

ABORDAGEM TEÓRICO-PRÁTICA DA ESPIRITUALIDADE EM PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

JÉSSICA DE OLIVEIRA JACINTHO, LAÍS MARTINS DE ABREU, RAÍSA BECKER,
CLARA MARIA MOREIRA GONTIJO, MARINA EDUARDA SANTOS, FERNANDA
ARAUJO ROMERA, MARYANE DE OLIVEIRA SILVA, ALEXANDRE DE ALMEIDA
BARRA, LEONARDO BRANDÃO BARRETO

Resumo: A relação entre medicina e espiritualidade é alvo de estudos da atualidade, cujos resultados evidenciam associação positiva com comportamentos saudáveis. No entanto, há uma lacuna de tal abordagem na formação em saúde. O presente projeto de extensão objetiva construir com estudantes de medicina substrato teórico e vivências práticas na abordagem da espiritualidade de pacientes institucionalizados através de questionários validados como o FICA. As intervenções com as atividades registradas e discutidas com os professores visam ofertar cuidado humanizado e valorizar a integralidade dos sujeitos. A análise qualitativa dos dados revelou ausência de abordagem prévia da espiritualidade dos pacientes, cuja maioria manifestou interesse nessa intervenção. É relevante para o médico saber o momento e a forma adequada dessa abordagem visando à singularidade de cada caso.

Palavras-chave: Relações Comunidade-Instituição. Espiritualidade. Integralidade em Saúde.

THEORETICAL AND PRACTICAL APPROACH OF SPIRITUALITY IN INSTITUTIONALIZED PATIENTS

Abstract: The relationship between medicine and spirituality is subject of current studies, whose results show a positive association with healthy behaviors. However, there is a lack of such approach in healthcare education. The objectives of this extension project were to build together with medical students theoretical and practical experiences in approaching the spirituality of institutionalized patients through validated questionnaires, such as FICA. The interventions with the activities

record and discussion with professors aim to offer humanized care and to value the integrality of these individuals. Qualitative data analysis revealed a lack of previous approach to the spirituality of the patients, whom (most of them) expressed interest in this intervention. It is relevant for the physician to know the timing and appropriate way of this approach aiming at the uniqueness of each case.

Keywords: Community-Institutional Relations. Spirituality. Integrality in Health.

ENFOQUE TEÓRICO-PRÁCTICO DE LA ESPIRITUALIDAD EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

Resumen: La relación entre medicina y espiritualidad es objeto de estudios de la actualidad, cuyos resultados evidencian asociación positiva con comportamientos saludables. Sin embargo, hay una disparidad de tal enfoque en la formación en salud. Los objetivos del presente proyecto de extensión fueron de construir con estudiantes de medicina sustrato teórico y vivencias prácticas en el enfoque de la espiritualidad de pacientes institucionalizados por medio de cuestionarios validados como el FICA. Las intervenciones con las actividades registradas y discutidas con los profesores, tienen el objetivo de ofrecer cuidado humanizado y valorar la integralidad de esos sujetos. El análisis cualitativo de los datos reveló ausencia de abordaje previo de la espiritualidad de los pacientes, cuya mayoría manifestó interés en esa intervención. Es importante para el médico saber el momento y la forma adecuada de este enfoque dirigidos a la singularidad de cada caso.

Palabras clave: Relaciones Comunidad-Institución. Espiritualidad. Integralidad en Salud.

INTRODUÇÃO

A espiritualidade pode ser definida como uma propensão humana a buscar significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal¹⁻². Dessa forma, a espiritualidade pode até estar relacionada à religião, mas é um conceito ainda mais amplo, sendo uma busca inerente de cada pessoa do significado e do propósito definitivos da vida³.

A relação entre saúde e espiritualidade é datada desde os tempos remotos. Egípcios, gregos e autoridades religiosas dos tempos medievais aliavam práticas médicas e espirituais ao cuidado dos pacientes. Somente no período da

Renascença é que se observa uma cisão entre ciência e espiritualidade, o que perdurou até o século XX, quando ocorre o crescimento da “Espiritualidade baseada em evidências”, a qual se propôs estudar os desfechos clínicos proporcionados pela fé⁴. Nas últimas décadas é observado um crescente reconhecimento dessa dimensão para a saúde em decorrência do aumento exponencial no número de estudos que investigam a relação entre espiritualidade e saúde⁵.

A espiritualidade pode levar a consequências positivas e, ocasionalmente, negativas à saúde. Estudos demonstram associação da espiritualidade com variados determinantes em saúde, revelando uma associação positiva com bem estar, autoestima, altruísmo, otimismo e qualidade de vida. Também há associação positiva com comportamentos considerados saudáveis, como maior prática de exercício físico e consumo de dieta saudável. Há demonstrada associação negativa com determinantes considerados prejudiciais, como ansiedade, depressão, abuso de substâncias e tabagismo⁶.

Existem situações em que a espiritualidade pode representar um fator conflitante, interferindo em condutas médicas. É o caso, por exemplo, de crenças individuais divergentes da conduta médica estabelecida, que acabam por interferir na adesão ao tratamento ou no próprio bem estar psíquico do indivíduo. Ocasionalmente, pode ocorrer um enfrentamento negativo de situações adversas, quando crenças/práticas religiosas são usadas para justificar comportamentos de saúde prejudiciais ou substituir cuidados médicos, ou caso induza culpa, vergonha, medo, raiva e agressão. No geral, entretanto, a vida espiritual tende a promover mais experiências humanas positivas⁶.

Assim, os profissionais da saúde possuem evidências científicas do benefício da exploração da espiritualidade dos pacientes em vista da sua grande influência na saúde física, mental, e no enfrentamento de situações adversas, como quando são feitos diagnósticos preocupantes. Também é observado que os pacientes em geral gostariam que essa abordagem fosse feita⁷ e relatam que sentiriam mais empatia e confiança no médico que levasse em consideração essa dimensão⁸. Entretanto, os médicos possuem dificuldades para efetuar essa abordagem, em vista da existência de uma grande lacuna no ensino acadêmico.

Durante a formação médica, há uma grande preocupação em se prolongar a vida e combater a doença, mas o próprio meio acadêmico pouco trabalha com os estudantes a observação de outros aspectos tão importantes do indivíduo, como suas vontades, subjetividades e sua própria impressão sobre seu adoecimento. Além disso, poucos conseguem diferenciar religião de

espiritualidade e reconhecer a importância desses aspectos na vida e nas escolhas do paciente, ou compreendê-los como algo que permite ao homem dar um sentido ao seu sofrimento. Esse fato acaba impedindo que o indivíduo seja auxiliado na melhora da saúde e/ou qualidade de vida de modo satisfatório.

Há, portanto, uma grande necessidade de quebra de paradigmas na relação saúde-espiritualidade. Métodos e questionários foram cientificamente desenvolvidos como uma forma de guiar o médico na prática da anamnese espiritual. O FICA é um desses instrumentos reconhecidos pela literatura científica como um direcionamento eficaz para abordar a espiritualidade de pacientes, pois ele contempla questões como: fé, crença e sentido de vida; importância da fé na saúde; interação com comunidades afins; e ações no cuidado direcionadas pelas informações colhidas⁴.

O presente projeto de extensão universitária da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), tem como objetivo promover atenção aos pacientes institucionalizados no Hospital Santa Casa da Misericórdia de Ouro Preto, e possui como base a construção da anamnese espiritual por meio do questionário FICA. Além disso, busca proporcionar uma inserção precoce dos acadêmicos da UFOP no serviço de saúde, bem como aquisição de substrato teórico com vivências práticas na abordagem e coleta de histórias espirituais de pacientes.

A interação dos professores orientadores e alunos do projeto com profissionais da instituição também é reforçada, já que os enfermeiros e médicos dos setores colaboram indicando os pacientes mais receptivos aos estudantes e aqueles com quadros clínicos estáveis para participar. Além disso, o projeto realiza uma articulação social por meio da contribuição para a melhoria da assistência à saúde na instituição em questão. Mais especificamente, atua colaborando para humanização das práticas e do cuidado integral, valorizando a anamnese espiritual no meio clínico, compartilhando e aprendendo sobre a espiritualidade e as crenças religiosas dos pacientes. Além de avaliar as forças e as angústias espirituais deles, ajudando-os a encontrar recursos íntimos de cura, aceitação e enfrentamento e, por fim, oferecer atenção, escuta e cuidado compassivo.

JUSTIFICATIVA

As falhas do modelo biomédico vêm sendo discutidas ao longo dos últimos anos, bem como o modelo centrado no paciente é cada vez mais abordado, direcionando a visão clínica para uma compreensão “global” do paciente, além da

sua enfermidade. Com o tempo, o profissional de medicina passou a ser exigido não apenas quanto a seus conhecimentos técnicos, como também pela sua empatia com relação a questões cotidianas pessoais do paciente, tais quais casamento, consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas, a vida profissional, a vida escolar, impondo maior habilidade de escuta e comunicação⁹. Inserida nestas novas demandas, a espiritualidade e/ou religião são dados importantes para a condução da anamnese e do tratamento médico, pois como afirma Koenig¹⁰: “negligenciar a dimensão espiritual é como ignorar o ambiente social de um paciente ou seu estado psicológico, e resulta em falha ao tratar a pessoa “integralmente””.

Em um estudo realizado por Tai-Jung Tsai et al¹¹, foram realizadas perguntas sobre a relação entre religião e saúde para pacientes diagnosticados com câncer em um hospital de Taiwan. De todos os temas abordados, os cinco principais relatados pelos participantes foram: A religião me fornece apoio mental e força; A religião me permite ganhar confiança na recuperação da saúde; A religião me motiva a lidar com doenças relacionadas ao estresse de forma positiva e otimista; A religião me ajuda reduzir a ansiedade; e A religião me dá coragem para enfrentar incertezas quanto à progressão da doença. Tal resultado corrobora com os artigos anteriormente citados, mostrando a relevância da espiritualidade e da religião durante o processo saúde-doença.

Desta forma, vê-se que práticas espirituais ou crenças religiosas podem influenciar na adesão ao tratamento médico proposto, tornando essencial o conhecimento dessas práticas por parte do médico que saberá a forma como o paciente lida com sua enfermidade, auxiliando na determinação da melhor conduta a ser seguida no tratamento. Além disso, o conhecimento da religião do paciente também pode permitir ao médico que utilize, caso necessário, o apoio da comunidade em que o indivíduo faz parte ou do líder de sua religião, na tentativa de ofertar maior suporte ou suavizar momentos críticos que o paciente vivencie.

Considerando-se a realidade local de atuação do presente projeto, dados do IBGE de 2010¹² revelam que cerca de 82% da população de Ouro Preto declara-se Católica Apostólica Romana; cerca de 14% declara-se praticante de outras religiões; enquanto menos de 4% da população se declarou como “sem religião”. Visto que a espiritualidade e a religião são fortemente presentes na cidade de Ouro Preto, espera-se fortalecer o elo entre comunidade e instituição de ensino, beneficiando a população ouro-pretana com o cuidado holístico proporcionado pelo projeto. Soma-se a isso, o ganho de experiência e o

aprendizado sobre a condução da anamnese espiritual, de forma a contribuir com uma formação mais humanizada dos alunos de medicina.

A ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NO BRASIL

O interesse pela relação entre espiritualidade/religiosidade (E/R) e saúde tem crescido significativamente, uma vez que estudos indicam relação positiva entre essas variáveis. Nesse sentido, muitas organizações de saúde têm feito pesquisas e estudos para recomendações de abordagem e avaliação da espiritualidade do paciente, levando-se em conta um atendimento integral à saúde do indivíduo¹³.

O Brasil possui diversos grupos de religião: Católica Apostólica Romana; Católica Apostólica Brasileira; Católica Ortodoxa; Evangélicas divididas em Evangélicas de Missão (subdividida em 7 outros grupos), Evangélicas de Origem Pentecostal (subdividida em 12 outros grupos) e Evangélicas não determinadas; Outras cristãs; Outras religiosidades cristãs, Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias; Testemunha de Jeová; Espiritualista; Espírita; Umbanda; Candomblé; Outras declarações de religiosidades afro-brasileiras; Judaísmo; Hinduísmo e Budismo¹⁴. Paralelamente a isso, um estudo brasileiro realizou uma investigação sobre filiação, religiosidade organizacional e subjetiva, verificando que a população brasileira possui religiosidade significativamente considerável sendo que 95% da amostra possuía uma religião, 83% consideraram religião muito importante e 37% frequentavam algum serviço religioso pelo menos uma vez por semana. Outro dado importante foi a constatação de que mulheres e idosos demonstraram maior envolvimento religioso, em concordância com outros países¹³. A partir desses dados é possível inferir que, no Brasil, há uma forte diversidade e relevância da religiosidade para a maioria da população.

O estudo da E/R de um país proporciona o conhecimento de outra dimensão da saúde do indivíduo, sendo importante sua abordagem pelos profissionais dessa área, permitindo a contemplação da saúde integral do ser humano e o direcionamento de políticas de acordo com os perfis populacionais.

A RELAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE COM A SAÚDE DO INDIVÍDUO

Espiritualidade é o conjunto de crenças de um indivíduo que trazem sentido à vida, procurando através de uma busca pessoal razão e preenchimento no viver. Proporciona ao indivíduo crescimento pessoal através do idealismo, esperança e altruísmo, reunindo características que dão apoio à vida e ao sofrimento. Além disso, gera tolerância, pertencimento à comunidade, amor ao próximo, proporcionando aproximação e estreitamento de relações interpessoais¹⁵⁻¹⁶.

Religiosidade é o envolvimento do indivíduo com uma religião, em que há busca do sagrado e do transcendente representado por uma divindade criadora do universo. Essas crenças influenciam os hábitos e relações com o mundo, o que traz reflexo na vida do indivíduo. Através da religião, o ser humano é submetido a uma maior integração social, proporcionada pela comunidade religiosa, e regulação social, através da orientação da comunidade religiosa a hábitos saudáveis de vida e comportamentos éticos¹⁶⁻¹⁷.

Nesse sentido, a prática E/R interfere significativamente nas relações intra e interpessoais, levando a hábitos e mudanças benéficas na vida do indivíduo, melhorando dessa forma a qualidade e o estilo de vida e por consequência diminuindo a necessidade de assistência médica¹⁸.

As pesquisas sobre qualidade de vida relacionam os indivíduos que possuem E/R com um aumento na qualidade de vida, atribuindo a essa melhoria o fato de ocorrer uma maior integração do indivíduo com a comunidade afim. Outra relação apontada foi a associação entre qualidade de vida e coping religioso/espiritual. O coping é uma estratégia de enfrentamento e, no caso específico do coping religioso/espiritual, utiliza-se a religião como ferramenta para lidar com os problemas e estresse. Assim, no coping positivo, o praticante é beneficiado pela procura do amor/proteção do ser superior, bem como pelo suporte proporcionado por leituras religiosas, estímulo ao perdão e orações para si e outros, sendo a E/R fonte de alívio e solução de problemas¹⁹⁻²⁰.

Uma revisão realizada a fim de estabelecer as principais relações entre E/R com personalidade concluiu sobre a existência de uma associação de alta religiosidade com baixo psicoticismo, isto é, expressão anormal de emoções. Além disso, houve relação com alta amabilidade que engloba características como generosidade, empatia, gentileza, bem como associação com

conscienciosidade relacionada com características como confiança, responsabilidade e eficiência²¹⁻²².

Outra revisão aborda a relevância da inserção da E/R no manejo da dor e em cuidados paliativos, tendo como consequências maior tolerância à dor pelo paciente bem como melhora do humor. Além disso, é necessário o controle do sofrimento físico para que não exista dificuldade pelo paciente em alcançar a plenitude espiritual, um dos objetivos dos cuidados paliativos²³.

Em uma revisão descritiva, constatou-se alguns benefícios da espiritualidade na saúde física, como: prática religiosa proporcionando aumento nos valores de CD4 e redução da carga viral após diagnóstico de soropositividade para HIV; prática religiosa em pacientes soropositivos proporcionando menores taxas de cortisol urinário e sintomas de depressão e prática religiosa associada a menor mortalidade⁵. A E/R também funcionam como fator protetor ao uso de drogas. Dessa forma, indivíduos que não frequentam ou não exercem sua religião possuem maior propensão ao uso de álcool e outras drogas²⁴.

A partir desses estudos, observa-se que a E/R comprovadamente trazem benefícios a saúde física e mental do indivíduo, funcionando como fator de prevenção e impacto no processo de adoecimento. Muitos pacientes trazem essa demanda, sendo necessário o conhecimento e a abordagem correta pelos vários profissionais bem como o estudo a fim de esclarecer os mecanismos causais dessa relação.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A ABORDAGEM DA ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE PELO PROFISSIONAL DA SAÚDE

A ciência tem reconhecido que a assistência à saúde requer a abordagem da dimensão espiritual do ser humano, superando a visão biomédica de abordagem estrita da doença²³. Sendo a espiritualidade um aspecto fundamental do ser humano cuja abordagem proporciona melhores desfechos clínicos, como, então, abordá-la?

A inclusão de disciplinas sobre saúde e espiritualidade no currículo dos cursos de medicina representa um avanço na problematização dessa dimensão no cuidado com a saúde. No entanto, um estudo de revisão indica que apesar dessa temática ser abordada em dois terços de escolas médicas americanas, o que se observa é uma realidade em que poucos médicos de fato abordam e consideram

a história espiritual dos pacientes na prática clínica²³⁻²⁵. Dentre os possíveis entraves para essa intervenção, são elencados: falta de tempo e treinamento, desconforto para falar de temas espirituais, receio de impor seus pontos de vista, acreditar que não se trata de uma competência médica ou de ser irrelevante para a saúde do paciente, desconhecimento sobre como, porquê, quando e quais os resultados dessa abordagem. O aprofundamento no tema e nas formas de se abordar a espiritualidade somado a treinamentos, discussões e aplicação clínica são recursos válidos para solucionar esses entraves⁴⁻²³⁻²⁶.

Além de compreender as evidências que oferecem suporte para esse campo de atuação, bem como os efeitos na saúde do paciente, o clínico deve saber o momento adequado para realizar a abordagem. Quando conduzida em situações extremas relacionadas a um contexto de urgência e emergência, pode transmitir a ideia de finalidade de vida iminente, gerando medo e apreensão ao invés de alívio e conforto. Por outro lado, situações de acompanhamento ambulatorial, contextos clínicos de doenças crônicas e cuidados paliativos são alguns exemplos de oportunidades para a realização da anamnese espiritual. Assim, o elemento primordial a ser considerado é o bom senso. Especificamente durante a coleta da anamnese clínica habitual, recomenda-se a abordagem da história espiritual após a coleta dos hábitos de vida e história socioeconômica⁴⁻¹⁰.

Visando instrumentar o profissional da saúde na abordagem da E/R do paciente, esforços têm sido tomados no sentido de criar questionários estruturados que norteiam essa prática. Nesse sentido, a Lista Espiritual de Kuhn foi um dos primeiros recursos disponibilizados contemplando 35 questões relativas às crenças religiosas que influenciam na saúde. O *American College of Physicians*, por sua vez, elaborou um consenso que aborda questionamentos sobre espiritualidade que o médico deve conduzir com pacientes graves¹⁰⁻²³. O fato de existirem pacientes não religiosos, não contraindica a abordagem da espiritualidade, uma vez que a mesma pode se expressar pelas crenças pessoais e culturais, bem como a maneira como o sujeito lida com a doença e, em última análise, confere significado à vida⁴.

Um estudo de revisão sistemática realizou a compilação dos 25 instrumentos de coleta de história espiritual mais utilizados, sendo alguns deles, além dos supracitados: a História eSPIRITual de Maugans, História Espiritual de Matthews, HOPE e FICA. Além de inventariar os principais questionários, este estudo realizou a comparação entre eles segundo 16 aspectos, sendo alguns deles: memorabilidade, influência da espiritualidade na vida, aspectos

negativos da religião, significado da espiritualidade na vida, influência da espiritualidade na doença, suporte religioso e validação. Dentre todos, o que apresentou maior pontuação final foi o FICA (tabela 1), contemplando 13 dos 16 tópicos analisados. Dessa forma, esse instrumento se destaca ao ser uma ferramenta viável, rápida, fácil de se lembrar e de se aplicar, além de cobrir ação de tratamento, aspectos sociais e ter sido validado recentemente²⁷, o que justifica sua escolha para o presente projeto.

Questionário FICA

F - Fé/crença

Você se considera religioso ou espiritualizado?
 Você tem crenças espirituais ou religiosas que te ajudam a lidar com problemas?
 Se não: o que te dá significado na vida?

I - Importância ou Influência

Que importância você dá para a fé ou crenças religiosas em sua vida?
 A fé ou crenças já influenciaram você a lidar com estresse ou problemas de saúde?
 Você tem alguma crença específica que pode afetar decisões médicas ou o seu tratamento?

C - Comunidade

Você faz parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual?
 Ela te dá suporte, como?
 Existe algum grupo de pessoas que você "realmente" ama ou que seja importante para você?
 Comunidades como igrejas, templos, centros, grupos de apoio são fontes de suporte importante?

A - Ação no tratamento

Como você gostaria que o seu médico ou profissional da área da saúde considerasse a questão religiosidade/espiritualidade no seu tratamento?
 Indique, remeta a algum líder espiritual/religioso.

Tabela 1 - Questionário FICA para coleta da história espiritual

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Relato de Experiência

As atividades do projeto de extensão foram aprovadas pelo comitê de ética da instituição de ensino e tiveram início em agosto de 2017 e encerradas em dezembro do mesmo ano. A equipe foi composta por dois professores orientadores da Escola de Medicina da UFOP e nove alunas do 3º ao 9º período do curso de graduação de Medicina da já referida instituição. Os encontros presenciais aconteceram duas vezes por semana, sendo desenvolvidas atividades práticas e teóricas.

Inicialmente foram realizadas reuniões científicas para reconhecimento, capacitação e treinamento prático da anamnese espiritual, uma vez que

as alunas não possuíam vivências prévias com essa prática. Nesse primeiro momento, realizou-se o estudo de dois livros de referência na área: *Espiritualidade no Cuidado com o Paciente*, de Harold Koenig e *Sobre a Morte e o Morrer*, de Elisabeth Kubler-Ross. Os capítulos de cada livro foram divididos entre as participantes que foram as responsáveis pela leitura, estudo e condução da discussão em grupo daquela seção. Na sequência, foram realizadas seis reuniões com membros de diferentes doutrinas e religiões como Budismo, Umbanda, Catolicismo, Protestantismo, Seicho No Ie e Espiritismo com a finalidade de compreender os fundamentos de algumas das possíveis crenças religiosas dos pacientes que seriam atendidos. Para esses encontros foram elaboradas perguntas sobre tópicos que a equipe considerou serem relevantes para futura abordagem dos pacientes, tais como: *quais são os fundamentos da sua religião? O que vocês acreditam sobre saúde e adoecimento? O que é a morte para vocês? Existe alguma prática que vocês condenam ou não permitem?* Dessa forma, os representantes religiosos foram questionados, oferecendo liberdade para cada um abordar o que julgava interessante ser dito. Essas reuniões foram consideradas pelo grupo como sendo de fundamental importância para o sucesso do projeto, visto que possibilitaram maior conhecimento e compreensão acerca das particularidades de cada doutrina/religião e de que forma seus preceitos poderiam influenciar no tratamento oferecido aos pacientes. Ainda na perspectiva de subsidiar as discentes para as ações posteriores, foi realizada a Oficina Diálogos e Práticas para o Cuidado Integral, “Abordagem da Espiritualidade na Clínica”, contando com a participação de dois médicos experientes na prática da anamnese espiritual que trouxeram fundamentos teóricos e práticos essenciais para a consolidação do conhecimento do grupo. Após todo o estudo realizado, a equipe optou por utilizar o questionário FICA dentre as ferramentas disponíveis na literatura para a abordagem da espiritualidade, visto que ele contempla os elementos-chave do conhecimento que um profissional da área de saúde precisa deter sobre as crenças espirituais de um paciente no cenário clínico. Posto isso, fundamentadas pelos treinamentos realizados, as alunas conduziram reuniões durante as quatro semanas subsequentes com simulações (*role plays*) da prática da anamnese espiritual utilizando o FICA. Para essas reuniões, a equipe foi dividida em três duplas e um trio, no qual uma pessoa interpretava o personagem do médico e a outra o paciente, ocorrendo uma posterior inversão dos papéis. O roteiro das simulações era elaborado por cada dupla/trio, sendo seguidas por discussões e por

avaliações da aplicação do método, como uma prévia dos atendimentos que seriam realizados na Santa Casa.

Em um segundo momento, o grupo realizou uma visita à Santa Casa de Misericórdia, onde ocorreram as apresentações formais pelo diretor desta instituição aos funcionários, ao serviço e à ala de internação na qual se realizaria a abordagem do projeto. Essa visita foi valorosa, pois propiciou à equipe uma ambientação no futuro local de atuação e um conhecimento das normas a serem seguidas. Na semana seguinte, iniciaram-se os atendimentos. Para a realização da anamnese, o grupo subdividiu-se em três trios, pois esse foi um número considerado ideal para que a entrevista prosseguisse de forma produtiva, sendo que uma estudante era responsável por guiar a conversa e as demais poderiam complementá-la caso considerassem relevante. Os pacientes a serem abordados eram escolhidos de forma aleatória pelas discentes. As abordagens iniciavam-se com apresentações formais das alunas, seguidas de permissão para iniciar a conversa, havendo respostas afirmativas em todos os casos. Subsequentemente, era questionado ao paciente sobre seu histórico pessoal e médico, a fim de estabelecer um diálogo e encontrar o melhor momento para introduzir as perguntas do questionário estruturado preestabelecido, o FICA. Nesse momento, parte das extensionistas declarou sentir certo nervosismo, pois, apesar das simulações e dos treinamentos prévios, ainda não haviam tido qualquer tipo de contato com pacientes; inclusive, as que já possuíam certa prática clínica relataram apreensão, pois a abordagem foi distinta da tradicional relação médico-paciente acadêmica. No entanto, ao longo do desenvolvimento do projeto, as discentes foram adquirindo experiência e confiança. Dessa forma, os atendimentos se tornaram mais dinâmicos de acordo com a abertura dada por cada paciente.

Resultados

Ao todo foram realizadas sete visitas à Santa Casa de Misericórdia para a realização do projeto e 19 pacientes foram atendidos no período de 09/11/2017 a 21/12/2017, sendo 11 do sexo masculino e 8 do sexo feminino e faixa etária entre 25 a 87 anos. Os atendimentos ocorreram uma vez por semana, sempre às quintas-feiras pela manhã. Para a avaliação do impacto das atividades desenvolvidas, ao final de cada conversa, os pacientes foram indagados por meio de perguntas semi-estruturadas, sendo elas: *Alguma vez, um médico ou profissional da saúde já perguntou sobre a sua espiritualidade? Você gostaria*

que os profissionais da saúde abordassem sua espiritualidade? Você considera isso importante em uma consulta? Como você avalia a abordagem da sua espiritualidade hoje? Ao longo do projeto, observou-se em algumas anamneses que os pacientes possuíam dificuldade em compreender tais questionamentos. Nesse sentido, na tentativa de adaptar a metodologia aplicada para alcançar resultados coerentes, bem como afirmar a autonomia do paciente, foram determinadas as seguintes alterações: *Alguma vez, um médico ou profissional da saúde já perguntou sobre a sua espiritualidade? Como você se sentiu ao abordar a sua espiritualidade? Você considera importante o médico saber sobre sua espiritualidade ou aquilo que te dá força em momentos difíceis da vida? Como você avalia a abordagem da sua espiritualidade hoje?* Analisando as respostas dos 19 pacientes inferimos que a predominância das preferências religiosas, nesta ordem, consistiam em: Catolicismo, Evangelismo e Espiritismo, correspondendo respectivamente a 13, 4 e 1 indivíduos, sendo que, além destes, apenas um paciente relatou ausência de religião. Os pacientes informaram, também, que não tinham sido interrogados anteriormente por profissionais de saúde quanto a sua espiritualidade, com exceção de uma que foi indagada por um psicólogo; acreditavam na importância da espiritualidade na condução do tratamento e se sentiram bem ao serem abordados pelas estudantes, bem como com a forma realizada. Contudo, alguns pacientes disseram acreditar não caber ao médico esse tipo de abordagem, evidenciando o quão consolidada está nos indivíduos a crença de que ao profissional de saúde cabe somente os aspectos biológicos e não sociais, psíquicos e espirituais que refletem a integralidade do paciente. A avaliação da atividade pelos atendidos foi de extrema importância durante a condução do projeto de extensão, de forma a melhorar o impacto da intervenção concomitantemente à implementação da mesma.

Após a coleta dos dados, as estudantes os registraram em um documento juntamente com ponderações pessoais sobre a abordagem. As informações obtidas dos pacientes foram utilizadas para discussões internas entre o grupo de estudantes e os professores orientadores. Essas discussões serviram para a troca de experiências e considerações, assim como compartilhamento de afetos despertados e de dificuldades percebidas entre os trios participantes durante as anamneses.

Discussão

O papel do profissional de saúde, em síntese, é cuidar do indivíduo. O que se tem observado nos últimos 30 anos, é a medicina medicamentosa, enquanto que os aspectos não técnicos da ciência foram negligenciados²⁸. Diante disso, nosso projeto encontra respaldo na medida em que procura unir conceitos teóricos relevantes preexistentes da medicina com os cuidados paliativos, sobretudo no que tange a espiritualidade e religião. Com isso, o projeto de extensão visa dinamizar o processo de ensino e aprendizagem, com o desenvolvimento de uma metodologia de pesquisa qualitativa e ativa que promove habilidades a partir de uma situação real.

Assim sendo, uma vez no papel de protagonistas, testamos hipóteses e elaboramos explicações para avaliar o trabalho desenvolvido, além de propor possíveis medidas atenciosas às necessidades espirituais e religiosas do paciente, que antes, eram transferidas para segundo plano. O projeto tornou-se espaço gratificante ao oportunizar a quebra da relação médico-paciente sistemática, e ao ressaltar o olhar clínico e protetor, corroborou com uma medicina mais humanitária. Podemos ver que o aluno de medicina está tão sobrecarregado pelo estresse, falta de tempo e aquisição de conhecimento que finaliza a faculdade sem o treinamento adequado para comunicar com os pacientes, sobretudo no que diz respeito ao sofrimento psicológico²⁸. Nesse sentido, nossa compreensão da não linearidade da relação saúde-doença²⁹ foi motivação introdutória ao projeto.

A conciliação da medicina e E/R ainda é um entrave, pois o clínico deve saber como e quando abordar essa questão de forma eficaz, sem fazer preconceitos e julgamentos que possam ofender as preferências dos pacientes⁴. Dessa forma, como notamos no decorrer de nossas atividades, o bom senso deve imperar. Ao realizar a entrevista, a anamnese tradicional clínica sempre precedeu a abordagem da espiritualidade de forma espontânea, o que leva a necessidade do médico ser orientado para compreender os assuntos espirituais no ambiente hospitalar¹⁵.

Estudos mostram que cursos sobre medicina e espiritualidade têm sido vinculados nas residências médicas como na Universidade de Massachusetts, no intuito de educar os estudantes, dentre outras demandas, sobre princípios básicos de todas as religiões⁴. No projeto, também contamos com discussões teóricas e demonstrativas com representantes de algumas religiões para nos guiar frente às particularidades dos pacientes, a fim de obtermos autonomia e

vínculo nas conversas clínicas. Essa conduta confirma a necessidade de avaliar contextos religiosos distintos, bem como de sustentar a espiritualidade fora da religião formal ou informal, reconhecendo que essa significa aspectos diferentes para sujeitos diferentes³⁰.

No Brasil, 95% dos brasileiros declararam ter religião e 83% consideraram a religião muito importante para suas vidas³¹, corroborando com nossos resultados, pois a grande maioria dos pacientes entrevistados declarou ser religiosa, bem como todos enfatizaram a influência e relevância da fé nas atitudes próprias cotidianas. Diante disso, nota-se a importância do estudo da espiritualidade nas implicações clínicas, pois muitos pacientes são religiosos e suas crenças influenciam em suas decisões⁴. Nesse contexto, espera-se que as relações entre E/R e ciência sejam alvo de interesse acadêmico e público, como demonstra o levantamento bibliométrico do banco de artigos Pubmed, com achados de mais de 30 mil artigos sobre esse tema nos últimos 15 anos³¹. Além disso, 80% da pesquisa sobre a área aproximam estudos de saúde mental e bem-estar do paciente³².

Estudos mostram que a espiritualidade pode desencadear efeitos favoráveis ou desfavoráveis em desfechos na saúde³¹, pois ajuda os pacientes a lidar e a enfrentar melhor as adversidades, o que irá refletir no prognóstico³². Observamos ao longo do trabalho, o relato de um paciente que utilizou sua condição enferma como forma punitiva no contexto religioso ao qual ele acredita. Em situações como essa, é importante que o médico reforce os aspectos positivos das crenças a fim de neutralizar emoções negativas que possam impactar na saúde do paciente como motivo de sofrimento³³. Por outro lado, em geral, achados mostram que indivíduos com crenças possuem melhor qualidade de vida, remissão mais rápida e melhores resultados psiquiátricos³⁴, além de menores índices de depressão e suicídio⁴⁻³⁵, sobretudo em pacientes idosos hospitalizados, onde tal comorbidade é mais comum³⁶. Vivenciamos esses relatos de como a fé pessoal ajuda os pacientes entrevistados nas tomadas de decisões, no enfrentamento positivo das doenças e na relevância do momento espiritual no equilíbrio psicossocial.

No presente estudo, a anamnese espiritual foi feita com a utilização do questionário FICA, instrumento ativo nesse tipo de abordagem. O cuidado crucial e primordial é se os próprios pacientes compreendem as perguntas e o conceito de espiritualidade³⁷. Obtivemos relatos de pacientes que não entendiam as perguntas feitas, possivelmente por estranhamento devido ao contexto hospitalar

ou porque, muitas vezes, há receio sobre a necessidade de permissão para discutir esse assunto. Em algumas entrevistas, foi necessário esclarecer ao paciente sobre o embasamento científico do projeto e o fundamento das perguntas feitas que serviam como ferramentas em nossos resultados, para que houvesse compreensão da situação e maior autonomia e liberdade em conduzir a conversa. Além disso, ressaltamos sobre a relevância do profissional em reconhecer a esfera espiritual como parte intrínseca do paciente, bem como a seriedade em abordar esse assunto na anamnese e o trabalho interdisciplinar dos clínicos com cuidadores espirituais profissionais – capelães, conselheiros pastorais, clérigos – como parte integrante da educação médica³⁸.

Em acordo com nossos resultados, estudos demonstraram que a maioria dos pacientes gostaria que seus médicos abordassem sobre sua religião e espiritualidade. Um estudo norte-americano com pacientes internados indicou que 77% disseram que os médicos deveriam considerar as necessidades espirituais dos pacientes, 37% queriam que seus médicos discutissem com maior frequência as crenças religiosas e 48% desejavam que seus médicos orassem com eles. Todavia, 68% disseram que seu médico nunca discutiu sobre suas crenças religiosas³⁹. No presente estudo, todos os entrevistados negaram quando lhes foi questionado se algum profissional de saúde já havia perguntado sobre esse assunto, exceto uma paciente. Além disso, a maioria dos pacientes gostaria que os médicos conversassem com eles sobre a espiritualidade, pois consideram, em geral, que a consulta fica menos formal, além de ter o apoio do profissional nas angústias e medos pessoais. Além desses achados, várias pesquisas relatam o desejo dos pacientes em rezar com seus médicos, uma vez que essa participação é possível, caso os princípios éticos sejam considerados⁴⁰. Em nossa trajetória, tivemos a oportunidade de orar perante respostas positivas de pacientes entrevistados indagados se gostariam de fazer uma oração, enriquecendo ainda mais nossa formação e vivências em situações reais.

Estes resultados sugerem que a crença espiritual constitui um dos pilares de sustentação do propósito da vida dos pacientes que desejam viver o tratamento com maior normalidade possível, sem que se perca a identidade e a dignidade. Observamos que a consulta envolve um raciocínio clínico complexo e integral, abrangendo fatores biológicos, emocionais, culturais e espirituais de forma complementar²⁹, e não fragmentada. Notamos, também, em concordância com outros estudos, algumas barreiras para o cuidado espiritual, dentre elas, o tempo curto nas anamneses, a falta de experiência e o

desafio pessoal³⁷. Contudo, a experiência desta conexão espiritual serviu para comprovar que, uma vez que os pacientes sentem o interesse dos médicos com seu bem-estar, o cuidado espiritual pode ser visto como implementado⁴¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto de extensão foi avaliado pelos participantes de forma positiva, verificando a importância deste para o desenvolvimento tanto individual quanto coletivo dos alunos da UFOP. Notou-se o crescimento pessoal e acadêmico dos participantes que exploraram os fundamentos das religiões com maior profundidade, por meio das entrevistas com os líderes de cada religião, bem como refletiram sobre a importância do respeito a toda e qualquer doutrina. Independentemente da religiosidade do profissional de saúde, é essencial a compreensão e ausência de julgamentos em relação à fé do paciente, o que é um aspecto fundamental na construção de uma relação de confiança entre as duas partes.

Através da realização do projeto, os discentes observaram que a inclusão da anamnese espiritual constituiu uma melhoria na abordagem do atendimento clínico, fortalecendo a relação de confiança médico-paciente. Além disso, desenvolveram-se habilidades de identificação do momento propício para abordagem da espiritualidade no contexto da consulta, assim como a percepção do nível de disponibilidade e abertura do paciente para relatar sua E/R. Soma-se a isto o aprimoramento por parte dos alunos da capacidade de comunicação e escuta, essencial para um atendimento holístico e humanizado.

A disponibilidade e o interesse dos profissionais de saúde da Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto em auxiliar os participantes do projeto foram de extrema relevância para a sua realização, sendo observado um fortalecimento entre as atividades acadêmicas da universidade e o trabalho diário do hospital em questão.

Por fim, acredita-se que o projeto possa ser um agente intermediário entre instituição e comunidade, por permitir uma maior comunicação entre ambos. Espera-se, com esse trabalho, poder corresponder aos anseios de um atendimento médico integral. Em longo prazo, almeja-se que essa abordagem seja amplamente difundida em consonância com as atuais evidências científicas.

REFERÊNCIAS

1. SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L. Espiritualidade baseada em evidências. **Rev. Acta Fisiátrica**, 8(3):107-112, 2001.
2. VOLCAN, S. M. A. et al. Relationship between spiritual well-being and minor psychiatric disorders: a cross-sectional study. **Revista de saúde pública**, v. 37, n. 4, p. 440-445, 2003 apud GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, Á. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, p. 88-94, 2007. ISSN 0101-6083.
3. PUCHALSKI, C. M. The role of spirituality in health care. **Baylor University Medical Center Proceedings**. Taylor & Francis, p. 352-357, 2001.
4. LUCCHETTI G, GRANERO AL, BASSI RM, LATORRACA R, NACIF SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? **Rev Bras Clin Med**, 8(2):154-8, 2010.
5. GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, Á. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, p. 88-94, 2007. ISSN 0101-6083.
6. KOENIG, H. G. Religion and medicine II: Religion, mental health, and related behaviors. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 31, n. 1, p. 97-109, 2001 apud PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de psiquiatria clínica**. São Paulo. Vol. 34, Supl 1, p. 126-135., 2007.
7. MCCORD G, GILCHRIST V.J., GROSSMAN S.D., et al. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. **The Annals of Family Medicine**, v. 2, n. 4, p. 356-361, 2004 apud LUCCHETTI G, GRANERO AL, BASSI RM, LATORRACA R, NACIF SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? **Rev Bras Clin Med**, 8(2):154-8, 2010.
8. OYAMA O, KOENIG HG. Religious beliefs and practices in family medicine. **Archives of Family Medicine**, v. 7, n. 5, p. 431, 1998 apud LUCCHETTI G, GRANERO AL, BASSI RM, LATORRACA R, NACIF SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? **Rev Bras Clin Med**, 8(2):154-8, 2010.
9. SUCUPIRA, A. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 11, no. 23, pp. 624-627, 2007.
10. KOENIG, H.G. Espiritualidade no cuidado com o paciente: por que, como, quando e o quê. São Paulo: Fé Editora Jornalística, 2005.
11. TSAI, T.-J.; CHUNG, U.-L.; CHANG, C.-J.; WANG, H.-H. Influence of Religious Beliefs on the Health of Cancer Patients. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, vol. 17, no. 4, pp. 2315-2320, 2016.
12. IBGE. Censo Demográfico, 2010: Conheça cidades e estados do Brasil. 2010.

13. MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 12-15, 2010.
14. IBGE. Censo demográfico, 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro, 2000.
15. SAAD, M.; MEDEIROS, R. Medicina Integrativa: Espiritualidade e Saúde. **Einstein: Educ Contin Saúde**, 6(3 Pt 2): 135-6, 2008 apud Koenig HG. MSJAMA: religion, spirituality, and medicine: application to clinical practice. JAMA. 2000;284(13):1708
16. MOREIRA-ALMEIDA, A.; STROPPIA, A. Religiosidade e Saúde - Capítulo Publicado em: Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina. Mauro Ivan Salgado & Gilson Freire (Orgs.). Belo Horizonte: Inede, pp.: 427-4, 2008.
17. BAETZ, M. et al. How spiritual values and worship attendance relate to psychiatric disorders in the Canadian population. **Can J Psychiatry**, v. 51, n. 10, p. 654-61, Sep 2006. ISSN 0706-7437 (Print) 0706-7437.
18. KOENIG, M. S. JAMA: religion, spirituality, and medicine: application to clinical practice. JAMA. 2000;284(13):1708 apud SAAD, M.; MEDEIROS, R. Medicina Integrativa: Espiritualidade e Saúde. **Einstein: Educ Contin Saúde**, 6(3 Pt 2): 135-6, 2008
19. PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de psiquiatria clínica**. São Paulo. Vol. 34, Supl 1, p. 126-135., 2007 (a).
20. PANZINI, Raquel Gehrke et al . Qualidade de vida e espiritualidade. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo , v. 34, supl. 1, p. 105-115, 2007 (b)
21. ALMINHANA, L. O.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Personalidade e religiosidade/espiritualidade (R/E). **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 36, p. 153-161, 2009. ISSN 0101-6083.
22. DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2º. Porto Alegre: Artmed. 2008. 440.
23. PERES, M. F. P., ARANTES, A.C.L.Q.L., SILVA, P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, p. 82-87, 2007.
24. SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Archives of Clinical Psychiatry**, 34:73-81, 2007.
25. CHIBNALL, J. T.; BROOKS, C. A. Religion in the clinic: the role of physician beliefs. **South Med J**, v. 94, n. 4, p. 374-9, Apr 2001. ISSN 0038-4348 (Print)
26. MARR, L.; BILLINGS, J.A.; WEISSMAN, D.E. - Spirituality training for palliative care fellows. **J Palliat Med** 10(1):169-177, 2007.

27. LUCCHETTI, G, BASSI, R. M., LUCCHETTI, A. L. GRANERO. Taking Spiritual History in Clinical Practice: A Systematic Review of Instruments. **EXPLORE: The Journal of Science and Healing**, v. 9, n. 3, p. 159-170, 2013.
28. PUCHALSKI, C.; ROMER, A. L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. **J Palliat Med**, v. 3, n. 1, p. 129-37, Spring 2000. ISSN 1096-6218 (Print) 1557-7740.
29. PLSEK, P.; GREENHALGH, T. Complexity science: The challenge of complexity in health care. **BMJ**, v. 323, n. 7313, p. 625-628, 2001.
30. SIDDALL, P. J.; LOVELL, M.; MACLEOD, R. Spirituality: what is its role in pain medicine? **Pain Med**, v. 16, n. 1, p. 51-60, Jan 2015. ISSN 1526-2375.
31. MOREIRA-ALMEIDA, A.; LUCCHETTI, G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. **Ciência e Cultura**, v. 68, n. 1, p. 54-57, 2016.
32. KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **ISRN Psychiatry**, v. 2012, p. 278730, 2012. ISSN 2090-7966 (Print) 2090-7966.
33. LEVENSTEIN, J. H. et al. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. **Fam Pract**, v. 3, n. 1, p. 24-30, Mar 1986. ISSN 0263-2136 (Print) 0263-2136.
34. MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 36, n. 2, p. 176-82, Apr-Jun 2014. ISSN 1516-4446.
35. COLUCCI, E.; MARTIN, G. Religion and spirituality along the suicidal path. **Suicide Life Threat Behav**, v. 38, n. 2, p. 229-44, Apr 2008. ISSN 0363-0234 (Print) 0363-0234.
36. KOENIG, H. G.; GEORGE, L. K.; PETERSON, B. L. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. **Am J Psychiatry**, v. 155, n. 4, p. 536-42, Apr 1998. ISSN 0002-953X (Print) 0002-953x.
37. EDWARDS, A. et al. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. **Palliat Med**, v. 24, n. 8, p. 753-70, Dec 2010. ISSN 0269-2163.
38. BALBONI, M.; PUCHALSKI, C.; PETEET, J. The Relationship between Medicine, Spirituality and Religion: Three Models for Integration. **Journal of Religion and Health**, v. 53, n. 5, p. 1586-1598, 2014.
39. KING, D. E.; BUSHWICK, B. Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. **J Fam Pract**, v. 39, n. 4, p. 349-52, Oct 1994. ISSN 0094-3509 (Print) 0094-3509.
40. HILLS, J. et al. Spirituality and distress in palliative care consultation. **J Palliat Med**, v. 8, n. 4, p. 782-8, Aug 2005. ISSN 1096-6218 (Print) 1557-7740.

41. HARRINGTON, A. The 'Connection' Health Care Providers Make with Dying Patients. **Journal of Religion, Spirituality & Aging**, v. 18, n. 2-3, p. 169-185, 2006.