada na conexão com a natureza, com a música, com as artes ou ainda, por meio de um conjunto de valores e princípios ou até mesmo, através de verdades científicas (SAAD; MASIERO; BATTISTELA, 2001; POWELL et al., 2003; CRONAN et al., 1998 apud KOENIG, 2012a).

Este é também o pensamento de Vaillant (2010), em seu livro intitulado “Fé evidências científicas”. Para ele, a espiritualidade não está ligada a religião, religiosidade, doutrinas ou dogmas. Ela está voltada para a ciência em uma base psicobiológica. É uma realidade arraigada nas emoções humanas positivas que precisam ser melhor compreendidas uma vez que a emoção positiva é uma atividade cerebral inata a todos os seres humanos.

Ainda segundo o autor, a espiritualidade reside no cérebro humano e em nossa capacidade congênita para emoções, como o amor, a esperança, a alegria, o perdão e a compaixão, dimensões selecionadas pela evolução e armazenadas em uma parte do cérebro diferente daquela onde encontram-se as crenças religiosas dogmáticas. A evolução nos tornou criaturas espirituais ao longo do tempo e estamos destinados a sermos cada vez mais espirituais

Emoções positivas são o resultado de nossa capacidade em praticar o amor sem nenhum interesse (amor parental). As emoções negativas têm a ver apenas com o indivíduo e são cruciais para a sobrevivência, apenas no momento em que ocorrem. As emoções positivas são mais expansivas. Ela nos ajuda a ampliar e construir nossa tolerância e ampliam nossa moral, elevam nossa criatividade, nos ajudando a sobreviver no tempo futuro. Em contrapartida, a aversão e o desespero são emoções negativas que nos imobilizam. Indivíduos deprimidos, furiosos e assustados, têm dificuldades de aprender ou criar coisas novas (VAILLANT, 2010).

Existem três tipos diferentes de evolução: *a evolução genética* - seleção natural dos genes ao longo dos milênios; *a evolução cultural* - evolução de ideias que se sobrepõem ao valor da vida humana ao longo da história e *a evolução individual* - desenvolvimento da espiritualidade ao longo da vida de cada indivíduo (VAILLANT, 2010).

Diferente da ciência popular a espiritualidade não tem raízes em ideias, textos sacros e teologia. Ela compreende as emoções positivas e elos sociais. ‘Amor é a definição mais curta que conheço de espiritualidade’. Tanto a espiritualidade quanto o amor

resultam em sentimentos conscientes de respeito, apreço, aceitação, simpatia, empatia, compaixão, ternura e gratidão (VAILLANT, 2010 p.17).

Desse modo, a religião é cognitiva enquanto a espiritualidade é emocional. Religião envolve crença. A espiritualidade, tem a ver com confiança. A religião surge da cultura e a espiritualidade, da biologia. Os cultos religiosos exigem aprendizado com a experiência alheia. A espiritualidade encoraja o aprendizado com a própria experiência. Para místicos e líderes religiosos, a espiritualidade profunda é facilitada pela humildade, não pela certeza dogmática. Estas são algumas diferenças entre religião e espiritualidade. Mesmo assim, elas permanecem muito próximas.

1.1.3 Espiritualidade como busca de sentido

O homem sempre buscou sentido para sua existência. Mas, atualmente, essa necessidade tem sido frustrada. A falta de sentido e o sofrimento humanos são evidências do vazio existencial experimentado por muitas pessoas. Compreender a dimensão espiritual do ser humano e sua experiência de vida não representa uma simples apreciação da existência humana, direcionada para a experiência da existência que no lugar do automatismo psíquico, compõe a autonomia da existência espiritual. A busca de valores e sentido, impulsionada pela dimensão espiritual contribui para a realização humana através do amor ou do sofrimento, em decorrência das vivências da criatividade (FRANKL, 1989; HUF, 1999).

Para Frankl (2003), o homem está de certa forma esquecido de si mesmo e de seus valores ao afirmar que:

Analizando a puberdade, como a época em que o homem, ainda jovem, vai amadurecendo e lutando espiritualmente; os seres humanos possuem uma forma de serem essencialmente diferentes, ou seja, “o ser humano é antes de tudo, um ser essencialmente histórico” que “está incerto num espaço histórico concreto” (p. 56-57).

Não é só na puberdade que o sentido da vida se coloca de modo peculiar, mas também, quando o destino traz vivências intrigantes. Não existe nada de doentio em refletir sobre o sentido da vida, tampouco é patológica a necessidade anímica do homem em lutar por um conteúdo da vida ou até mesmo pelo seu empenho na luta espiritual. A busca do sentido da vida é inerente a todos os seres humanos; por isso, são múltiplos os caminhos. A consciência humana não se identifica com o superego (contrariando a psicanálise). Ela aponta para o sentido, como

uma bússola aponta para o norte. Nisso, ela é o próprio “órgão do sentido”, enquanto capacidade intuitiva de descobrir o significado único, escondido em cada situação (FRANKL, 2003).

Para contrapor o vazio existencial vivenciado pelo ser humano, Viktor Frankl desenvolveu a “Logoterapia e Análise Existencial” que pode ser compreendida como um sistema teórico-prático que abrange todas as áreas da atividade humana. Esse movimento tornou-se mundialmente conhecido a partir da publicação de seu livro intitulado “Em busca de Sentido - um psicólogo no campo de concentração”. Nessa obra, o autor descreve as experiências vivenciadas em campos de concentração durante a segunda guerra mundial quando os prisioneiros se vêem reduzidos a existência nua e crua. O ser humano passa então a compreender que não tem mais “nada a perder” e percebe que a vida é sofrimento e que sobreviver é encontrar sentido na dor.

A Logoterapia foi reconhecida mundialmente como a terceira escola vienense de psicoterapia. Considerada a terapia do sentido ao observar o homem como um ser orientado para tal. Como o termo “logos” é uma palavra grega que significa “sentido” concentra-se no significado da existência humana, bem como na busca da pessoa por esse sentido. Sua base é o confronto do paciente com o sentido da vida. Deduz-se que significa “cuidar do sentido”. A busca de sentido é a principal força motivadora do homem que busca argumentações persuasivas para o enfrentamento da realidade e da racionalidade moderna (FRANKL, 1989; 1991).

Literalmente o termo “logoterapia” é “terapia através do sentido”. Naturalmente poderia ser traduzido também como “cura através do significado”, mas isso implicaria num tom religioso alto demais que não está necessariamente presente na logoterapia. Em todo caso, a logoterapia é uma (psico) terapia no sentido (Frankl, 2005, p. 13).

O contexto histórico da época marcou seu pensamento, no entanto, sua evidência era a preocupação com o revigoramento da visão humana, capaz de inspirar um cuidado abrangente com relação a espiritualidade do homem. Embora, tenha se preocupado com a questão do sentido da vida desde a juventude, somente a partir de 1950 foi formalizado o pensamento sobre a logoterapia, com base na análise existencial.

O sentido, por si só, não teria poder curativo se fosse apenas uma esperança inventada. A mente não poderia encontrar a solução para seus males pela simples razão de que o seu mal consiste em estar fechado dentro de si, sem abertura para o que lhe é superior. O sentido da vida é como uma realidade ontológica e não uma criação cultural. Em vez de criar um sentido a mente tem de submeter-se a ele e uma vez encontrado o sentido, este não tem de ser moldado pela mente, mas a mente pelo sentido (FRANKL, 1994).

Nossa liberdade é limitada, pois nunca estamos completamente livres. As circunstâncias, sejam elas de ordem biológica, psicológica ou sociológica, fazem parte de nosso cotidiano. No entanto, a liberdade plena está sempre ao nosso alcance quando enfrentamos condições adversas. A maneira como reagimos às condições impostas é decisão nossa, “se não pudermos mudar a situação, resta-nos a liberdade de mudarmos nossa atitude frente à situação” (FRANKL, 1991).

A logoterapia se concentra no sentido da existência humana e na busca de pessoa por sentido. Por estar focada no sentido, como psicoterapia, ela tem o intuito de ajudar o indivíduo a encontrar sentido em sua vida.

O que se requer da pessoa, não é aquilo que alguns filósofos existenciais ensinam, ou seja, suportar a falta de sentido da vida; o que se propõe é, antes, suportar a incapacidade de compreender em termos racionais, o fato de que a vida tem um sentido incondicional. O logos é mais profundo do que a lógica (FRANKL, 1994. p.105)

Ela está direcionada a dimensão espiritual (noológica) do homem, ou como dito por Frankl é, uma psicologia das alturas que se contrapõe a psicologia profunda. Ela idealiza a busca por valores e sentidos (dá significado e direção), como fenômeno autêntico e específico da espécie humana que resulta da necessidade do homem que procura configurar uma vida de significados (AQUINO, 2013).

A dimensão espiritual envolve a capacidade de decidir, pois a liberdade de espírito é congênita com o ser humano. Mesmo havendo apenas um resquício de esperança, ele busca sentido no sofrimento, na dor e na morte. Assim, “se a vida tem sentido, o sofrimento necessariamente também terá”. A aflição e a morte fazem parte da existência humana, desse modo, a pessoa poderá construir sua vida até o último suspiro, de forma que esta tenha sentido (FRANKL, 2000).

O termo espiritualidade dá ao homem a capacidade de unicidade, de busca de sentido humano como um todo e essa dimensão espiritual vai além do religioso, do supranatural. Há uma inquietação com relação a vida, quando o ser humano pergunta com frequência sobre o por que existir. Esse porquê existir, dá sustentação para suportar as incertezas da vida e essa característica faz do homem um ser espiritual que está sempre em busca de um sentido, de um significado para a vida. Em situações difíceis e graves, a consciência estimula a busca desse significado, sem importar o que esperamos da vida, mas o que ela espera de nós. Por não ser abstrato, mas constituído de atitudes concretas, viver significa assumir responsabilidades sem

omitir-se, buscando respostas e estratégias que conduzam a ações responsáveis (FRANKL, 2000).

Será que é esta a forma do homem expressar sua espiritualidade? Ora, a espiritualidade inconsciente contém uma religiosidade também inconsciente. Um estado de inconsciência na relação com o divino que aparece como uma afinidade transcendental e muitas vezes latente. Portanto, a espiritualidade é o componente principal da dimensão espiritual do ser humano e, a religiosidade é uma das formas de expressar essa espiritualidade (FRANKL, 1991).

Sua experiência passada em quatro campos de concentração durante a segunda guerra mundial, conduziu-o ao entendimento da preservação do seu sentido, mesmo em situações difíceis. Milhões de pessoas passaram por essa experiência, mas ele não emergiu dela carregado de rancor. Saiu do inferno de Auschwitz levando consigo a mais bela mensagem de esperança que a ciência da alma deu aos homens deste século (CARVALHO, 1997).

Entrou no campo de concentração, com o firme propósito de conservação da integridade da sua alma e a não deixar que seu espírito fosse abatido pelos carrascos do seu corpo. Determinado, vivenciou a concepção teórica do sentido da vida, como o real valor de sobrevivência, frente ao sofrimento inevitável. Questionou-se sobre o sentido de seu próprio sofrimento e de sua própria vida, depois de perder a família, os manuscritos de seu livro e de ter sido acometido de febre tifoide:

Diante da eminência da morte, Frankl (2011, p. 192-93) conjecturou:

[...] quando a minha própria morte me parecia já inevitável, eu me perguntei de que valeria minha vida. Eu não tinha filhos. Nem mesmo um “filho espiritual”, como o manuscrito. Mas após combater meu desespero por horas, em meio a tremores de febre tifoide, eu me perguntei, afinal, que sentido seria esse que dependia da impressão ou não de um manuscrito meu. Se assim o fosse, eu não daria a mínima para ele. Mas, se de fato há sentido para a vida, esse sentido é incondicional e nem mesmo a morte ou o sofrimento podem retirar sua validade.

Destarte à compreensão dos fundamentos dessa nova ciência, sua relevância torna-se mais enfática e essencial. O binômio religião/espiritualidade, seria a forma de descobrir o sentido da vida, como princípio da Logoterapia e Análise Existencial, ao afirmar que, falar do espiritual é falar do especificamente humano. A pessoa é o centro ativo do ser finito, centro do espírito que não existe, mas passa a possuir existência na livre realização dos seus atos e mediante eles. A pessoa só existe como unidade concreta a partir dos atos que realiza e unicamente na realização desses atos. Apesar de suas várias dimensões, o ser humano não pode ser fragmentado, dividido. O homem é uma unidade na multiplicidade e a dimensão noética seria o núcleo integrador deste ser humano (COSTA, 1996; AQUINO, 2013).

Na concepção de Frankl (1991), para que o indivíduo se torne homem e seja ele mesmo é necessário que se concentre na dedicação a uma tarefa, esqueça-se de si mesmo e empenhe-se totalmente a serviço de uma causa, ou de amor a uma pessoa. É como o olho, que cumpre a função de ver o mundo enquanto não vê a si próprio. O caráter objetivo do sentido tem como exigência estar no mundo e não no sujeito que a experiência. Portanto, o que de fato impulsiona o homem não é nem a vontade de poder (como aponta Adler), nem a vontade de prazer (como diz Freud), mas sim o que ele chama de vontade de sentido.

Frankl apresenta o modo dimensional de conceber o homem, propondo o conceito geométrico de dimensões, considerando ter salvaguardado a unidade antropológica sem minimizar as diferenças ontológicas. Nessa perspectiva enuncia duas leis para sua ontologia dimensional:

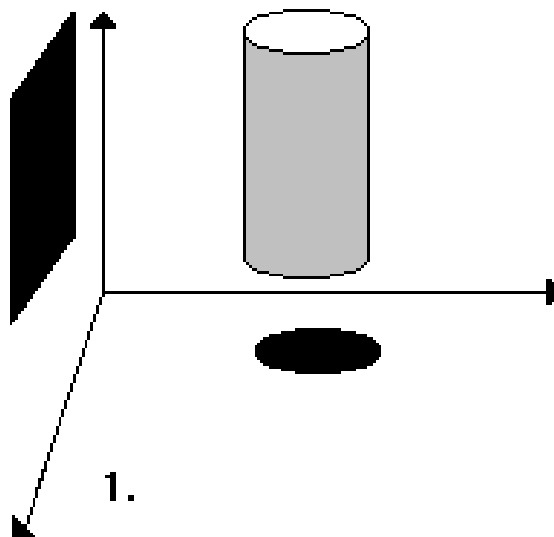


FIGURA 1 – Primeira Lei da Ontologia dimensional

A primeira lei é assim formulada: “um só e idêntico fenômeno, projetado para fora de suas dimensões, dá origem a figuras diversas em nítido contraste entre elas”, ex: um vaso cilíndrico do ponto de vista geométrico tridimensional, quando projetado nos planos lateral e de base se obtém um retângulo e um círculo ambos figuras fechadas, ao passo que o cilindro é um recipiente aberto.

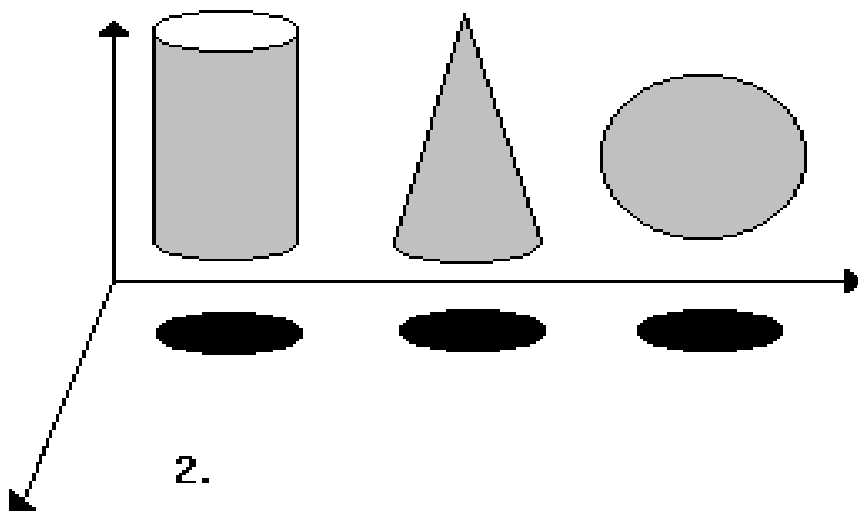


FIGURA 2 – Segunda Lei da Ontologia dimensional

A segunda lei afirma: não apenas um só e idêntico fenômeno, mas “diversos fenômenos, projetados para fora de suas dimensões, não para dimensões diversas, mas para uma mesma dimensão inferior à própria, dão origem a figuras que não estão em contrastes entre elas, mas parecem ambíguas”, ex: um cilindro, um cone e uma esfera projetados em um plano de base, serão igualmente círculos que observados torna-se impossível concluir a qual objeto cada círculo corresponde. FRANKL, 1990, p.52).

Deve-se ter em mente que além das oposições somáticas e psíquicas, encontra-se uma dimensão mais elevada: a dimensão do que é especificamente humano. Somente à luz dessa perspectiva se consegue conciliar a unidade antropológica e a multiplicidade ontológica. Efetivamente, a dimensão mais elevada, mais abrangente é a dimensão espiritual que preserva a unidade sem descuidar das diferenças mesmo quando o homem não é um ser exclusivamente espiritual. Somente esta dimensão constitui sua humanidade.

Mesmo com o primitivismo que tomou conta dos prisioneiros, não só exterior, mas também interiormente, percebeu-se indícios de uma vivência íntima em sua existência espiritual. O interesse religioso, quando surgia era o mais ardente que se podia imaginar. A maneira encontrada pelo prisioneiro nº 119.104 no tocante a religiosidade, evidenciava que a fé, leva a duas ações, ou ela é incondicional, ou condicional. Se é firme e incondicional, ela se fortalece na dificuldade, na catástrofe e se assim não for; se extingue. É como o fogo, quando pequeno, a tempestade apaga, mas o fogo grande é atizado por ela (FRANKL, 1995).

No tocante a preservação e manutenção da vida dos prisioneiros; os que melhor conservavam o autodomínio e a sanidade eram aqueles que tinham um forte senso de dever, de

missão e de obrigação para com a fé religiosa. Um sentimento profundo entre os prisioneiros dos campos de concentração. Estes, recorriam as orações, preces, imprecções e cultos improvisados em locais e horários impensáveis e improváveis. Guardar e proferir as palavras de conforto da Torá, servia de alento para a dor física, o cansaço, a fome, a incerteza e a angústia.

Jung diz que a religiosidade é algo instintivo é um impulso religioso. Mas, a verdadeira religiosidade está caracterizada na vontade, na prática e não apresenta atitude de impulso, mas sim, de decisão. A religiosidade se mantém pelo seu caráter decisório, e deixa de sê-la, quando predomina o caráter de impulso. Portanto, a religiosidade ou é existencial ou não é nada (FRANKL, 2007 p. 61).

A aproximação entre logoterapia e religiosidade se dá no discurso do “suprassentido”. Este representa uma dimensão que explica o sofrimento além do intelecto, além da capacidade de se compreender que a vida pode ser dotada de um sentido incondicional. Assim, a religiosidade pode ou não ajudar o homem a encontrar sentido na vida, da mesma forma que nem toda crise de sentido pode ser solucionada pela crença religiosa. A princípio, a logoterapia é neutra quando relacionada a religião (FRANKL, 2007).

A logoterapia se aproxima da religião quando se reporta ao supra sentido e a busca do sentido último da vida. Ao despertar no indivíduo questões religiosas, o psicoterapeuta deve ajudar o paciente, sem questiona-lo quanto a crença ou instituição religiosa espiritual de forma incondicional. A psicoterapia e as práticas religiosas por não se encontrarem em um mesmo nível antropológico, não se anulam, pelo contrário; se complementam. Assim como, a religião pode provocar a cura psíquica ao proporcionar bem-estar psicológico pelo alívio das aflições, a psicoterapia pode levar o paciente a reencontrar uma fonte de religiosidade inconsciente e reprimida, que vem à tona espontaneamente (PINTOS, 2007 apud AQUINO et al, 2009).

O interesse da logoterapia pela religião está no simples fato do significado do termo logos, “sentido”, sendo a vontade de sentido um dos seus pilares. E qual a religião que não aponta um sentido supra-humano que transcende a percepção objetiva da vida? Ou ainda, qual a religião que, ao apontar um sentido que ultrapasse nossa vontade, não está impregnada de Deus? A diferença está no fato de que a psicoterapia entende o fenômeno religioso e em significado mais amplo, a religião aponta o sentido mas, na logoterapia, o homem tem que encontrar o sentido, não necessariamente pela escolha de uma religião (FRANKL, 2007).

Como diz Paul Tillich (1996, p.68): “ser religioso significa fazer a pergunta apaixonada pelo sentido de nossa existência”. Efetivamente é nesse sentido que ambas, religião e logoterapia se encontram. Conjecturando sobre tais afirmativas, Frankl (1991), afirma que o

homem tem caminhado ao encontro de uma religiosidade pessoal, que independe de religião, conceitos e atribuições do sagrado no mundo, tem levado cada indivíduo a buscar sentido para sua existência que poderá ou não, encontrá-lo na religiosidade, já que se trata de uma busca particular e única, onde se faz mister destacar que independente de todas estas nuances, mesmo assim sempre haverá ritos e símbolos.

Deve-se observar que, somente o homem tem a vivência de sua existência como algo problemático, e que somente ele é capaz de experimentar esse problema que há em seu ser. Se o problema do sentido assume toda a sua radicalidade, isso pode abater um homem. Porém, para Frankl o fator determinante chama-se “decisão”; ou seja, a liberdade de escolha de tomar uma decisão, de tornar-se quem quer ser, apesar das circunstâncias. Este é o reconhecimento de que as pessoas são livres (FRANKL, 1989; 1991; 2005).

1.2 ESPIRITUALIDADE NA FORMAÇÃO ACADÊMICA DE MÉDICOS E DE ENFERMEIROS

A priori, será apresentada uma breve retrospectiva sobre a origem das práticas de cuidados e sua influência na Medicina e na Enfermagem, duas profissões emergentes de um tronco histórico comum firmado sobre essas práticas. Em seguida, teceremos uma reflexão sobre como a temática da espiritualidade tem sido abordada na formação acadêmica de médicos e de enfermeiros.

Vale salientar que essa exposição histórica não objetiva nenhum rigor em relação a datas ou épocas da evolução da condição humana na terra. O intuito é evidenciar alguns momentos históricos e sociais do homem os quais são tangentes com o cuidado em saúde.

O cuidado existe desde o início da vida humana e é por meio dele que ela se mantém. Historicamente, era restrito ao espaço doméstico. A mulher era responsável pelo cuidado com os filhos e familiares. Este cuidado maternal e instintivo é a primeira manifestação do ser humano no cuidado com seu semelhante. Seus objetivos eram garantir a vida e curar para retroceder a morte (COELHO; FONSECA, 2005).

Durante muitos anos, o ato de cuidar não pertencia a nenhum ofício, muito menos a uma profissão. Era exercido por qualquer pessoa disposta a ajudar outrem, garantindo-lhe o que fosse necessário para dar continuidade à vida, em relação ao grupo. Surge, assim, a figura do cuidador (COLLIÉRE, 2003).

Num primeiro momento, as primeiras práticas de cuidado eram restritas a medidas higiênicas. O que o homem sabia sobre saúde e sobre como minimizar os males restringia-se à

sobrevivência. Estas práticas eram instintivas e incluíam lavar as feridas, refugiar-se do frio, utilizar plantas, unguentos, dentre outros costumes (REZENDE, 1989).

Em outro momento histórico, os problemas de saúde passaram a ser explicados misticamente. As doenças eram fenômenos desconhecidos e o homem passou a buscar explicações para suas causas. Estudos de paleoepidemiologia identificaram em múmias e restos de esqueletos diversas doenças que até hoje afligem a humanidade como esquistossomose, varíola e tuberculose.

Nesta época, acreditava-se que as doenças surgiam devido a fúria de seres divinos e ou possessão por maus espíritos. Com intuito de afastar os maus espíritos perturbadores da saúde, era necessário que pessoas reconhecidas pelos seus dotes especiais realizassem oferendas e rituais religiosos direcionados as divindades. Chama atenção que o papel de cuidador, neste contexto, é desempenhado por xamãs, pajés, feiticeiros e sacerdotes. O cuidado promovido por eles objetivava a cura do indivíduo. Dentre as práticas de cuidados mais comuns, destacam-se a ingestão de substâncias purgativas e nauseantes, banhos frios, quentes, massagens e emplastos (GOBATTO, 2012; OGUISSO, 2007; PINHEIRO, 2009; VAGHETTI et al., 2007).

Todas as sociedades antigas acreditavam que a doença tinha causa espiritual, como intervenção divina, bruxaria e invocação a espíritos utilizados para o bem ou para o mal. Quando alguém ficava doente, recorria ao xamã para ser curado. Na realidade, o xamã era o curandeiro, o sacerdote, o adivinho, o bruxo, o mago, o pajé. Personagem único, com multiplicidade denominacional. Em cada cultura recebia um nome diferente, sem deixar de ser o intermediário entre os mundos natural e espiritual.

Os etnólogos utilizam esses diferentes termos como sinônimos e que designam o indivíduo dotado de prestígio mágico-religioso nas sociedades primitivas. O termo xamã passou a ser utilizado equivocadamente em estudos da história religiosa dos povos civilizados, isso prejudicou consideravelmente a compreensão do fenômeno xamânico (ELIADE, 2002).

O xamanismo representa um conjunto de crenças ancestrais que estabelecem contato com uma realidade invisível ou estado diferenciado de consciência com intuito de obter poder, equilíbrio, conhecimento e saúde individual ou coletiva. Esse é um legado da humanidade, pois ultrapassa fronteiras de países, credos, raças e filosofias. Um dos principais aspectos do xamanismo é a cosmovisão dos fenômenos saúde e doença. A cura está arrolada a transcendência do sagrado, a relação corpo-espírito, a unidade de existência, a vivificação da natureza e a idealização das relações sociais (ARTESE, 2005; BAPTISTA, 2012).

O pensamento mágico-religioso nas diferentes culturas era responsável pela harmonia social e pelas práticas médico-espirituais exercidas pelo xamã. Considerados líderes espirituais

com funções e poderes de natureza ritualística, eles mantinham contato com o universo sobrenatural e as forças da natureza (PRANDI, 2001; SCLIAR, 2002).

As concepções mágico-religiosas foram aos poucos substituídas. Uma nova explicação para a saúde e a doença veio com a civilização grega que ao romper com a superstição e as práticas mágicas por volta do ano 600 a. C., com a descoberta da Filosofia, fez surgir explicações racionais para os fenômenos de saúde e de doença. Além de lidar com os problemas de saúde, os gregos procuravam entender as relações entre o homem e a natureza e viam na saúde e na doença, elementos resultantes de processos naturais e não sagrados. A observação empírica da natureza inaugurou um novo modo de conceber o adoecimento humano (ROSEN, 1994).

Hipócrates (460-377a.C.) foi responsável pela criação das bases da ética médica. Ele estabeleceu uma abordagem racional da medicina ao denominar de ‘endêmicas’ as doenças com ocorrência regular e contínua entre os habitantes de uma comunidade, e de ‘epidêmicas’ o surgimento repentino, de um grande número de casos em uma população. Surgiram então aspectos práticos dessa observação, como a criação de médicos municipais, as práticas curativas, as ações de higiene e educação em saúde baseadas em um modo ideal de vida e preservação da harmonia e do equilíbrio do corpo.

As obras escritas e publicadas pelos médicos da “Escola de Cós”, levou ao primeiro corte epistemológico na história da medicina. As práticas médicas, foram separadas das crenças e ideias religiosas. A cura não era mais atributo dos deuses nem de práticas xamânicas, passando a ser explicada pela medicina oficial. Os escritos sobre as práticas da medicina na escola de Cós contemplam todo o conhecimento médico da época. O livro do juramento e o Livro Sessenta são exemplos de escritos que contém todo o conhecimento e sabedoria da medicina da época (RIBEIRO JÚNIOR, 2003).

A cura deixou de ser um atributo exclusivo dos deuses protetores ou vingadores, passando a ser explicada pela Medicina oficial. Nessa perspectiva, o homem poderia agir sobre outro homem doente com intuito de melhorar sua saúde. Até o século III a.C., era permitido a qualquer pessoa o exercício da Medicina na Grécia. A estrutura teórica da Medicina hipocrática está contida no pensamento filosófico grego pré-socrático, notadamente, na teoria dos Quatro Elementos de Empédocles: água, terra, ar e fogo (BOTELHO, 2012).

Com a anexação da Grécia após a terceira guerra púnica, Roma consolidou o “Império Mediterrâneo”. A sua ascensão provocou o declínio na importância política grega. Isso foi uma das causas que levaram vários médicos a migrarem para Roma, onde cidadãos locais consideravam a medicina, profissão pouco digna, fazendo com que muitos romanos resistssem

ao avanço social da medicina grego/hipocrática. Por outro lado, existiram inequívocas comprovações de que a anatomia era ensinada no meio dos grupos sociais não pertencentes ao poder central romano, inclusive entre os cristãos que por perseguição habitavam as catacumbas. Mas o espírito legislador romano não deixou de abordar as atividades médicas (BOTELHO, 2012).

Após a conquista militar romana nos anos vinte do século II a.C., ocorreu certo esvaziamento político-econômico de algumas cidades-estados gregas que não interessavam ao poder romano. Os médicos dessas cidades, alguns sob forte influência da Escola de Cós e da Escola de Alexandria, procuraram se estabelecer no território romano. Com isso o governo organizou numerosos hospitais militares, distribuídos em várias colônias do império para receber os soldados feridos nos campos de batalhas. A consequência dessa centralização foi o progresso da prática cirúrgica para tratar as feridas de guerra.

As contribuições da medicina grega foram assimiladas pelo Império Romano, embora tenha sido pouco o avanço em relação à clínica e a percepção da constituição das doenças entre os homens. O hábito romano dos banhos era extensivo a todos os moradores e tinha finalidades diversas entre as quais, a higiene corporal e a terapia pela água com propriedades medicinais. O grande número de banhos públicos tornou a higiene pessoal acessível, trazendo imensos benefícios ao povo (FOUCAULT, 1980).

A queda do Império Romano, por volta do ano 476 d.C., trouxe o regime feudal o qual foi responsável pelo declínio da cultura urbana e das práticas de saúde, devido a desorganização e ao abandono. As instalações sanitárias foram destruídas ou arruinaram-se pela falta de manutenção e reparos, tanto na sede como nas províncias do antigo Império (ROSEN, 1994).

Enquanto no Ocidente a desorganização da máquina governamental e o declínio econômico agonizava, no Oriente, mais precisamente em Bizâncio (hoje Istambul - Turquia), onde as invasões bárbaras não chegaram a ameaçar, foram mantidas várias das conquistas do mundo clássico e a herança da tradição médica greco-romana.

A Idade Média (500-1500 d.C.) foi marcada por pestilências e epidemias provocadas na maioria dos casos, pela falta de organização sanitária, penalizando à população. Nesse mesmo período, também ocorreu a expansão e o fortalecimento da Igreja. O cristianismo afirmava a existência de uma conexão fundamental entre a doença e o pecado. Essa compreensão engloba as crenças religiosas e as formas de expressar a espiritualidade. Portanto, o único meio de alcançar a cura estava na súplica por perdão (ANDRADE; SOARES; CORDONI JÚNIOR, 2001).

Assim, as doenças passaram a ser entendidas como castigo divino, expiação dos pecados ou possessão do demônio. Com isso, as práticas de cura passaram a ser atribuição de religiosos. A difusão da igreja e sua visão tornou marginal qualquer explicação racional que pretendesse aprofundar o conhecimento a partir da observação da natureza. As ciências, e especialmente a medicina, eram consideradas blasfêmias diante do Evangelho. Portanto, a especulação científica era desnecessária (SCLIAR, 2002).

A medicina da época era um misto de ideias. A ciência ainda não havia se estabelecido, enquanto o cuidado era presente apenas entre aqueles que o apreendiam. Assim, o desenvolvimento da medicina teve continuidade apenas entre árabes e judeus. Na passagem do século XII para o XIII, o conhecimento médico padrão escrito estava baseado principalmente nos antigos textos egípcios, mesopotâmicos, gregos e romanos os quais foram preservados em mosteiros que posteriormente foram transformados nas primeiras escolas onde mestres e alunos buscavam no conhecimento a origem de fenômenos saúde e doença. É a partir desse período que a preocupação com o corpo evidenciou-se (BURKE, 2003; OLIVEIRA et al., 2000; ROSEN, 1994).

O medo das doenças era constante nas aldeias medievais. Dentre as inúmeras epidemias que aterrorizavam as populações, a lepra e a peste bubônica foram, sem dúvida, aquelas de maior importância e preocupação. De acordo com os relatos bíblicos, a lepra era tida como manifestação evidente da impureza diante de Deus e seus portadores deveriam ser condenados ao isolamento. Todo estigma e as consequências de seu diagnóstico fizeram da lepra a doença mais temida da época (ROSEN, 1994).

O período medieval também foi marcado pelas Cruzadas, fez com que aumentassem consideravelmente o número de pessoas acometidas por mutilações e enfermidades diversas. Isto, aliado ao fato de que a medicina era realizada por indivíduos leigos. Após as Cruzadas, intensificaram-se as doenças relacionadas a falta de higiene e retoma-se a ideia de contágio entre os homens, cujas causas passaram a estar relacionadas à conjugação dos astros, ao envenenamento das águas pelos leprosos, ou ainda, ocasionados por bruxarias.

Nessa época, surgiram os primeiros hospitais criados e dirigidos pela igreja católica que tinha por objetivo o conforto dos moribundos, e não a cura deles. Segundo Foucault (1982a, p. 99-100:

[...] o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar,

mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. [...] E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação.

A Igreja Católica da época possuía grande influência na forma de pensar, nas atitudes, na arte, na ciência e em outras áreas. O clero era responsável pela proteção espiritual da sociedade. Apesar de considerarem que as doenças eram oriundas da alteração dos humores, a causa dessa alteração estava fundamentada na culpa. Como a medicina não tinha uma “cura” a oferecer, a igreja utilizou princípios do Antigo Testamento sobre contágio para justificar tal situação (FABER, 2011; FOUCAULT, 1980).

Somente no final da Idade Média é que foram criados códigos sanitários visando normatizar a localização de chiqueiros, matadouros, despejo de restos, recolhimento do lixo, pavimentação das ruas e a canalização de dejetos para poços cobertos. A partir do século XVII, a ciência moderna assumiu a posição dominante como porta-voz e produtora do conhecimento, distanciando-se das explicações sobrenaturais (ROSEN, 1994).

Diante dessa retrospectiva, o cuidado do outro, perceptivelmente sofreu modificações na condição de saúde ou doença ao longo da história em função das mudanças sociais e culturais nos grupos humanos. Como antes anunciado, o cuidado foi desenvolvido na esfera doméstica, privada, particular e exercida com base num saber empírico, cotidiano. Aos poucos foi se institucionalizando, sendo mais tarde apropriado profissionalmente pela Medicina e pela Enfermagem. Chama atenção a necessidade de o ser humano cuidar e de ser cuidado, independentemente do tempo histórico ou cultural (VAGUETTI et al., 2007).

O cuidado representa a dimensão ontológica do ser humano, isto faz parte de sua natureza e, conseqüentemente, influencia sua prática. Mesmo que o entendimento da concepção mecanicista sobre a saúde reprima as ciências médicas, as pessoas jamais deixarão de questionar os subjetivos de compreensão da enfermidade. A doença nos coloca para baixo, nos desanima, nos leva às margens da vida e a crise do viver. Há no enfermo um intercâmbio recorrente entre a razão médica e a razão religiosa, para entender e explicar a causa de suas doenças – os porquês da finitude (BOFF, 2005; LAPLANTINE, 2010).

Como religião e mito se completam, entende-se que por traz do mito da doença, subentende-se o da cura. Enquanto o primeiro explica o porquê da enfermidade, o mito da cura procura solucionar o problema que pode ser ritualizado na expulsão do mal. Isso, a medicina contemporânea não compreende, porque diferente da biomedicina, os rituais xamânicos respondem a questionamentos cosmológicos e ontológicos nos processos de cura. Neles não

existe preocupação com objetivo científico e sim com comportamento frente a realidade e mediante processos sociais e culturais (LANGDON, 2012).

Para fugir do temor religioso e da superstição de certa forma imposta pela igreja da época, a ciência ocidental abraçou profundamente o materialismo que foi se consolidando na humanidade a partir do século XVI. Este problema atingiu o auge quando cientistas, como Galileu Galilei, passaram a ser perseguidos. A partir de Descartes e Isaac Newton, a ciência buscou se afastar cada vez mais da religião, criando um fosso profundo na questão da espiritualidade humana. O mundo então passou a ser dividido em dois: o mundo da matéria e o mundo do espírito (VASCONCELOS, 2011).

O surgimento da Medicina científica deu-se de forma lenta e gradual. Como uma coisa leva a outra em um evoluir constante e sucessivo, os questionamentos sobre as doenças existentes na humanidade eram motivo de preocupação. Enquanto alguns utilizavam as narrativas fantásticas da mitologia que servia para explicar o mundo, suas catástrofes, seu clima, sua organização, sua origem e seus problemas. Outras pessoas começaram a procurar respostas fora dos mitos. Com o desenvolvimento do racionalismo e do pensamento cartesiano, no início da idade moderna, a cura para os males do corpo, se deslocou do domínio das ciências sociais e das religiões, para as ciências naturais. A cisão entre práticas biológicas, curas sociais e religiosas ocasionou a noção de medicina verdadeira ou falsa, tornando subalterna a dimensão simbólica das doenças (FOUCAULT, 1982b; LAPLANTINE, 2010).

Na formação do profissional médico, a abordagem da espiritualidade é dicotômica. Existe a dificuldade de discuti-la com conhecimento científico e posicionamento técnico. Além do mais, há certa resistência em aceitar a dimensão espiritual do ser humano no cuidado e isso se deve ao impacto do paradigma positivista/naturalista nas disciplinas de saúde. Ao analisar os currículos dos cursos de medicina, constata-se que as disciplinas estão centradas na dimensão biológica do ser humano (FONSECA et al., 2014).

O pensamento científico ocidental foi fundamentado na visão de mundo cartesiana-newtoniana que enxergava a vida em partes menores e o corpo era comparado a uma máquina. A medicina científica foi concebida sob este paradigma e como consequência a formação de seus profissionais é centrada na doença, que representa uma avaria no funcionamento da máquina humana (BENEDETTO; BLASCO; GALLIAN, 2013).

Alguns fatos e descobertas na área da saúde marcaram os últimos séculos. As primeiras transfusões de sangue, a descoberta do oxigênio e dos micro-organismos, o desenvolvimento da bacteriologia, da patologia celular e da fisiologia contribuíram para o incremento da medicina como ciência experimental e não mais empírica. Vale ressaltar que na cultura

ocidental, o conceito moderno de doença compreende a análise estrutural da matéria corpo, fundamentada na anatomopatologia (CZERESNIA, 2007; NORDENFELT, 2000).

No entanto, o modelo centrado na doença tornou-se insuficiente para dar conta do aspecto essencial da prática médica: o fenômeno de cura. O modelo biomédico foi responsável pela diminuição e erradicação de inúmeros agravos que assolaram a humanidade, porém não foi capaz de dar conta da complexidade dos processos de cura. Neste contexto, a fragilidade desse modelo reducionista contribuiu para saída do modelo centrado na doença para o modelo centrado na pessoa (STEWART et al., 1995 apud BENEDETTO et al, 2013).

Com as atividades paralelas ao trabalho de investigação das doenças, os médicos passaram a focar seu trabalho no diagnóstico e tratamento das enfermidades, delegando funções de cuidado a outros profissionais. Assim, surgiu a enfermagem como profissão auxiliar oficial, influenciada pela trajetória, inicialmente concebida como parte integrante da prática médica, com foco no cuidado a fim de manter e promover a saúde. Enquanto prática social, a enfermagem buscou construir a autonomia profissional ao longo de sua história. Nota-se que as diversas profissões da área da saúde têm em comum esse tronco histórico plantado sobre as práticas do cuidar (OGUISSO, 2007).

É possível vislumbrar na história da Enfermagem, a vinculação da espiritualidade à prática do cuidado com cunho religioso. Isso, porque antes dela consolidar-se como ciência, o exercício da enfermagem era desempenhado por religiosos. Florence Nightingale (1989) fundadora da Enfermagem moderna, reconhecia a importância da espiritualidade no cuidado com o outro. Reconhecimento este influenciado pela herança do pensamento cristão, o qual pregava o cuidado aos doentes como forma de caridade. Em suas práticas de enfermagem, Nightingale, costumava ler passagens bíblicas e dar palavras de conforto para os doentes graves ou em fase terminais (ARAÚJO, 2008; PADILHA; MANCIA, 2005).

Desde a profissionalização da Enfermagem, a partir da fundação das primeiras escolas profissionais, era possível vislumbrar o postulado religioso na formação profissional, na organização de entidades de classes e no controle das instituições de saúde. Os pressupostos cristãos estiveram impregnados até nos cernes das lideranças de enfermagem. No Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em 1961, ainda perdurava a ideia de que o trabalho da enfermagem era qualificado por meio do serviço cristão na assistência (GUSSI; DYTZ, 2008). Na mesma época, um artigo de Castro e Sá (1967) foi publicado pela Revista Brasileira de Enfermagem (REBen), sugerindo a criação de uma disciplina nas escolas de enfermagem com intuito de preparar os futuros profissionais para a assistência espiritual, com forte cunho religioso cristão. Na década de 1990, os pressupostos cristãos se encontravam ainda presentes

nas divulgações científicas de enfermagem. Grudtner (1996) afirmou que a arte da Enfermagem perde o sentido e o ser humano não é cuidado plenamente quando o real evangelho é abolido da prática de enfermagem.

É interessante destacar a influência da religião na história da enfermagem, até o fim do século XX. A atenção ao cuidado espiritual não era sólida na educação em enfermagem. Pois nas escolas onde a espiritualidade era ensinada, sua abordagem estava atrelada a religião. Portanto, a espiritualidade era vista como sinônimo de religião, e este espectro ocorre até os dias atuais em algumas comunidades (BALDACCHINO, 2008; GREENSTREET, 1999; ROSS, 1995).

As primeiras discussões acerca da inclusão da espiritualidade nos currículos de enfermagem, datam de 1957 numa escola de enfermagem americana. E tem sido notória a preocupação com a abordagem da espiritualidade na formação profissional de enfermeiros. Entre as décadas de 1940 e 1960, a espiritualidade era implícita na formação cristã, sendo, inclusive, critério de admissão de candidatas nos cursos de enfermagem e nas vagas de emprego. Os princípios cristãos da caridade, da compaixão e da misericórdia fundamentavam a formação moral do enfermeiro. No final da década de 1960, com o surgimento das primeiras Teorias de Enfermagem influenciadas pelo paradigma holístico do cuidado, a espiritualidade passou a ser projetada como dimensão humana e foco de assistência profissional (CALDEIRA; NARAYANASAMY, 2011; SÁ; PEREIRA, 2007).

A enfermeira brasileira Wanda Horta, em sua Teoria das Necessidades Humanas, coloca a espiritualidade como uma necessidade humana básica. Nessa época, atender essa necessidade implicava em conhecer os princípios básicos de cada religião. Outras enfermeiras também elaboram teorias de enfermagem centradas na espiritualidade. Em contrapartida, no final desta década surgiram os primeiros questionamentos sobre a enfermagem ser uma área profissional dissociada da caridade e mais próxima da ciência. Há então, uma tentativa de adaptar a espiritualidade ao progresso técnico (HORTA, 1970; 1979; SÁ; PEREIRA, 2007).

Na década de 1980, com o avanço tecnológico em saúde, a ênfase da enfermagem voltou-se para as áreas tecnológicas e especialidades como a terapia intensiva e unidades coronarianas. A espiritualidade deixou de ser vislumbrada como necessidade humana básica e tornou-se um problema de enfermagem identificável em contextos de finitude da vida ou no enfrentamento de doenças graves e terminais. A atenção à espiritualidade estava centrada nas crenças religiosas individuais. Na década seguinte, a espiritualidade passa a ser discutida no contexto do processo de morrer na perspectiva do próprio profissional (SÁ; PEREIRA, 2007).

O que se tem observado é a dicotomia existente entre a presença da espiritualidade na história da Enfermagem e a ausência de discussão científica sobre a temática na formação profissional. Ao longo de sua trajetória histórica, ela foi influenciada pelo paradigma biomédico cujas principais consequências foram a valorização das práticas tecnicistas de cuidar e o distanciamento da dimensão espiritual do ser humano. Esse predomínio científico na formação de profissionais de saúde é responsável pela resistência à aceitação dessa dimensão no cuidado profissional (CAVENDISH et al., 2004; FONSECA et al., 2014; PENHA; SILVA, 2007).

Para Benko e Silva (1996), a espiritualidade e a religiosidade são reconhecidamente importantes no cuidado de enfermagem, porém pouco aplicadas na prática. Vários são os fatores que têm contribuído para este descuido, dentre eles estão: a ambiguidade conceitual entre os termos espiritualidade e religião; a falta de preparo dos docentes para abordar as questões espirituais ao longo da formação dos discentes; a visão assistemática e não científica da espiritualidade; a falta de treinamento para avaliação da intervenção profissional; e a restrição da espiritualidade a determinados contextos de assistência (BENKO; SILVA, 1996; CALDEIRA; NARAYANASAMY, 2011; CALDEIRA, 2012; FONSECA et al., 2014; NASCIMENTO et al., 2013).

Estudo desenvolvido por Tomasso, Beltrame e Luccheti (2011) com docentes e discentes de enfermagem evidenciou que a maioria dos participantes não abordam a espiritualidade de seus pacientes devido ao medo de impor suas crenças pessoais. Esse medo pode ser justificado pela dificuldade de diferenciar espiritualidade de religião. Os participantes acreditam que a religião é a única forma de expressão da espiritualidade. Além disso, quando há busca de conhecimentos sobre o tema, ela é realizada no próprio contexto religioso.

Benko e Silva (1996) assinalam a importância da assistência à dimensão espiritual em estar dissociada da religião, pois nem todo indivíduo expressa sua espiritualidade por meio de práticas e rituais religiosos. Reforçam o perigo da formação profissional com uma visão reducionista da espiritualidade que resulta na desvalorização desta dimensão no cuidado profissional.

Estudo desenvolvido por Silva, Nóbrega e Ramos (2015) constatou que a dimensão espiritual nem sempre é avaliada pelas enfermeiras em suas entrevistas. E uma das justificativas para que isso ocorra é acreditar que a dimensão psicoespiritual de puérperas não é importante em seu contexto de prática. Outra pesquisa desenvolvida por Nascimento et al. (2013) também constatou a dificuldade de enfermeiros incluírem a espiritualidade no contexto assistencial em cenários em que não há sofrimento e morte envolvidos.

Muita gente ainda vê a ciência, totalmente oposta a religião. O cientista brasileiro Marcelo Gleiser, professor da Universidade Hanover nos Estados Unidos, afirma:

[...] acho extremamente ingênuo imaginar a possibilidade do mundo sem religião. A função da ciência não é tirar Deus das pessoas. É oferecer uma descrição do mundo natural mais completa, baseada em experimentos e observações de um cientista profissional que podem ser repetidas e constatadas por vários grupos. Com isso a ciência contribui para o alívio do sofrimento humano, seja ele de caráter material ou metafísico (GLEISER, 2006 p.9).

Não há contradição entre a prática de uma fé frente a atividade profissional de um cientista. Em outras palavras, pode-se ser um bom cientista e ao mesmo tempo acreditar em Deus. A crença em um Ser Superior, pode ser uma opção completamente racional, onde princípios de fé, são na verdade complementares aos científicos. O domínio da ciência está em explorar a natureza. O domínio de Deus encontra-se no mundo espiritual, impossível de esquadrihar com instrumentos e linguagem científica (COLLINS, 2007).

Em contrapartida, é inconcebível na formação de qualquer profissional da área da saúde e numa perspectiva holística e integral, a exclusão da dimensão espiritual na abordagem do cuidado, pois este se torna efetivo quando contempla o ser humano em seus aspectos físico, psicológico, social e espiritual. A expressão espiritualidade, não pode ser reduzida aos momentos de vulnerabilidade humana, como no enfrentamento de doenças graves e na finitude da vida. Além disso, a influência da espiritualidade no processo saúde doença não pode ser ignorada (SOUZA; MAFTUM, MAZZA, 2009).

É interessante destacar a influência da espiritualidade do próprio profissional na decisão sobre a inclusão ou não do cuidado espiritual. Dependendo da visão de espiritualidade que se tem, há uma maior ou menor dificuldade para lidar com a situação. As situações de finitude de vida e de enfrentamento de doenças graves e mentais são consideradas facilitadoras (CALDEIRA, 2012; NASCIMENTO et al., 2013).

A maioria dos problemas relacionados a dificuldade de incorporação da espiritualidade na prática profissional está relacionada com a formação acadêmica. Essa tem sido a dimensão menos estudada por não ter uma estrutura conceitual desenvolvida. Existem experiências de introdução da espiritualidade no ensino profissional, no entanto, a maioria está centrada nos aspectos religiosos dessa dimensão (BENKO; SILVA, 1996; PENHA; SILVA, 2007).

Há uma necessidade de estudos com maior aprimoramento metodológico e maior número de participantes para que se possa aferir melhor a efetividade desta prática em saúde e em educação em saúde. A adoção de princípios e respeito ao corpo e a mente, representa um

fator fundamental na expectativa de vida e no bem-estar das pessoas, ao longo de suas vidas. Embora não haja consenso na comunidade científica com relação ao papel da espiritualidade na saúde e na educação para a saúde, mesmo que possam ser discutidas as questões metodológicas que envolvem determinados estudos, o olhar profissional que respeita a condição do ser humano do ponto de vista integral é cientificamente terapêutico, por exercer influência em todas as etapas do processo de cuidar (DAL-FARRA; GEREMIA, 2010).

O aprimoramento no cuidado dos seres humanos nos estados de saúde e doença são incluídos nas instituições de ensino, como atividades relacionadas a espiritualidade para a saúde e o bem-estar das pessoas. Lucchetti, Almeida e Granero (2010) apontam o quão contraditório é o fato de o Brasil como um dos países mais religiosos do mundo apresentar dificuldade na expansão científica do estudo da espiritualidade. Pouquíssima são as escolas brasileiras de medicina que oferecem cursos sobre a interface espiritualidade/medicina. Quanto a Enfermagem, em nenhuma das escolas que oferecem o curso a nível nacional, encontramos referência a disciplina que envolva espiritualidade em sua grade curricular.

Reconhecer as necessidades espirituais é parte essencial do cuidado em saúde centrado no paciente. No entanto, a formação acadêmica na área da saúde ainda está focada nos aspectos físicos no cuidado em saúde. Na maioria dos países ocidentais, a espiritualidade não perpassa a estrutura curricular dos cursos de graduação dessa área, contribuindo para o despreparo de profissionais em incluir a espiritualidade no cuidado em saúde (DAL-FARRA; GEREMIA, 2010).

Por outro lado, algumas instituições têm inserido a discussão da espiritualidade na formação profissional. A primeira Universidade brasileira a introduzir um curso de extensão universitária sobre Saúde e Espiritualidade foi a Universidade Santa Cecília (Santos-SP), no ano de 2002, hoje apresenta o curso de aperfeiçoamento “bases da integração cérebro-mente-corpo-espírito”. A primeira Faculdade de Medicina a abordar a questão da Espiritualidade foi a Universidade Federal do Ceará no ano de 2004, quando ofereceu a disciplina optativa, medicina e saúde. No ano seguinte, a Faculdade do Triângulo Mineiro iniciou disciplina optativa sobre Saúde e Espiritualidade, juntamente com a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e em 2006 a Universidade Federal do Rio Grande do Norte iniciou a Disciplina optativa de Medicina, Saúde e Espiritualidade. Recentemente, a Universidade Federal da Paraíba implantou no curso de medicina a disciplina espiritualidade e saúde, como cadeira optativa, a partir de 2008 (ASSOCIAÇÃO..., 2013).

Além da disciplina oferecida nos cursos de medicina, destacam-se alguns Centros de Pesquisa sobre Espiritualidade e Saúde no Brasil: Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais

e Religiosos, na Universidade de São Paulo; o Grupo WHOQOL-Brasil, instalado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul; o Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora e o Núcleo Avançado de Saúde Ciência e Espiritualidade, na Universidade Federal de Minas Gerais. Também se encontram em atividade grupos acadêmicos que realizam seminários sobre o tema espiritualidade e saúde, são eles: Núcleo de saúde e espiritualidade da UNIFESP. Liga acadêmica de saúde e espiritualidade LIASE – UFG. Sociedade científica de saúde e espiritualidade SOCISE da Faculdade de Medicina de Marília FAMEMA, além de inúmeros congressos sobre a temática (ASSOCIAÇÃO..., 2013).

Na Universidade Federal da Paraíba, dois grupos de pesquisa se destacam no cenário da espiritualidade e saúde. O primeiro é denominado Grupo Hygia (CNPq), coordenado pela professora Dra. Berta Klüppel, criado em 2007, o qual já orientou 13 dissertações nessa perspectiva, no Programa de Pós-graduação de Ciências das Religiões (PPGCR). O segundo grupo é denominado “NOUS”: Espiritualidade e Sentido que vem desenvolvendo estudos direcionados a espiritualidade/religiosidade a luz da logoterapia e sentido da vida, proposta por Viktor Emil Frankl e coordenado pelo Dr. Thiago A. Avellar de Aquino, professor do departamento de Ciências das Religiões (DCR) e do PPGCR, o qual já orientou mais de 14 dissertações no programa.

Há aproximadamente cinco anos, os cursos de graduação em Enfermagem nos Estados Unidos, Inglaterra e mais recentemente na China, vêm buscando desenvolver e validar métodos de ensino capazes de contemplar a dimensão espiritual em seus currículos, com a firme intenção de unificar as práticas profissionais da saúde (PENHA, SILVA, 2007).

Apesar da preocupação de assistir o outro em suas necessidades espirituais habitar o discurso de profissionais de enfermagem, existe uma dificuldade de abordar a espiritualidade na assistência sem reduzir a dimensão espiritual ao contexto religioso, expresso por rituais. A literatura técnica de enfermagem aborda diversas práticas religiosas superficialmente, com intuito de habilitar o futuro profissional para o atendimento as necessidades espirituais dos indivíduos (HANSEN, 1993 apud BENKO; SILVA, 1996).

Vários estudos evidenciam que estudantes e profissionais de saúde associam espiritualidade com religião e religiosidade. Essa visão reducionista pode comprometer a assistência voltada para a espiritualidade do indivíduo, principalmente se o mesmo não estiver ligado a uma religião e nem acreditar em Deus, no Transcendente, ou se sua espiritualidade não estiver ligada à práticas ou rituais religiosos (CORREIA; SILVA, SÁ; 2012; NASCIMENTO et al., 2013; PENHA; SILVA, 2007; TOMASSO; BELTRAME; LUCCHETTI, 2011). Outros

estudos mostram que a espiritualidade não é abordada na realidade assistencial porque, muitas das vezes, os profissionais a consideram muito pessoal, abstrata e obscura (BENKO; SILVA, 1996; CALDEIRA; NARAYANASAMY, 2011).

Chama atenção que a maioria dos estudos direcionados a compreensão dos estudantes e profissionais da área de saúde acerca da espiritualidade, assinalam que esta é discutida e abordada com mais facilidade por aqueles que expressam uma doutrina religiosa. Isto é, aqueles que se declaram religiosos são os que geralmente abordam a espiritualidade no cuidado profissional (GOBATTO; ARAUJO, 2013).

Quando o médico é preparado, a discussão desse assunto com o paciente é benéfica, pois melhora a relação médico/paciente, a adesão ao tratamento, a confiança e a simpatia para com o profissional da saúde. Isto poderá ocorrer quando for mostrado ao aluno de medicina, como discutir questões espirituais. Quanto mais cedo for mostrado em treinamento como discutir essas questões, mais cedo ele as colocará em prática, e através delas treinará tais habilidades (FONSECA et al, 2014).

Os resultados de pesquisas que envolvem estudantes da área da saúde, inclusive o estudo desenvolvido por Penha e Silva (2007) aponta que o fato do estudante ou profissional de enfermagem professar uma religião, nem sempre aumenta a percepção das necessidades espirituais do ser cuidado.

Diante do exposto, percebe-se que a religião e a espiritualidade estiveram presentes na história da medicina e da enfermagem. Porém, constata-se a dificuldade de se discutir a espiritualidade sistematicamente na formação desses profissionais.

2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

2.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo, exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Essa escolha de abordagem da pesquisa baseou-se na premissa de que o conhecimento sobre as pessoas só é possível a partir da descrição da experiência tal como ela é vivida e definida pelos seus atores. E por propiciar campo livre ao rico potencial das percepções e subjetividades dos seres humanos (DYNIEWICZ, 2007; POLIT; BECKER, 2011).

2.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Centro de Ciências Médicas e no Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), campus I, na cidade de João Pessoa – PB.

2.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra foi composta por estudantes de enfermagem e de medicina da referida instituição de ensino. O tipo de amostragem adotado foi não probabilístico por conveniência.

Participaram da pesquisa 60 estudantes, sendo 30 acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem e 30 acadêmicos do curso de graduação em Medicina. Os critérios de inclusão adotados foram: ser discente de enfermagem ou medicina, em 2014; estar cursando entre o sexto e nono períodos dos cursos de Enfermagem e de Medicina; e aceitarem participar da pesquisa voluntariamente.

A escolha desses participantes no tocante a sua caracterização e delimitação garantiu os termos da pesquisa qualitativa, uma vez que neste tipo de abordagem não são utilizados parâmetros como generalização dos resultados e a comparação, típicos dos estudos quantitativos.

Optou-se em pesquisar graduandos a partir do 6º período de enfermagem e também do 6º período de medicina por estarem envolvidos e atuando no cenário prático, por meio dos estágios, época em que se espera que o conhecimento teórico adquirido nos períodos anteriores promova o desenvolvimento de competências formais para atuarem profissionalmente.

2.4 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Para viabilizar a coleta de dados, foi utilizado um instrumento composto de duas partes. A primeira, consistiu em um questionário sócio demográfico com intuito de apreender a idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião, prática religiosa e frequência religiosa dos participantes do estudo. A segunda parte continha quatro questões sobre a temática central do estudo: O que você entende por espiritualidade? Qual a importância da religião em sua vida? Na sua opinião, quais as relações entre espiritualidade e cuidado? Qual importância da espiritualidade do paciente em seu processo saúde-doença? (**APÊNDICE A**).

2.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi feita através da técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2000), uma vez que o discurso do significado da dimensão espiritual necessita de um método analítico capaz de conduzir o pesquisador por um caminho seguro.

Esta técnica de análise é composta por três momentos. Em seguida estão descritas as principais ações desenvolvidas em cada uma das etapas da análise de conteúdo:

1 - Pré-análise e suas ações:

- Escolha do tema e definição do referencial teórico.
- Delimitação dos objetivos e delineamento da metodologia a ser utilizada.
- Demarcação do corpus da pesquisa.
- Coleta de dados primários e secundários e transcrição de entrevistas realizadas.
- Revisão do referencial teórico e verificação de coleta de novos dados (se necessário).

2 - Análise descritiva:

- Estudo dos dados coletados.
- categorização e classificação dos dados
- Apresentação de inferências e interpretações.
- Discussão dos resultados.

3 - Interpretação Inferencial:

- Compreensão dos fenômenos com base nos materiais empíricos e teóricos.
- Respostas afetivas às questões de pesquisa levantadas.
- Verificação de contradições e realização das conclusões.

De posse do material coletado, primeiramente foi realizada a leitura flutuante dos questionários respondidos pelos estudantes para demarcação do *corpus* da pesquisa. Em

seguida, passou-se para exploração do material. Nesta etapa, os questionários foram codificados a partir da identificação das unidades de registro e de contexto. Neste estudo, as unidades de contexto são representadas pelas questões que compuseram o instrumento de coleta de dados e as unidades de registro por palavras chave identificadas nas respostas dos discentes a estas questões, as quais são definidas no **Quadro 1**.

Quadro 1 - Unidades de conteúdo e de registro identificadas nos discursos dos participantes e suas respectivas definições.

Unidade de conteúdo – Conceito de espiritualidade	
Unidades de registro	Definição
Algo/Força Superior	<i>Respostas que indicam que enquanto o homem busca sentido, a ciência enxerga rastros do sagrado, de uma força, ou superior inerente aos seres humanos.</i>
Relação com Deus	<i>Respostas que indicam que religião/religiosidade/espiritualidade são a fonte dos sentimentos que nos nutre de amor, paz e contentamento.</i>
Subjetividade	<i>Sugerem que o espaço íntimo do homem (mundo interior) leva-o a se relacionar com o mundo social. É o espaço onde a percepção instaura a realidade.</i>
Transcendência	<i>Indica a relação exclusiva do indivíduo com o transcendente por meio da fé e/ou de uma crença.</i>
Sentido da Vida	<i>Resposta que motiva o homem como ser espiritual a decidir os rumos de sua vida.</i>
Crença/Fé	<i>Indica que crença é tudo que acredita-se como verdade, fé é a convicção do que esperamos e a certeza do que não vemos.</i>
Bem-Estar	<i>Indica satisfação com a vida, positividade.</i>
Suprassumo da vida	<i>Resposta que indica o mais alto grau, o ápice da vida.</i>
Cuidado Humanizado	<i>Resposta que mostra não apenas o paciente, mas sua família, a equipe de profissionais e o próprio ambiente. A humanização deve fazer parte da filosofia da enfermagem e de medicina.</i>
Integralidade	<i>Indica as ações que envolvem o tratamento integral no conhecimento, organização e trabalhos em saúde.</i>
Atenção profissional	<i>Indica que independente da área de formação ou categoria profissional, a comunicação deve ser valorizada como essencial na atenção paliativa.</i>
Não categorizável	<i>Indica que o discurso não contempla a objetividade da questão, levando a conclusão de falta de domínio sobre o assunto.</i>
Holismo	<i>Resposta que significa o inteiro, o todo, o completo. A prática do holismo evita tratar de forma isolada o processo saúde doença.</i>
Importante	<i>Indica o resultado do valor ou do interesse de alguém sobre...</i>
Recuperação	<i>Sugere que em um processo social, seguir as orientações médicas resultam na recuperação da saúde.</i>
Falta de conteúdo	<i>Indica incompreensão sobre crenças e práticas religiosas. Fogem do contexto do cuidado, são valores sustentados por indivíduos com estilo de vida e comportamento distintos.</i>
Respeito	<i>Indica sentimento positivo voltado para alguém ou alguma entidade, anseio específico de consideração vinculado a sociedade como um todo.</i>

Enfrentamento a doença	<i>Resposta que denota a coragem do indivíduo de submeter-se a tratamentos e acontecimentos estressantes que não garantem a cura no caso de doenças terminais.</i>
Lidar com o próximo	<i>Indica a sabedoria adquirida na convivência com as diferenças, como a forma de pensar, sentir, agir, etc.</i>
Apoio ao cuidado	<i>Resposta que sugere orientar a assistência, pensando o processo de saúde e trabalho não apenas centrado no médico, mas em toda a equipe, de forma interdisciplinar.</i>
Unidade de conteúdo: relação entre espiritualidade e o processo saúde doença	
Unidades de registro	Definição
Adesão ao tratamento	<i>Indica a aceitação pelo paciente das recomendações do profissional de saúde.</i>
Influência no processo saúde/doença	<i>Sugere que sedentarismo e maus hábitos alimentares, são fatores de risco que influenciam o processo saúde/doença.</i>
Holismo	<i>Significa o inteiro, o todo, o completo. A prática do holismo evita tratar de forma isolada o processo saúde doença.</i>
Bem-Estar	<i>Satisfação com a vida, positividade.</i>
Influência no processo de cura	<i>Resposta que sugere a busca da melhora gradativa em um processo de retorno à saúde, daquele que estava doente.</i>
Qualidade de vida	<i>Indica as condições de vida do ser humano, demonstrado pelo lado físico, mental, psicológico, emocional e espiritual.</i>
Enfrentamento da doença	<i>A estratégia de enfrentamento é a tentativa do indivíduo superar o estresse provocado por sinais e sintomas da doença, como: apatia, depressão, desânimo, raiva, ansiedade, etc.</i>
Fortalecimento do paciente	<i>Significam que os sentimentos de tristeza e apatia no paciente, fragiliza-o, pelo fato de não sentir-se, preparado para cumprir suas obrigações sociais. É essencial o apoio espiritual e familiar.</i>
Efeitos positivos	<i>Sugerem práticas como oração, meditação, sentimentos que tornaram-se alvo de pesquisa na área da saúde. Pesquisas afirmam que religiosidade/espiritualidade tem efeitos positivos na saúde.</i>
Integralidade	<i>Respostas que indicam as ações médicas no tratamento em conhecimento, organização e trabalhos em saúde.</i>
Respeitar costumes	<i>Indica que o respeitar o outro é uma virtude humana. Pessoas, pensam diferente, agem diferente e são diferentes.</i>
Acompanhamento	<i>Resposta que sugere que o acompanhamento do profissional de saúde favorece a adesão terapêutica melhorando a qualidade de vida do paciente.</i>

Assim, emergiram três categorias temáticas: 1) o conceito e a importância da espiritualidade; 2) relação entre espiritualidade e cuidado e; 3) relação entre espiritualidade e o processo saúde doença. Para facilitar a apresentação dos resultados, foram construídos quadros, para melhor visualização de cada categoria, com as unidades de registro, as unidades de contexto e a frequência de cada uma.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo seguiu as recomendações éticas preconizadas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos (BRASIL, 2012).

Antecedendo a coleta de dados o projeto de pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, via Plataforma Brasil, recebendo parecer favorável sob o protocolo de pesquisa nº. 465.207/2013 e CAAE nº 21541013.2.0000.5188 (**ANEXO A**).

Após a aprovação do estudo, o pesquisador abordou os estudantes e os convidou a responder a pesquisa. Após a explicação sobre os objetivos, justificativa e procedimentos metodológicos do estudo, seus riscos e benefícios, bem como da possibilidade de desistência ou recusa em participar do estudo sem nenhum prejuízo e a garantia de sigilo e anonimato na divulgação de seus resultados, os participantes manifestaram sua concordância de participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os mesmos foram informados sobre a possibilidade de recusarem-se ou desistirem de participar do estudo em qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Além disso, foi assegurado o direito ao sigilo e anonimato na divulgação dos resultados desta pesquisa. (**APÊNDICE B**).

3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

A amostra final foi constituída de 60 discentes, sendo metade do curso de Medicina e a outra metade do curso de Enfermagem, todos pesquisados a partir do sexto período. A distribuição dos alunos de medicina deu-se da seguinte maneira: 08 do 6º período; 09 do 7º período; 08 do 8º período e 05 do 9º período. Já os discentes de enfermagem foram assim distribuídos: 07 do 6º período; 11 do 7º período; 05 do 8º período e 07 do 9º período. A taxa de respostas ao questionário foi de 100% entre os participantes.

Características sócio demográficas dos participantes

Os estudantes de medicina eram predominantemente do sexo masculino, com idade média de 23,7 anos. Quanto aos discentes de enfermagem, houve predominância do sexo feminino, com idade média de 23,3 anos. Ao comparar os participantes dos dois cursos, observou-se uma diferença entre a variável sexo. Já quanto a idade, não se observou diferença entre as idades médias, e sim entre as idades máximas (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Características sócio demográficas dos participantes do estudo

Participantes	Sexo				Idade	
	Feminino		Masculino		mínima	máxima
Curso de enfermagem	22	73,3%	08	26,7%	19 anos	28 anos
Curso de medicina	13	43,3%	17	56,7%	20 anos	36 anos

Fonte: Dados da pesquisa, 2014. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Características das variáveis religiosas dos participantes

A maioria dos participantes possuía alguma afiliação religiosas. Entre os participantes do curso de enfermagem, houve predomínio do catolicismo, seguido do protestantismo. Já entre os discentes do curso de medicina, mais da metade declarou-se filiados ao catolicismo (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Afiliação religiosa dos participantes do estudo.

Afiliação religiosa	Curso de medicina		Curso de enfermagem	
	N	%	N	%
Catolicismo	20	66,8	15	50
Protestantismo	03	10,0	11	36,7
Espiritismo	04	13,3	01	3,3
Judaísmo	01	3,3	0	0
Mormonismo	01	3,3	0	0
Agnóstico	0	0	03	10,0
Ateísmo	01	3,3	0	0
TOTAL	30	100	30	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

No tocante à religiosidade organizacional, tanto a assiduidade mínima, de pelo menos uma vez ao mês ao serviço religioso, quanto a assiduidade máxima, de mais de uma vez por semana, foi maior em estudantes de medicina (**Tabela 3**).

Tabela 3 – Assiduidade dos participantes a serviços religiosos.

Participantes	Uma vez ao mês		Mais de uma vez ao mês		Uma vez na semana		Mais de uma vez na semana		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Curso de medicina	8	26,7	2	6,7	9	30	10	33,3	29	96,7
Curso de enfermagem	9	30	6	20	5	16,7	7	23,3	27	90

Fonte: Dados da pesquisa, 2014. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Comparando a assiduidade e a afiliação religiosa entre os discentes dos dois cursos, percebeu-se que a assiduidade aos serviços religiosos na frequência: mais de uma vez por semana, os estudantes de Medicina superaram os de Enfermagem em exatos 10%. Na frequência: uma vez por semana, também os estudantes de Medicina superaram os de Enfermagem em 13,3%. Com isso se constata que os estudantes de Medicina são mais participativos em suas religiões.

Em relação a importância ou não da espiritualidade para o acadêmico, independente da afiliação religiosa declarada, dos 60 participantes, 59 atribuíram a espiritualidade algum grau de importância.

A importância que é dada a espiritualidade é mais acentuada entre os estudantes de Medicina frente aos estudantes de Enfermagem. Chama atenção que mesmo aqueles que se declararam ateus ou agnósticos agregaram importância à espiritualidade, com exceção de um estudante de enfermagem que declarou a não importância da espiritualidade em sua vida. (**Tabela 4**).

Tabela 4 – Grau de importância da espiritualidade, segundo participantes.

Participantes	Não é importante		Relativamente importante		Importante		Muito importante		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Curso de medicina	0	0	4	13,3	4	13,3	22	73,4	30	100
Curso de enfermagem	1	3,3	3	9	8	26,7	18	60	30	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

3.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS

Conceito de espiritualidade

No discurso dos participantes da pesquisa, a espiritualidade é compreendida como elo entre o homem e um ser supremo. Este ser supremo representa um Deus ou uma força maior que dá sentido às coisas inexplicáveis, rege a vida humana e o universo. A maioria dos discentes atribuem a espiritualidade ao relacionamento do homem com esse Deus, em uma dicotomia entre o mundo da matéria e o mundo do espírito. Se analisarmos esta dicotomia, muitos aspectos religiosos que influenciam o processo saúde/doença não são levados em consideração conforme mostra o **Quadro 2**.

Quadro 2 – Unidades de registro e de conteúdo da categoria intitulada “Conceito de espiritualidade”, identificadas nas respostas dos participantes.

Unidades de registro	Frequência de resposta		Unidades de contexto
	(Enf.)	(Med.)	
O que você entende por Espiritualidade?			
Algo/força superior	6	5	É o fato de acreditar numa <u>força maior</u> [...] (E21) É uma <u>força superior</u> em quem acreditamos [...] (E4) É a crença em <u>algo maior</u> , em um <u>ser superior</u> [...] (M21) É ter fé que existe uma <u>força superior</u> [...] (M8)
Relação com Deus	6	8	É o que nos <u>une a Deus</u> em comunhão. (E19) É a forma como nos <u>relacionamos com Deus</u> [...] (E3) Ter <u>relacionamento com o criador</u> , servi-lo [...] (M19) Tudo o que <u>me aproxima de Deus</u> e do próximo [...] (M2)
Subjetividade	5	2	Exercício da <u>minha subjetividade</u> com o mundo[...] (E8) Algo <u>bastante subjetivo</u> , envolve sentimentos [...] (E22) É importante para a <u>construção pessoal</u> . (M16)
Transcendência	3	4	Crer em algo que <u>transcende o material</u> [...] (E11) <u>Ligação do eu terreno, com o metafísico</u> . (E20)

			<i>Vida <u>além da matéria</u>, experimentar a vida [...] (M5)</i> <i>[...] <u>aspecto transcendental</u> de cada um. (M25)</i>
Sentido da vida	3	2	<i>[...] <u>sentido de ver a vida</u>, a partir de [...] (E27)</i> <i>[...] a <u>crença em algo que dê sentido as coisas</u>. (E5)</i> <i>[...] <u>enfrentamento dos problemas</u>, [...] (M29)</i>
Crença/fé	4	7	<i>[...] com algo maior, <u>uma crença</u>, <u>uma fé</u>. (E26)</i> <i>Ter <u>uma crença</u>, não necessariamente em Deus [...] (E13)</i> <i>Ter <u>crença</u> em algo maior que não [...] (M6)</i> <i>Estado de espírito, <u>uma fé</u>, <u>uma crença</u>. (M13)</i>
Bem-estar	3	1	<i>É <u>estar bem</u> consigo mesmo. (E1)</i> <i>É o <u>bem-estar</u> psíquico, relacionado a [...] (E24)</i> <i>[...] que um indivíduo toma, o <u>bem-estar</u> da alma. (M27)</i>
Suprassumo da vida	-	1	<i>Suprassumo da vida (M15)</i>

Fonte: Dados da pesquisa, 2014. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Comparando as concepções de estudantes de medicina e enfermagem não houve diferença significativa entre elas. A maioria deles conceitua a espiritualidade de modo semelhante.

Relação entre espiritualidade e cuidado

Na relação entre espiritualidade e cuidado profissional, a maioria dos estudantes de medicina acredita que ela interfere na recuperação do indivíduo e reflete atenção profissional holística. Já em relação aos acadêmicos de enfermagem, a maioria relaciona a espiritualidade à humanização do cuidado e à sua interferência no processo de restauração da saúde (**Quadro 3**).

Quadro 3 - Unidades de registro e de conteúdo da categoria intitulada “Relação entre espiritualidade e cuidado”, identificadas nas respostas dos participantes do estudo.

Unidades de registro	Frequência de resposta		Unidades de contexto
	(Enf.)	(Med.)	
Em sua opinião, qual a relação existente entre espiritualidade e cuidado?			
Cuidado humanizado	9	1	[...]uma assistência de <u>qualidade humanizada</u> (E2). Garantir um <u>cuidado humanizado</u> (E1) [...] ajuda a <u>dar conforto</u> ao paciente (M6)
Atenção profissional	1	5	[...] O <u>profissional deve estar atento</u> para supri-la (E22) [...] <u>entender melhor</u> os problemas do paciente (M30) [...]necessitam da <u>atenção do profissional</u> de saúde(M21)
Apoio ao cuidado	-	2	[...]como uma <u>ferramenta de apoio ao cuidado</u> . M 10
Holismo	3	5	[...]compreende-lo e assisti-lo de <u>forma holística</u> (E9) [...]uma pessoa <u>como um todo</u> , [...] (E21) <u>Entender o paciente como um todo</u> (M16)
Interfere na Recuperação	8	6	[...] contribui para um <u>melhor prognóstico</u> (E28) [...] importância para o <u>processo de melhora</u> (E10) <u>Auxilia na recuperação</u> do quadro e na [...] (M14) [...]se constrói uma <u>melhor recuperação</u> do paciente(M4)
Crença e fé	3	3	O paciente ter <u>fé que existe um ser divino</u> [...] (E23) Deve-se <u>respeitar suas crenças</u> e até [...] (E15) [...] terapêuticas <u>interferem na crença</u> [...] (M 8) Levar em consideração a <u>crença do paciente</u> [...] (M 5)
Lidar com o próximo	-	4	[...]antes de tudo, saber <u>lidar com o próximo</u> (M15) [...]sensível a <u>dor do próximo</u> , facilitando o cuidado (M2)

Fonte: Dados da pesquisa, 2014. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Relação entre espiritualidade e o processo saúde doença

Ao questionar o estudante da área de saúde, acerca da importância de se considerar a espiritualidade do paciente em seu processo saúde doença, a maioria dos alunos de medicina assinalou essa relação como coadjuvante na adesão ao tratamento e benéfica para o processo saúde doença. Em relação aos estudantes de enfermagem, a maioria reconhece a influência positiva da espiritualidade nesse processo e no enfrentamento das doenças (**Quadro 4**).

Quadro 4 - Unidades de registro e de conteúdo da categoria intitulada “Relação entre espiritualidade e cuidado”, identificadas nas respostas dos participantes do estudo.

Unidades de registro	Frequência de resposta		Unidades de contexto
	(Enf.)	(Med.)	
Qual a importância de considerar a espiritualidade do paciente em seu processo saúde doença?			
Adesão e ajuda no tratamento	9	12	[...]melhora na <u>adesão ao tratamento</u> (M 16). [...] o paciente <u>influencia na recuperação</u> (E 9) Pode ajudar o <u>processo de cura</u> e limitar [...] (M 2)
Influencia no processo Saúde/doença	2	6	[...]ajuda no <u>processo de saúde/doença</u> do paciente (M 24) [...]intensa e importante no processo <u>saúde/doença</u> (M 3)
Holismo	2	3	[...]algo que vai <u>além do biológico</u> (E 8) [...] deve ser tratado de maneira <u>holística</u> (E 20) [...]cuidar do <u>doente como pessoa</u> (M 8) Vê-lo <u>como um todo</u> , além do corpo, da alma[...] (E 16)
Bem-estar	3	1	Assegura o <u>bem-estar</u> do paciente[...] (E 1) [...] o <u>bem-estar</u> sócio-psico-físico- espiritual (E 5) [...] existir de modo a alcança o <u>bem-estar</u> de ambos (M18)
Fortalecimento do paciente	1	2	[...]pode <u>fortalecer o paciente</u> em momentos difíceis. (E 23) [...]encarar <u>da melhor forma</u> seu estado patológico. (M 25) [...]fortalece-o em seu processo de saúde. (M 29)
Qualidade de Vida	-	2	Contribui para a <u>qualidade de vida</u> deste (M 27) [...]benefícios em <u>vários aspectos da vida</u> do paciente (M 21)
Enfrentamento da doença	6	1	[...] ajudar o paciente no <u>enfrentamento da doença</u> (E 17) [...] mais <u>preparado para o processo saúde/doença</u> (E 24) [...]processos de <u>doença</u> , dificuldades e angústia (M 19)
Integralidade	4	1	[...]para manter-se bem, de <u>forma integral</u> (E 2) [...]reconsiderado no <u>cuidado integral</u> , corpo/alma (M 10)
Respeitar costumes	2	1	[...]importância de <u>respeitar certos costumes</u> . (E 18) [...]agir da <u>forma que gostaria que cuidasse</u> . (E 21) [...]importante respeitar decisões e costumes. (M 7)

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2014. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Comparando as respostas dos discentes de medicina e de enfermagem, observa-se uma diferença significativa no modo de expressar a relação da espiritualidade no processo saúde doença, sendo maior a incidência de respostas favoráveis a questão pelos estudantes de medicina nos itens; adesão e ajuda no tratamento e influência no processo saúde/doença.

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A maioria dos participantes do curso de enfermagem é predominantemente do sexo feminino, achado esse correlato com estudos nacionais prévios (ESPINHA; CAMARGO; SILVA, 2013; TOMASSO; BELTRAME; LUCCHETTI, 2011). Essa predominância também é explicada pela característica histórica da Enfermagem. Em sua trajetória histórica, a responsabilidade pelo cuidado do outro foi atribuída à mulher. Apesar de ter sido exercida também por homens, durante as cruzadas, a predominância feminina é uma marca da profissão (PADILHA, VAGHETTI; BRODERSEN, 2006).

Quanto aos discentes do curso de medicina, houve uma leve predominância do sexo masculino. Percebeu-se uma tendência de igualdade entre os sexos masculino e feminino no curso de medicina, achado que não corrobora com o cenário brasileiro. Em nosso país, o curso de Medicina ainda é de predominância masculina. De acordo com Lopes e Leal (2006), a proporção de médicos é de 67,3% para 32,7% médicas. Mesma situação é identificada na Estratégia Saúde da Família (ESF); a proporção de mulheres médicas é em torno de 44,5%.

Essa hegemonia do sexo masculino na Medicina mantém sua raiz histórica. A medicina foi exercida durante muitos anos por homens. E seu fortalecimento deu-se com a apropriação do saber, resultando nas conflituosas relações de poder. Até o século XIX, o acesso a formação médica era negado às mulheres. Aos poucos a mulher começa a conquistar direitos, inclusive o de acesso à formação profissional. Apesar dessa liberdade de acesso, ainda hoje é possível vislumbrar uma divisão sexual nas especializações médicas. As especialidades como pediatria, obstetrícia e ginecologia são de predominância feminina, enquanto urologia, ortopedia e cirurgia são de domínio masculino (MENEZES; HEILBORN, 2007).

É possível vislumbrar o processo de feminilização de alguns cursos de ensino superior, inclusive o de Medicina. Já os cursos de Engenharia e Agronomia ainda mantêm-se masculinizados. Nesse processo de feminilização das profissões é importante ressaltar que o aumento do acesso de mulheres a uma determinada profissão nem sempre inclui sua transformação qualitativa. À medida que a presença feminina aumenta no mercado de trabalho, o mesmo não acontece com a remuneração. Uma mesma profissão exercida por pessoas de sexo diferentes, resultam em uma menor remuneração para o sexo feminino. Quando a profissão se torna essencialmente feminina, o resultado é a desqualificação da profissão e diminuição do seu prestígio social, situação vivenciada por profissionais de enfermagem (YANNOULAS, 2003; PADILHA; VAGHETTI; BRODERSEN, 2006; MENEZES; HEILBORN, 2007).

No que se refere à afiliação religiosa, os participantes de estudo declararam-se cristãos, com predominância do catolicismo entre estudantes de Medicina e do catolicismo, seguido do protestantismo entre os estudantes de Enfermagem. Uma das características brasileiras é a diversidade de credos e ou pluralidade de crenças. Os achados deste estudo vão de encontro aos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE (2010) que evidenciam um declínio da afiliação religiosa entre os católicos e o consequente aumento do número de brasileiros sem religião, o que não ocorreu entre os estudantes de medicina pesquisados.

Por outro lado, uma maior afiliação religiosa entre os participantes não implica em assiduidade a serviços religiosos. A maioria dos estudantes (46 discentes) de ambos os cursos se declaram cristãos. Estudo realizado por Reginato e Gallian (2014), constatou que a maioria dos estudantes de medicina são agnósticos e dentre aqueles que declararam alguma religião, cerca da metade declarou-se não participativo. Outro estudo desenvolvido por Borges et al. (2013) com estudantes de medicina constataram que 21,2% dos estudantes frequentavam serviços religiosos pelo menos uma vez por semana.

A não participação na prática religiosa pode ser uma fuga das mediações institucionais que os tem levado a adotar como alternativa ser religioso não praticante. Essa baixa assiduidade corrobora com os achados do último Censo Demográfico Brasileiro o qual constatou o aumento de religiosos não praticantes. Além disso, a frequência a cultos religiosos no Brasil é maior entre mulheres e indivíduos com idade acima de 50 anos (IBGE, 2010; NERI, 2011).

A maioria dos participantes atribuiu algum grau de importância à espiritualidade, independente da afiliação religiosa declarada, inclusive entre ateus ou agnósticos. Espiritualidade é toda atitude e atividade que favorece a expansão da vida é a relação consciente, a comunhão aberta, a subjetividade profunda e a transcendência como modo de ser individual ou coletivamente, sempre disposto a novas experiências e novos conhecimentos. Não é pensar, mas sentir Deus, mediante a interioridade de cada um. Este “ponto Deus” se revela por valores intangíveis como: amor, compaixão, solidariedade, respeito e dignidade. Despertar este “ponto Deus” é tirar as cinzas que uma cultura demasiadamente racionalista e materialista encobriu. É permitir que a espiritualidade aflore na vida das pessoas. É sentir a experiência de sua presença e a atuação a partir do coração. É ter um grau de percepção, de entusiasmo (em grego significa ter um deus dentro) que nos toma e nos faz saudáveis e nos dá vontade de viver e de criar sentido de existir, de trabalhar. Se espírito é relação e vida, seu oposto não é matéria e corpo, mas sim, a morte como ausência de relação (BOFF, 1999).

Provavelmente, a área mais complexa e promissora ao exercício da espiritualidade é a da saúde, onde inúmeros estudos científicos têm comprovado a eficácia da espiritualidade na

recuperação de pacientes. Portanto é preciso avaliar o bem-estar espiritual do profissional, bem como sua opinião sobre espiritualidade e ainda, se obteve ou não durante sua formação algum preparo para prestar assistência espiritual aos seus pacientes. É sabido que, espiritualidade e religiosidade acrescidas de fé e propósito, são favoráveis a uma boa aptidão pessoal, mental e física (PANZINI, 2004; VASCONCELOS, 2011; KOENIG, 2012a).

Inferese que este achado pode ser reflexo da espiritualidade inconsciente, a qual determina a tomada de decisões do ser humano. Algo como um relacionamento inconsciente com o “Deus Imanente”, embora permaneça muitas vezes latente. Essa fé inconsciente está inclusa no “inconsciente transcendente”, direcionado para Deus, justamente aquele que denominamos; “Deus inconsciente” (FRANKL, 2007).

No que concerne ao conceito de espiritualidade, a maioria dos participantes de ambos os cursos evidenciou em seu discurso uma relação com a religiosidade. Houve uma tendência de reduzir a espiritualidade à prática da religião, o que resulta no reducionismo da dimensão espiritual do ser humano. Benko e Silva (1996) explicitam que na formação profissional, quando se é abordada a espiritualidade, há uma tendência de apresentar aos alunos as práticas específicas de várias religiões, levando-os a crer que a dimensão espiritual do ser humano é expressa apenas no contexto religioso.

Segundo Frankl (1990), o homem possui três dimensões (corporal, mental e espiritual) que se interpenetram e conservam sua unidade. Apesar dessa multiplicidade há o reconhecimento de suas diferenças ontológicas e também de sua unidade antropológica, entre o modo único de ser do homem e as modalidades diferenciáveis do ser. Mas, o que vem a ser a dimensão espiritual? Como diferenciá-la de aspectos religiosos e psicossociais? E ainda, como é percebida a espiritualidade no homem? A diferença entre o homem e os outros seres vivos é a dimensão espiritual que Frankl denominou “noética”. A dimensão noética, dá ao homem a capacidade de decidir, mesmo sendo fático devido ao seu determinismo psicobiológico.

Somado a isto, é importante salientar que a religião influenciou fortemente tanto a história da Medicina quanto da Enfermagem. O cuidado de seus praticantes era permeado por aspectos religiosos. E se levarmos em consideração a forte influência do cristianismo ocidental, principalmente na trajetória histórica da Enfermagem, podemos inferir que estes fatores explicam essa tendência de associar espiritualidade à religião e à religiosidade.

Estudo desenvolvido por Correia, Silva e Sá (2012) constatou que a maioria dos acadêmicos do curso de enfermagem apresentam dificuldade em diferenciar espiritualidade de religiosidade. Tomasso, Beltrame e Lucchett (2011) evidenciaram em seu estudo que a maioria dos participantes conceituou espiritualidade como crença e relação com Deus/religiosidade,

seguido de busca de sentido e significado para a vida humana. Resultados semelhantes também foram encontrados no estudo de Espinha et al. (2013). Borges et al. (2013) realizaram um estudo com 210 estudantes de medicina e também constataram que 44,71% associam a espiritualidade a crença e relação com Deus/religiosidade, seguido de 43,27% que relacionam este fenômeno a busca de sentido e significado para a vida.

A espiritualidade se distingue da religiosidade, não só pela definição como também quanto à autonomia em relação à tradição, a autoridade e a motivação da busca pelo sentido da vida. Mas, são tantas as aproximações entre os dois fenômenos que parece caber, sim, um apoio na Psicologia da Religião quando estudamos a espiritualidade humana (PAIVA, 2005). A espiritualidade é inerente ao ser humano, reside no cérebro do homem e na sua capacidade inata para emoções advindas da evolução. Ela tem base psicológica e uma realidade enraizada nas emoções humanas positivas. Mas, a visão religiosa estará presente e documentada pela antropologia como parte da compreensão do processo saúde/doença (VAILLANT, 2010; VASCONCELOS, 2011).

Ora, a religião efetivamente está ligada a práticas e crenças acerca do divino, utilizada como ponto de apoio, um trampolim para se chegar ao sagrado. A religiosidade está direcionada a afiliação religiosa, a prática religiosa e a frequência aos cultos. Portanto, há na religiosidade uma relação intrínseca com religião (KOENIG, 2001a; NASCIMENTO; ROAZZI, 2007 apud FREITAS, 2014).

O entendimento de espiritualidade está relacionado ao sentido e propósito da vida, está intimamente ligado a concepção de transcendência independente de religião ou de qualquer sistema de crença organizado que inclua a existência de força divina, propondo normas, ideias e práticas rituais. Espiritualidade é como o amálgama de emoções positivas que une os homens com o divino como quer que o concebamos. É a experiência de contato que ultrapassa as realidades humanas, é a arte e o saber de tornar o viver orientado pela vivência da transcendência, como o canal de conexão com o eu profundo (BRUSCAGIN, 2004; GUIMARÃES e AVEZUM, 2007; VAILLANT, 2010; BOFF, 1999).

A espiritualidade é pessoal e experiencial, ela procura atribuir significado ao sentido da existência e pode coexistir ou não dentro da prática de um credo religioso. Assim alguns autores sugerem que a religião é institucional, dogmática e restritiva, enquanto a espiritualidade é pessoal, subjetiva e enfatiza a vida (PAIS-RIBEIRO; POMBEIRO, 2004).

Borges et al. (2013) constataram que a própria religiosidade do estudante pode influenciar o conceito de cada um sobre espiritualidade. Eles constataram que os estudantes

com maior assiduidade religiosa conceituam mais a espiritualidade como crença em Deus/religiosidade.

Vale salientar que o fato de o indivíduo professar uma religião e ser praticante e assíduo aos serviços religiosos não indica que o mesmo perceba mais o atendimento das necessidades espirituais dos pacientes do que aqueles que não praticam ou não professam uma religião. Uma visão religiosa da espiritualidade não implica a inclusão da espiritualidade no cuidado profissional (PENHA; SILVA, 2007).

Quando os participantes deste estudo foram interrogados acerca da relação entre a espiritualidade e o cuidado profissional, a maioria dos estudantes de medicina correlacionou espiritualidade com a atenção profissional holística, uma vez que eles reconhecem a interferência da espiritualidade na recuperação do paciente. Por outro lado, grande parte dos acadêmicos de enfermagem associou essa relação com o cuidado humanizado que contribui para um melhor prognóstico do ser cuidado.

Diversos estudos vêm demonstrando a influência da espiritualidade na saúde física do homem, contribuindo para qualidade de vida, sobrevida, tempo de internação, prevalência de transtornos psíquicos, enfrentamento, dentre outros benefícios (CALVETTI; MULLER; NUNES, 2008; ROCHA; FLECK, 2011; SANTOS; SOUZA, 2012; CORTEZ, 2012; SIMÕES; KLUPPEL; SOUSA, 2012; LEITE; SEMINOTTI, 2013; LUENGO; MENDONÇA, 2014; PEREIRA; KLÜPPEL, 2014). Semelhantemente, a espiritualidade tem sua influência na assistência de enfermagem desde os tempos remotos. Florence Nightingale defendia a necessidade de cuidar do ser humano considerando-o em suas dimensões biológico, psíquica, social e espiritual. Em suas notas sobre a Enfermagem, ela costumava ler passagens bíblicas como estratégia para proporcionar o cuidado espiritual. Mais uma vez podemos visualizar a influência cristã a qual contribui para redução da espiritualidade à expressão religiosa (NIGHTINGALE, 1989).

Na concepção de Borges et al. (2013) para que a espiritualidade de fato reflita o atendimento holístico do indivíduo sob cuidados profissionais, é necessário que o futuro profissional entenda a amplitude conceitual da espiritualidade desprovido de julgamentos, preconceitos e dogmas. A falta de clareza sobre a espiritualidade reflete a dificuldade de compreensão do assunto, resultando na dificuldade de abordar a espiritualidade de seus pacientes.

A restrição da espiritualidade aos aspectos religiosos reduz a assistência a padrões, não respeitando a individualidade do ser humano. Além de tornar-se problemática quando um paciente não é ligado a nenhuma religião e nem acredita em Deus, num ser supremo ou,

simplesmente, a sua espiritualidade não está ligada à prática da religião (BENKO; SILVA, 1996).

Estes achados corroboram a necessidade percebida por Borges et al. (2013) de mais pesquisas que investiguem quais os conceitos de espiritualidade são trazidos por estudantes e de que modo isso influencia na sua formação e cuidado com paciente.

Outro aspecto que chama atenção foi o fato dos estudantes de medicina deste estudo terem associado a abordagem da espiritualidade no cuidado como uma forma de prestar um cuidado holístico. Levando em consideração que ainda há uma predominância do modelo biomédico e cartesiano nos currículos do curso de Medicina e que, historicamente, o modelo holístico é mais difundido nos currículos dos cursos de Enfermagem (BENEDETTO; BLASCO; GALLIAN, 2013).

Apesar da formação médica ter enfatizado o método clínico centrado na doença, alguns fatores têm contribuído para a busca pela transcendência desse modelo. Primeiramente, percebeu-se e se têm reconhecido que a influência da espiritualidade na condição de saúde doença do ser humano. O reducionismo do modelo biomédico tornou-se inadequado para explicar a influência das dimensões do ser humano, inclusive a espiritual nos processos de cura. Isso tem incentivado a transição do modelo centrado na doença para o modelo centrado na pessoa. Além disso, as Diretrizes Curriculares Nacionais recomendam a formação humanista nos cursos da área da saúde (BRASIL, 2001; BENEDETTO; BLASCO; GALLIAN, 2013).

Em relação a interface entre espiritualidade e o processo saúde e doença, notou-se que os estudantes de ambos os cursos reconhecem a influência dessa no processo de cura, enfrentamento da doença e aumento da adesão ao tratamento. Estudos anteriores apontam que mesmo que não haja afiliação religiosa e ou prática de atividades religiosas há o reconhecimento da espiritualidade na vida do paciente e em seu processo de recuperação e cura (NASCIMENTO; ROAZZI, 2007 apud FREITAS, 2014; SOUZA; CALDAS, 2009; ESPÍNDULA; VALLE; BELLO, 2010).

É notória a influência da espiritualidade no processo saúde doença e importância reconhecidas em pesquisas internacionais e nacionais. Mas, paralela a esta crescente atenção, constata-se que estudantes e profissionais de saúde têm dificuldades de abordá-la junto ao paciente, no contexto assistencial. Existe uma dicotomia entre a teoria e a prática. Muitos reconhecem sua importância e influência na condição de saúde e doença do indivíduo, mas não há aplicabilidade na realidade assistencial.

Espinha et al. (2013) constataram em seu estudo a vontade de alunos de enfermagem abordarem os aspectos espirituais na prática clínica, entretanto, a maioria alegou que não tinham

segurança para esta prática e nem conhecimentos apreendidos durante a formação profissional que os capacitasse para tal. Essa mesma angústia também foi verificada no estudo de Nascimento et al. (2013) em profissionais de enfermagem atuantes em diversas especialidades clínicas.

Diversos fatores são apontados como barreiras para esta atuação, dentre eles estão: a falta de definição e clareza sobre a espiritualidade, o medo do estudante ou profissional impor suas crenças, a falta de preparo técnico e científico para abordagem da espiritualidade, a não valorização da dimensão espiritual do paciente e a redução da espiritualidade a contextos assistenciais em que o indivíduo enfrenta doenças graves e terminais (CALDEIRA; NARAYANARAMY, 2011; TOMASSO; BELTRAME; LUCCHETTI, 2011; CORREIA; SILVA; SÁ, 2012; NASCIMENTO et al., 2013; BORGES et al., 2013).

Essas barreiras podem estar associadas à falta de abordagem da espiritualidade durante a formação de Enfermeiros e Médicos. Existem diversas instituições que não contemplam a espiritualidade em seus currículos. Existem experiências positivas sobre a inclusão do ensino a respeito de Espiritualidade e Saúde, de forma optativa, em algumas instituições de ensino. Contudo, ainda é cedo para vislumbrarmos a repercussão dessas mudanças curriculares na *práxis* do profissional de saúde.

O estudo da espiritualidade tem sido abordado no ensino profissional de modo superficial e subjetivo. A espiritualidade é desvelada sem uma estrutura conceitual e científica, conferindo aos estudantes a carência de posicionamento técnico e científico diante do assunto. Muitos docentes apresentam incertezas sobre o conteúdo, métodos e o momento certo para abordar a espiritualidade durante a graduação. Sem deixar de mencionar que há uma forte tendência de reduzir o ensino da espiritualidade ao entendimento sobre os diferentes rituais religiosos. Quando há interesse pela temática, a busca não é realizada em artigos científicos, livros e sim nos conhecimentos da própria religião professada, fator esse que robustece a redução da espiritualidade aos aspectos religiosos. Esses fatores reforçam a falta de discernimento de estudantes e profissionais de saúde entre espiritualidade, assistência espiritual e religião. (BENKO; SILVA, 1996; PENHA; SILVA, 2007; TOMASSO; BELTRAME; LUCCHETTI, 2011; CALDEIRA, 2012; NASCIMENTO et al., 2013; FONSECA et al., 2014).

Fica evidente que apesar dos avanços na inclusão da espiritualidade nas grades curriculares na área da saúde, tanto a Medicina quanto a Enfermagem carecem de abordagens direcionadas para a visão da espiritualidade na perspectiva do modelo holístico. É possível vislumbrar as dificuldades dos participantes deste estudo, os quais cursavam semestres mais avançados, e o pouco preparo vivenciado na sua formação. Cabe aos professores responsáveis

pela formação desses profissionais, apropriar-se dos conhecimentos necessários e conjeturar sobre as possibilidades de trabalhar estes conceitos (e formas de atuação!) com seus alunos. O aprimoramento da prática profissional requer capacitação e treinamento adequados para a abordagem da temática religiosa/espiritual nos atendimentos. Essa realidade também é delineada em outros cenários brasileiros.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas ao interpretar seus resultados. *A priori*, trata-se de um estudo transversal que não realizou seguimento dos estudantes para avaliar possíveis mudanças comportamentais frente à temática. Depois, a amostra selecionada constituiu-se de sujeitos de uma única universidade, fator que pode não retratar o padrão de outras universidades e/ou faculdades.

Em contrapartida, este trabalho pode contribuir para comparar as diferenças e semelhanças regionais na concepção de estudante de enfermagem e medicina.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo mostram que tanto os estudantes de medicina quanto os de enfermagem reconhecem a importância da espiritualidade e de sua influência no processo saúde doença. No entanto é evidente em seus discursos a carência de discernimento entre o que é espiritualidade, religião e religiosidade. Por estarem ao mesmo tempo tão presentes e tão encobertas no trabalho em saúde, o profissional carece de discernimento sobre a dimensão espiritual bem como espaço para discussão de como incluir essa dimensão no cuidado em saúde.

Para solucionar este problema é necessário um resgate reflexivo acerca dos paradigmas vigentes e das questões histórico-epistemológicas que marcaram o início das profissões de medicina e de enfermagem durante a formação acadêmica. Somado a isto, faz-se necessária a abordagem da espiritualidade e religiosidade de modo científico.

Há no meio acadêmico, dificuldades de inserção da espiritualidade na saúde por considerarem ciência e espiritualidade inconciliáveis e por causa de proselitismo religioso. Uma miríade de posicionamentos promove um amplo debate visando dirimir dúvidas conceituais e serenar os posicionamentos com base no diálogo com os saberes envolvidos.

É interessante saber que a OMS recomenda incluir a espiritualidade no cuidado clínico e na educação em saúde. A possível inclusão da disciplina que envolve a espiritualidade e a saúde na matriz curricular acadêmica permite uma abordagem com mais propriedade e maior amplitude. A inserção da espiritualidade como tema transversal no ensino na área da saúde representa uma variável importante na formação desses profissionais.

Acredita-se que com esse enfoque, o futuro profissional de saúde estará preparado para lidar com a espiritualidade do ser cuidado de modo profissional, sem medo da abordagem religiosa sobre as múltiplas crenças e sem ignorar a dimensão humana. Assim, poderemos esperar que nossos futuros profissionais de saúde estarão prestando de fato um cuidado humanizado, holístico e espiritual.

A literatura científica sobre a temática espiritualidade e saúde é expressiva, mas embrionária quanto a investigação sobre sua introdução e abordagem no processo ensino/aprendizagem, bem como sobre as estratégias para dirimir a dificuldade de profissionais de saúde envolver a espiritualidade em seu cuidado profissional. Além disso, ainda são poucos os estudos nacionais que trazem propostas concretas para incorporação formal e explícita da dimensão espiritual nos cuidados médicos e de enfermagem.

Há nos últimos anos por parte daqueles que são favoráveis a reaproximação entre ciência e espiritualidade, um desafio quanto ao resgate dessa dimensão que vem sendo recusada no

âmbito da modernidade, trazendo para o debate científico e atualizando-o em prol dos usuários de saúde. De fato, a espiritualidade e o cuidado no contexto saúde/doença, são uma realidade em crescimento, podendo abranger o interesse desses futuros profissionais, sobre o modo como configuram essa espiritualidade em termos de significado e enquadramento nas suas atividades.

A formação médica no ocidente, foca os aspectos físicos e o cuidado dos pacientes, deixando de fora as questões espirituais na maioria dos currículos das escolas de medicina, embora haja por parte dos pacientes a esperança de que os médicos abordem estas questões. O reconhecimento das necessidades espirituais humanas seria essencial para a medicina centrada no paciente.

No tocante a enfermagem é latente a semelhança com o curso de medicina, quanto ao discernimento da dimensão espiritual. Há carência de informações a respeito da espiritualidade, quando comparada aos interesses de alunos e professores, na busca pela implementação de instrumentos que tornem possível preparar os acadêmicos para a realização da abordagem da dimensão espiritual junto a seus pacientes. Há uma marcante diferença entre práticas clínicas e opiniões a respeito da espiritualidade na integração curricular. É necessário incorporar uma disciplina que trate de saúde e espiritualidade capaz de preparar o profissional para a abordagem da dimensão espiritual junto aos pacientes, pois as necessidades espirituais destes estão atreladas a capacidade de observação do profissional de saúde.

De fato é difícil entender como a formação acadêmica modificaria as opiniões dos alunos frente a espiritualidade no decorrer da graduação. A falta do entendimento da espiritualidade agregada ao interesse de alunos e professores, necessita da implementação de instrumentos que possibilitem aos acadêmicos a realização dessa abordagem junto a seus pacientes, com o intuito de contemplar, da melhor forma possível, uma terapêutica mais integrativa e humanística.

De acordo com relatos de várias produções científicas, há no ambiente acadêmico a necessidade de se implementar junto a grade curricular, cenários de aprendizagem durante a formação universitária em enfermagem que promovam a competência no estudante quanto a dimensão espiritual e sua distinção de religião e religiosidade. Pois, religião é um sistema de crenças de cunho social vinculado a uma doutrina. Religiosidade envolve sistematização de culto e está vinculada a uma instituição religiosa. Espiritualidade é uma realidade inerente ao homem e está nele. Sugerem-se então que as pesquisas futuras contemplem a abordagem da temática nos atendimentos de maneira mais aprofundada com o intuito de instrumentalizar o profissional para a sua prática. Ademais, a religiosidade/espiritualidade dos próprios

profissionais da saúde pode ser focalizada, incluindo inclusive outros instrumentos que avaliem qualidade de vida e bem-estar espiritual.

Diversos autores afirmam que a dimensão espiritual remete a um plano metafísico superior, como uma maneira de ver os acontecimentos sob uma nova perspectiva. Supõe-se que a espiritualidade pode ser favorável ao doente. Como manifestação humana, quem sabe, a espiritualidade pode definitivamente responder as questões da existência humana.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. M. Espiritualidade e saúde: Passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. *Rev. Psiq. Clin.* V.34, São Paulo. 2007.
- ALMEIDA, Pe. F. A. Teologia da espiritualidade cristã. A espiritualidade cristã, 2012.
Disponível em: www.religiaosantana.org.br/site/?secao=sendar&sub Acesso em: 15/01/2013.
- ALMEIDA, D. V.; RIBEIRO JÚNIOR, N. Ética, alteridade e saúde: o cuidado como compaixão solidária. **Revista Bioethikos**, São Camilo, v. 4, n. 3, p. 337-342, jul.-set. 2010.
Disponível em: < <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/78/Art11.pdf> > Acesso em: 20 jan. 2015.
- ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JÚNIOR, L. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001.
- AQUINO, T. A. A. et al. Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional. **Psicologia, ciência e profissão**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 228-243, 2009.
- AQUINO, T. A. A. **Logoterapia e análise existencial**: uma introdução ao pensamento de Viktor Frankl, São Paulo: Paulus, 2013. (Coleção Logoterapia).
- ARAÚJO, M. F. M. et al. O papel da religiosidade na promoção da saúde do idoso. *RBPS*; 21 (3): 201-208, 2008.
- ARTESE, L. Reflexões sobre a cura: xamanismo e espiritualidade nativa. In: ENCONTRO BRASILEIRO DE XAMANISMO, 2005, São Paulo. **Mesa redonda**. São Paulo: 2005.
Disponível em: <<http://terramistica.com.br/xamanismo-espiritualidade/>>. Acesso em: 10 mar. 2015.
- ASSOCIAÇÃO Médico-Espírita de São Paulo). Papel da Associação Médico-Espírita na implementação da espiritualidade nas universidades, 2013. Disponível em: www.amesaopaulo.org.br/#!pesquisas-introduo/cqzs Acesso em: 25/03/2015.
- BAGATINI, T. Interfaces entre espiritualidade e auto percepção de saúde em adultos em um município do sul do Brasil. Dissertação de mestrado em saúde coletiva. UNISINOS; São Leopoldo, 2010.
- BAPTISTA, E. R. **Conhecimentos e práticas de cura em comunidades rurais amazônicas**: recursos terapêuticos vegetais. Manaus: EDVA/NAEA, 2012.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2000.
- BAY, D. M. D. Fascínio e terror: o sagrado. Cadernos de pesquisa interdisciplinar em Ciências humanas. ISSN 1678-7730, n 61: dec/2004.

BENEDETTO, M.A.C.; BLASCO, P.G.; GALLIAN, D. M. C. Narrativas de estudantes de medicina e enfermagem: o que elas nos revelam? *Revista Brasileira de Medicina (RBM)*, v 70, p 11-17, 2013.

BENKO, M. A.; SILVA, M. J. P. Pensando a espiritualidade no ensino de graduação. *Revista latino-americana de enfermagem*. Ribeirão Preto – SP; v4, n1, p71-85, jan/1996.

BERGER, P. O dossel sagrado, elementos para uma teoria sociológica da religião. Tradução: José Carlos Barcellos. São Paulo: Paulus, 1985.

BERGER, P. Rumor de anjos: a sociedade moderna e a descoberta do sobrenatural. Petrópolis: Vozes, 1996.

BEZERRA, K. História Geral das Religiões: a religião na pré-história. 2011. Disponível em: www.unicap.br/observatorio2/wp-content/uploads/2011/10. Acesso em: 12/01/2015

BOFF, L. Saber cuidar: a ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis-RJ, Editora Vozes, 1999.

BOFF, L. Espiritualidade, dimensão esquecida e necessária. 2005. Disponível em: www.cuidardoser.com.br> Acesso em: 10/02/2015.

BOFF, L. Espiritualidade: um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante, 2006

BOFF, L. Há de se cuidar da amizade e do amor. *Jornal do Brasil*: set/2013a. Disponível em: www.jb.com.br/leonardo-boff/noticias/2013/10/27. Acesso em: 17/03/2015.

BOFF, L. **A importância da espiritualidade para a saúde**. 2013b. Disponível em: <https://leonardoboff.wordpress.com/2013/11/16/>>. Acesso em: 18 mar. 2015.

BORGES, D. C. et al. Saúde, espiritualidade e religiosidade na visão dos estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v.11, n.1, p. 6-11, jan.-mar. 2013.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde, Brasília –DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES, 1.133, de 07/8/2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação na área da saúde; Brasília, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ces1133.pdf> Acesso em:10/9/2014.

BREITBART, W. Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos. **O Mundo da Saúde**,v.27, n.1, p.45-57, 2003.

BRUSCAGIN, C. Família e religião. In CERVENI, C.M.O. **Família, comunicação, divórcio, mudança, resiliência, deficiência, lei, bioética, doença, religião e drogadição**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BURKE, P. **Uma história social do conhecimento**: de Gutemberg a Diderôt. Rio de Janeiro: Jorge Zabor, 2003.

BURKERT, W. A criação do sagrado: vestígios biológicos nas antigas religiões. Edição/reimpressão. Edições 70, 2001.

BOTELHO, J. B. **História da medicina**. Linguagens - culturas construindo e desconstruindo ritos de curas e práticas médicas 3/11. 2012. Disponível em: < <http://www.historiadamedicina.med.br/?p=432> > Acesso em: 10 jan. 2014.

CALDEIRA, S. A espiritualidade no currículo de Enfermagem. Revista Nursing Portuguesa 282; 18 – 21: 2012.

CALDEIRA, S; NARAYANARAMY, A. Programas de educação em enfermagem acerca da espiritualidade: uma revisão sistemática. CuidArte Enfermagem; v5, n2, p123-128, 2011.

CALVETTI, PU; MULLER, MC; NUNES, MLT. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pessoas vivendo com HIV/AIDS. Psicologia em Estudo, 13 (3), 523-530, 2008.

CARVALHO, O. **A mensagem de Victor Frankl**. Revista Bravo, nov. 1997.

CASTRO, E; SÁ, A. Enfermagem em medicina pastoral: um novo campo para a enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem REBEn; 20, (4):289-94, 1967.

CAVENDISH et al. Spiritual perspective of nurses in the United states revelant for education and practice. Western J nurs res; 26 (2):196-212, 2004.

COELHO A. G.; MAHFOUD M. As dimensões espiritual e religiosa da experiência humana: distinções e inter-relações na obra de Victor Frankl. Psicologia, USP 12 (2): 95-103. 2001.

COELHO, E. A. C.; FONSECA, R.M.G. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.58, n.2, p. 214-217, mar./abr. 2005.

COLLIÈRE, M.F. **Cuidar...** a primeira arte da vida. Lisboa: Lisociência, 2003.

COLLINS, F. S. A linguagem de Deus: um cientista apresenta evidências de ele existe. São Paulo: Gente, 2007

CORREIA, A. M.; SILVA, D. L.; SÁ, A. C. Espiritualidade na educação segundo acadêmicos do 1º e 8º semestres de um Curso de Graduação em Enfermagem. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Florianópolis, v.7, Supl1. 48, 2012.

CORTEZ, E. A. **Religiosidade e Espiritualidade no ensino de enfermagem**: contribuição da gestão participativa para a integralidade do cuidado. 234 fls. Rio de Janeiro, 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

CORTEZ, E. A. Influência da religiosidade e espiritualidade na saúde: reflexões para o cuidado de enfermagem. Online Brazilian Journal of Nursing. UFF; v.11, n.2, 2012. Acesso em: www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4086

COSTA, S. **Psicologia e Cristianismo**. Rio de Janeiro, Editora Silva Costa, 2006.

COSTA, J. S. **Max Scheler**: o personalismo ético. São Paulo: Editora Moderna, 1996.

CUNHA, A. G. et al. **Dicionário etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

CZERESNIA, D. Interfaces do corpo: integração da alteridade no conceito de doença. Revista Brasileira de Epidemiologia; 10, (1): 19-29, 2007.

DAL-FARRA, R.A.; GEREMIA, C. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. Revista brasileira de educação médica, vol. 34 n4. Rio de Janeiro, out/dez, 2010.

DURKHEIM, EMILE. As formas elementares da vida religiosa. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

DYNIWICZ, A. M. Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes. São Caetano do Sul – SP. Difusão, 2007.

ELIADE, M. O sagrado e o profano: a essência das religiões, São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ELIADE, M. O sagrado e o profano. São Paulo. Editora Martins Fontes, 2001.

ELIADE, M. **O sagrado e o profano**: a essência das religiões. Lisboa: Edições Livros do Brasil, 2002. (Coleção Vida e Cultura).

ESPINDULA, J. A.; VALLE, E. R. M.; BELLO, A. A. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2010 18(6). Recuperado de: <http://www.scielo.br>.

ESPINHA, DCM; CAMARGO, SM; SILVA, SPZ; PAVELQUEIRES, S; LUCCHETTI. G. Opinião dos estudantes de enfermagem sobre saúde, espiritualidade e religiosidade. -Revista Gaúcha de Enfermagem; v34, n4: Porto Alegre, dez/2013.

FABER, M. História ilustrada do feudalismo. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.historialivre.com/medieval/feudalismo.pdf>. Acesso em: 22/09/2014.

FERREIRA, A. B.H. **O dicionário da língua portuguesa**. Curitiba: Positivo, 2007.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 33-8, 2000.

FLECK, M. P. A.; et al. Desenvolvimento do WHOQOL: módulo espiritualidade/religiosidade e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n. 4, p. 446-455, ago. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400009 > Acesso em: 20 jan. 2015.

FLECK, M. P. A. (Org.); SOUZA, J. C. R. P.; BARROS, N. H. S. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FONSECA, A. S., et al. Espiritualidade: o significado na prática do enfermeiro. São Paulo, Nursing, n112, p 312-7, 2008.

FONSECA, M. S. M.; BUENO, M. E.; SCHLIEMANN, A. L.; KITANISHI, N. Y.; FLORIAN Jr, L. C. Espiritualidade e estudantes de medicina: contribuições para o ensino médico. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba-SP; v16, n2, p55-58, 2014.

FORNAZARI, S. A. & FERREIRA, R. E. R. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 2010. 26(2), 265-272. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000200008>.

FOWLER, J. W. Estágios da fé: a psicologia do desenvolvimento humano. São Leopoldo: Sinodal; 1992.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: _____. **Microfísica do poder**. 3. ed. Rio de Janeiro; Graal, 1982a.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In Microfísica do poder. 3ª edição. Rio de Janeiro, 1982b.

FRANKL V. E. **Um sentido para a vida**: psicoterapia e humanismo. Tradução de Lapenta, Victor Hugo S. Aparecida: Editora Santuário, 1989.

FRANKL, V. E. **A questão do sentido em psicoterapia**. Campinas: Papirus, 1990.

FRANKL, V. E. **A psicoterapia na prática**. Tradução Canon, C.M. São Paulo: Papirus, 1991.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração. Tradução de Schlupp, W.O.; Aveline, C.C. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 1994.

FRANKL, V. E. **Logoterapia e análise existencial**: textos de cinco décadas. Campinas: Editora Psy, 1995.

FRANKL, V. E. **Um psicólogo no campo de concentração**. São Leopoldo: Sinodal, 2000.

FRANKL, V. E. **Psicoterapia e sentido da vida**: fundamentos da Logoterapia e análise existencial. São Paulo: Editora Quadrante, 2003.

FRANKL, V. E.; LAPIDE, P. **Búsqueda de Dios y sentido de la vida**: diálogo entre um teólogo y un psicólogo. Barcelona: Herder, 2005.

FRANKL, V. E. **A presença ignorada de Deus**. 10. ed. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2007.

FRANKL, V. E. **A vontade de sentido**: fundamentos e aplicações da logoterapia. São Paulo: Paulus, 2011.

FREITAS, M. H. Religiosidade e saúde: experiências dos pacientes e percepções dos profissionais. Revista Pistis Praxis. Curitiba – PR; v6, n1, p89-105, jan/abr, 2014.

GASBARRO, N. M. Fenomenologia da religião: Mircea Eliade e a generalização da fenomenologia da religião. In PASSOS, JD; USARSKI, F. Compêndio de ciência da religião. Paulinas; Paulus: São Paulo, 2013.

GEORGE, J. B. Et al. Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional. 4ª edição. Porto Alegre, 2000.

GIUMBELLI, E. O fim da religião?: dilemas da liberdade religiosa no Brasil e na França. São Paulo: Attar, 2002.

GLEISER, M. Conciliando ciência e religião. Folha de São Paulo, caderno mais ciência, 25/06/2006: 9ª edição.

GOBATO, C. A. **Religiosidade e Espiritualidade em Oncologia: um estudo sobre as concepções de profissionais de saúde**. Brasília, 2012. 139f. Dissertação (Mestrado). Universidade de Brasília.

GOMES, N. S.; FARINA, M.; FORNO, C. D. Espiritualidade, religiosidade e religião: reflexão de conceitos em artigos psicológicos. Revista de Psicologia da IMED, 6 (2): 107-112, 2014.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.34, supl.1, p.88-94, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a12v34s1.pdf>

GRESCHAT, H. J. O que é Ciência da Religião. São Paulo, Editora Paulinas, 2005. (Coleção Repensando a Religião).

GREENSTREET, W. M. Teaching spirituality in nursing: a literature review. *Nurse education today*, v, 19, p. 649-658, 1999.

GRUDTNER, D. I. Ajudar o “ser doente” se religar a Deus: também é papel da enfermagem. **Cogitare Enfermagem**. Local; v.1, n.1, p.95-8, 1996.

GUSSI, M. A.; DYTZ, J. L. G. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*; Brasília, 61, (3), mai/jun 2008.

HARRISON, P. Ciência e religião: construindo os limites. *Revista de Estudos da Religião REVER*. São Paulo, 2007.

HOCK, K. Introdução a Ciência da Religião. São Paulo, Edições Loyola, 2010

HORTA, W. A. O processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1970.

HORTA, W. A. Teoria das necessidades humanas básicas. *Revista de Enfermagem*, 1979.

HUF, D. D. **A assistência espiritual em enfermagem, na dimensão no ética a luz da análise existencial de Viktor Frankl**. Ribeirão Preto, 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - Censo Demográfico. Distribuição da população segundo religião ou crença no Brasil; 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2170
Acesso em: 13/11/2014.

JARROS, R. B.; DIAS, H. Z. J.; MÜLLER, M. C.; SOUSA, P. L. R. Estudo bibliométrico da produção brasileira na interface da psicologia com espiritualidade/religiosidade. *PEPSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia)*; vol 9, n 2, São Paulo, dez/2008.

KOENIG, H. G. Religion end medicine III: developing a theoretical model. *Int. J Psychiatry Med*. 2001a; 31 (2): 199-216. O encontro da ciência e da espiritualidade. Trad. IUR ABREU; 03/2012.

KOENIG, H. G.; McCULLOUGH, M.; LARSON, D.B. **Handbook of religion and health**. New York: Oxford University Press, 2001b.

KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde**: o encontro da ciência e da espiritualidade. Tradução de Abreu, Iuri. Porto Alegre: L&PM, 2012.

KOENIG, H. G.; KING, D.; CARSON, V. B. Handbook of religion and health. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2012.

LANGDON, E. J. Rito como conceito chave para a compreensão de processos sociais. In: Langdon & Pereira, Org. Rituais e performances: iniciação em pesquisa de campo. Florianópolis; UFSC/ Departamento de Antropologia, p17-22, 2012.

LAPLANTINE, F. Antropologia da doença. 4ª edição. São Paulo: WMF, Martins Fontes, 2010.

LEITE, I. S.; SEMINOTTI, E. P. A influência da espiritualidade na prática clínica em saúde mental: uma revisão sistemática. Revista Brasileira de Ciência da Saúde; 17, (2): 189-196, 2013. ISSN 1415 2177

LIBÂNEO, J. C. Reflexividade e formação de professores: outra oscilação do pensamento pedagógico brasileiro. In: PIMENTA, SG; GHEDIN, E (Orgs.). Professor reflexivo no Brasil: gênese e crítica de um conceito. São Paulo: Cortez, 2002.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualidade profissional da Enfermagem brasileira. Cadernos Pagú, 2006; 24 (1): 105-125.

LUCCHETT, G.; ALMEIDA, L. G. C.; GRANERO, A. L. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar?. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 128-132, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32n1/v32n1a20.pdf>> Acesso em: 20 fev. 2015.

LUCCHETT, G.; GRANERO, A. L.; BASSI, R. M.; LATORRACA, R.; NACIF, S. A. P. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? Revista Brasileira de Clínica Médica; 8 (2): 154-8, 2010.

LUCCHETT, G. et al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. J Rehabil Med 2011; 43:316-22.

LUCCHETT, G.; ALMEIDA, L. G. C.; LUCCHETTI, A. L. G. Religiousness, mental health, and quality of life in brazilian dialysis patients. Hemodial Int. 2012;16(1):89-94.

LUENGO, C. M. L.; MENDONÇA, A. R. A. Espiritualidade e qualidade de vida em pacientes com diabetes. Revista Bioética. UNIVAS, Pouso Alegre/MG; 22 (2): 380-7, 2014.

MALTBY, J. The internal structure of a derived, revised, and amended measure of the Religious Orientation Scale: The 'Age-Unive, 1999.

MARIOTTI, L.; et al. Spirituality and Medicine: views and opinions of teachers in a Brazilian Medical School. **Medical Teacher**, England, v.33, n.4, p. 339-40, apr. 2011.

MATURANA, H. **Cognição, ciência e vida cotidiana**. Belo Horizonte: UFMG, 2001.

MAZZAROLO, I. Religião ou espiritualidade. Revista Brasileira de História das religiões. Maringá-PR: v3, n.9, jan/2011. Disponível em: www.dhi.uem.br/gtreligiao/pub.html Acesso em: 29/06/2014.

McSHERRY, W.; JAMIELSON, S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. **Journal of clinical nursing**, England, v.20, n.11-12, p.1757-67, jun. 2011.

MENEZES, R. A.; HEILBORN, M. L. A inflexão de gênero na construção de uma nova especialidade médica. Revista de Estudos Feministas, 2007, 15 (3): 563-580.

MIELE, N. Curso de graduação em Ciências das Religiões. João Pessoa – Editora Universitária UFPB, 2011. (Coleção Ciências das Religiões).

MOREIRA-ALMEIDA, A. O crescente impacto das publicações em espiritualidade e saúde e o papel da Revista de Psiquiatria Clínica. Rev Psiquiatr Clín. 2010; 37 (2): 41-2.

NAHAS, MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina – PR, 4ª edição: Editora Mediograf, 2006.

NASCIMENTO, I. P. Encontro acadêmico em Saúde e Espiritualidade – VII Encontro N/NE. Revista brasileira de ciências da saúde, 16 (supl.3): out/2012. Disponível em: amepb.blogspot.com.br/2012/06/vii-enconrame.html.

NASCIMENTO, M. N. F. Religiosidade e Saúde: etnografia de um grupo da RCC, diálogo com a perspectiva Junguiana. Portal dos Psicólogos, 2007. Disponível em: www.psicologia.pt/artigos/textos/A0359.pdf Acesso em: fevereiro/2014

NASCIMENTO, LC; SANTOS, TFM; OLIVEIRA, FCS; PAN, R; FLÓRIA-SANTOS, M; ROCHA, SMM. Espiritualidade e religiosidade na perspectiva de enfermeiros. Texto e Contexto – Enfermagem; v22, n1: Florianópolis – SC, jan/mar, 2013.

NASSER, M. C. C. O uso de símbolos: sugestões para sala de aula, São Paulo: Paulinas, 2006. (Coleção temas do ensino religioso).

NERI, M. C. Novo mapa das religiões. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2011.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem**: o que é e o que não é. Tradução Carvalho, Amália Correa de. São Paulo: Cortez, 1989.

NORDENFELT, L. Ação, habilidade e saúde: ensaios em Filosofia da Saúde e bem-estar, 2000

OGUISSO, T.(Org.) **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2007.

OLIVEIRA, M. A. C.; ENGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde/doença. **Rev. Esc. Enfermagem. USP**, v. 34, n.1, p 9-15, 2000.

OLIVEIRA, M. R., & JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia*, 2012. 17(3), 469-76. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300016> Acesso: 05/11/2014.

OLIVEIRA, J. L. M. Antropologia da religião. Universidade Católica de Brasília, UCB –DF, 2014. Disponível em: www.ucb.br/sites/000/14/PDF/antropologiadareligiao.pdf. Acesso em: 21/03/2015.

OTTO, R. O sagrado: um estudo do elemento não/racional na ideia do divino e a sua relação com o racional, São Bernardo do Campo: Imprensa Metodista, 1985.

ADILHA, M. I. C. S.; MANCIA, J. R. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.58, n.6, p.723-6, 2002.

PADILHA, M. I. C. S.; VAGUETTI, H. H.; BRODERSEN, G. Gênero e Enfermagem: uma análise reflexiva. *Revista de Enfermagem, UERJ*: v 14 n 2, p 292-300, abr/jun,2000.

PAIS RIBEIRO, J.; POMBEIRO, T. Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas. In: CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE, 5., 2004, Lisboa. **Actas...**Lisboa: ISPA, 2004, p. 757-69.

PAIVA, J. G. Psicologia da religião, psicologia da espiritualidade: oscilações conceituais de uma disciplina. In: AMATUZZI, MM. (Org.) *Psicologia e Espiritualidade*. São Paulo, Editora Paulus, 2005.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.34, supl. 1, p. 126-135, 2007.

PANZINI, R. G. **Escala de coping religioso-espiritual (escala CRE)**: tradução, adaptação e validação da escala rcope, abordando relações com saúde e qualidade de vida. Porto Alegre, 2004. X fls. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

PANZINI, R.G.; et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 1, p. 105-115, 2007.

PARGAMENT, K. *Spirituality integrated psychotherapy*. New York: The Guilford Press, 2007.

PARGAMENT, K. The psychology of religion and coping: theory, research, practice. Guilford Press, New York, 548p. 1997.

PAWELL et al. Religion and spirituality: linkages to physical health. American Psychological Association; v.58, n.1, p. 36-52, 2003.

PEDRÃO, R.B.; BERESIN, R. O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. **Revista Einstein**, São Paulo, v. 8, n.1, p.86-91, jan.-mar. 2010. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1208-Einsteinv8n1_p86-91_port.pdf> Acesso em: 22 jan. 2015

PENHA, R. M.; SILVA, M. J. P. Conhecimento e percepção da importância do atendimento da dimensão espiritual pelos graduandos de enfermagem. O Mundo da Saúde, v.31, n.2, p.238-45, 2007.

PEREIRA, V. N. A.; KLÜPPEL, B. L. P. A cura pela fé: um diálogo entre ciência e religião. **Caminhos**, Goiânia, v.12, n.1, p.93-104, jan./jun. 2014.

PERES, MFP, et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. Revista de Psiquiatria Clínica; 34 (1): 82-87, 2007.

PESSINI, L. Espiritualidade e a arte de cuidar em saúde – In: CALMON, VAA. Espiritualidade e prática clínica. São Paulo: Pioneira. Thomson Learning, p. 39-84, 2004.

PESSINI, L.; BERTANCHINI, L. O que entender por cuidados paliativos. São Paulo: São Camilo, Loyola; 2006.

PINHEIRO, D. **Xamanismo**: manifestações do espírito. 2009. Disponível em: <www.xamanismoma.blogspot.com.br/2009_05_01_archive.html> Acesso em: 11 jan. 2015.

PIRES, D.; KRUSE, H.; SILVA, E. A enfermagem e a produção do conhecimento. Associação Brasileira de Enfermagem, 2006: 14-5.

PRADO, A. Arte como experiência religiosa. In, MARINA, M. & MAHFOUD M. (orgs.). Diante do mistério: psicologia e senso religioso. São Paulo: Loyola, 1999, pp. 17-31.

PRANDI, R. **Encantaria brasileira**: o livro dos mestres, caboclos e encantados. Rio de Janeiro: Pallos, 2001.

POLIT, D. F.; BECKER, C. T. Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POWELL, L.H. et al. Religion and spirituality: linkages to physical health. **American Psychological Association**; v.58, n.1, p.36-52, 2003.

REED P. Spirituality and mental health in older adults: extant knowledge for nursing. Fam Community Health, v.14, n.2, p.14-25, 1991.

REGINATO, V.; GALIAN, D. M. C. Contribuição ao estudo do perfil do aluno de primeiro ano de medicina da grande São Paulo: aspectos familiares e suas implicações no âmbito vocacional e do desenvolvimento profissional. USP, 2014

REZENDE, A. L. M. **Saúde**: dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Ed. Cortez, 1989.

RIBEIRO Jr, W. A. Aspectos reais e lendários da biografia de Hipócrates, “o pai da medicina”. *Jornal Brasileiro de História da medicina*; 6 (1): 8-10, 2003.

RICOEUR, P. O mal: um desafio à filosofia e à teologia. Campinas: Papirus, 1988a.

RIES, J. O homem é desde sua origem um homem religioso. UNISINOS, 2012. Disponível em: www.ihu.unisinos.br/noticias/505568 Acesso em: 01/07/2014.

ROBERTO, G. L. Espiritualidade e saúde. In: Teixeira EFB, Muller MC, Silva JDT. (org) *Espiritualidade e qualidade de vida*; pp. 151-163. Porto Alegre: EDIPUCRS, (2004).

ROCHA, N. S.; FLECK, M. P. A. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. *Rev. Psiquiatria Clínica*; USP, 2011.

ROSS, L. The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *Int J Nurs Stud*;32:457-68, 1995.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: UCITEC, UNESP; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

SÁ A. C.; PEREIRA L. L. Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica, O mundo do saber. São Paulo: 2007; abr/jun 31 (2): 225-237

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATISTELLA, L. R. Espiritualidade baseada em evidências. **Revista Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 107-112, dez. 2001. Disponível em: <http://www.amebrasil.org.br/html/espirt_evidencias.pdf > Acesso em: 20 jan. 2015.

SANTOS, G.; SOUZA, L. A espiritualidade nas pessoas idosas: influência da hospitalização. *Revista Bras. de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, 2012.

SANTOS, B. S. Da ciência moderna ao novo senso comum. In: Santos, BS. *A crítica da razão indolente – contra o desperdício da experiência*, volume 1; São Paulo: Editora Cortez, 2000.

SANTOS, F. S. Espiritualidade e saúde mental: espiritualidade na prática clínica. **Zen Review**, set. 2010. Disponível em: < <http://www.hoje.org.br/arq/artigos/Espiritual4.pdf> > Acesso em: 09 fev. 2014.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social**: trajetória da saúde pública. São Paulo: SENAC, 2002.

SILVA, A.F.; NÓBREGA, M.M.L.; SOUTO, C.M.R.M. Instrumento para documentação de processo de enfermagem no período pós-parto. **Ciência, cuidado e Saúde**, Maringá. No prelo.

SILVA, E. M. Religião diversidade e valores culturais: conceitos teóricos e a educação para a cidadania. REVER (revista de estudos da religião), nº 2/2004, pp 1-14. ISSN 1677-1222.

Disponível em: www.pucsp.br/rever/rv2_2004/p_silva.pdf Acesso em: 16/07/2014.

SIMÃO, M. J. P. Psicologia transpessoal e espiritualidade. O mundo da Saúde, 2010. 34(4), 508-519.

SIMÕES, A. S.; KLUPPEL, B. L. P.; SOUSA, S. Bem-estar espiritual e síndrome de Burnout em Psicólogos de hospitais públicos em João Pessoa/PB. Revista Logos & existência, UFPB; v1, n2, p 192-202, 2012.

SIQUEIRA, D. O labirinto religioso ocidental. Da religião à espiritualidade. Do institucional ao não convencional. Sociedade e Estado, v.23, n.2, Brasília, 2008.

SOLOMON, R. C. Espiritualidade para céticos: paixão, verdade cósmica e racionalidade no século XXI. Rio de Janeiro: Civilização brasileira; 2003.

SOUZA, V. C. A ontologia em Mircea Eliade. 2010. Mestrado em Ciências da Religião. Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, SP.

SOUZA, C. F. B. Espiritualidade e bioética. Revista Pistis Prax, vol5, n1, pp.123-145, Curitiba: jan/jun. 2013.

SOUZA, J. R.; MAFTUM, M. A.; MAZZA, V. A. O cuidado de enfermagem na dimensão espiritual: a experiência dos alunos de graduação. Online Brazilian Journal of Nursing; v8, n1, 2009.

SOUZA, E. A.; GOMES, E. S. A visão de homem em Frankl. **Revista Logos e Existência**, João Pessoa, v.1, n.1, p. 50-57, jan.-jul. 2012.

SOUZA, RC; CALDAS, NM. Os sentidos da relação entre saúde mental e religiosidade, para profissionais de saúde da família em Ilhéus – BA. Ciência, Cuidado e Saúde; v8, n3, p 460-468, 2009.

SPONCHIATO, D.; MANARINI, T.; T. RUPRECHT, O remédio está na fé. **Revista Saúde é vital**. São Paulo: Editora Abril, dez. 2013.

STROPPIA, A. & MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. Revista de Psiquiatria Clínica, 2009. 36(5), 190-196. doi: 1590/S0101-60832009000500003.

SULMASY, D. B. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The gerontologist*. 2002;42:24-33. [Links]

TEIXEIRA, F. Religião e busca de significado. In: VASCONCELOS, EM. A espiritualidade no trabalho em saúde, 2ª edição. Hucitec: São Paulo, 2011.

TILLICH, P. **Dinâmica da fé**. 5. ed. São Leopoldo, RS: Sinodal, 1996.

TILLICH, P. Teologia da cultura. São Paulo – SP: Fonte Editorial, 2009.

TOMASSO, C. S.; BELTRAME, I. L.; LUCCHETTI, G. Conhecimento e atitudes de docentes e alunos em Enfermagem, na interface espiritualidade, religiosidade e saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.5, p. 1205-1213, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_19.pdf> Acesso em 20 fev. 2015.

UNDERWOOD-GORDON, L.; PETERS, D. J.; BIJUR, P.; FUHRER, M. Roles of religiousness and spirituality in medical rehabilitation and the lives of persons with An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care disabilities. A commentary. *American Journal Phys Med Rehabilitation*, v.76, n.3, p. 255, 2007

USARSKI, F. Interações entre Ciência e Religião. PUC-SP, Revista Espaço Acadêmico ano II, n17: out/2002.

VAGHETTI, HH et al. Social groups and caring along humam trajectory. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro; v.15, n.2, p. 214-217, abr./jun. 2007. Disponível em: www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a18.pdf. Acesso em: 19/02/2015.

VAILLANT, G. E. **Fé evidencias científicas**. Tradução de Alves, Isabel. Bauerí: Manole, 2010.

VASCONCELOS, E. M. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In E. M Vasconcelos (Org.), *A espiritualidade no trabalho em Saúde*, (pp. 13-157). São Paulo: Hucitec, 2006

VASCONCELOS, E. M. A espiritualidade no trabalho em saúde, São Paulo: Hucitec, 2011.

VASCONCELOS, E. M. Espiritualidade na educação popular em saúde. **Cadernos Cedes**, Campinas, v. 29, n.79, p. 323-334, set.-dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v29n79/03.pdf>> Acesso em: 20 jan. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE. Word Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the Wuorlth Health Organization. **Social Science and Medicine**, v.10, p. 1403-09, 2010.

YANNOULAS, S. C. (Coordenadora). A convidada de pedra. Mulheres e políticas de trabalho e renda: entre a descentralização e a integração supranacional. Um olhar a partir do Brasil, de 1988 a 2002. Brasília DF; Flasco, 2003.

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Nome Completo: _____
2. Idade: _____ 3. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
4. Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Outros
5. Religião: _____

6. Com que frequência pratica:

☐ Uma vez por mês	☐ mais de uma vez por mês
☐ Uma vez por semana	☐ Mais de uma vez por semana

7. O que você entende por Espiritualidade?

8. Qual a importância da espiritualidade na sua vida?

1. Sem importância	2. Pouco importante	3. Relativamente importante	4. Importante	5. Muito importante
☐	☐	☐	☐	☐

9. Em sua opinião, quais as relações entre espiritualidade e cuidado na assistência ao paciente?

10. Qual a importância em considerar a espiritualidade do paciente em seu processo saúde-doença? Comente.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO:

As relações entre espiritualidade e cuidado segundo as concepções dos estudantes de enfermagem

GRADUANDO: JOÃO BERNARDINO DA SILVA

ORIENTADOR: PROF. DR. THIAGO ANTONIO AVELAR DE AQUINO

Prezado (a) estudante,

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa intitulada As relações entre espiritualidade e cuidado segundo as concepções dos estudantes de enfermagem.

Este estudo tem como objetivo: Investigar a compreensão dos estudantes de enfermagem, sobre as relações entre a espiritualidade e o cuidado.

Para a realização desta pesquisa, solicito sua livre colaboração para responder um questionário. Os dados serão analisados na sua totalidade levando em conta as respostas de todos os participantes da pesquisa. Faz-se oportuno esclarecer, que a sua participação na pesquisa é voluntária, portanto, você não é obrigado a fornecer informações e/ou colaborar com o solicitado pelo pesquisador, podendo desistir a qualquer momento do estudo, fato este que não representará qualquer tipo de prejuízo relacionado ao seu trabalho nesta instituição. Vale ressaltar que esta pesquisa não trará danos previsíveis para a sua pessoa, visto que sua participação consistirá apenas em responder algumas questões a respeito do tema em destaque.

Considerando a relevância da temática no campo profissional, solicito a sua permissão para disseminar o conhecimento que será produzido por este estudo em eventos aos quais se destina e em revistas científicas da área. Para tanto, por ocasião da publicação dos resultados, garantiremos que a sua identidade será mantida no anonimato, bem como as informações confidenciais fornecidas.

É importante mencionar que você receberá uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que o pesquisador estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa do processo de pesquisa. Diante do exposto, caso venha a concordar em participar da investigação proposta, convido o(a) conjuntamente comigo, a assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .

CONSENTIMENTO

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, bem como da minha participação como entrevistado (a), declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, bem como concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos. Informo que recebi uma cópia deste termo.

Em virtude de o TCLE encontrar-se em mais de uma página, as demais serão rubricadas pelo pesquisador e sujeito da pesquisa.

João Pessoa, / / 2013.

Assinatura do (a) Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Caso necessite de maiores informações sobre a pesquisa, favor entrar em contato com o pesquisador:

Telefones para contato com o pesquisador: (083) 9118 - 0491.

- Endereço residencial: Rua Cecília Rodrigues de Siqueira, nº 994, Bancários João Pessoa/PB. CEP: 58051830
- CGCR – CE/UFPB. Endereço: Campus I, S/N - Cidade Universitária - João Pessoa-PB. CEP: 58050-000 Fone: (83) 3216- 7444 – coord.gradcr@gmail.com
- Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – CEP/CCS/UFPB. Endereço: Campus I, S/N - Cidade Universitária – João
- Pessoa - PB. CEP: 58050-000 Fone: (83) 3216-7791.

ANEXO