

**FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANDRÉIA DAS NEVES SANTOS
DANIELA DOMINGUES GUIMARÃES**

**ESPIRITUALIDADE, SAÚDE
E O CUIDADO DE ENFERMAGEM**

**VITÓRIA
2011**

ANDRÉIA DAS NEVES SANTOS
DANIELA DOMINGUES GUIMARÃES

**ESPIRITUALIDADE, SAÚDE
E O CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da professora Msc Priscilla Ferreira e Silva.

VITÓRIA
2011

ANDRÉIA DAS NEVES SANTOS
DANIELA DOMINGUES GUIMARÃES

**ESPIRITUALIDADE, SAÚDE
E O CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem. Defendida e aprovada em 21 de novembro de 2011 por:

Prof^o Msc Priscilla Ferreira e Silva - FCSES
Orientadora

Prof^a Esp. Claudia Curbani Vieira Manola
Examinadora

Prof^a Esp. Ingrid Frederico Barreto
Examinadora

DEDICATÓRIA

Para nossas famílias e amigos e a todas as pessoas que nos ajudaram em mais essa etapa.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é sempre um ato de amor, e foi este gesto que nos conduziu durante essa jornada, em busca do aprendizado. Obrigada Senhor por nos ensinarmos a viver com as diferenças, e dificuldades do próximo. Somos eternamente gratas a Deus por tudo durante esta caminhada.

Agradecemos em especial aos nossos pais e familiares pela paciência, sensibilidade, força, contribuições e pela compreensão das diversas ausências, durante a trilha percorrida, para que este estudo se concretizasse.

Nossos sinceros agradecimentos à orientadora Prof^o Msc Priscilla Ferreira e Silva por compartilhar seu conhecimento e seu viver na enfermagem, tornando possível o nosso trabalho de conclusão de curso na graduação de Enfermagem.

"A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes, poder-se-ia dizer, a mais bela das artes"

Florence Nightingale

RESUMO

Introdução: A espiritualidade e a religiosidade geram impacto positivo na vida das pessoas, levando-as a zonas de conforto e bem-estar, e melhor saúde física e mental. A Enfermagem desde sua origem busca prestar um cuidado integral, devendo o profissional buscar suprir todas as necessidades humanas básicas do paciente através do cuidado de enfermagem, logo, a Enfermagem deve abordar a espiritualidade no planejamento assistencial **Justificativa:** Este trabalho busca mostrar para os acadêmicos e profissionais de saúde a influência e a importância da abordagem da espiritualidade e da religiosidade no cuidado de enfermagem e na saúde do paciente. **Objetivos:** Identificar a importância da espiritualidade na saúde das pessoas e identificar a importância da abordagem da espiritualidade, no cuidado do paciente, pelo profissional da Enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de natureza bibliográfica. Para o presente estudo foi realizada uma revisão bibliográfica de livros, artigos científicos, dissertações e teses disponibilizadas no Scientific Eletronic Libraly Online (SCIELO), BIREME, Biblioteca Virtual em Espiritualidade e Saúde (BVES). Para a busca, foram utilizados os seguintes descritores em ciências da saúde (DEC's): "espiritualidade", "saúde", "cuidados de enfermagem". Como critérios de inclusão foram considerados artigos: em língua portuguesa, com resumo publicado na íntegra, com data de publicação entre 01 de janeiro de 1998 a 01 de novembro de 2011, e livros selecionados com os mesmos requisitos. Os critérios de exclusão foram: artigos e livros em língua estrangeira, publicados antes de 1998. **Considerações finais:** Apesar de ser difícil mensurar o real impacto da espiritualidade sobre a saúde, podemos perceber grande interesse por parte de pesquisadores e acadêmicos na área da saúde, através das pesquisas realizadas. Consideramos ser de grande importância a preparação do enfermeiro ainda na graduação, para que ele possa compreender o significado da espiritualidade para o indivíduo e lidar na prática clínica.

Palavras-chaves: espiritualidade; saúde; cuidados de enfermagem.

LISTA DE SIGLAS

IL-6 - Interleucina 6

WHOQOL - Grupo de Avaliação da Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS

WHOQOL-100 - World Health Organization Quality of Life Instrument; Organização Mundial de Saúde Instrumento de Mensuração da Qualidade de Vida

WHOQOL-SRPB - Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde - Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais

NANDA - *North American Nursing Diagnosis Association*; Associação Norte Americana dos Diagnósticos de Enfermagem.

NIC - *Nursing Intervention Classification*, Classificação das Intervenções de Enfermagem

NOC - *Nursing Outcomes Classification*, Classificação dos resultados de Enfermagem

OMS - Organização Mundial de Saúde

QOL-CS - *Quality of Life-Cancer Survivors*; Qualidade de Vida em sobreviventes de câncer

QV - Qualidade de Vida

SCIELO - *Scientific Electronic Library Online*; Biblioteca eletrônica científica online

S-PRT - *Self-Perception and Relationships Tool*; Auto-percepção e Ferramenta de Relacionamentos

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 1.1 JUSTIFICATIVA..... | 11 |
| 2 OBJETIVOS | 12 |
| 3 METODOLOGIA | 13 |
| 4 SIGNIFICADOS | 15 |
| 4.1 RELIGIOSO-ESPIRITUAIS | 15 |
| 4.2 CUIDADO..... | 16 |
| 4.3 SAÚDE..... | 18 |
| 5 BREVE HISTÓRICO | 19 |
| 5.1 DA SAÚDE..... | 19 |
| 5.2 DA RELAÇÃO ENTRE A IGREJA E A MEDICINA..... | 20 |
| 5.3 DA RELAÇÃO ENTRE A IGREJA E A ENFERMAGEM..... | 21 |
| 6 ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE | 22 |
| 6.1 ESPIRITUALIDADE E A SAÚDE FÍSICA E MENTAL..... | 25 |
| 7 O CUIDADO DE ENFERMAGEM | 33 |
| 7.1 O ENFERMEIRO E A ESPIRITUALIDADE NO CUIDAR..... | 34 |
| 7.1.1 AS DIFICULDADES..... | 37 |
| 7.1.2 COMO O ENFERMEIRO DEVE ABORDAR A ESPIRITUALIDADE..... | 38 |
| 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 40 |
| 9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 42 |

1 INTRODUÇÃO

A espiritualidade e a saúde têm despertado crescente interesse entre pesquisadores e acadêmicos na área da saúde, bem como entre a população em geral (MOREIRA-ALMEIDA, 2010). O foco que sempre dominou a pesquisa na área da saúde, a doença, vem perdendo espaço para os estudos de características adaptativas, tais como esperança, sabedoria, criatividade, coragem e espiritualidade (PANZINI, 2007). Observam-se inúmeras pesquisas sendo desenvolvidas, com rigor científico metodológico e estatisticamente válidos, que indicam uma associação positiva entre religiosidade e melhor saúde física e mental, e a qualidade de vida (MOREIRA-ALMEIDA, 2010; SANCHEZ; NAPPO, 2007).

Moreira-Almeida et al (2010), conclui através de uma amostra nacionalmente representativa, em seu levantamento nacional no Brasil, que o envolvimento religioso independe da renda, nível educacional, ocupação ou o estado civil. No Brasil são observados altos níveis de envolvimento religioso, especialmente entre mulheres e idosos, por possuírem necessidades específicas de cuidados em saúde, e por utilizar a religiosidade para auxiliar no modo de lidar com situações estressantes, como o adoecimento (MOREIRA-ALMEIDA, 2010). Um censo realizado em 2000 aponta que apenas 7% dos brasileiros se declararam sem religião (STOPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008).

Levin (2003), afirma que ter uma vida religiosa ou espiritual ativa é fonte de proteção, assim como ter uma alimentação saudável e praticar exercícios regulares. Pesquisas realizadas em diferentes religiões afirmam que ter algum tipo de fé espiritual aumentam os níveis de felicidade, satisfação com a vida e emoções positivas (MOREIRA-ALMEIDA, NETO, KOENING, 2006 apud BLOISE org., 2011).

Para Levin, (2003, p. 141),

“As implicações da fé, pura e simples, para a saúde e para a doença são intrigantes. Quer Deus ou dimensão espiritual sejam ou não objetivamente reais ou verdadeiros, e independentemente da nossa afiliação religiosa, da frequência com que assistimos aos serviços religiosos, do nosso culto ou da nossa crença, o mero fato de pensarmos ou afirmarmos que somos

religiosos ou espiritualistas, ou simplesmente de termos fé ou confiança em Deus, num poder superior, ou nos princípios de uma religião, pode beneficiar a nossa saúde e o nosso bem-estar. A razão disso é o fato de que a fé religiosa pode nos dar esperança.”

Ao inspirar pensamentos de otimismo e esperança, bem como expectativas positivas, a vivência religiosa para alguns pesquisadores funciona como placebo (VASCONCELOS, 2010). Logo, cultivar regularmente atitudes positivas e pensamentos de esperança estimula a capacidade de autocura e de autoequilíbrio (FILHO, 2011).

Sá (2009) argumenta que por ser o enfermeiro, quem passa mais tempo ao lado do paciente e ser preparado para desenvolver um olhar holístico, necessita de um paradigma para atuar humanisticamente, a fim de proporcionar um apoio afetivo no campo espiritual. Segundo Davis (1994) apud Panzini (2007) um plano terapêutico malsucedido na reabilitação de deficiências físicas é frequentemente culpa de um sofrimento espiritual anteriormente não identificado. Peres (2007) conclui que se torna cada vez mais necessária à atenção da espiritualidade, na prática de assistência à saúde.

1.1 JUSTIFICATIVA

Este trabalho busca mostrar para os acadêmicos e profissionais de saúde a influência e a importância da abordagem da espiritualidade e da religiosidade no cuidado de enfermagem e na saúde do paciente, tendo em vista a falta de abordagem desse tema, espiritualidade, durante o nosso curso de graduação.

Muitas pessoas utilizam a religião como estratégia positiva de enfrentamento (“coping”) para lidar eficientemente com problemas, como as doenças. Logo, esse conforto que a religião proporciona reduz o estresse emocional, causado pela perda ou mudanças decorrentes de um processo patológico (KOENING, 2005). Assim, considerando que a espiritualidade e a religiosidade têm grande potencial de geração de impacto na vida das pessoas, levando-as a zonas de lenitivo e bem-

estar e melhor saúde física e mental, torna-se cada vez mais necessária estudar a espiritualidade na prática de assistência à saúde.

Para Florence Nightingale, precursora da Enfermagem profissional, o centro das ações de Enfermagem é o indivíduo, através dos cuidados integrais. Logo, torna-se imprescindível que o enfermeiro proporcione um cuidado de forma holística, abordando a espiritualidade, na prática da assistência.

2 OBJETIVOS

- Identificar a importância da espiritualidade na saúde das pessoas.
- Identificar a importância da abordagem da espiritualidade no cuidado do paciente, pelo profissional da Enfermagem.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza bibliográfica. Marques et al (2006) define revisão bibliográfica como aquela cujos dados secundários são obtidos através de consulta realizadas nos livros, revistas, jornais, enciclopédias, entre outros.

Marconi (2001) refere ainda, que o estudo de natureza bibliográfica consiste em exame de todo o material escrito e publicado para levantamento e análise do que se produziu sobre determinado assunto, caracterizado como tema de pesquisa.

Para o presente estudo foi realizada uma revisão bibliográfica de livros, artigos científicos, dissertações e teses disponibilizadas no Scientific Eletronic Libraly Online (SCIELO), BIREME, Biblioteca Virtual em Espiritualidade e Saúde (BVES). Para a busca, foram utilizados os seguintes descritores em ciências da saúde (DEC's): “espiritualidade”, “saúde”, “cuidados de enfermagem”.

Como critérios de inclusão foram considerados artigos: em língua portuguesa, com resumo publicado na íntegra, com data de publicação entre 01 de janeiro de 1998 a 01 de novembro de 2011, e livros selecionados com os mesmos requisitos. Os critérios de exclusão foram: artigos e livros em língua estrangeira, publicados antes de 1998.

Em busca inicial com os descritores mencionados foram encontrados 166 artigos que foram então, selecionados segundo a sua relevância para o alcance do objetivo de identificar e descrever os fatores de influência da espiritualidade sobre a saúde e a qualidade de vida das pessoas, e ainda de identificar a importância da espiritualidade na assistência de enfermagem ao paciente. Após a triagem, permaneceram 25 artigos, que compuseram a presente revisão bibliográfica.

Os achados foram organizados em quatro categorias conceituais, apresentada no presente estudo em capítulos: Significados (Cap. 4), História da Religião e Saúde (Cap. 5), Inserção da Espiritualidade na Saúde (Cap. 6) e a Espiritualidade no cuidado de Enfermagem (Cap. 7).

Com a finalidade de incluir citações importantes, cujos trabalhos de origem foram publicados em língua estrangeira, utilizamos em alguns momentos a expressão “apud”, devido à relevância dos conteúdos para a apresentação da temática.

4 SIGNIFICADOS

4.1 RELIGIOSOS-ESPIRITUAIS

Definições de termos relacionados à religiosidade são numerosas e complexas, dificultando a realização de pesquisas relacionadas a esse tema (FARIA; SEIDL, 2005). Tradicionalmente, espiritualidade definia uma pessoa profundamente religiosa, um estado de ser a qual se chega apenas por meio da devoção, da religiosidade e da observância, porém, novos conceitos foram surgindo com o passar dos tempos (LEVIN, 2003; BLOISE org., 2011).

Religiosidade e espiritualidade podem estar relacionadas, porém, não são sinônimos, a espiritualidade possui um conceito mais amplo do que religião, pois esta é apenas uma expressão da espiritualidade. A religiosidade envolve um sistema de culto e doutrina, que é compartilhado por um grupo, e, portanto, tem características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorais específicas. Por outro lado, a espiritualidade está relacionada com o transcendente, com questões definitivas sobre o significado e propósito da vida, e com a percepção de que há mais na vida do que aquilo que pode ser visto ou inteiramente entendido (SAAD; BATTISTELLA; MASIERO, 2001).

Koenig (2001) apud Peres (2007) define espiritualidade como uma busca pessoal de respostas sobre o significado da vida e o relacionamento com o sagrado ou com o transcendente, que pode ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas. Já a religiosidade é entendida como uma extensão de que o indivíduo acredita, segue e pratica em uma religião organizacional ou não, diz respeito ao nível de envolvimento religioso e ao reflexo de sua influência nos hábitos e no cotidiano da vida das pessoas (STOPPA, 2008; KOENIG, 2001 apud LUCCHETTI, 2010).

De acordo com Gordon Allport (1967), a religiosidade de uma pessoa pode ser intrínseca ou extrínseca. Na religiosidade extrínseca, a religião é um meio utilizado para proporcionar segurança e consolo, sociabilidade e distração, status e auto

absolvição. Na religiosidade intrínseca, as pessoas têm na religião seu bem maior, logo, as outras necessidades vistas com menor importância, mas sempre que possível são colocadas em harmonia com sua orientação e crença (STOPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008).

Para Moggi e Burkhard (2004) a espiritualidade se caracteriza por possuir elementos comuns a todas as religiões existentes, tais como: o amor, o respeito à vida, a fé, o livre arbítrio, a fraternidade, a esperança, a ética, a bondade, a igualdade e a liberdade. De acordo com esses autores qualquer pessoa pode ter uma visão espiritual algumas mais e outras menos.

M. Manning (2007), no artigo de revisão *“Defining Spirituality from a student’s Perspective”*, apresenta uma definição com o intuito de unificar os vários aspectos da espiritualidade, onde destaca três dimensões: cognitiva, vivencial e comportamental. Os aspectos cognitivos incluem os propósitos e verdades nas decisões das pessoas, além de valores e crenças pelas quais vive o indivíduo. O aspecto vivencial se relaciona com sentimentos como a esperança, o amor, o conforto e a paz interior. Esses sentimentos refletem na qualidade dos recursos internos do indivíduo e na habilidade para dar e receber amor espiritual, e influencia sua interação com a sociedade. O último aspecto, o comportamental, envolve a maneira que o indivíduo exterioriza suas crenças e seus estados internos como o idealismo, a gratidão e o sagrado (BLOISE, org., 2011).

4.2 CUIDADO

O cuidado em um conceito amplo pode incorporar diversos significados, como: solicitude, desvelo, zelo, diligência, atenção e se concretiza no contexto da vida em sociedade (BOFF, 2008). Sob o ponto de vista existencial, o cuidado é prioridade, e representa uma atitude de preocupação, de responsabilidade, de ocupação e de envolvimento afetivo com o outro. Já para Souza et al. (2005) cuidar implica colocar-se no lugar do outro (empatia) (STAMM, 2002).

Gaboa (2002) apud Bison (2003) afirma que o cuidar compreende vasta concepção, mas a visão biológica é a mais comum dentro da enfermagem, onde se envolve um determinismo tecnicista entrelaçado a fatores como a emoção e a relação interpessoal. Preconiza que o cuidar não é um ato único, nem apenas a soma de procedimentos técnicos ou qualidades humanas. Trata-se da conjunção de sentimentos, valores, princípios científicos e atitudes, com o intuito de satisfazer as pessoas envolvidas.

Todas as tentativas de esboçar o cuidado se aplicam de alguma forma ao paradigma central da enfermagem (BISON, 2003). Para compreender o valor do cuidado de enfermagem, necessita-se uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso, iniciando pela valorização da própria vida para respeitar a do outro (SOUZA et al, 2005).

Janice M. Morse (1991), uma importante teórica da Enfermagem, propõe a classificação do cuidado em cinco categorias: (1) cuidar como uma característica humana: comum e inerente a todos os indivíduos humanos, é comumente tida como básica e constante e forma o fundamento da sociedade, necessário para a sobrevivência e perpetuação da espécie; (2) cuidar como um imperativo moral ou ideal, o ato de cuidar é visto como virtude moral, leva à intervenção positiva no bem-estar dos outros refletindo no crescimento mental e na espiritualidade da enfermagem, onde a enfermeira é vista como agente moral; (3) cuidar como afeto envolve a compaixão ou a empatia para com o cliente, motivando a enfermagem a oferecer o cuidado. A intensidade desse sentimento afetará a sobremaneira do ato de cuidar, o cuidado exige a capacidade de se pôr no lugar do paciente; (4) cuidar como relação interpessoal, a enfermeira e o paciente têm que se comprometerem e confiar um com o outro, além de serem comunicativo e de se respeitarem. As ações e sentimentos precisam ser compartilhados com o cliente, pois o cuidar cria a possibilidade de dar e receber ajuda; e (5) cuidar como ação terapêutica na enfermagem, no cuidado, a enfermagem deve detectar e satisfazer as carências demonstradas pelo paciente, é importante promover a autonomia e o autocuidado, dar informações, transmitir conhecimentos e principalmente ter compaixão, com o objetivo de se manter e promover a vida (BISON, 2003).

4.3 SAÚDE

O significado de saúde reflete a conjuntura econômica, social, cultural e política, ou seja, ela diversificará dependendo da época, local, classe social, ou até mesmo dos valores individuais, das concepções científica, filosóficas e/ou religiosas (SCLIAR, 2007).

O conceito mundialmente aceito de saúde foi divulgado na carta de princípios, em sete de abril de 1948, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu saúde como “um estado de mais completo bem-estar, físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidades”. Em objeção ao conceito da OMS, Christopher Boorse (1977) afirma que a saúde seria a ausência de doença, por afirmar que a classificação dos homens como saudáveis ou doentes é objetiva (SCLIAR, 2007).

Anthikad (2005) compreende que um indivíduo sadio não é saudável apenas no nível físico, mas também no nível mental. Enfoca que saúde mental é aspecto importantíssimo no estado de saúde total do indivíduo, pois contribui para a manutenção da saúde física e da eficácia social.

Como medida de desfecho em saúde, a introdução do conceito de qualidade de vida (QV) surgiu a partir da década de 1970 (PANZINI, 2007). Fallowfield, 1990 apud Panzini et al, 2007 definiu a QV como “a medida que faltava na área da saúde”. Fleck et al. (1999) afirma que a qualidade de vida possui intersecções com diversos conceitos biológicos e funcionais, como: *status* de saúde, *status* funcional e incapacidade/deficiência; sociais e psicológicos, como bem-estar, satisfação e felicidade; como também de origem econômica.

5 BREVE HISTÓRICO

5.1 DA SAÚDE

Supõe-se que o contato do homem pré-histórico com a dor e com o sofrimento sejam as primeiras noções ligadas à saúde e à doença, e que a percepção de sentir-se bem e de sentir-se mal tenha surgindo através de comparações de condições do próprio corpo. No período paleolítico, as terapêuticas eram baseadas em noções mágicas, através de utilização, pelas mulheres, de vegetais e da atividade do homem como xamã. No Neolítico, a percepção de saúde, devido à cultura, ainda permanecia-se mítica, porém com certos estabelecimentos de causa e efeito a respeito de medidas terapêuticas diversas (NEVES, 2011).

A sociedade egípcia, na Idade Antiga, tinha sua atividade curativa instituída a um profissional adequado, espelhado a uma divindade específica, Imhotep, o deus da medicina. Entre os Gregos apenas após Pitágoras e seus seguidores a medicina tornou-se mais racional e mais próxima de conceitos científicos. Hipócrates deu início ao entendimento de que a saúde era essencialmente ligada ao organismo, e não mais decorrentes de entidades espirituais. Em Roma, a saúde assumiu o caráter público, logo o cuidar de indivíduos era secundário, sendo a atividade da medicina exercida por escravos e estrangeiros. O poeta romano Juvenal, escreveu em poesia a frase: *mens sana in corpore sano* (mente sã em corpo são), onde até hoje representa a idéia de saúde (NEVES, 2011).

A concepção de saúde, no decorrer da Idade Média, seguiu a medicina galênica permeada por interpretações espirituais. A partir do Renascimento, com o desencadeamento de eventos, onde Leonardo da Vinci juntamente com Andreas Vesalius, considerado o pai da anatomia moderna, deu-se início a “revolução científica”, através da sistematização do “dividir em partes para entender” o organismo humano. Com o advento da Revolução industrial a noção de saúde foi influenciada pelo crescimento das cidades, juntamente pelas transformações sociais e inovações científicas. No século XVIII foram estabelecidas diversas formas de

classificação de doenças, simplificadas posteriormente por Pinel. Apenas a partir do século XIX, a doença e a saúde passaram a ser vistas exclusivamente como variantes das condições biológicas dos indivíduos. Entretanto, apesar dos avanços científicos, as noções míticas de saúde e doença ainda permearam até o século XX (NEVES, 2011).

Logo, com o advento da medicina científica buscou-se distanciar a religiosidade e a espiritualidade da explicação do processo de adoecimento e cura, contudo estudos atuais antropológicos mostram que em todos os estratos sociais a religiosidade continua parte integrante na compreensão do processo saúde e doença (IBÁÑEZ et al., 2000 apud VASCONCELOS, 2010).

Bettinelli (2002) apud Bison (2003) discute o desenvolvimento científico e tecnológico, que principalmente na área de saúde, possibilitou a promoção de novas formas de viver mais confortavelmente, aumentando as esperanças e as possibilidades, contudo levanta ainda questionamentos sobre desafios éticos, por acarretar a fragmentação dos valores, além de supervalorizar a produtividade e a flexibilidade, resultando assim no declínio ético, deslocando a excelência do ser para o fazer. Vive-se um momento de deslumbre pela tecnologia e suas descobertas, apesar de gerarem inúmeros benefícios, acarretam um grave efeito adverso, a desumanização, que transforma o ser humano em um objeto de intervenção técnica (BARCHIFONTAINE, 2004 apud BATISTA, 2007).

5.2 A RELAÇÃO ENTRE A IGREJA E A MEDICINA

Pesquisas históricas que foram realizadas nesses últimos anos mostram as relações entre religião e ciência ao longo da história. Desmistificaram mitos existentes e ainda persistentes na atualidade, onde mostrou que suas relações foram ainda mais intensas e mais frutíferas do que se imaginava. Descobriu-se que a igreja católica, dentre todas as instituições, foi a que mais promoveu ciência ao longo de toda a história. (KOENING, 2005; MOREIRA-ALMEIDA, 2009).

Antes do século IV os doentes que não contavam com a assistência de médicos particulares, família ou amigos encontravam-se desamparados, pois não havia hospitais como se conhece atualmente. Em 370 A.D, cristãos ortodoxos fundaram o primeiro hospital em Caesarea, atual Turquia. Nos 1.200 anos seguintes a igreja católica construiu e equipou hospitais por toda a Inglaterra e a Europa, e por boa parte desse tempo comandou as principais universidades, no treinamento e credenciamento médico. Esse controle diminuiu apenas no século XVI, em detrimento do governo. Após o Iluminismo sua influência decaiu drasticamente e quase desapareceu em decorrência da Revolução Francesa, sobretudo até os dias atuais existem hospitais ligado às instituições religiosas. (KOENING, 2005).

5.3 A RELAÇÃO ENTRE A IGREJA E A ENFERMAGEM

As verdadeiras precursoras da enfermagem de saúde pública, as primeiras “damas da lâmpada” foram visitadoras domiciliárias, que surgiram no primeiro século do cristianismo (OGISSO org., 2005, p 35). Contudo Koenig (2005), afirma que o ofício da Enfermagem veio diretamente da igreja, através da organização de freiras católicas para servir em hospitais em 1617, pelas Irmãs de Caridade de São Vicente de Paula, onde o pensamento cristão deu ao cuidado de enfermagem um caráter de caridade adotado pela Igreja (SILVA, 2010).

Nem mesmo a enfermagem moderna, liderada por Florence passou imune aos pressupostos cristãos, como afirma Santos (2002) apud Silva (2010). O nascimento da Enfermagem científica se dá em 1837, através do treinamento, por Florence Nightingale, de irmãs de caridade e diáconas protestantes (KOENING, 2005).

No Brasil a implantação da enfermagem moderna se deu relacionada à comunidade evangélica, em 1894, juntamente com estrangeiros e brasileiros, onde foi fundada em São Paulo o Hospital Samaritano (OGISSO org., 2005, p 86).

6 ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE

Quase todas as religiões apóiam crenças que promovem comportamentos com relação à saúde, à doença e à morte. Muitas das doutrinas e ensinamentos de algumas religiões oferecem orientações prática e moral de como promover, conservar ou recuperar a saúde ou o bem-estar físicos e emocionais (SPECTOR apud LEVIN, 2003).

No Brasil a primeira publicação científica, de artigos que tratam do tema espiritualidade, data de 1947 (SÁ; PEREIRA, 2007), porém ela começou a se intensificar apenas a partir da década de 80 e vêm evoluindo, em quantidade e qualidade, desde então. Apesar de ser difícil mensurar e quantificar o real impacto de experiências religiosas e espirituais, quando bem desenvolvida a espiritualidade é apontada como fator de proteção para sofrimentos físicos e mentais (SAAD; MEDEIROS, 2008; STOPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008).

No Brasil, a *Revista de Psiquiatria Clínica* publicou um volume, no fim de 2007, um suplemento bilíngue (português e inglês) inteiramente dedicado à Espiritualidade e Saúde. Sendo a primeira vez em que uma revista de psiquiatria dedicou um fascículo inteiro ao tema, sendo também a primeira revista medica em língua portuguesa a fazer o mesmo. O volume é composto por artigos escritos por 35 pesquisadores do Brasil e do exterior (MOREIRA-ALMEIDA, 2010).

Para Saad e Medeiros (2008), A espiritualidade oferece crescimento nos diversos campos do relacionamento. No campo intrapessoal, dá propósito para o sofrimento e para a vida, além de gerar esperança, altruísmo e idealismo. No campo interpessoal motiva a tolerância, unidade e o senso de pertencer a um grupo. Já no campo transpessoal, desperta o amor incondicional, adoração e crença de não estar só.

Diversas suposições têm sido levantadas para explicar o porquê da fé e a vida religiosa beneficiarem a saúde. A vivência religiosa, ao inspirar pensamentos de otimismo e esperança, bem como expectativas positivas, para alguns pesquisadores funciona como placebo (VASCONCELOS, 2010). Taylor (1989) apud Vasconcelos

(2010) argumenta que o efeito placebo não ocorre apenas por mecanismos psicológicos, como também por meio de efeitos fisiológicos no organismo. Afirma que crenças subjetivas profundas geram alterações bioquímicas, hormonais e fisiológicas. Segundo o mesmo autor até mesmo pensamento otimistas sem fundamento na realidade, designada por ela mesma de ilusões positivas ou autoengano criativo, possui também efeitos protetores contra doenças.

Conforme Filho (2011) cronologicamente a Inteligência humana é classificada em três grupos: inteligência intelectual, inteligência emocional e inteligência espiritual. A intelectual é a inteligência analítica, é aquela pela qual elaboramos conceitos e fazemos ciência, com ela solucionamos problemas objetivos, racionais e lógicos. A emocional, popularizada pelo psicólogo e neurocientista de Harvard, David Goleman, em seu livro “A inteligência Emocional”, mostrou a convicção de toda uma tradição de pensadores do passado, como Platão, Santo Agostinho e Jean Pierre Changeux. Afirma que os homens são primariamente seres de paixão, empatia e compaixão e só em seguida, seres de razão. Por fim, a inteligência espiritual, cuja existência foi comprovada nos últimos dez anos por pesquisas realizadas por neurologistas, neuropsicólogos, neurolinguístas e técnicos em magneto-encefalografia (estudam os campos magnéticos e elétricos do cérebro). É o tipo de inteligência onde não capitamos só fatos, ideias e emoções, mas percebemos contextos dinâmicos maiores que os aspectos da própria vida, ele nos leva a perceber totalidades significativas, nos torna mais sensitiva a valores, a questões relacionadas a Deus e à transcendência da vida.

O mesmo autor comenta que a base empírica da inteligência espiritual reside na biologia dos neurônios. Afirma ainda que é comprovado anatomicamente que nos lobos frontais existe a exteriorização fisiológica dos importantes centros energéticos, onde se encontram milhões de neurônios que esperam funcionar a partir do esforço humano com vistas ao setor da espiritualização.

Saad e Medeiros (2008) resumem algumas das possíveis explicações de como a religião pode afetar a saúde: respeito ao corpo, ensinado por muitas religiões (gerando melhor nutrição e melhores hábitos de vida); melhor estado psicológico (por trazer, perdão, esperança, altruísmo e amor); otimização de vias

psiconeuroimunológicas, psicofisiológicas e psiconeuroendócrinas; melhor estratégia do lidar e redução do estresse.

Pesquisas realizadas em diferentes tradições religiosas e espirituais concluem que ter algum tipo de fé espiritual aumenta os níveis de felicidade, satisfação com a vida e emoções positivas (MOREIRA-ALMEIDA, NETO, KOENING, 2006 apud BLOISE org., 2011).

As práticas espirituais, ao alterarem a neuroquímica cerebral, oferecem uma sensação de paz, segurança e felicidade, reduzem a ansiedade, estresse e depressão. Além de fortalecer as funções neurais de áreas do cérebro suscetíveis ao Mal de Parkinson e o Alzheimer associadas ao envelhecimento (FILHO, 2011).

A possibilidade de se utilizar as emoções como coadjuvante da promoção da saúde e na prevenção de doenças, levanta uma questão: Se as emoções podem curar e preservar a saúde, ela também pode fazer a pessoa ficar doente. O Dr. James W. Pennebaker, psicólogo da Southern Methodist University, acredita que a inibição das emoções são uma das principais ameaças à saúde. Pennebaker diz que a livre expressão das emoções pode constituir um poderoso alicerce para se recuperar de doenças. Uma maneira para chegar à libertação dessas emoções, é a prece. Um dos principais meios de sentir emoções positivas é por meio de experiências religiosas, pois estas podem aliviar a apreensão e a ansiedade, acalmar o medo e diminuir a solidão, reduzir a tensão e a agressividade, a alienação, e sentimento de inferioridade (LEVIN, 2003).

Filho (2011) comenta que a psiconeuroimunoendocrinologia (estuda a relação entre pensamentos, emoções, comportamento e sistema imunológico do ser humano), afirma que maus pensamentos podem gerar doenças. Atesta inegavelmente que o que acontece em nossas cabeças tem infalivelmente consequências físicas.

Vários estudos apontam a importância da espiritualidade na qualidade de vida (QV). Esses estudos levaram aos instrumentos de qualidade de vida genéricos a incluírem uma dimensão espiritual entre seus domínios (PANZINI, 2007).

Em 1991 o Grupo WHOQOL (Grupo de Avaliação da Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS) organizou grupos focais por todo o mundo, onde os participantes afirmaram que espiritualidade/ religião/crenças pessoais eram variáveis importantes em sua QV e saúde (SKEVINGTON, 2002 apud PANZINI, 2007). Hoje o grupo WHOQOL conta com instrumentos de QV que apresentam também dimensões religioso-espirituais, tais como o WHOQOL-100, o WHOQOL-SRPB, o Quality of Life-Cancer Survivors (QOL-CS) e o Self-Perception and Relationships Tool (S-PRT).

6.1 ESPIRITUALIDADE E A SAÚDE FÍSICA E MENTAL

Bowker (1970) apud Vasconcelos (2010) estudando as diferentes religiões afirma que todas as grandes tradições religiosas criam explicações para teorias sobre o sofrimento, gerando sentidos e estratégias para se lidar com as situações desesperadoras e dolorosas. O modo de se entender o sofrimento e remediá-lo alteram-se a cada religião, porém todas procuram desenvolver esperança naqueles que adotam os ensinamentos.

De acordo com Koenig (2005), as necessidades espirituais tornam-se mais fortes em ocasiões em que doenças ameaçam modificar a vida ou seu modo de viver, de si próprias ou de familiares. O buscar apoio e conforto na religião reduzem o estresse emocional, causado pela perda ou mudanças acarretadas devido a um processo patológico, pois através desse apoio, o paciente pode transferir as responsabilidades de seus problemas para Deus, ou então acreditarem que exista um propósito para a dor, o que torna a carga de sofrimento mais suportável.

Há evidências de que pessoas com a espiritualidade bem desenvolvida tendem a adoecer menos, a ter hábitos de vida mais saudáveis e, quando adoecem, apresentam menos quadros depressivos e se recuperam mais rapidamente. Lembrando que a espiritualidade pode ser forte independente da religião, bem como em pessoas com crenças que não se encaixam dentro de uma religião formal (SAAD; MEDEIROS, 2008).

Saad e Medeiros (2008) citam em seu artigo duas pesquisas brasileiras em pacientes com câncer. Na pesquisa de Gonçalves em sua tese na Universidade Estadual de Campinas em 2000, conclui que em mulheres com câncer de mama submetidas à mastectomia, a religiosidade atuou como fator de proteção contra depressão no pós-operatório. Samamo et al. (2004) recomendam que a prática da prece não seja desencorajada. Em sua pesquisa, em pacientes com câncer, mostrou que a prática da prece correlacionou-se significativamente com a escala de saúde geral e de funcionalidade.

Jeff Levin (2003) cita estudo próprio de revisão de literatura publicado em 1987, cuja conclusão foi que a identificação dos efeitos religiosos ou espirituais significativos sobre as taxas de saúde e de doença, independe do sexo, da idade, da etnia, da raça, da nacionalidade ou da denominação religiosa da pessoa. Nesse estudo, dentre os duzentos artigos selecionados, todos apontavam para a associação de afiliação religiosa, qualquer que fosse, com taxas mais baixas de doença e de mortalidade, independente da causa da doença. Assim como uma pessoa que abstém de fumar, ingerir bebidas alcoólicas ou de comer em excesso, a afiliação religiosa pode retardar e prevenir mudanças patógenas e proporcionar benefícios em longo prazo (LEVIN, 2003).

Os principais achados foram resumidos pelo próprio autor:

- As pessoas que assistem regularmente a serviços religiosos apresentam taxas mais baixas de doenças e de mortalidade do que aquelas que não frequentam regularmente ou que não os assistem esses serviços.
- As pessoas que relatam ter uma afiliação religiosa apresentam taxas mais baixas de doenças cardíacas, câncer e hipertensão, [...].
- Pessoas mais velhas que participam de atividades religiosas particulares e congressionais apresentam menos sintomas, menos invalidez e taxas mais baixas de depressão, de ansiedade crônica e de demência.
- A prática religiosa é o maior determinante do bem-estar psicológico dos afro-americanos - mais importante até que a saúde ou as condições financeiras.
- Pessoas que têm a vida religiosa ativa em média vivem mais do que as não-religiosas. Isso vale até mesmo quando se põe sob controle, o fato de que as pessoas tendem a evitar comportamentos tais como fumar e beber, que aumentam os riscos de doenças e de morte. (LEVIN, 2003, p 19)

Guimarães e Avezum (2007) abordam conclusões relevantes dos principais estudos e metanálises encontrados em sua revisão, dentre os quais, o estudo de Koenig et

al. (1997), que identificou que altos níveis de IL-6 eram significativamente mais frequentes naqueles que não participavam de serviços religiosos, no grupo que praticava atividades religiosas também apresentavam menores taxas de marcadores inflamatórios, como alfa-2globulina, d-dímero, leucócitos polimorfonucleares e linfócitos. É sabido que altas taxas de IL-6 estão relacionadas a doenças cardiovasculares, reações agudas de estresse, depressão, doenças osteomusculares, neoplasias e doença de Alzheimer.

Panzini et al. (2007) revisaram as evidências sobre a relação entre espiritualidade e um desfecho positivo, dentro da saúde, a qualidade de vida, encontrando “indícios consistentes de associação entre qualidade de vida e espiritualidade/religiosidade”. Peres et al. (2007) realizaram uma revisão de literatura sobre a importância da integração da espiritualidade na abordagem de pacientes, que se apresenta um crescente desafio em proporcionar um cuidado adequado nos portadores de dor crônica e em pacientes terminais. Os autores debateram aspectos teóricos e ensaios clínicos sobre a negligência da conexão das dimensões espirituais/religiosas na psicoterapia. Elias et al.(2007) forneceu um exemplo de processo de desenvolvimento e avaliação de uma intervenção para pacientes terminais, desenvolvida por ela mesma por meio de relatos de pacientes que vivenciaram experiências de quase morte (MOREIRA-ALMEIDA, 2010).

Dalgalorrondo (2007) aborda relações entre espiritualidade/religiosidade e transtornos mentais que têm mobilizado a psiquiatria brasileira há cerca de um século. Esse artigo conclui haver uma rica multiplicidade metodológica e de temas abordando estudos sobre religiosidade e saúde mental. Aponta ainda que essa busca por teorias para nortear as pesquisas empíricas e uma maior articulação com as ciências sociais podem contribuir para um avanço na área psiquiátrica (MOREIRA-ALMEIDA, 2010).

Koenig (2005, p. 110-19), diretor e fundador do Centro para Espiritualidade, Teologia e Saúde da Universidade de Duke, nos Estados Unidos, reconhecido como uma dos maiores especialistas mundiais em saúde e espiritualidade, em seu livro “Espiritualidade no cuidado com o paciente: por quê, como, quando e o quê” selecionou os melhores estudos do ponto de vista da relação entre espiritualidade e

saúde, disponibilizando os resumos, todos publicados em língua estrangeira. Na área de saúde mental foram indicados:

- “A religião entre idosos deficientes e não deficientes: Padrões de comportamentos nas práticas de saúde, atividades sociais e bem estar”, realizado por Idler e Kasl (1997), onde conclui que a frequência religiosa foi positivamente relacionada à menor ingestão de álcool e à abstenção do fumo e significativamente relacionada à menor depressão e maior otimismo, mas apenas em pessoas incapacitadas;
- “Religião, psicopatologia e uso e abuso de substâncias: Um estudo genético-epidemiológico”, realizado por Kendler e Gardner (1997) cuja conclusão se deparou com a associação de menores respostas a efeitos depressogênicos de eventos estressantes na vida por pessoas com alta devoção pessoal;
- “A relação entre preferência e prática religiosa com sintomas depressivos entre 1.855 adultos”, realizado por Kennedy et al. (1996), onde conclui que entre os católicos a taxa de depressão é menor em relação aos judeus, e que entre os depressivos a maioria eram pessoas que não frequentavam nenhum serviço religioso;
- “Lidando com a religião e depressão em homens hospitalizados”, realizado por Koenig et al. (1992), onde mostrou que lidar com a doença tendo apoio religioso é inversamente relacionado a depressão;
- “Religiosidade e remissão da depressão em pacientes idosos doentes”, realizado por Koenig et al. (1998), que conclui quanto maior a religiosidade intrínseca menor é a probabilidade de remissão da depressão;
- “Efeitos religiosos no estado de saúde e nível de satisfação de vida entre americanos negros”, realizado por Levin, Chatters e Taylor (1995), cuja conclusão mostra que entre os negros americanos a frequência religiosa foi associada com melhor saúde e maior satisfação com a vida;

- “A frequência religiosa e bem-estar psicológico em americanos- mexicanos: uma análise de três gerações”, realizado por Levin, Markides e Ray (1996), onde mostra que a frequência religiosa cruzada e correlacionada com a qualidade de vida e à satisfação é mais visível em pessoas mais velhas que em jovens;
- “Tolerância do suicídio, religião e taxas de suicídios: um estudo individual e ecológico em 19 países ocidentais”, realizado por Neeleman et al. (1997), conclui que quanto maior a força da crença religiosa menor é o risco de suicídio;
- “Eficácia comparativa da terapia comportamental cognitiva religiosa e não religiosa para o tratamento de depressão clínica em indivíduos religiosos”, realizado por Propst et al. (1992), onde conclui que as terapias cognitivas religiosas eram mais eficientes que as não religiosas (terapia cognitiva tradicional) no pós-tratamento de depressão;
- “Religião e bem-estar: homens e mulheres de meia-idade”, realizado por Willits e Crider (1998), cuja conclusão aponta que as crenças religiosas tradicionais oferecem a correlação mais consistente com o bem-estar das pessoas.

Koenig (2005, p. 110-19), na seleção dos melhores estudos do ponto de vista da relação entre espiritualidade e saúde, os dez melhores artigos de saúde física são:

- “Efeitos de atividades religiosas privadas na mortalidade de adultos deficientes e não-deficientes”, realizado por Helm et al. (2000), conclui que as pessoas deficientes ou não com nenhuma ou pouca atividade religiosas tinham chances de mais de 47% de morrer durante o decorrer da pesquisa;
- “O envolvimento religioso e a mortalidade adulta nos EUA”, realizado por Hummer et al. (1999), onde conclui que pessoas que não frequentam serviços religiosos viviam em média 55 anos além dos 20 anos, já para os que frequentavam

serviços religiosos, uma ou mais vezes por semana, esse número aumenta para 62 anos além dos 20 anos;

- “Fatores de predição de mortalidade por doenças coronárias entre 10.059 homens israelitas funcionários do governo e empregados municipais”, realizado por Goldbort, Yaaru e Medalie (1993), onde mostrou que a religião ortodoxa baixa o índice de mortalidade de doenças das artérias coronarianas, o risco de morte era 20% menor entre os ortodoxos;
- “A religião entre idosos capacitados e incapacitados, II: Frequência a serviços religiosos como indicador da evolução da incapacidade”, realizado por Idler e Kasl (1997), conclui que a frequência a serviços religiosos pode retardar o começo de uma deficiência, maior até que o efeito da deficiência em impedir o comparecimento a serviços religiosos;
- “A frequência a serviços religiosos prolonga a sobrevivência? Um estudo de acompanhamento de seis anos em 3.968 idosos”, realizado por Koenig et al. (1999), conclui que durante os seis anos o risco relativo de morte entre os frequentadores de serviços religiosos foi 46% menor, sendo o efeito maior em mulheres que nos homens;
- “Conflitos religiosos como fator de mortalidade em idosos doentes: Um estudo de dois anos”, realizado por Pargament et al., (2001), mostra que os pacientes que apresentavam conflitos religiosos como sentir-se abandonado ou punido por Deus, estavam correlacionados a maiores riscos de morte;
- “Um experimento controlado, com amostragem ao acaso, para verificar a redução de estresse em pacientes afro-americanos idosos e hipertensos”, realizado por Schneider et al. (1995), cuja conclusão remete que a meditação transcendental tem efeitos mais significativos na pressão arterial que o relaxamento muscular progressivo;

- “Atendimento frequente a serviços religiosos e mortalidade ao longo de 28 anos”, realizado por Strwbridge et al. (1997), onde conclui que a probabilidade de mortalidade caia 35% para aqueles que frequentavam serviços religiosos, além de afirmar eles apresentavam maiores propensões para deixar de fumar, aumentar a frequência de exercícios físicos, aumentar os contatos sociais e continuar casados;
- “Idade e mudanças na pressão arterial. Um estudo de vinte anos entre freiras em um convento”, realizado por Timio et al. (1988), onde foram comparadas a pressão arterial média de freiras e de mulheres não religiosas, observou-se que ao longo dos anos a pressão arterial média teve aumento apenas no grupo das mulheres não religiosas;
- “A religiosidade está associada com a afetividade e o status imunológico em pacientes homossexuais masculinos sintomáticos infectados com o vírus HIV”, realizado por Woods et al. (1999), mostra que as atividades religiosas foram associadas com significativo aumento de linfócitos T CD4+, e que aqueles que buscavam apoio na religião tiveram menos depressão e menor ansiedade.

A qualidade e o volume das evidências atualmente disponíveis têm levado a um crescente reconhecimento que a espiritualidade se constitui em uma importante dimensão da vida das pessoas, bem como a constatação de que as crenças e as práticas religiosas dos pacientes influenciam o cuidado e a evolução dos problemas de saúde (MOREIRA-ALMEIDA, 2010).

7 O CUIDADO DE ENFERMAGEM

De acordo com Oguisso (2005) apud Oliveira et al. (2007), o cuidar de feridos e doentes existiam desde antes de Nightingale, sendo adicionada à enfermagem poderosos fundamentos, princípios técnicos e educacionais e a elevada ética que impulsionaram a profissão após sua chegada.

No último século a enfermagem se firmou, de forma significativa, como profissão, área científica de prestação de serviços, voltada ao cuidado do outro (BISON, 2003). Florence atuou como enfermeira civil e voluntária na Guerra da Criméia (1854-1856), contendo apenas conhecimentos básicos, reduziu a mortalidade entre os soldados a 40% (ALCÂNTARA, 2005 apud OLIVEIRA, 2007). O marco histórico da enfermagem ocorreu pela sistematização de um campo de conhecimentos, instituindo-se “uma nova arte e uma nova ciência”, pela Florence Nightingale, no qual foi preciso educação formal e organizada sobre as bases científicas (OLIVEIRA, 2007). No Brasil, na história da Enfermagem destaca-se Ana Néri que foi voluntária na guerra do Brasil-Paraguai, onde prestou cuidados aos soldados feridos (SILVA; OLIVEIRA, 2008).

A partir da década de 60 começou a surgir as primeiras teorias de enfermagem, que procuravam relacionar os fatos e estabelecer as bases de uma ciência de enfermagem (HORTA, 2004). Kimura (1992) apud Silva e Oliveira (2008) elenca as principais teorias de enfermagem desenvolvidas: Teoria das Relações Inter-pessoais na Enfermagem de Hildegard Peplau, 1952; Teoria Holística de Myra Levine, 1967; Teoria do Modelo Conceitual de Homem de Martha Rogers, 1970; Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, 1970; Teoria do Alcance dos Objetivos de Imogene King, 1971; Teoria do Autocuidado de Dorotheia Orem, 1971; e Teoria da Adaptação de Callista Roy, 1976.

Silva e Oliveira (2008) afirmam que o processo de enfermagem é um valioso instrumento da prática de enfermagem, contudo para tal, se faz necessário o registro de todas as suas etapas (histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução de enfermagem). A aplicação do processo de enfermagem tem por objetivo

satisfazer as necessidades humanas básicas, prejudicadas pela doença, visando à recuperação da saúde do indivíduo. Logo, o processo de enfermagem é tanto instrumento para qualificação da assistência, como também de autonomia para a enfermagem como profissão (SILVA; OLIVEIRA, 2008).

“O processo de enfermagem é definido como um conjunto de etapas fundamentadas numa teoria objetivando sistematizar o cuidado de enfermagem ao paciente proporcionando-lhe uma assistência individualizada e de qualidade. Existem várias teorias que fundamentam o processo do cuidar. A mais utilizada é a das necessidades humanas básicas proposta por Wanda de Aguiar Horta em 1970.” (CRUZ, 2005 apud SILVA; OLIVEIRA, 2008, p. 2).

Percebe-se, porém, que na prática a implementação do processo de enfermagem ainda permanece muito aquém do idealizado, na maioria dos serviços de saúde, pela teórica, ou do esperado como modelo de sistematização da assistência de enfermagem (CAMPEDELLI, 1992 apud KOERICH, 2007).

As distintas fases do processo de enfermagem, expressas de maneiras diferentes, de acordo com o modelo conceitual, favoreceram o desenvolvimento de sistemas de classificação em Enfermagem (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

“A revisão da literatura especializada evidencia que existem na Enfermagem diversos sistemas de classificação relacionados com algumas fases do processo de enfermagem: diagnóstico de enfermagem – *North American Nursing Diagnoses Association* – NANDA, [...]; intervenções de enfermagem – *Nursing Intervention Classification* – NIC; e resultados esperados – *Nursing Outcomes Classification* – NOC; entre outros. Estes sistemas tiveram como ponto de partida o trabalho desenvolvido, a partir da década de 1970, nos Estados Unidos, pela NANDA” (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000, p. 4).

7.1 O ENFERMEIRO E A ESPIRITUALIDADE NO CUIDAR

Conforme VASCONCELOS (2006) apud SALGADO et al. (2007), “ [...] Vale acrescentar, ainda, que não considerar a importância da religiosidade reflete o preconceito e a negação da objetividade científica [...]”.

No cerne da história da enfermagem, Dezorzi (2006) cita o cuidado espiritual traduzido nos escritos de Nightingale (1873) onde profere que a espiritualidade é intrínseca à natureza humana e um potente recurso de cura. Entretanto, em um dado momento da história, foi guiada para a luta do reconhecimento científico da profissão ela distanciou de suas origens. A Enfermagem abandonou sua herança religiosa juntamente com a dimensão espiritual do cuidado, optando o caminho da ciência restrita que prioriza o cuidado físico em detrimento de outras dimensões.

Desde 1970 Wanda de Aguiar Horta, enfermeira e filósofa, doutora em enfermagem pela Universidade de São Paulo, coloca a espiritualidade como uma necessidade humana básica, essencial para se alcançar qualidade de vida, devendo assim a espiritualidade ser cuidada pela enfermagem em seu planejamento assistencial (SÁ; PEREIRA, 2007; SÁ, 2009).

O enfermeiro, desde a década de 80, pratica com excelência o cuidar do corpo físico, porém relega para segundo plano o lado psico-socio-espiritual, apesar da preparação da visão holística no cuidado durante a graduação (SÁ, 2009). Espíndula (2007) apud Espíndula (2010) afirma ser indispensável o profissional de saúde superar as dificuldades inerentes na relação com o paciente devido à “tentação tecnológica”, vendo o paciente por partes, tendo o dever de buscar reunir esses fragmentos e compor novamente o todo desse indivíduo.

Watson (1999) em sua teoria do Cuidado Transpessoal apresenta dez fatores de cuidado: formação de um sistema de valores humanístico-altruísta; estimulação da fé-esperança; cultivo da sensibilidade para si e para os outros; desenvolvimento do relacionamento de ajuda-confiança; promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; uso sistemático do método científico de solução de problemas para tomar decisões; promoção do ensino-aprendizagem interpessoal; provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual, sustentador, protetor e/ou corretivo; auxílio com a gratificação das necessidades humanas; e aceitação das forças existenciais e fenomenológicas. O ser humano como um todo biológico, social e espiritual unido, que não pode ser fragmentado (SILVA, 2010).

Proposto pela *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), desde 1980, o diagnóstico de enfermagem Angústia espiritual descreve as respostas do indivíduo às desordens que englobam a sua espiritualidade. Todavia, na prática, o enfermeiro raramente usa esse diagnóstico, embora seja reconhecida a importância da relação corpo/mente/espírito para um cuidado holístico (ENGBRETSON, 1996 apud CHAVES; CARVALHO; HASS, 2009; MOHR, 2006 apud CHAVES; CARVALHO; HASS, 2009; HELIKER, 1992 apud CHAVES; CARVALHO; HASS, 2009; VILLAGOMEZA, 2005 apud CHAVES; CARVALHO; HASS, 2009).

Salgado et al (2007), em sua pesquisa, referente à abordagem de questões religiosas por enfermeiros, conclui que características como idade, sexo e tempo de profissão, são irrelevantes quando se mensura a ocorrência da abordagem da espiritualidade, e grandes são as dificuldades encontradas em abordar essas questões juntos aos clientes.

Torna-se cada vez mais necessária a atenção da espiritualidade, na prática de assistência à saúde (PERES, 2007). Cortez (2009) alega que em consonância com a integralidade do cuidado, é imprescindível a observância da religiosidade e espiritualidade para a formação do enfermeiro, bem como a valorização da fé e da crença do usuário. Por ser o enfermeiro, o profissional que passa mais tempo ao lado do paciente e ser preparado para desenvolver um olhar holístico, necessita de um paradigma para atuar humanisticamente, a fim de proporcionar um apoio afetivo no campo espiritual (SÁ, 2009).

Chaves, Carvalho e Hass (2009) alegam que é necessário que o enfermeiro compreenda o significado de espiritualidade para o indivíduo e como eventos significativos, como doenças, podem afetar a saúde, para que possa lidar, na prática clínica, com as alterações que acometem essa dimensão humana, levando em consideração que a avaliação e a intervenção espiritual devem ser parte do cuidado holístico.

Vale destacar que algumas disciplinas oferecidas durante a graduação em enfermagem, tais como: a ética, a deontologia, a sociologia e a antropologia, abordam superficialmente a temática da espiritualidade. Pois não existe uma

discursão teórica e prática sólida, visto que, essas disciplinas são ofertadas no início do curso da graduação, e na maioria das vezes quando são ofertadas na grade curricular da faculdade, são ministradas por profissionais que não são enfermeiros, de modo que, a discursão fique descontextualizada da enfermagem (CORTÉZ, 2009).

Não raro, percebe-se que a tríade espiritualidade-religiosidade-saúde é pouco sistematizada na produção acadêmica brasileira por vários motivos. Conseqüentemente a maioria dos profissionais de saúde se sente despreparados para lidar com situação que envolve a espiritualidade, religiosidade e a saúde (CORTÉZ, 2009). Benko e Silva, 1996 apud Cortez, 2009 ressaltam a importância de um momento formal no ensino da enfermagem para a assistência espiritual, ou seja, na prática do cuidar, para verdadeiramente instrumentalizar os acadêmicos e direcioná-los para seu próprio entendimento e experiência espiritual, devem-se abordar os aspectos ético-legais concernentes à espiritualidade com o intuito de formar enfermeiros que realizem cuidados éticos. (CORTEZ, 2009).

7.1.1 AS DIFICULDADES

Imprescindível é a discussão de questões espirituais entre os profissionais de saúde, para que se propicie uma continuidade de uma assistência fragmentada à saúde. Contudo observa-se por parte dos enfermeiros, uma postura insegura e reservada diante questões que envolvem o tema (SALGADO et al, 2007).

Salgado et al (2007), aponta que as razões das dificuldades seriam: receio de serem rejeitados pelo cliente, de agredir a intimidade do paciente, de ser mal interpretado, de não saber abordar as questões espirituais e religiosas se o cliente for ateu, de sentir-se incomodado com a crença do outro, de não ser compreendido ao falar do cuidado espiritual ou de ser julgado equivocadamente e ser discriminado. O autor conclui que essas inseguranças indicam a necessidade de treinamento desses profissionais, para diminuir os riscos de serem mal interpretados e para tratar essa temática de forma clara e segura.

Na pesquisa de Cortéz (2009) as dificuldades evidenciadas pelos acadêmicos de enfermagem foram: a pluralidade religiosa, preconceito e aceitação em discutir, refletir e realizar ações, por existirem diversas religiões e interferência da crença nos procedimentos e/ou tratamentos.

7.1.2 COMO O ENFERMEIRO DEVE ABORDAR A ESPIRITUALIDADE

Collière (2003) apud Salgado et al (2007) afirma que o modo de intervir no cuidado ao homem altera-se com a compreensão de mundo de quem cuida e de quem é cuidado, logo, é necessário a compreensão de mundo, crenças religiosas e as diversas formas de expressar a religiosidade, daquele que é cuidado.

Tomando como base que a comunicação é um instrumento básico no cuidado de enfermagem (PONTES et al, 2007), Oriá (2004) trata que no relacionamento do enfermeiro-cliente, a comunicação precisa ser eficiente para viabilizar uma assistência personalizada de acordo com as necessidades do paciente, sendo que nesse processo de interação o enfermeiro deve dispor de atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia.

Conforme Texeira (2004) é necessário refletir constantemente sobre as implicações psicoafetivas no processo de cuidar. Quem cuida compartilha os cuidados e não apenas pratica uma ação ativamente. Enfermeiros e pacientes, durante os cuidados, interagem, e isso promove um contínuo processo de reprodução e criação de sentidos, que a autor denomina como uma forma de “produção de subjetividades”.

Teixeira (2004) afirma que talvez buscar novas teorizações a fim de ampliar nosso campo do saber seja necessário para que os enfermeiros possam se tornar mais compreensíveis nos atos profissionais junto à clientela. Permitindo que os enfermeiros possam tonificar e produzir um reencantamento na arte de cuidar.

Teixeira (2004) entende que a Enfermagem é subdividida em técnica, científica e estética. O autor cita Cacavo (2000) que identifica a Enfermagem como uma profissão efêmera, graciosa e perene. Cacavo (2000) apud Texeira (2004) percebe que o estético da profissão encontra-se em sua graciosidade, no que encanta. O

efêmero se refere às ações automáticas e instrumentais. E o perene é o que permanece no paciente, aquilo que de fato mobiliza o sujeito e leva à sua transformação, que contribui para a sua mudança de sua vida e que leva ações edificantes de um cuidado feito com paixão. Nesse entendimento, o autor conclui que a produção do conhecimento está relacionada com afetividade e com o desejo de criar algo novo dentro da rede da produção técnica e científica. Em outras palavras, é imprescindível que a eficácia se desenvolva juntamente com afetividade.

Salgado et al (2007) afirma que o enfermeiro ao assumir uma postura ética e solidária, deve observar o cliente, demonstrando respeito às suas crenças, e sensibilidade ao lidar com as questões espirituais do ser humano. Necessário é que o enfermeiro não sinta nenhuma insegurança, pois assim construiria uma relação de confiança com o cliente, obtendo maior adesão aos cuidados de enfermagem.

Gibertoni (1967) apud Gussil e Dytz (2008) considera que independente da crença religiosa da enfermeira, ela deve conhecer as religiões de seus pacientes e por todas as maneiras deve encorajar, ver e reforçar essas crenças. Pois o poder da fé é inigualável, e é um estímulo à vida, o conforto e a segurança, que a religião oferece.

Vasconcelos (2006) apud Salgado et al (2007) fala que durante a anamnese, quando é feita a primeira abordagem das questões religiosas do paciente, o enfermeiro deve ficar atento aos dados fornecidos, pois irão indicar quais as crenças do cliente e qual a importância delas em sua vida, caso o cliente não mostre valorizá-la, o profissional deve normalmente explorar outros aspectos da história do paciente, que lhe ofereça algum significado e propósito de vida.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de ser difícil mensurar o real impacto da espiritualidade sobre a saúde, podemos perceber grande interesse por parte de pesquisadores e acadêmicos na área da saúde, através das pesquisas realizadas, que indicam a associação positiva entre a espiritualidade e a saúde, independente da afiliação religiosa, pois quando bem desenvolvida aumentam os níveis de felicidade, satisfação com a vida e emoções positivas (MOREIRA-ALMEIDA; NETO; KOENING, 2006 apud BLOISE org.,2006). Embora haja exposição de muitas publicações científicas abordando o tema, no Brasil essa produção ainda é muito carente, principalmente na área específica da enfermagem.

Os preconceitos e obstáculos sempre existiram quando se trata de pesquisar o efeito da espiritualidade na saúde. Historicamente é impossível falar da espiritualidade em relação à saúde sem abordar as instituições religiosas. Essa associação é devido às ideias trazidas, que desenvolveram os preconceitos, que hoje geram as dificuldades dos profissionais da saúde em abordar esse tema dentro da ciência "convencional".

Consideramos de grande importância a preparação do enfermeiro ainda na graduação, para que ele possa compreender o significado da espiritualidade para o indivíduo e lidar na prática clínica. Contudo ressaltamos a escassez de trabalhos que nos direcionam os caminhos da abordagem da espiritualidade, e isso são reflexos do pudor ao se tratar da espiritualidade na saúde.

Tentamos trazer essa temática procurando despertar nos acadêmicos e profissionais de enfermagem quão relevante é o tema para a prática do cuidar, para o paciente e para nós. Com o advento do avanço tecnológico, o cuidado passou a ser fragmentado, sendo imprescindível abordar a espiritualidade para se propiciar uma continuidade na assistência.

O enfermeiro deve dispor de atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia para saber com quem e quando deve abordar e incentivar o lado espiritual do paciente, pois a forma com que o paciente vê a espiritualidade, quando estão expostas a

determinadas situações, pode interferir positivamente ou negativamente no prognóstico do paciente.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTHIKAD, J. **Psicologia para Enfermagem**; tradução Fernando Gomes do Nascimento; revisão técnica Ana Cristina de Sá. Reichmann & Autores Editores, São Paulo, 2005.

BATISTA, P. S. S. A espiritualidade na prática do cuidar do usuário do Programa de Saúde da Família, com ênfase na educação popular em saúde. **Revista APS**, v.10, n.1, p. 74-80, jan./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Epratica.pdf> >. Acesso em: 11 ago. 2011.

BISON, R. A. P. A percepção do cuidar entre estudantes e profissionais de enfermagem. **Tese de Doutorado- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP**, Ribeirão Preto, 2003. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-19082004-170744/pt-br.php>>. Acesso em: 10 out. 2011.

BLOISE, P. et al. **Saúde integral: a medicina do corpo, da mente e o papel da espiritualidade/ Paulo Bloise, organizador**. Editora SENAC São Paulo, São Paulo, 2011.

BOFF, L. **Saber cuidar: Ética do humano- compaixão pela terra**. Editora Vozes, Petrópolis, RJ, 2008, p. 33.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C. A.; HASS, V. J. Validação do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual: análise por especialistas. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2011.

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

Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://teses2.ufrj.br/Teses/EEAN_D/ElaineAntunesCortez.pdf>. Acesso em: 27 out. 2011.

DEZORZI, L. W. Diálogos sobre espiritualidade no processo de cuidar de si e do outro para a enfermagem em terapia intensiva. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/6836/000536284.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 27 out. 2011.

ESPÍNDULA, J. A.; VALLE, E. R.; M. BELLO, A. A. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 18(6):[08 telas], nov-dez 2010 Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_25.pdf >. Acesso em: 03 out. 2011.

FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: Revisão da literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2005, 18(3), pp. 381-389. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n3/a12v18n3.pdf> > Acessado em: 16 de nov. 2010.

FILHO, A. F. **Perda de Pessoas amadas**. Editora EME, Capivari, São Paulo, 2011.

FLECK, M.P.A.; et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev. Saúde Pública**, 33 (2): 198-205, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101999000200012>. Acesso em: 30 out. 2011.

Guia de normatização de trabalhos acadêmicos e de pesquisa: apresentação de trabalhos acadêmicos, referências, citações e notas de rodapé, e pôster. 3ª ed., Vitória: FSV, 2008.

GUSSI, M. A.; DYTZ, J. L. G. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. **Rev. Bras Enferm**, Brasília 2008 maio-jun; 61(3): 377-84. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a17v61n3.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2011.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**; com colaboração de Brigitta E. P. Castellanos. São Paulo, 15ª ed., 2004.

KOENING; H.G. **Espiritualidade no cuidado com o paciente: por quê, como, quando e o quê**. FE Editora Jornalística Ltda., São Paulo, SP, 2005, p. 18-29.

KOERICH, M. S., et al. Sistematização da assistência: aproximando o saber acadêmico, o saber-fazer e o legislar em saúde. **Acta Paul Enferm.**, 2007;20(4):446-51. Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/09.pdf>> Acesso em: 23 out. 2011.

LEVIN, J. **Deus, fé e saúde: Explorando a conexão espiritualidade-cura**. Editora Pensamento-Cultrix LTDA., São Paulo, 2003.

LUCCHETTI, G; ALMEIDA, L. G. C.; GRANERO, A. L. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar. **J. Bras. Nefrol.**, 2010; 32 (1): 128-132. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002010000100020&script=sci_arttext >. Acesso em: 02 jul. 2011.

MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia Científica para o curso de direito**/Marina de Andrade Marconi. –2. ed. – São Paulo: Atlas, 2001.

MARQUES, H.R; MANFROI, J; CASTILHO, M.A. **Metodologia da pesquisa e do trabalho**. 2006. Disponível em: < http://www.fatec.ms.senai.br/site/arquivos/docente/2_318_76206.pdf >. Acesso em: 04 de maio de 2011.

MOGGI, V.;BURKHARD, D. **Como Integrar Liderança e Espiritualidade**: a visão espiritual das pessoas e das organizações. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

MOREIRA-ALMEIDA A, et al. Envolvimento Religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 2010;37(1):12-5. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n1/a03v37n1.pdf> >. Acesso em: 09 abr. 2011.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Mitos históricos sobre a relação entre ciência e religião. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 2009; 36 (6): 252-3. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000600006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 09 abr. 2011.

MOREIRA-ALMEIDA, A. O crescente impacto das publicações em espiritualidade e saúde e o papel da Revista de Psiquiatria Clínica. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 2010; 37(2):41-2. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n2/a01v37n2.pdf> >. Acesso em: 09 abr. 2011.

NEVES C A et al. **Saúde integral: a medicina do corpo, da mente e o papel da espiritualidade/ Paulo Bloise, organizador**. Editora SENAC São Paulo, São Paulo, 2011, p. 23-35.

NOBREGA, M. M. L.;GUTIÉRREZ, M. G. R. Sistemas de Classificação na Enfermagem: avanços e perspectivas. In: GARCIA, Telma Ribeiro; NOBREGA, Maria Miriam Lima da (Org.). Sistemas de Classificação em Enfermagem: um trabalho coletivo. **Série Didática: Enfermagem no SUS**, João Pessoa, 2000. Disponível em: < <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=%C3%A9rie%20did%C3%A1tica%3A%20enfermagem%20no%20sus.%20%28isbn%20%E2%80%93%2085-86867-49-7%29&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.virtual.unifesp.br%2Fcursos%2Fenfnefro%2Frestrito%2Fdownload%2Fsistemasdeclassificacao.pdf&ei=pjevTvStA8bz0gGlienEAQ&usg=AFQjCNEzdPaze6KEu5ExWFLCVAjgZxknWw&cad=rja> >. Acesso em: 31 out 2011.

OLIVEIRA, M. L.; PAULA, T.R.; FREITAS, J. B. Evolução histórica da assistência de enfermagem. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v.6, n.1, p. 127-136, 2007. Disponível em: < http://www.uninove.br/PDFs/Publicacoes/conscientiae_saude/csaude_v6n1/cnsv6n1_3m18.pdf >. Acesso em 29 ago. 2011.

OGUISSO, T. et al. **Trajetória histórica e Legal da enfermagem/** Taka Oguisso (org.). Barueri, São Paulo, 2005.

ORIÁ, M. O. B.; MORAES, L. M. P.; VICTOR, J. F. - A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em: < <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/808/921> >. Acesso em: 25 ago. 2011.

PANZINI, R.G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 34, supl 1; 105-115, 2007. Disponível em: < <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/105.html>>. Acesso em 16 nov 2010.

PERES, M. F. P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 34, supl 1; 82-87, 2007. Disponível em: < <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/82.html> >. Acesso em 09 jun. 2011.

PONTES, A.C.; LEITÃO, I. M. T. A.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 2008, maio-jun.; 61(3): 312-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf> >. Acesso em: 27 set. 2011.

SÁ, A. C. Reflexão sobre o cuidar em Enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crística. **O Mundo da Saúde São Paulo**: 2009; 33 (2): 205-217. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/67/205a217.pdf>. Acesso em: 26 out. 2011.

SÁ, A. C.; PEREIRA, L. L. Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica. **O Mundo da Saúde São Paulo**: 2007: abr/jun 31(2):225-237. Disponível em: < http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/53/10_Espiritual_enfermagem.pdf>. Acesso em: 26 out. 2011.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELLA, L.R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**; 8(3): 107-112, 2001. Disponível em: <http://www.actafisiatrica.org.br/v1/controle/secure/Arquivos/AnexosArtigos/A3C65C2974270FD093EE8A9BF8AE7D0B/vl_08_n_03_107_112.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2010.

SAAD, M.; MEDEIROS, R. Espiritualidade e saúde. **Einstein: Educ. Contin. Saúde**. 2008, 6(3 Pt 2): 135-6. Disponível em: <<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/982-EC%20v6n3%20p135-6.pdf>>. Acesso em 26 mar. 2011.

SALGADO, A. P. A.; ROCHA, R. M.; CONTI, C. C. O Enfermeiro e a abordagem das questões religiosas. **R. Enferm.**, Rio de Janeiro, 2007, abr/jun; 15(2):223-8. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a11.pdf> >. Acesso em: 27 set. 2011.

SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica** 34, supl 1; 73-81, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700010&lng=pt&nrm=iso&tIng=pt>. Acesso em: 09 jun. 2011.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17 (1): 29-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2011.

SILVA, C. M. C.; et al. A Teoria do Cuidado Transpessoal na Enfermagem: análise segundo Meleis. **Cogitari Enferm**, Jul/Set, 15(3), pg 548-51, 2010. Disponível em: < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitari/article/view/18902/12210>>. Acesso em: 02 nov. 2011.

SILVA, A. F.; OLIVEIRA, J. S. Processo de enfermagem: desafios para operacionalização. In: **X Encontro de Extensão da UFPB-PRAC**, Paraná, 2008. Disponível em: < http://www.prac.ufpb.br/anais/xenex_xienid/x_enex/ANAIS/Area6/6CCSDEMCAOUT01.pdf >. Acesso em: 23 out. 2011.

SILVA, F. R. Cuidado de enfermagem na complexidade humana: um estudo sobre a espiritualidade no controverso discurso de (des)humanização. Rio de Janeiro, **Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde**, 2010. Disponível em: < http://www.unirio.br/propg/posgrad/stricto_paginas/site%20Enfermagem/SiteENFv3/dissertacoes/Dissertacoes%202010/CUIDADO%20DE%20ENFERMAGEM%20NA%20COMPLEXIDADE%20HUMANA%20-%20f%20v%20Final.pdf >. Acesso em: 26 out. 2011.

SOUZA, M. L.; SARTOR, V.V.B.; PRADO, M.L. Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** 2005, Jan - Mar; 14(1): 75-81. Disponível em: < <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71414110.pdf> >. Acesso em: 29 ago. 2011.

STAMM, M. Evolução do cuidado na enfermagem até o cuidado transdimensional uma revisão de literatura. **Maringá**, v. 1, n. 2, p. 293-98, jul./dez., 2002. Disponível em: < <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5589/3551>>. Acessado em: 27 set. 2011.

STOPPA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina. Cap. 20, Religiosidade e saúde, Mauro Ivan Salgado & Gilson Freire (Orgs.), Belo Horizonte: **Inede**, 2008, pp.: 427-443. Disponível em: <http://www.hoje.org.br/site/arq/artigos/RELIGIOSIDADE_E%20_SAUDE_cap%20UFGM.pdf>. Acesso em> 09 jun. 2011.

TEXEIRA, E. R. A crítica e a sensibilidade no processo de cuidar. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, 2004 dez; 8 (3): 361-9. Disponível em:

<<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=127718062006>>. Acesso em: 26 out. 2011.

VASCONCELOS, E.M. A associação entre a vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.4, n.3, p.12-18, Set., 2010 . Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/381/589>>. Acesso em: 29 out. 2011.