



A ANAMNESE ESPIRITUAL COMO BASE PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE

SPIRITUAL ANAMNESIS FOR HEALTH CARE INTEGRALITY

ANAMNESIS ESPIRITUAL COMO BASE PARA LA INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Fabiani Tenório Xavier Póvoas¹, Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza², Amuzza Aylla Pereira dos Santos³, Regina Maria dos Santos⁴, Raissa Fernanda Evangelista Pires dos Santos,⁵ Elaine Kristhine Rocha Monteir⁶

RESUMO

Objetivo: analisar o conhecimento produzido sobre a utilização da anamnese espiritual no cuidado em saúde. **Método:** revisão integrativa com o propósito de responder a questão << Qual o conhecimento produzido sobre a utilização da anamnese espiritual no cuidado em saúde? >> mediante acesso às Bases de dados MEDLINE, CINAHL, LILACS, BDNF e biblioteca virtual SciELO, por meio do cruzamento dos descritores, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol. **Resultados:** foram analisados 17 artigos dos quais surgiram três temáticas: importância da religiosidade e da espiritualidade na saúde, relação da espiritualidade com a qualidade de vida e relação da espiritualidade e crenças com outras variáveis. **Conclusão:** verificou-se que a aplicação da anamnese espiritual no cuidado em saúde está sendo infelizmente realizada, causa esta que inviabiliza realizar intervenções tomando por base a história espiritual dos pacientes, além da ausência de enfermeiros no envolvimento em pesquisas e cuidados referentes à temática. **Descritores:** Anamnese; Espiritualidade; Enfermagem; Saúde; Anamnese Espiritual.

ABSTRACT

Objective: analyze the knowledge produced about the use of spiritual anamnesis in health care. **Method:** integrative review in order to answer the question "What is the knowledge produced on the use of spiritual anamnesis in health care?" through access to MEDLINE, CINAHL, LILACS, BDNF and SciELO virtual library databases by crossing descriptors in English, Portuguese and Spanish. **Results:** 17 articles were analyzed, of which three topics emerged: the importance of religion and spirituality on health, the relation of spirituality and quality of life and the relation between spirituality and beliefs with other variables. **Conclusion:** it was found that the application of a spiritual anamnesis to health care is being poorly made. This makes it impossible to carry out interventions based on the spiritual history of patients. There is also the absence of nurses involved in research and care related to this topic. **Descriptors:** Anamnesis; Spirituality; Nursing; Health; Spiritual Anamnesis.

RESUMEN

Objetivo: analizar el conocimiento producido sobre el uso de la anamnesis espiritual en la atención en salud. **Método:** revisión integradora con el fin de responder a la pregunta << ¿Qué conocimiento se produce sobre el uso de la anamnesis espiritual en la atención en salud? >> mediante el acceso a las bases de datos MEDLINE, CINAHL, LILACS, BDNF y biblioteca virtual SciELO, por medio de la comparación de los descriptores, en los idiomas Portugués, Inglés y Español. **Resultados:** Se analizaron 17 artículos, de los cuales surgieron tres temáticas: la importancia de la religión y la espiritualidad en la salud, la relación de la espiritualidad con la calidad de vida y la relación de la espiritualidad y las creencias con otras variables. **Conclusión:** se verificó que se utiliza muy poco la aplicación de la anamnesis espiritual en la atención en salud, y esto hace que sea impracticable llevar a cabo intervenciones a partir de la historia espiritual de los pacientes, además de no haber enfermeros que participen en las investigaciones y la atención relacionadas con el tema. **Descritores:** Anamnesis; Espiritualidad; Enfermería; Salud; Anamnesis Espiritual.

¹Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem e Farmácia, Universidade Federal de Alagoas/PPGENF/ESENFAR/UFAL. Maceió (AL), Brasil. E-mail: fabianitenorio@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Curso de Enfermagem / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem e Farmácia, Universidade Federal de Alagoas/PPGENF/ESENFAR/UFAL. Maceió (AL), Brasil. E-mail: trezzacris@gmail.com; ³Enfermeira, Professora Mestre em Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem e Farmácia, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Alagoas/ESENFAR/UFAL. Maceió (AL), Brasil. E-mail: amuzzasantos@bol.com.br; ⁴Enfermeira, Especialista em Urgência e Emergência, Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem e Farmácia, Universidade Federal de Alagoas/PPGENF/ESENFAR/UFAL. Maceió (AL), Brasil. E-mail: elainer.monteiro@bol.com.br; ⁵Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Curso de Enfermagem / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem e Farmácia, Universidade Federal de Alagoas/PPGENF/ESENFAR/UFAL. E-mail: helpesantos@gmail.com; ⁶Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem e Farmácia, Universidade Federal de Alagoas/PPGENF/ESENFAR/UFAL. Maceió (AL), Brasil. E-mail: raissa_lp7@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A anamnese espiritual como base para a integralidade do cuidado em saúde é o objeto de estudo deste artigo; sendo a anamnese espiritual aqui compreendida como um processo de investigação sobre a percepção das crenças e valores de um indivíduo, assim como o significado que ele atribui à fé, à vida e à espiritualidade, e como isso poderá influenciar em sua saúde e no modo de ser cuidado.¹

Religião e espiritualidade eventualmente são mencionadas como sinônimos, todavia é importante fazer a distinção dos conceitos. Religião é definida como “a crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do universo, que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte do seu corpo”; e a religiosidade compreende “a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião”.^{2:12} A espiritualidade, por sua vez, pode ser definida como “uma propensão humana a buscar significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa”.^{3:89}

Tem havido crescente interesse no meio científico sobre a espiritualidade como uma dimensão do cuidado e a associação de saúde e crenças religiosas ou espirituais nos resultados desses cuidados e sua influência na qualidade de vida.

Estudos confirmam a influência positiva das crenças religiosas e espirituais em tratamentos de cura, reabilitação ou cuidados paliativos,^{1,4} portanto “a vivência religiosa, ao inspirar pensamentos de otimismo e esperança, bem como expectativas positivas, para alguns pesquisadores, funciona como placebo”^{5:15}. Porém, mesmo com a confirmação científica acerca dos benefícios da religiosidade e da espiritualidade na saúde, bem como o entendimento do ser humano como multidimensional, percebe-se na prática que a anamnese espiritual não é realizada e não é considerada nos planos terapêuticos e de cuidados, haja visto que os prontuários ambulatoriais e hospitalares não possuem registros sobre o assunto.

O preconceito no meio científico sobre o assunto também é um fator que interdita a introdução da espiritualidade na conjuntura do cuidar holístico. Além disso, muitos profissionais não conseguem dissociar a espiritualidade de religião, ou compreendê-la como algo que dá “sentido ao caos fenomênico

da experiência e permite ao homem dar um sentido ao seu sofrimento”.^{2:16}

O cuidado em saúde, desde os primórdios, esteve ligado aos cuidados religiosos. A enfermagem surgiu, antes de ser ciência, desse contexto secular de cuidados. Contudo, tornando-se ciência com Florence Nightingale, a ótica religiosa da qual os cuidados ocorreram no decorrer do tempo não foi dissociada da profissão, pois Florence sempre considerou o homem um ser espiritual. Esta ligação da enfermagem como prática espiritual está implícita quando Florence estabeleceu-a com disciplinas centradas no envolvimento e bem-estar humano.⁶

Após Florence outras teóricas de enfermagem como Jean Watson (Teoria do Cuidado Transpessoal), Katherine Kolcaba (Teoria do Conforto), Myra Estrin Levine, (Teoria Holística), Martha E. Rogers (Teoria da Ciência Humanista do Cuidado), Madeleine M. Leininger (Teoria Transcultural do Cuidado) e Wanda A. Horta (Teoria das Necessidades Humanas Básicas) continuaram a enfatizar a importância do cuidar na sua totalidade, holisticamente, considerando fatores culturais, necessidades individuais, a adaptação do cuidado da enfermagem ao ser cuidado entre outras variáveis, entretanto, vê-se que a Enfermagem, não obstante à perspectiva do cuidar multidimensional, dificilmente introduz na Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) a obtenção da história espiritual de seu paciente, buscando compreender suas necessidades além do diagnóstico médico, da patologia física, que reflete apenas um fragmento do todo. A SAE possibilita montar um plano de ação direcionado às necessidades do paciente⁷ abrangendo muito mais que a patologia em foco, exigindo do enfermeiro diagnósticos de enfermagem que contemplem as necessidades desse ser integral.

Apesar de toda essa ligação do cuidado com as questões religiosas, da própria ciência desbravar pouco a pouco a ligação da saúde com o bem-estar espiritual e de ser continuamente mencionado e incentivado o cuidar, considerando o ser humano em sua totalidade, continua existindo uma lacuna no ensino para o cuidar considerando os aspectos religiosos e espirituais, impedindo que o indivíduo seja auxiliado na melhora da saúde e/ou qualidade de vida de modo satisfatório.

A relevância desse estudo consiste na lacuna do conhecimento existente na literatura a respeito do tema, propiciando subsídios científicos para mostrar como a espiritualidade e religiosidade vem sendo considerada na realidade de assistência à

saúde, de enfermagem e da pesquisa, portanto, o estudo contribui para proporcionar às pessoas que buscam assistência para sua saúde, para a enfermagem e também para os demais profissionais da área da saúde, um entendimento sobre a importância de se trabalhar a religiosidade e a espiritualidade no cuidado em saúde.

Considerando o que foi exposto, esse estudo procurou responder a seguinte questão: qual o conhecimento produzido sobre a utilização da anamnese espiritual no cuidado em saúde? Para responder a tal questionamento pretendeu-se alcançar o seguinte objetivo:

- Analisar o conhecimento produzido sobre a utilização da anamnese espiritual no cuidado em saúde.

MÉTODO

Buscando alcançar o objetivo proposto, escolheu-se o método de Revisão Integrativa (RI), o qual permite sumarizar as pesquisas realizadas e alcançar conclusões partindo de um tema de interesse e uma questão norteadora. Foram utilizadas as seguintes etapas para a construção desta revisão: (1) identificação do objeto de estudo, da pergunta de pesquisa e dos descritores; (2) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; (3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; (4) avaliação e discussão dos resultados da RI.

A anamnese espiritual como base para a integralidade do cuidado em saúde é o objeto de estudo desta pesquisa. A questão norteadora estabelecida foi << Qual o conhecimento produzido sobre a utilização da anamnese espiritual no cuidado em saúde? >> utilizando a terminologia em saúde, mais especificamente os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo selecionados os respectivos descritores controlados: anamnese e espiritualidade; e para ampliar a seleção dos artigos, os descritores não controlados: anamnese espiritual, saúde e cuidado em saúde.

Os critérios de inclusão adotados para inserção das publicações foram: artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol; publicados entre 2003 a 2013; disponíveis eletrônica e gratuitamente na íntegra e indexados nas Bases de dados Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) Medline, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS),

Base de dados de Enfermagem (BDENF) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Adotamos como critério de exclusão: cartas ao editor, editoriais, relatos de experiência, teses, dissertações, artigos de reflexão e outras revisões da literatura, que não estejam no recorte temporal, além de artigos que não respondessem à questão norteadora e aqueles repetidos em mais de uma fonte de busca.

A pesquisa foi realizada entre os meses de abril e outubro de 2013, por intermédio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) delimitando as Bases de dados MEDLINE, CINAHL, LILACS, BDENF e biblioteca virtual SciELO. Foram utilizados os descritores controlados: Anamnese e Espiritualidade; e os descritores não controlados: Cuidado em Saúde, Saúde e Anamnese espiritual. A conexão entre os descritores foi realizada com o operador booleano AND e utilizado o idioma da base de dados correspondente. As estratégias de busca compreenderam: Anamnese AND Espiritualidade, Anamnese espiritual AND Saúde e Anamnese espiritual AND Cuidado em Saúde.

Em seguida à pré-seleção dos artigos, a exclusão foi iniciada pelo recorte temporal, seguido pela indisponibilidade do texto na íntegra e então por meio da leitura dos resumos, analisando se os mesmos referiam-se a temática abordada. Os pré-selecionados passaram por uma segunda análise através da leitura minuciosa para sua inclusão ou exclusão.

Os artigos que responderam à questão norteadora foram inseridos em um instrumento de registro contendo as seguintes informações coletadas desses trabalhos: autores, título do artigo, local de publicação, base de indexação, natureza do trabalho, ano, país de estudo, objetivos, metodologia, tipo de estudo, sujeitos e síntese do estudo em relação à questão de pesquisa.

Após analisadas, extraídas e sintetizadas as informações para o instrumento, as produções foram categorizadas em temas de acordo com o enfoque principal dado pelo artigo para melhor compreensão da discussão dos resultados.

RESULTADOS

Posteriormente à minuciosa leitura, apenas dezessete publicações foram incluídas e estão apresentadas na Figura 1 em ordem cronológica de publicação.

| N | Autores / Ano | Título do artigo | Base indexada/País de estudo |
|-----|---|--|------------------------------|
| A1 | Ai AL, Peterson C, Rodgers W, Tice TN, 2005. ⁸ | Effects of faith and secular factors on locus of control in middle-aged and older cardiac patients. | CINAHL/ EUA |
| A2 | Jesse E., Graham M, Swanson M, 2006. ⁹ | Psychosocial and Spiritual Factors associated with smoking and substance use during pregnancy in African American and white low-income women. | MEDLINE / EUA |
| A3 | Holmes S.M, Rabow MW, Dibble SL, 2006. ¹⁰ | Screening the soul: Communication regarding spiritual concerns among primary care physicians and seriously ill patients approaching the end of life. | MEDLINE / EUA |
| A4 | Mrus JM, Leonard AC, Yi MS, Sherman SN, Fultz SL, Justice AC, Tsevat J, 2006. ¹¹ | Health-Related Quality of Life in Veterans and Nonveterans with HIV/AIDS. | MEDLINE / EUA |
| A5 | Quillin JM, McClish DK, Jones RM, Burruss K, Bodurtha JN, 2006. ¹² | Spiritual Coping, Family History, and perceived risk for breast cancer—can we make sense of it? | MEDLINE / EUA |
| A6 | Lis CG, Gupta D, Granicki J, Grutsch JF, 2006. ¹³ | Can patient satisfaction with quality of life predict survival in advanced colorectal cancer? | MEDLINE/ EUA |
| A7 | Lis CG, Gupta D, Grutsch JF, 2006. ¹⁴ | Patient Satisfaction with Quality of Life as a Predictor of Survival in Pancreatic Cancer. | MEDLINE/ EUA |
| A8 | Gupta D, Lis CG, Grutsch JF, 2007. ¹⁵ | The Relationship Between Cancer-Related Fatigue and Patient Satisfaction with Quality of Life in Cancer. | MEDLINE/ EUA |
| A9 | Bellamy CD, Jarrett NC, Mowbray O, MacFarlane P, Mowbray CT, Hotter MC, 2007. ¹⁶ | Relevance of spirituality for people with mental illness attending consumer-centered services. | MEDLINE/ EUA |
| A10 | Lis CG, Gupta D, Grutsch JF, 2008. ¹⁷ | Patient Satisfaction with Health-Related Quality of Life: Implications for Prognosis in Prostate Cancer. | MEDLINE/ EUA |
| A11 | Shih FJ, Wang SS, Hsiao SM, Tseng PH, Chu SS, 2008. ¹⁸ | Comparison of the psychospiritual needs of chinese heart transplant recipients at pre and postoperative stages. | MEDLINE/ China |
| A12 | Skjeldestad FE, Rannestad T, 2009. ¹⁹ | Urinary incontinence and quality of life in long-term gynecological cancer survivors: A population-based cross-sectional study. | MEDLINE/ Noruega |
| A13 | Taylor D, Mulekar MS, Luterman A, Meyer FN, Richards WO, Rodning CB, 2011. ²⁰ | Spirituality Within the Patient-Surgeon Relationship. | MEDLINE/ EUA |
| A14 | Lucchetti G, Lucchetti ALG, Badan-Neto AM, Peres PT, Peres MFT, Moreira-Almeida A, et al, 2011. ²¹ | Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. | MEDLINE/ Brasil |
| A15 | Rodin G, Yuen D, Mischitelle A, Minden MD, Brandwein J, Schimmer A, et al, 2011. ²² | Traumatic stress in acute leukemia. | MEDLINE/ Canadá |
| A16 | Peirano AH, Franz RW, 2012. ²³ | Spirituality and Quality of Life in Limb Amputees. | MEDLINE/ EUA e Canadá |
| A17 | Bernstein K., D'Angelo LJ, Lyon ME, 2012. ²⁴ | An exploratory study of HIV+ Adolescents' Spirituality: Will you pray with me? | MEDLINE/ EUA |

Figura 1. Caracterização dos artigos incluídos na revisão integrativa, Maceió (AL), 2013.

Dos artigos selecionados, todos foram publicados em periódicos de procedência internacional, sendo 16 indexados na MEDLINE e um na CINAHL. Foi possível inferir que pouca ênfase tem sido dada aos estudos sobre anamnese espiritual no nível da América Latina-Brasil (LILACS, BDEF e SciELO), visto que não houve produção selecionada nessas bases de dados que indexam as produções

desse território como também o número de publicações encontradas na busca foi reduzido. Nas bases de dados internacionais (MEDLINE e CINAHL) o número de produções foi maior, sendo todos os artigos aqui discutidos provenientes dessas bases (Figura 2).

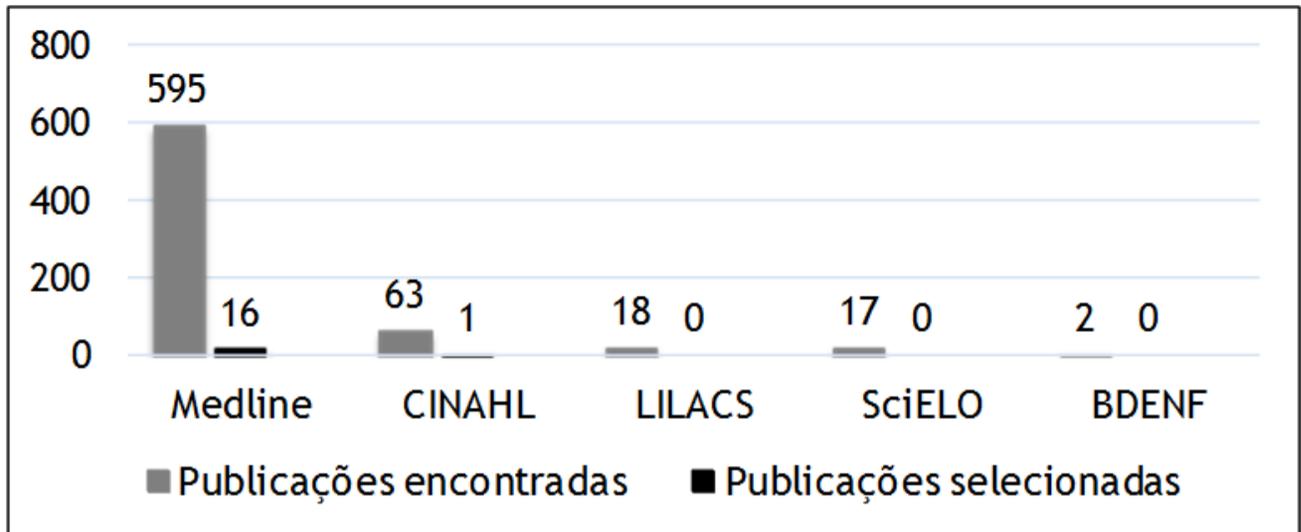


Figura 2. Comparação entre publicações encontradas e selecionadas de acordo com as bases de dados utilizadas. Maceió (AL), 2013.

Em relação ao ano de publicação, o predomínio dos estudos foi no ano de 2006 com seis produções; 2011 com três produções; 2007, 2008 e 2012 com duas produções cada; e em 2005 e 2009 com uma em cada. Considerando o país de estudo, 12 foram realizados nos Estados Unidos; tendo Brasil, Canadá, China e Noruega um estudo cada, e um deles realizado conjuntamente nos EUA e Canadá.

As produções científicas mostraram que suas investigações foram realizadas em indivíduos com os seguintes aspectos: diagnóstico de câncer presente ou tratado (7), indivíduos saudáveis (1), HIV positivo (2), problemas cardíacos (1), intervenções cirúrgicas (2), gestantes (1), transtornos psiquiátricos (1), idade avançada (1), amputado de membros (1) e doentes terminais (1). Os locais onde foram coletados os dados compreenderam 13 em nível hospitalar e três em clínicas de saúde. Em um estudo a coleta ocorreu diferentemente das demais e foi realizada através do recrutamento de pacientes por seus médicos e grupos de apoio.

Foram utilizados os seguintes instrumentos para obtenção da história espiritual nos sujeitos da pesquisa: Breve Medição Multidimensional da Religiosidade/Espiritualidade (BMMRS) adaptado (1), Brief COPE (1), Brief RCOPE (1), Escala de Bem-estar Espiritual de Paloutzian e

Ellison (1), Escala de Perspectiva Espiritual (1) Escala de Bem-estar Espiritual de Jarel (1), Escala de Práticas Religiosas Individuais e Sociais traduzida para o português (1), Escala de três fatores de religiosidade (1) Escala de Utilização da Oração Individual como meio de Coping (1), FACIT-Sp (1), FACIT-SpEx (1), Índice de Religião de Duke (1), Índice de Qualidade de Vida (3), Índice de Qualidade de Vida Ferrans and Powers (2), Inventário Pediátrico de Qualidade de Vida 4.0 (1), Desenvolvido pelos autores adaptando outros instrumentos (3), Pesquisa qualitativa com análise de conteúdo (1).

Ao todo 15 instrumentos foram utilizados para medir as questões de R/E, sendo que três deles não são escalas de medição específicas. Três estudos não utilizaram instrumentos existentes e validados, e não citam a fonte de adaptação das questões utilizadas para a coleta da história ou mesmo se as questões foram criadas pelos próprios autores.

Quanto à temática, observou-se que os estudos envolviam três abordagens. Deste modo, as informações extraídas dos artigos foram incorporadas em três categorias (Figura 3) onde serão tratados na discussão. Os artigos serão apresentados em relação ao número de identificação.

| Categoria Temática | Artigos |
|--|--------------------------------|
| Relação espiritualidade, qualidade de vida com o agravo à saúde | A4, A6, A7, A8, A10, A12, A16. |
| Importância da Religiosidade e Espiritualidade no cuidado em saúde | A3, A11, A13, A17. |
| Relação da Religiosidade e Espiritualidade com outras variáveis | A1, A2, A5, A9, A14, A15. |

Figura 3. Categoria Temática e seus respectivos artigos.

DISCUSSÃO

◆ Relação espiritualidade, qualidade de vida e agravo à saúde

Inúmeras definições foram criadas para conceituar QV. No processo de desenvolvimento para sua definição pôde-se perceber que QV deixou de ser medido por indicadores de padrão de vida e passou a ser relacionado com a percepção subjetiva e cultural do indivíduo.

A partir dessa perspectiva, o grupo WHOQOL conceituou QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.^{25:107} Esse instrumento de investigação avalia a QV através do julgamento do indivíduo em relação a satisfação com a saúde, ao funcionamento físico, social, econômico, psicológico, espiritual e familiar.

Os estudos A6, A7, A8 e A10 foram dos mesmos autores, utilizando escalas não específicas e em 3 deles não houve discussão sobre a R/E, informando em um estudo que essas variáveis perderam a sua significância devido a achados mais importantes a serem discutidos.¹⁷ Apenas o artigo A8 trazia alguma discussão, relacionando que: quanto mais fadigado se apresenta o indivíduo, menores são os scores psicológico e espirituais e a satisfação com a saúde.¹⁵

Os artigos A4, A12 e A16 utilizaram instrumentos específicos, discutindo os achados. O estudo A4 relacionou a doença com menor QV, contudo sintomas incômodos, menor padrão de risco e compensação de tempo relacionavam maior espiritualidade, e atividades religiosas organizadas tiveram pontuações mais elevadas associadas à melhoria dos índices de saúde.¹¹ O estudo A12 corroborou com o A4 porquanto também relacionou menor índice de QV com a doença, onde as mulheres que apresentaram Incontinência Urinária (IU) pós cirurgia ginecológica de câncer, IU mista ou estresse possuíam scores mais baixos relacionados tanto a QV quanto à saúde/funcionamento, o psicológico e espiritual, o domínio socioeconômico e familiar, em comparação as mulheres que não tem conexão com o problema.¹⁹

O estudo A16 realizado com 108 indivíduos amputados de membro objetivou determinar se a espiritualidade está relacionada com a QV e concluiu que a espiritualidade era utilizada como suporte para lidar com a amputação do membro e que a espiritualidade existencial foi um preditor significativo da satisfação com a

vida, saúde e integração social.²³ Guimarães e Avezum³, médicos do Instituto Dante Pazzanese em São Paulo, realizaram uma revisão sistemática em bases de dados internacionais selecionando 250 artigos de todo o mundo que relacionavam R/E como promotor da saúde e concluíram que a prática regular de atividades religiosas (sejam elas quais forem) pode reduzir o risco de morte em 30% pois, tal conduta, promove bem-estar psicológico que incentiva pensamentos positivos, hábitos saudáveis, têm menores riscos cardíacos que levam a infartos e derrames, melhora respostas imunológicas do organismo e têm melhor qualidade de vida.

O estudo de Guimarães e Avezum³ apoia os achados nos estudos desta categoria, deixando claro que a espiritualidade e a religiosidade é diretamente proporcional à melhora da saúde, bem-estar e qualidade de vida, sendo o inverso também verdadeiro. A QV sustenta um contexto de saúde multidimensional, como é o próprio ser humano, afinal “religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais não são temas alheios ao conceito de QV, são, na verdade, uma de suas dimensões”.^{25:107}

Apesar da ligação supracitada, os estudos A6, A7, A8 e A10, que utilizaram o instrumento de Índice de Qualidade de Vida (IQV), citaram estatisticamente os achados relacionados ao psicológico/espiritual mostrando-se indiferentes a essa variável em suas discussões, possivelmente por não compreenderem que a espiritualidade tem relação com a QV e da sua importância para o bem-estar pessoal, *coping*, maiores níveis de esperança e felicidade, sendo esses resultados importantes em serem discutidos e relacionados com as outras variáveis que envolveram o instrumento de coleta de dados utilizado.

◆ Importância da religiosidade e espiritualidade no cuidado em saúde

No estudo A3, que teve por objetivo explorar as preocupações espirituais dos pacientes gravemente enfermos e as práticas de cuidado espiritual de Médicos de Cuidados Primários, ambos consideraram importante que o profissional médico atendesse às necessidades R/E de seus pacientes, contudo os pacientes referiram em maior número que não consideram o médico como o profissional que deva fornecer apoio a essas questões.¹⁰ Apesar de ambos terem confirmado a importância da abordagem das questões R/E no cuidado em saúde, os médicos declararam não fornecerem tais cuidados.¹⁰

O estudo A11 procurou avaliar se havia preocupações psicoespirituais (teológica, ética e filosofia de vida) relacionadas à condição de

paciente designado à cirurgia de transplante cardíaco. As preocupações foram confirmadas, mostrando a importância de coletar dados sobre esse assunto. Visto esse entendimento, os pesquisadores sugeriram que o plano de cuidados de enfermagem abrangesse a avaliação e suporte espiritual, que deveriam introduzir apoio religioso no cuidado e incluir consultores religiosos entre os membros da equipe de saúde.¹⁸

O estudo A13 buscou compreender o papel da espiritualidade no relacionamento dos cirurgiões com seus pacientes. A maioria dos entrevistados informou que as crenças religiosas e a fé pessoal foram importantes para eles e ainda que tinham-na invocado sobre a perspectiva de guiá-los através de uma doença grave ou lesão.²⁰ Os pacientes também concordaram que os cirurgiões devem estar cientes de suas crenças religiosas, práticas espirituais e fé pessoal.²⁰

No estudo A17 foram propostos três objetivos: determinar se os adolescentes acham aceitável que os médicos explorassem suas crenças espirituais como parte de seu tratamento médico; caracterizar o papel da espiritualidade e crenças religiosas em adolescentes com e sem HIV; examinar as associações entre a espiritualidade/religião e qualidade de vida. Os escores mais altos sobre a espiritualidade e religião e sobre serem questionados sobre suas crenças pelos médicos estiveram entre os adolescentes com HIV positivo, como também foram mais propensos a sentir a presença de Deus, de que são parte de uma força maior, em achar que Deus os abandonou, além de relatar desejar que seus médicos rezem com eles.²⁴

Percebe-se que ainda há a dificuldade em olhar o ser doente em sua totalidade e não a doença que o acomete, o que dificulta a busca por outros fatores que possam contribuir com a melhoria da saúde. Olhando a doença focamos no biológico, esquecendo-se da subjetividade do indivíduo e de como ele vivencia o processo de adoecimento. Assim, os “pacientes querem ser tratados como pessoas, e não como doenças, e serem observados como um todo, incluindo-se os aspectos físico, emocional, social e espiritual”.^{26:140}

Harold Koenig²⁷, psiquiatra e diretor do Centro para Estudo da Religião, Espiritualidade e Saúde da Universidade de Duke na Carolina do Norte-EUA, menciona em um de seus livros intitulado ‘Espiritualidade no cuidado com o paciente’ que algumas das barreiras que levam a não realização de uma anamnese espiritual estão relacionadas à: falta de conhecimento, falta de treinamento, falta de tempo, desconforto com o tema,

medo de impor pontos de vista religiosos aos pacientes, que o conhecimento sobre a religião não é relevante para o tratamento médico ou consideram que assuntos religiosos não fazem parte de seu trabalho.

Uma pesquisa conduzida com alunos do nono período de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba concluiu que a espiritualidade foi compreendida por eles como uma dimensão do cuidar,; contudo, por ser pouco abordada durante a graduação, sentem-se inseguros em aplicá-la.²⁸

Diante disso, pode-se inferir que essas são algumas das causas que dificultam a atuação do profissional da saúde, e mais especificamente o enfermeiro, acerca da realização da anamnese espiritual de seu paciente e a partir da tomada dessa história espiritual considerar essa dimensão nos planos terapêuticos e de cuidados.

◆ Relação da religiosidade e espiritualidade com outras variáveis

O estudo A1 relacionou a oração com maior controle interno; entretanto negativamente com a subjetividade religiosa, visto que demonstrou uma dependência de um Ser Superior.⁸ Apresenta-se aqui o *coping* negativo da religiosidade, pois quando o indivíduo considera Deus, ou um Ser Superior, como o responsável pelos acontecimentos da vida, estagna à espera de intervenção Divina, não é proativo ou nutre forças com o Divino para agir.

O estudo A5 explorou o mecanismo de enfrentamento espiritual e as percepções do risco para o desenvolvimento de câncer de mama e concluiu que níveis de enfrentamento espiritual maiores são negativamente associados às práticas preventivas de saúde, pois diminuem a percepção do risco para a doença.¹² Assim, a confiança de que a fé pode promover saúde física cria uma barreira em alguns indivíduos para à procura de avaliação médica preventiva.

Pode-se perceber, ainda no estudo A5, o *coping* religioso negativo, porquanto a forma subjetiva que o indivíduo compreende Deus e seu poder dificulta o entendimento da importância para a busca de cuidados médicos preventivos. Muito embora o *coping* religioso possa ser negativo, as pesquisas indicam que há o “uso consideravelmente maior de enfrentamento religioso positivo do que negativo para diferentes amostras sob diferentes situações estressantes de vida”.^{29: 3}

A religião não deve dissociar-se da ciência e a ciência deve sempre respeitar as crenças e valores pessoais do indivíduo. João Paulo II³⁰ sabiamente nos alertou sobre a importância dessa união quando referiu em sua encíclica

denominada Fé e Razão que: “a fé e a razão são como duas asas de um mesmo pássaro que voa em direção da verdade absoluta. O homem apoiado em uma única asa fica inviabilizado de voar”.

O estudo A9 que teve como objetivo explorar a relação da espiritualidade com dados demográficos, história da doença psiquiátrica e estruturas psicológicas das pessoas com doença mental, envolvidos em serviços de apoio especializados, identificou que a espiritualidade foi importante para 2/3 dos membros do estudo e as variáveis mais significativamente relacionadas com a espiritualidade foram a idade (pessoas mais velhas) e o sexo (feminino).¹⁶ Esse achado de importância foi também referido nos estudos A3, A13 e A17.

Os pesquisadores referiram ainda no estudo A9 que a não utilização de um instrumento de coleta específico dificultou relacionar melhor a espiritualidade com as variáveis referidas (idade, sexo, história da doença psiquiátrica e estrutura psicológica), como também a mensurar sua significância no contexto¹⁶, o que foi demonstrado nos estudos A6, A7, A8 e A10.

O estudo A2 teve por finalidade determinar as associações entre fatores sociodemográficos, psicossocial e espiritual para o comportamento de risco para a saúde durante a gravidez em mulheres afro-americanas e brancas de baixa renda. Teve como resultado que maiores índices de R/E estão associados ao não uso de substâncias de abuso.⁹

O estudo A14 foi o único estudo selecionado realizado no Brasil. Seu objetivo foi avaliar a relação entre religiosidade e saúde mental, hospitalização, dor, incapacidade e qualidade de vida em idosos em um cenário de reabilitação ambulatorial. Concluiu que a religiosidade está relacionada significativamente com menos sintomas depressivos, melhor qualidade de vida, menos comprometimento cognitivo, além de menor percepção da dor.²¹

Os resultados encontrados no estudo A2 e A14 são corroborados com outro estudo, onde Backes³¹ e col. legitimam esse fato quando referem que:

Em relação à saúde mental, há evidências científicas de que a religiosidade e a espiritualidade apresentam uma associação positiva em 50% dos casos analisados, além de serem considerados fatores protetores contra o suicídio, uso ou abuso de drogas e álcool, comportamento delinquente, satisfação marital, sofrimento psicológico e alguns diagnósticos de psicose funcionais.^{30:1255}

O estudo de Harisson³² conseguiu identificar que pacientes com anemia falciforme que frequentavam regularmente um templo religioso tiveram escores menores de dor. Um grande número de estudos aponta que maiores níveis de envolvimento religioso reagem como fatores positivos de bem-estar psicológico, satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral elevado, melhor saúde física e mental, e menor percepção da dor.

Esse fato permite relacionar que a fé, crença e oração, consideradas como terapia alternativa, integrativa ou complementar às terapias convencionais em saúde, além de diminuir a exposição do indivíduo a medidas invasivas e medicamentosas igualmente diminuem os gastos com a saúde, uma vez que para utilizá-las apenas é requerida a vontade, sua utilização é gratuita, não há contraindicação e seu acesso é universal.

O estudo A15 demonstrou que o menor bem-estar espiritual está relacionado com maiores sintomas de Stress Pós-Traumático (SPT). Esses sintomas também estão diretamente relacionados a um maior número de sintomas físicos e angústia relacionada ao SPT, além de maior ansiedade e pouca comunicação com os prestadores de cuidados de saúde.²² Nos estudos A4 e A12 os resultados se apresentam semelhantes.

É possível verificar, a partir desses estudos, que religiosidade e espiritualidade estão em sua maioria relacionadas positivamente com algumas variáveis como idade, sexo, bem-estar, menor comportamento de risco, dor e saúde mental e que menores índices de religiosidade estão relacionados negativamente com os fatores supracitados, confirmando sempre que considerar as questões de religião e espiritualidade do paciente traz amplos benefícios para o mesmo.

CONCLUSÃO

Verificou-se que seria importante utilizar instrumento de coleta da história espiritual específicos, haja visto que os estudos que não utilizaram tais instrumentos tiveram dificuldade em correlacionar as questões religiosas e espirituais com as demais variáveis abordadas, ficando pouco evidente a apresentação dos resultados e discussões sobre a temática. Entende-se, deste modo, que instrumentos específicos propiciam achados mais contundentes sobre a história e necessidades espirituais.

A anamnese espiritual no cuidado em saúde é pouco utilizada e não foi observada qualquer intervenção tomando por base a história espiritual dos pacientes. Observa-se que

apesar de bastante explorada a temática da espiritualidade no meio científico, pouca ênfase tem sido dada ao assunto no ambiente da formação profissional na área da saúde, como também há uma lacuna na produção científica que envolva o enfermeiro na realização de pesquisas e sua atuação no âmbito da anamnese espiritual.

Introduzir a espiritualidade e religiosidade nos plano de cuidados e saber quando e como abordá-la dependerá do preparo que o profissional tem a respeito do assunto; contudo, a deficiência apresentada no ensino para a realização de um cuidar integral em saúde, excludente destes assuntos, impossibilita a construção do senso crítico e o desenvolvimento de habilidades para a tomada de decisões satisfatórias as necessidades singulares da pessoa que recebe os cuidados.

Compreende-se que a realização de um cuidado holístico em saúde é o objetivo para a excelência do cuidar, fragmentá-lo é fazê-lo ao ser humano e escolher que parte desse fragmento receberá assistência é negligenciar e desumanizar o cuidado. Tentar dissociar espiritualidade e enfermagem é também fazê-la perder a sua essência.

Sabendo da contribuição da espiritualidade e religiosidade para a saúde e entendendo o ser humano como multidimensional, por que se insiste em excluir essa temática do ambiente acadêmico impossibilitando a construção de um profissional hábil, crítico e humanizado?

Faz-se necessário à enfermagem e aos demais profissionais da saúde um aprofundamento na temática da anamnese espiritual, de modo a compreender melhor a necessidade de se levantar a história espiritual do paciente e intervir de modo satisfatório, permitindo deste modo, que essa dimensão humana possa fornecer o que a ciência comprovou, agindo como agente de equilíbrio, esperança, fortalecimento e bem-estar.

Sugere-se que seja dada maior ênfase na pesquisa a respeito da atuação do enfermeiro na realização de diagnósticos pautados na religiosidade e espiritualidade do paciente e as possíveis intervenções relacionadas, além de analisar os efeitos que tais intervenções realizadas podem promover para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Borneman T, Ferrell B, Puchalski CM. Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2010 Aug [cited 2013 Sept

25];40(2):163-73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/MEDLINE/20619602>

2. Gastaud MB, Souza LDM, Braga L, Horta CL, Oliveira FM, Sousa PLR, Silva RA. Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de Psicologia: estudo transversal. *Rev Psiquiatr RS* [Internet]. 2006 Jan/Apr [cited 2013 Sept 25];28(1):12-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n1/v28n1a03.pdf>

3. Guimarães H P, Avezum A. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev. Psiq. Clín.* [Internet]. 2007 [cited 2013 Sept 25];34(supl. 1):88-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a12v34s1.pdf>

4. Conner BT, Anglin MD, PhD, Anno J, Longshore D. Effect of Religiosity and Spirituality on Drug Treatment Outcomes. *Journal Behav Health Serv Res* [Internet]. 2009 Apr [cited 2013 Sept 25];36(2):189-98. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2693037/>

5. Vasconcelos EM. A associação entre a vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. *RECIIS - R. Eletr de Com Inf Inov Saúde* [Internet]. 2010 Sept [cited 2013 Nov 20];4(3):12-8. Available from: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/receis/article/view/381/589>

6. Delgado C. A discussion of the concept of spirituality. *Nursi Sci Q* [Internet]. 2005 [cited 2013 Nov 20]; 18(2): 157-62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/MEDLINE/15802748>

7. Santos AA, Silva FCL, Souza KRF, Póvoas FTX, Bastos MLA, Lúcio IML. Assistência de enfermagem a puérpera com fascíte necrotizante: relato de experiência. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2013 Apr [cited 2013 Nov 20];7(4):1248-53. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2988/pdf_2445

8. Ai AL, Peterson C, Rodgers W, Tice TN. Effects of faith and secular factors on locus of control in middle-aged and older cardiac patients. *Aging Ment Health* [Internet]. 2005 Sept [cited 2013 Sept 25];9(5):470-81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/MEDLINE/16024407>

9. Jesse E, Graham M, Swanson M. Psychosocial and Spiritual Factors associated with smoking and substance use during pregnancy in African American and white low-

income women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2006 Jan-Feb [cited 2013 Set 25];35(1):68-77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/MEDLINE/16466354>

10. Holmes S.M, Rabow MW, Dibble SL. Screening the soul: Communication regarding spiritual concerns among primary care physicians and seriously ill patients approaching the end of life. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2006 Jan-Feb [cited 2013 Sept 25];23(1):25-33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/MEDLINE/16450660>

11. Mrus JM, Leonard AC, Yi MS, Sherman SN, Fultz SL, Justice AC, Tsevat J. Health-Related Quality of Life in Veterans and Nonveterans with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2006 Dec [cited 2013 Sept 25] 21(Suppl 5):S39-47. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/MEDLINE/17083499>

12. Quillin JM, McClish DK, Jones RM, Burruss K, Bodurtha JN. Spiritual Coping, Family History, and perceived risk for breast cancer—can we make sense of it? *J Genet Couns* [Internet]. 2006 Dec [cited 2013 Set 25];15(6):449-60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/MEDLINE/17013546>

13. Lis CG, Gupta D, Granicki J, Grutsch JF. Can patient satisfaction with quality of life predict survival in advanced colorectal cancer? *Support Care Cancer* [Internet]. 2006 Nov [cited 2013 Set 25];14(11):1104-10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/MEDLINE/16819630>

14. Lis CG, Gupta D, Grutsch JF. Patient Satisfaction with Quality of Life as a Predictor of Survival in Pancreatic Cancer. *Int J Gastrointest Cancer* [Internet]. 2006 [cited 2013 Set 25];37(1):35-44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/MEDLINE/17290079>

15. Gupta D, Lis CG, Grutsch JF. The Relationship Between Cancer-Related Fatigue and Patient Satisfaction with Quality of Life in Cancer. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2007 July [cited 2013 Set 25];34(1):40-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/MEDLINE/17532179>

16. Bellamy CD, Jarrett NC, Mowbray O, MacFarlane P, Mowbray CT, Hotter MC. Relevance of spirituality for people with mental illness attending consumer-centered services. *Psychiatr Rehabil J* [Internet]. 2007 [cited 2013 Sept 25];30(4):287-94. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/MEDLINE/17458452>

17. Lis CG, Gupta D, Grutsch JF, 2008. Patient Satisfaction with Health-Related Quality of Life: Implications for Prognosis in Prostate Cancer. *Clin Genitourin Cancer* [Internet]. 2008 Sept [cited 2013 Sept 25];6(2):91-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/MEDLINE/18824431>

18. Shih FJ, Wang SS, Hsiao SM, Tseng PH, Chu SS. Comparison of the psychospiritual needs of chinese heart transplant recipients at pre and postoperative stages. *Transplant Proc* [Internet]. 2008 Oct [cited 2013 Set 25];40(8):2597-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/MEDLINE/18929811>

19. Skjeldestad FE, Rannestad T. Urinary incontinence and quality of life in long-term gynecological cancer survivors: A population-based cross-sectional study. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2009 [cited 2013 Sept 25]; 88(2):192-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/MEDLINE/19031296>

20. Taylor D, Mulekar MS, Luterman A, Meyer FN, Richards WO, Rodning CB. Spirituality Within the Patient-Surgeon Relationship. *J Surg Educ* [Internet]. 2011 Jan-Feb [cited 2013 Sept 25];68(1):36-43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/MEDLINE/21292214>

21. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Badan-Neto AM, Peres PT, Peres MFT, Moreira-Almeida A, et al. Religiousness affects mental health , pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. *J Rehabil Med* [Internet]. 2011 Mar [cited 2013 Sept 25];43(4):316-22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/MEDLINE/21305230>

22. Rodin G, Yuen D, Mischitelle A, Minden MD, Brandwein J, Schimmer A, et al. Traumatic stress in acute leukemia. *Psychooncology* [Internet]. 2013 Feb [cited 2013 Sept 25];22(2):299-307. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/MEDLINE/22081505

23. Peirano AH, Franz RW. Spirituality and Quality of Life in Limb Amputees. *Int J Angiol* [Internet]. 2012 Mar [cited 2013 Sept 25];21(1):47-52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/MEDLINE/23449135>

24. Bernstein K., D'Angelo LJ, Lyon ME. An exploratory study of HIV+ Adolescents' Spirituality: Will you pray with me? *J Relig Health* [Internet]. 2013 Dec [cited 2013 Set 25];52(4):1253-66. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/MEDLINE/22258733>

25. Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de vida e espiritualidade. Rev. Psiq. Clín. [Internet]. 2007 [cited 2013 Nov 14];34(supl 1):105-15. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832007000700014&script=sci_arttext

26. Peres MFP, Arantes ACLQ, Lessa PS, Caous CA. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. Revista de Psiquiatria Clínica [Internet]. 2007 [cited 2013 Oct 9];34(supl 1):82-7. Available from: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/82.html>

27. Koenig HG. Espiritualidade no cuidado com o paciente. São Paulo: Catavento; 2005. 140p.

28. Oliveira AMM, Lopes MEL, LOPES MEL, Evangelista CB, Gouveia EML, Costa SFG, Alves AMP. The spiritual dimension of care in nursing practice: student's opinion. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 Sept [cited 2013 Nov 14];6(9):2037-44. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/3113>

29. Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosidade e Saúde. In: Freire G, Salgado MI. (Orgs.). Saúde e Espiritualidade - Uma Nova Visão da Medicina - Livro 1. Belo Horizonte: Inede, 2008;20:427-43.

30. João Paulo II, Papa. Carta Encíclica Fides et Ratio. São Paulo: Paulinas; 1998

31. Backes DS, Backes MS, Medeiros HMF, Siqueira DF, Pereira SB, Dalcin CB, et al. Oficinas de espiritualidade: alternativa de cuidado para o tratamento integral de dependentes químicos. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2013 Nov 14];46(5):1254-59. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/30.pdf>

32. Harrison MO, Edwards CL, Koenig HG, Bosworth HB, DeCastro L, Wood M. Religiosity/spirituality and pain in patients with sickle cell disease. J Nerv Ment Dis [Internet]. 2005 [cited 2013 Nov 14];193:250-57. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/MEDLINE/15805821>

Submissão: 04/04/2014

Aceito: 08/05/2015

Publicado: 01/06/2015

Correspondência

Fabiani Tenório Xavier Póvoas
Avenida Lourival Melo Mota, s/n
Cidade Universitária
Bairro Tabuleiro dos Martins
CEP 57072-900 – Maceió (AL), Brasil