



O MANEJO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE COM QUESTÕES ESPIRITUAIS

The management of health professionals with spiritual issues

El manejo de profesionales de la salud con cuestiones espirituales

Stella Maris Souza Marques

Tommy Akira Goto

Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

RESUMO

Embora a religiosidade e a espiritualidade possibilitem bem-estar aos pacientes e que o que era comum às religiões, espiritualidades e crenças passou a ser visto com reconhecimento de causa científica, as questões religiosas e espirituais continuam ainda desconfortáveis aos profissionais da saúde. Para tanto, o objetivo geral deste artigo foi investigar se tais profissionais manejam tais questões junto a seus pacientes nas esferas de saúde pública e privada. Por meio de uma revisão sistemática da literatura científica nas bases de dados on-line SciELO, LILACS e PePSIC-BVS com os descritores “práticas espirituais” AND “Psicologia”, identificou-se 10 artigos. Como resultado, concluiu-se que os profissionais da saúde que mais manejam as questões espirituais de seus pacientes foram os psicólogos e os enfermeiros com variações entre escuta qualificada, uma atenção possível, intervenção RIME, inibição, falta de informação e certa negligência. A contribuição do manejo em relação ao bem-estar dos pacientes quando compartilhada foi positiva.

Palavras-chave: Práticas Espirituais; Questões Espirituais; Qualidade De Vida.

ABSTRACT

Although religiosity and spirituality provide well-being for patients and that what was common to religions, spiritualities and beliefs has come to be seen as scientifically recognized, religious and spiritual issues are still uncomfortable for health professionals. Therefore, the general objective of this article was to investigate whether such professionals handle such issues with their patients in the public and private health spheres. Through a systematic review of the scientific literature in the online databases SciELO, LILACS and PePSIC-VHL with the descriptors “spiritual practices” AND “psychology”, 10 articles were identified. As a result, it was concluded that the health professionals who most handle their

patients' spiritual issues were psychologists and nurses with variations between qualified listening, possible attention, RIME intervention, inhibition, lack of information, and some neglect. Management's contribution to patient well-being when shared was positive.

Keywords: Spiritual Practices; Spiritual Issues; Quality Of Life.

RESUMEN

Aunque la religiosidad y la espiritualidad estimulan bienestar a los pacientes y que lo que era más común a las religiones, espiritualidades y creencias pasó a ser visto con reconocimiento de causa científica, las cuestiones religiosas y espirituales siguen siendo incómodas a los profesionales de la salud. Para ello, el objetivo general de este artículo fue investigar si tales profesionales actúan cuestiones espirituales junto a sus pacientes en la esfera de salud pública y privada. A través de una revisión sistemática de la literatura científica en las bases de datos on-line SciELO, LILACS y PePSIC-BVS con los descriptores “prácticas espirituales” AND “Psicología”, 10 artículos fueron recuperados. Como resultado, identificamos que los profesionales de la salud que más manejan las cuestiones espirituales de sus pacientes fueron primordialmente psicólogos y enfermeros con variaciones entre escucha calificada, una atención posible, intervención RIME, inhibición, falta de información y cierta negligencia. La contribución del manejo con relación al bienestar de los pacientes cuando compartida fue positiva.

Palabras clave: Prácticas Espirituales; Cuestiones Espirituales; Calidad De Vida.

INTRODUÇÃO

A Psicologia se configura como uma área de estudo que busca a compreensão, a escuta, o acolhimento e o auxílio na autonomia do ser humano em diversas situações do seu cotidiano. Devido aos sofrimentos psíquicos existentes, psicólogos, enfermeiros, médicos e demais profissionais e pesquisadores da saúde começaram a investigar e a explorar uma perspectiva mais humanizada e integral do indivíduo. Para tanto, foi lançada em 2003, vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH), a qual objetiva colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) nos serviços de saúde e transformar os modos de gerir e cuidar (Brasil, 2013). E, enquanto concepção que fundamenta o fazer saúde de modo mais integral, em sintonia com a PNH, os autores Pereira, Barros e Augusto (2011) ressaltam que este paradigma biopsicossocial visa superar o paradigma curativista ou biomédico.

No entanto, a aplicação do modelo biopsicossocial é um desafio e ainda está em processo de efetivação no Brasil, uma vez que pressupõe ações integradas e interdisciplinares, bem como alguns esforços, como: a) formação interdisciplinar dos profissionais da saúde; b) modelos de gestão; c) financiamento; d) funcionamento do sistema de saúde como um todo (Sebastiani & Maia, 2005). Indo além deste modelo, Monteiro e Junior

(2017) ressaltam que é possível ampliar as dimensões biológicas, psíquicas e sociais, incluindo a dimensão espiritual.

Conforme a literatura científica internacional e nacional, as temáticas religiosidade e espiritualidade têm se revelado de grande importância na condução terapêutica e nas intervenções médicas e psicológicas. Os seguintes autores são referência acerca do tema no meio acadêmico, como Giglio (1993), Razali et al. (1998), Sperry e Sharfranske (2004), Murakami e Campos (2012), Baltazar (2003), Saad et al. (2001), Volcan, Sousa, Mari e Horta (2003).

Historicamente, temos que a psicologia científica americana foi uma das primeiras a incluir a religião em sua análise. Especificamente, em 1976 a *American Psychological Association* [APA] (2015) criou uma subdivisão intitulada “Divisão de Psicólogos interessados em Problemas religiosos” [PIRI] (Divisão 36), cujo objetivo desta área de estudo é: a) promover a aplicação de métodos de investigação psicológica e estruturas interpretativas para variadas formas de religião e espiritualidade; b) incentivar a incorporação dos resultados de tais trabalhos na clínica e outros locais; c) promover o diálogo construtivo; e, por fim, d) promover o intercâmbio entre estudo e prática psicológica.

Em concordância com esses objetivos, os problemas religiosos ou espirituais que são oriundos das experiências religiosas ou espirituais também foram incluídos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª Edição (*American Psychiatric Association*, 2002), em 1994, enquanto categoria diagnóstica denominada “Problema Religioso ou Espiritual”, cujo escopo é refletir e aprofundar sobre o fenômeno religioso como parte integrante da constituição humana e diferenciar enfermidades mentais de expressões de religiosidade (Underwood et al., 1997 citado por Mano, 2016). Tal categoria torna-se relevante e pertinente quando a paciente demanda do profissional uma lida em relação às experiências estressantes e angustiantes que envolvem perda ou questionamento da fé, problemas associados à conversão religiosa e/ou dúvidas em relação aos valores espirituais ou da instituição religiosa (Mano, 2016). A relevância desta categoria se dá quando “a resposta do clínico pode determinar se a experiência será integrada e utilizada como um estímulo para o crescimento pessoal, ou se será reprimida como um evento bizarro que pode indicar instabilidade mental” (Lukoff, Lu & Torner, 1992, p. 679).

Dessa maneira, neste Manual (2002) incluiu uma seção com o título “Considerações éticas e culturais”, a qual está em sintonia com o que Cascudo (1983) já defendia acerca da necessidade de haver orientações aos médicos, psicólogos, entre outros, a lidarem com seus pacientes de diferentes contextos socioculturais para que as variações de crenças, vivências e comportamentos religiosos não sejam interpretadas como doenças psicopatológicas.

Como caminhos científicos foram sendo percorridos, Mano (2016) relatou que dispomos do ramo da Psicologia da Religião, cujos objetos de pesquisa são a religião, a fé e o que é psicológico no fenômeno da religião, ou seja, o estudo é direcionado à descrição e interpretação das experiências religiosas e espirituais. Ademais, Grof (1997) e Weil (1995) desvendaram a esfera da “Psicologia Transpessoal”, a qual surgiu em meados de 1969, nos Estados Unidos, porém ainda não aceita plenamente pelo Conselho Federal de Psicologia como uma prática no Brasil. Suas delimitações são a religiosidade e a espiritualidade como objetos de pesquisa e o reconhecimento da consciência cósmica e das experiências místicas, da autorrealização e das necessidades transcendentais instituintes da base teórica.

Atualmente, são inúmeros os estudos que indicam que as dimensões da espiritualidade e da religiosidade estão associadas a uma melhor qualidade de vida, quais sejam, Volcan et al. (2003), Dalgarrondo (2007), Alves, Alves, Barboza e Souto (2010), Valla (2000), Murakami e Campos (2012), Lukoff (2003), entre outros. Especificamente, através de um questionário autoaplicável e da escala de bem-estar espiritual (SWBS) de Paloutzian e Ellison (1982), Volcan et al. (2003) verificaram que o bem-estar espiritual poderia ser considerado um fator de proteção para transtornos psiquiátricos menores. Relativo a bem-estar espiritual, temos a percepção subjetiva de bem-estar do indivíduo em relação às suas crenças que são passíveis de avaliação. Acerca de instrumentos de mensuração do bem-estar espiritual, temos “um componente vertical, religioso (um sentido de bem-estar em relação a Deus), e um componente horizontal, existencial (um sentido de propósito e satisfação de vida)” (Volcan et al., 2003, p. 441) sem qualquer referência a conteúdo especificamente religioso.

Em outras palavras, a religiosidade e a espiritualidade estimulam bem-estar aos pacientes e o que era mais comum às práticas religiosas, espiritualidades e crenças passou a ser visto com reconhecimento de causa científica. Contudo, as questões religiosas e espirituais continuam desconfortáveis aos profissionais da saúde (Reuder, 2018 citado por Tokpah & Middleton, 2018) e há certa dissociação entre tratamento psicoterápico e/ou médico e prática religiosa e/ou espiritual dos pacientes que deve ser rompida (Baltazar, 2003).

Desse modo, a existência de tal contrassenso justifica a relevância do estudo, uma vez que o objetivo principal é investigar a existência do manejo de questões notadamente espirituais por profissionais da saúde junto a seus pacientes tanto na esfera de saúde pública como privada, o qual será realizado através de uma revisão sistemática da literatura científica. Para o alcance desta pesquisa, temos como objetivos específicos: (a) Identificar quais são os profissionais da saúde que mais manejam questões espirituais de seus pacientes; (b) Compreender quais e como as práticas são manejadas pelos profissionais da saúde; (c) Verificar, por fim, as contribuições do manejo realizado pelos profissionais em relação ao bem-estar dos pacientes.

METODOLOGIA

O tipo de estudo desenvolvido foi a revisão sistemática de literatura (Costa & Zoltowski, 2014), cuja pergunta norteadora escolhida foi: “Como se dá o manejo de profissionais da saúde com as questões espirituais dos pacientes?”. Como estratégia de pesquisa para analisarmos as produções nacionais e internacionais de artigos sobre o manejo de profissionais da saúde com questões espirituais, utilizamos os seguintes descritores “práticas espirituais” AND “Psicologia” em três bases de dados on-line: SciELO, LILACS e PePSIC-BVS.

Na busca realizada, não houve delimitação quanto ao período de publicação de artigos, uma vez que havia a suspeita de que não fosse encontrado material em volume o suficiente para uma revisão sistemática de qualidade. Assim, sem recorte temporal, o levantamento do material bibliográfico ocorreu durante o mês de outubro de 2018.

Nos três portais escolhidos, utilizamos como critério de inclusão: publicações em português, inglês e espanhol, bem como artigos produzidos por pesquisadores e profissionais da saúde que manejam questões espirituais nos atendimentos psicoterapêuticos e/ou médicos independente da área de conhecimento em que houve a intervenção investigada.

Foram eliminados os artigos repetidos, as teses e as dissertações. Localizamos 241 artigos, sendo 49 na base SciELO, 169 na LILACS e 23 na PePSIC-BVS. Eliminamos 231 artigos, sendo por repetição (11), critérios de exclusão (203) e após a leitura do resumo (17). A leitura do resumo que foi insuficiente, lemos a versão integral para confirmar se o artigo seria recuperado e integrado à amostra. O motivo de eliminarmos quantidade considerável de artigos foi devido à metodologia adotada pelos mesmos ser teórica e/ou não responder à pergunta norteadora, apesar do tema envolver espiritualidade. E, finalmente, recuperamos 10 artigos que foram lidos na íntegra, quais sejam, 1) Scorsolini-Comin (2017); 2) Scorsolini-Comin (2015); 3) Henning-Geronasso e Moré (2015); 4) Elias, Giglio, Pimenta e El-Dash (2007); 5) Oliveira e Junges (2012); 6) Elias, Ricci, Rodriguez, Pinto, Giglio e Baracat (2017); 7) Espíndula, Do Valle e Alles-Bello (2010); 8) Lavorato-Neto, Rodrigues, Turato e Campos (2018); 9) Cortez e Teixeira (2010); 10) Elias, Giglio e Pimenta (2008). Posteriormente, foram analisados a partir dos nossos três objetivos expostos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após a leitura na íntegra dos artigos recuperados, é possível perceber uma quantidade apreciável de pesquisas realizadas mais na última década sobre o tema, pois apesar do nosso estudo não ter como critério de exclusão um período específico de publicação dos artigos, os trabalhos recuperados foram publicados entre 2007 e 2018, mesmo

sendo tardio em relação aos estudos da Psicologia da Religião que iniciaram na década de 80 do século passado. Ademais, nota-se também a prevalência da parceria de profissionais para a investigação e feitura do texto e estudos com cunho qualitativo, embora alguns utilizem o método quantitativo. Basicamente, os artigos foram publicados em revistas de psicologia ou enfermagem, tendo como exceção uma publicação em revista de psiquiatria.

Neste panorama, os profissionais da área da saúde que mais manejaram as questões espirituais foram psicólogos e enfermeiros, embora médicos, residentes médicos, terapeutas alternativos, dentistas e auxiliares de enfermagem estejam envolvidos nos manejos espirituais. Para esses psicólogos, a espiritualidade esteve presente nas ações psicoterápicas, seja por grupo psicoterapêutico, atendimento individual psicoterápico, intervenção terapêutica ou plantão psicológico utilizando diferentes abordagens e referenciais teóricos. A espiritualidade esteve presente na condução do psicólogo ao não desconsiderar a espiritualidade como existente, na fala do paciente, bem como no apoio para que este se sentisse acolhido. Já para os enfermeiros, a espiritualidade esteve presente na assistência de enfermagem e notadamente por meio da intervenção intitulada RIME (Intervenção terapêutica, Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade). Desse modo, a espiritualidade é retratada no *setting* hospitalar pelos enfermeiros e/ou equipe multidisciplinar, sendo a principal prática manejada, RIME, manuseada através de relaxamentos e visualizações. No entanto, a intervenção foi realizada com pacientes selecionados, ou seja, indivíduos em tratamento contínuo e geralmente em estado terminal ou com doença crônica (Elias, Giglio, Pimenta & El-Dash, 2007; Elias, Giglio & Pimenta, 2008).

Destacamos especificamente em 02 artigos, 08 (Lavorato-Neto, Rodrigues, Turato & Campos, 2018) e 09 (Cortez & Teixeira, 2010), que as enfermeiras incluíram em seus atendimentos princípios religiosos, principalmente cristãos, condizentes com os ensinamentos de caridade e amor ao próximo. Inclusive, relataram que a opção da enfermagem como profissão foi recebida via influência religiosa e as suas atuações profissionais se dão de maneira intuitiva, prezando voluntariamente a ética da boa índole e a humanidade que perpassam o cuidado biopsicossocial espiritual. Ao passo que os psicólogos aplicaram, enquanto prática, substancialmente a escuta qualificada, o respeito, a compreensão e a empatia. No artigo 03 (Henning-Geronasso & Moré, 2015), os autores da pesquisa sintetizam os modos de atuação profissional dos psicólogos entrevistados em estratégias e recursos para trabalhar conteúdos religiosos e espirituais, como: não confrontar ou tentar converter o paciente; não deixar seus valores religiosos interferirem na condução e avaliação psicoterápica; desenvolver a conscientização sobre o uso da religiosidade ou espiritualidade; reforçar a busca religiosa dos pacientes; e, por fim, utilizar a religiosidade ou espiritualidade dos pacientes como recurso terapêutico para atingir a promoção de saúde.

Por meio da leitura dos artigos recuperados, compreendemos que o manejo das questões espirituais demonstrou não ser tão diverso. Contudo, para tal análise, há a possibilidade de alguns limites científicos: a) a intervenção RIME foi aplicada para perfis ligeiramente semelhantes e pelo mesmo grupo de pesquisadores; b) talvez os profissionais da saúde estejam a cada dia mais envolvidos com manejos distintos sem o objetivo de escrever e publicar artigos; c) em determinados locais o cuidado da esfera espiritual é mais demandado; d) há pequena quantidade de artigos publicados, cujo objetivo seja identificar e analisar a atuação dos profissionais no quesito religiosidade ou espiritualidade. Ainda, o manejo de questões espirituais nem sempre é esperado, já que é voluntário e vivido religiosamente. No hospital, tal cuidado ocorre quando possível e muitas vezes de modo oculto como exposto pela enfermeira no artigo 08: “Já na psiquiatria, a gente ora, mas ora em casa porque não combina. Bagunça muito a cabeça do paciente” (Lavorato-Neto et al., 2018, p. 5).

Conforme descreve o artigo 08 (Lavorato-Neto et al., 2018), embora a maior parte dos profissionais respeite e compreenda a pertinência de abordar a espiritualidade nos tratamentos de saúde, as práticas mesmo quando aplicadas não são sustentadas a longo prazo ou com profundidade, e as enfermeiras, por exemplo, declararam que se sentem inibidas quando o paciente demonstra necessidade de apoio espiritual (Lavorato-Neto et al., 2018). Neste sentido, presumimos que a sensação de inibição pode ser originada devido à ausência de um repertório instrumental sistematizado específico ou formação adequada (biopsicosocial espiritual) para a dimensão espiritual dos pacientes. Ainda, um dos fatores que pode dificultar a sistematização de um repertório pode ser o julgamento do cuidado espiritual como inadequado por parte de alguns profissionais como é relatado no artigo citado (Lavorato-Neto et al., 2018). Neste mesmo texto, por meio de uma revisão da literatura feita pelos pesquisadores, os dados indicaram que os profissionais da saúde podem possuir sentimentos de relutância, negação, desconsideração, cautela, desconforto e falta de informação em relação ao tema. Além disso, há limites educacionais e dificuldade científica para abordar o aspecto espiritual dos pacientes (Lee et al., 2018; Tokpah & Middleton, 2018; Brimblecombe et al., 2018 citado por Lavorato-Neto et al., 2018).

Em síntese, o que foi relatado nos artigos recuperados acerca do manejo varia entre uma escuta qualificada, uma atenção possível, inibição, falta de informação e certa negligência quando o paciente aborda questões que requerem assistência espiritual. É importante o acolhimento e o acompanhamento da dimensão espiritual do sofrimento do paciente, pois como afirmam Hennezel e Leloup (2012):

É uma tarefa fundamental que todas as pessoas podem e devem assumir pela simples razão de que é uma tarefa humana. Não se trata de pregar uma doutrina ou de referir-se a um dogma qualquer, mas de amor e de comprometimento. De ir ao encontro do outro,

tão profundamente quanto possível, de penetrar no âmago de seus valores e de suas preocupações, a fim de permitir-lhe encontrar sua própria resposta íntima (Hennezel & Leloup, 2012, p. 19).

Por fim, é importante destacar que, tanto na esfera pública quanto privada, as estratégias estão sendo criadas e efetivadas no ato em si, isto é, na relação profissional e paciente de acordo com a demanda. Por isso, a partir dos resultados, constatamos que a espiritualidade, mesmo ainda sendo manejada timidamente, tem sido incorporada nas práticas dos profissionais da saúde.

Temos também esses resultados, provavelmente, porque as práticas manejadas pelos profissionais da saúde não são ainda consideradas constituindo o Paradigma Tradicional de Saúde e/ou Paradigma Biomédico, isto é, a Medicina Tradicional Ocidental. Assim, a possibilidade de suas atuações tem sido realizada através de estratégias, atenção e ações terapêuticas, as quais se aproximam do Paradigma Biopsicossocial citado no início do texto. Compreendendo melhor isso, o manejo que tem ocorrido, conforme relato dos profissionais, se aproxima da perspectiva do “Paradigma Emergente” que engloba e busca superar o modelo biopsicossocial, já que este não inclui as dimensões religiosas e espirituais como esferas constitutivas do humano. Assim, quando tais dimensões são relevantes, de acordo com o modelo biopsicossocial, a dimensão espiritual/religiosa é considerada apenas como aspecto social ou psíquico e não uma esfera própria.

Notadamente, no “Paradigma Emergente” entende-se o humano enquanto um ser complexo, intersubjetivo, imprevisível e integral (Santos, 2008). Conforme Capra (1996) e Vasconcellos (2019), há conexões ecossistêmicas, as quais contrapõem-se às separações de fatos e fenômenos e rompem com o pensamento dualista de René Descartes, fisicalista de Isaac Newton e positivista de Augusto Comte. Ademais, este paradigma busca modelos alternativos e múltiplas verdades através de uma pluralidade metodológica (Santos, 2008). Assim, tanto no Paradigma Biopsicossocial quanto no Paradigma Emergente, há uma fluidez e uma identificação nos modos de ver, pensar e explicar o humano. Contudo, ao conceber o ser como complexo, o mesmo vai além de apenas biopsicossocial na perspectiva emergente.

Ainda, de acordo com os dados, nos artigos 01 e 02 contamos com uma abordagem psicoterápica integrativa mesclada aos elementos do aconselhamento multicultural, da etnopsicologia e da abordagem centrada (Scorsolini-Comin, 2015; Scorsolini-Comin, 2017). Enfatizamos que tal mescla é um diferencial do psicólogo no manejo de questões espirituais e características do “Paradigma Emergente” na Saúde. Segundo Gomes e Deslandes (1994), o campo da Saúde Pública é demarcado historicamente por um modelo positivista, ou seja, está fundamentado nos pilares do positivismo, e na nossa perspectiva, são rígidos, não respondem todas as questões, sequer correspondem todas as vezes com a

realidade e a demanda dos pacientes. Para tanto, torna-se essencial a presença contínua do novo paradigma na atuação dos profissionais da saúde.

Em sintonia, os psicólogos dos artigos 04 (Elias et al., 2007), 06 (Elias et al., 2017), 07 (Espíndula et al., 2010) e 10 (Elias et al., 2008) recorreram à Intervenção RIME e as enfermeiras dos artigos 08 (Lavorato-Neto et al., 2018) e 09 (Cortez & Teixeira, 2010) utilizaram a concepção de um atendimento integral, isto é, o cuidado com o corpo perpassa uma pluralidade de práticas técnicas, científicas, religiosas e espirituais na qual a enfermagem procede.

A respeito da religião e espiritualidade dos enfermeiros e demais profissionais da saúde, contamos com 02 católicos, 01 budista, 01 espírita e 07 espiritualistas; e nos artigos 01 (Scorsolini-Comin, 2015) e 02 (Scorsolini-Comin, 2017), o psicólogo possui afinidade com a religião de matriz africana, especificamente umbanda.

Consoante as informações acima, enquanto locais de atuação dos profissionais, temos terreiro de umbanda, ambulatório, hospital, Centro de Atenção Psicossocial e clínica tradicional. Neste panorama, fundamental uma breve caracterização dos pacientes que receberam o manejo supracitado. Respectivamente nos artigos 01 (Scorsolini-Comin, 2015) e 02 (Scorsolini-Comin, 2017), sabemos que os pacientes foram um idoso simpatizante do Espiritismo e Umbanda e 03 médiuns atuantes no Centro de Umbanda. E, contamos com 22 pacientes terminais em tratamento com diferentes crenças religiosas, conforme os artigos 04 (Elias et al., 2007) e 10 (Elias et al., 2008).

Importante sublinhar a pequena quantidade e variedade de informações dos pacientes nos artigos e a predominância de pacientes hospitalizados e em estado terminal. Tal fato nos faz conjecturar que o contexto hospitalar propicia sensibilidade e cuidado espiritual e escancara uma demanda espiritual. Isso é também brevemente sublinhado no artigo 08 (Lavorato-Neto et al., 2018) com as citações dos autores da pesquisa e de uma enfermeira: “o mundo hospitalar promove conexão com o sagrado, que reformula a vida do cuidador que nele convive” e “Dentro do hospital você vê pessoas morrendo, ...sofrendo...que entram de um jeito e saem de outro” (Lavorato-Neto et al., 2018, p. 03).

Quanto aos atendimentos na esfera pública ou privada, no artigo 01 (Scorsolini-Comin, 2017) e 02 (Scorsolini-Comin, 2015), os atendimentos foram abertos ao público sendo, especificamente, no terreiro de Umbanda. No artigo 03 (Henning-Geronasso & Moré, 2015), numa clínica privada; no artigo 04 (Elias et al., 2007) e 10 (Elias et al., 2008), em hospitais públicos de Campinas, São Paulo e Piracicaba; no artigo 05 (Oliveira & Junges, 2012), no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e clínicas particulares de São Leopoldo, município do estado do Rio Grande do Sul. Ademais, temos a esfera pública no artigo 06 (Elias et al., 2017), no Ambulatório de Cirurgia Plástica do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) e, especificamente, no artigo 07 (Espíndula et al., 2010), no Centro Especializado de

Oncologia do Hospital Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto (SP) contamos com atendimentos públicos e privados.

Em síntese, foram 07 atendimentos na esfera pública (artigos 01, 02, 04, 05, 06, 09 e 10) e 03 atendimentos na esfera privada (artigos 03, 05 e 06). Desse modo, parecer haver uma incidência considerável de atendimentos com manejo de questões espirituais na esfera pública e com publicação de artigos. Porém, não é possível inferir que tal manejo esteja ocorrendo menos na esfera privada.

Já em relação às contribuições do manejo recebido pelos pacientes, nos artigos de Scorsolini-Comin (2015; 2017), ressaltamos que o psicólogo teve uma aproximação real com as orientações e preceitos da religião de matriz africana. O fato de frequentar a comunidade, conhecer as pessoas, as giras e o modo de ser dos médiuns, bem como aceitar e respeitar em todas as dimensões as experiências e vivências dos pacientes, foi possível criar um espaço de atenção psicológica permeada por reflexão, cuidado, ética e potencialidades. Nos artigos de Elias et al. (2007; 2017), temos que a Intervenção RIME promoveu bem-estar, empoderamento e autovalorização aos pacientes. Ademais, foi obtido um melhor enfrentamento do luto pessoal e crescimento psicoespiritual como no artigo 07 (Espíndula et al., 2010); contribuições nas funções sociais e no equilíbrio pessoal no artigo 08 (Lavorato-Neto et al., 2018) e qualidade de vida no processo de morrer no artigo 10 (Elias et al., 2008). Por fim, os artigos 03 (Henning-Geronasso & Moré, 2015), 05 (Oliveira & Junges, 2012) e 09 (Cortez & Teixeira, 2010) não detalharam a eficácia do manejo que os pacientes receberam, mas sugeriram contribuições positivas utilizando os dados analisados e a literatura científica.

Embora o manejo de questões espirituais contribua positivamente e cause bem-estar aos pacientes, há casos em que a religiosidade ou espiritualidade pode ser prejudicial (Lukoff, 2003). Ainda, a religiosidade ou espiritualidade pode não ser manejada de modo ético, consciente e consistente pelos profissionais da saúde. Como acréscimo, a grande quantidade de resultados positivos parece não ser ainda suficiente para mudar o cenário profissional médico e psicoterapêutico brasileiro mesmo que tal transformação já esteja acontecendo nas academias como foi exposto na Introdução do nosso estudo. Para tanto, torna-se fundamental que mais academias, cursos, disciplinas, grupos de estudo, ligas acadêmicas, entre outros, sejam realizados pelos docentes e ofertados aos discentes. Cabe finalizarmos essa análise com um relato de Koenig (2012) sobre indagações pessoais de um paciente e a demanda existente no contexto da saúde:

DOUTOR, O SENHOR DISSE que eu tenho câncer terminal e que não pode fazer mais nada por mim. O Senhor diz que tenho dois ou três meses de vida. O que acontece agora? Tenho medo da dor e do sofrimento que me esperam. Tenho medo de não ter sido uma pessoa boa. Tenho medo de que Deus não me ame,

pois as minhas orações de cura não foram atendidas. Tenho medo de para onde vou depois de morrer. Tenho medo de deixar minha filha e meu filho e nunca mais vê-los de novo. Tenho medo, doutor, tenho muito medo (Koenig, 2012, p. 21).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de todo o exposto, ressaltamos que os objetivos propostos foram alcançados, pois identificamos que os profissionais da saúde que mais manejam as questões espirituais de seus pacientes foram primordialmente psicólogos e enfermeiros, com variações entre escuta qualificada, uma atenção possível, intervenção RIME, inibição, falta de informação e certa negligência. A contribuição do manejo em relação ao bem-estar dos pacientes quando compartilhada foi positiva, no entanto, as contribuições negativas não foram citadas sequer discutidas.

Acerca especificamente do manejo das questões espirituais, temos que ele demonstrou baixa pluralidade e baixa variação e as estratégias, atenção e ações terapêuticas realizadas pelos profissionais da saúde se aproximam do “Paradigma Biopsicossocial” e do “Paradigma Emergente”. Observamos também que a religiosidade ou espiritualidade dos profissionais e dos pacientes não foi sempre informada, além de faltar mais detalhes do manejo em si e de sua contribuição, dados estes que consideramos de suma relevância. Ademais, parecer haver uma incidência considerável de atendimentos com manejo de questões espirituais na esfera pública e com publicação de artigos.

Apesar dos resultados serem significativos, é essencial elencar os limites do presente estudo. Percebemos que poderíamos ter utilizado outras palavras-chave, como: cuidado paliativo, assistência espiritual, dor espiritual e/ou sofrimento espiritual e religioso durante a busca nos bancos de dados; palavras que poderiam ampliar mais os nossos resultados. No entanto, tal descoberta só foi possível após a realização da leitura dos artigos acerca da temática com atenção às palavras-chave utilizadas. Além do que, optamos por focar nas práticas notadamente espirituais, definindo como critério de inclusão apenas os artigos em português, inglês e espanhol. Não encontramos uma variedade de métodos de pesquisa escolhidos e utilizados para investigar a temática; e, todos os artigos recuperados constituem suas próprias limitações. Para tanto, mais e novos estudos devem ser desenvolvidos para que tais limitações sejam solucionadas e o tema seja continuamente investigado e discutido.

REFERÊNCIAS

- Alves, R. R. N., Alves, H. N., Barboza, R. R. D., & Souto, W. M. S. (2010). The influence of religiosity on health. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4), 2105-2111.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM IV*, (4a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychological Association (APA). Divisão 36: Sociedade de Psicologia da Religião e Espiritualidade. Recuperado em 13 de abril de 2020, de <http://www.apa.org/about/division/div36.aspx>.
- Baltazar, D. V. G. (2003). *Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental: impasse ou possibilidade* (Dissertação de Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
- Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização (PNH). (2013). Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Recuperado em 13 de abril de 2020, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.
- Capra, F. (1996). *A teia da vida: Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. São Paulo: Cultrix.
- Cascudo, L. C. (1983). *Civilização e cultura*. Belo Horizonte: Itatiaia.
- Costa, A., & Zoltowski, A. (2014). Como escrever um artigo de revisão sistemática. In Koller, S. H., Couto, M. C. P., & Hohendorff, J. V. (Orgs.). *Manual de Produção Científica* (pp. 55-70). Porto Alegre: Penso.
- Dalgalarrodo, P. (2007). Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(Supl.1), 25-33.
- Elias, A. C. A., & Giglio, J. S. (2001). A questão da espiritualidade na realidade hospitalar: o psicólogo e a dimensão espiritual do paciente. *Estudos Psicológicos*, 18(3), 23-32.
- Elias, A. C. A., Giglio, J. S., Pimenta, C. A. M., & El-Dash, L. G. (2007). Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica "relaxamento, imagens mentais e espiritualidade" (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(Supl.1), 60-72.
- Elias, A. C. A.; Ricci, M. D., Rodriguez, L. H. D., Pinto, S. D., Giglio, J. S., & Baracat, E. C. (2017). Development of a Brief Psychotherapy modality entitled RIME in a hospital setting usingal chemical images. *Estudos Psicológicos*, 34(4), 534-547.
- Elmescany, É. N. M., & Barros, M. L. P. (2015). Espiritualidade e terapia ocupacional: reflexões em cuidados paliativos. *Revista NUFEN: Fenomenologia e Interdisciplinaridade*, 7(2), 1-24. *espiritualidade humanista diante da morte na atualidade*. Petrópolis: Vozes.
- Gomes, R., & Deslandes, S. F. (1994). Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2(2), 103-114.
- Grof, S. (1994). *A Mente Holotrópica: novos conhecimentos sobre psicologia da Consciência*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Grof, S., & Grof, C. (1990). *Emergência Espiritual: Crise e Transformação Espiritual*. São Paulo: Cultrix.
- Hennezel, M. de; Leloup, J. Y. (2012). *A arte de morrer: Tradições religiosas e*
- Henning-Geronasso, M. C., & Moré, C. L. O. O. (2015). Influência da Religiosidade/Espiritualidade no Contexto Psicoterapêutico. *Psicologia Ciência e Profissão*, 35(3), 711-725.
- Koenig, H. G. (2012). *Medicina, religião e saúde: O encontro da ciência e da espiritualidade*. Porto Alegre: L&PM.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality and Health: The Research and Clinical Implications. International Scholarly Research Network. Recuperado em 13 de abril de 2020, de [https://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1542421](https://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1542421).
- Lavorato-Neto, G., Rodrigues, L., Turato, E. R., & Campos, C. J. G. (2018). O espírito solto: significados de espiritualidade por equipe de enfermagem em psiquiatria. *Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]*, 71(2), 280-288.

- Lukoff, D. (2003). Problemas religiosos e espirituais. In Conferência do IV Congresso Internacional de Psicologia Transpessoal da Associação Luso Brasileira de Transpessoal. Cascais: Portugal.
- Mano, R. P. (2016). Vivências Espirituais e Sofrimento Psíquico Grave. Tese Universidade de Brasília. Recuperado em 13 de abril de 2020, de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/22775>.
- Monteiro, L. V. B., & Junior, J. R. R. (2017). A dimensão espiritual na compreensão do processo Saúde-Doença em Psicologia da saúde. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit*, 4(2), 15-30.
- Murakami, R., & Campos, C. J. G. (2012). Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 361-367.
- Oliveira, M. R., & Junges, J. R. (2012). Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos Psicológicos*, 17(3), 469-476.
- Pereira, T. T. S. O., Barros, M. N. S., & Augusto, M. C. N. A. (2011). O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. *Mental*, 9(17), 523-536.
- Portugal, C. M. (2016). Entre o consultório e o terreiro: mediações, ruídos e silenciamentos nos itinerários terapêuticos de adeptos do candomblé. *RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 10(1).
- Posicionamento do Sistema Conselhos de Psicologia para a questão da Psicologia, Religião e Espiritualidade. (2013). Recuperado em 13 de abril de 2020, de <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Posicionamento-do-Sistema-Conselhos-de-Psicologia-para-a-quest%C3%A3o-da-Psicologia-Religi%C3%A3o-e-Espiritualidade.pdf>.
- Santos, B. S. (2008). *Um Discurso sobre as Ciências*. São Paulo: Cortez.
- Scorsolini-Comin, F. (2015). Um toco e um divã: reflexões sobre a espiritualidade na clínica etnopsicológica. *Contextos Clínicos*, 8(2), 114-127.
- Scorsolini-Comin, F. (2017). Espiritualidade e brasilidade na clínica etnopsicológica. *Psicologia Clínica*, 29(2), 319-338.
- Sebastiani, R. W., & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira [online]*, 20(Supl. 1).
- Simme, G. (1994). *La religione*. Roma: Bulzoni.
- Tokpah, M. M., & Middleton, L. (2013). Psychiatric nurses' understanding of the spiritual dimension of holistic psychiatric nursing practice in South Africa: a phenomenological study. *Revista África de Enfermagem e Obstetrícia*, 15(1), 81-94.
- Vasconcellos, M. J. E. Pensamento Sistêmico: uma epistemologia científica para uma ciência novo-paradigmática. Recuperado em 13 de abril de 2020, de <http://legacy.unifacex.com.br/quartocbs/arquivos/14.pdf>.
- Volcan, S. M. A., Sousa, P. L. R., Mari, J. J., & Horta, B. L. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 440-445.
- Weil, P. (1995). *A Morte da Morte*. São Paulo: Gente.
- Willeman, F. A. (2010). Recusa a Tratamento da Saúde com Fundamento em Crença Religiosa e o Dever do Estado de Proteger a Vida Humana: O Caso da Transfusão de Sangue em Testemunha de Jeová. *Revista da EMERJ*, 13(50), 156-190.

Notas sobre os Autores:**Stella Maris Souza Marques**

Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU).
stella_msm@hotmail.com

Tommy Akira Goto

Professor do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).
tommy@ufu.br

Agradecimentos e créditos institucionais de financiamento:

Bolsista CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal e Nível Superior).

Recebido em: 14/04/2020

Aprovado em: 10/10/2020