

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

ANA PAULA ALVES SALGADO

A RELIGIOSIDADE NO CUIDAR DE ENFERMAGEM

Rio de Janeiro
Julho / 2006

ANA PAULA ALVES SALGADO

A RELIGIOSIDADE NO CUIDAR DE ENFERMAGEM

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, como um dos requisitos para a conclusão do curso de graduação.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª Ruth Mylius Rocha
Co-orientador: Prof. Dr. Claudio de Carvalho Conti

Rio de Janeiro
Julho / 2006

Folha de Aprovação

A Religiosidade no Cuidar de Enfermagem

Por

Ana Paula Alves Salgado

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dr^ª. Ruth Mylius Rocha
(Presidente)

Prof. Dr. Claudio de Carvalho Conti
(1º examinador)

Prof^ª. Dr^ª. Jane Márcia Progianti
(2º examinador)

Prof^ª. Dr^ª. Lina Márcia Miguéis Berardineli
(Suplente)

Rio de Janeiro
Julho / 2006

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais que são a fonte de amor que me alimenta e me sustenta, orientando os meus passos pelos mistérios fascinantes da vida.

A todos os enfermeiros e demais profissionais da saúde que cuidam com a alma e aos que se encorajam a fazê-lo buscando o holismo na prática profissional.

A Faculdade de Enfermagem da UERJ que aprendeu a transcender o ensinar tocando profundamente nossas almas, cuidando de quem ainda está aprendendo a cuidar.

Aos que cuidamos pela vida afora, pois são vocês que fazem tudo valer à pena.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Ruth Rocha agradeço a colaboração, disposição e dedicação a esta pesquisa, pela amizade e pela oportunidade de convivência durante esses quatro anos e meio, além de participar do projeto sobre Terapias Não Convencionais, na UERJ, desde 2003, que foi pra mim uma paixão.

Ao professor Cláudio Conti pelos ensinamentos, pela disponibilidade, paciência, atenção e interesse em participar com tanto empenho e seriedade nessa pesquisa, durante esses meses de orientação “virtual”, já que houve uma enorme dificuldade da minha parte de nos encontrarmos pessoalmente, em vista da carga horária extensa do internato.

Aos amigos Anna Carolina, Alberto, Michella e Renata que contribuíram diretamente para a construção dessa pesquisa agradeço o apoio, o suporte e a paciência, os livros, a sensibilidade de vocês e todo o resto, e principalmente pelo carinho, amizade e bons momentos divididos durante esses anos. Espero, sinceramente, que este trabalho possa de alguma forma levar contribuições para nossa profissão.

A minha mãe e ao meu pai agradeço por tudo, pelo amor, suporte, incentivo e dedicação. Sem eles nada poderia ser possível. Amo vocês.

A minha família de um modo geral, por tentarem compreender a minha ausência nesse período e, em especial, ao Gustavo. Querido, amo você!

E por último, estendo meus agradecimentos a todos os que participaram da minha caminhada e a Deus, por me proporcionar todas as alegrias e vitórias e me permitir compreender que o caminho é importante, mas, mais ainda, é a forma de caminhar.

SALGADO, A. P. A. **A religiosidade no cuidar de enfermagem**. 2006. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, (Orientador) Ruth Mylius Rocha, (Co-orientador) Claudio de Carvalho Conti.

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo, de cunho exploratório e caráter transdisciplinar, cujo objeto é a influência da religiosidade dos enfermeiros no cuidar. Considerando a religiosidade como uma componente do psiquismo humano, admite-se, portanto, que a mesma influencia o modo de pensar do indivíduo e, conseqüentemente, de cuidar. Assim, o objetivo geral é explorar a influência da religiosidade dos enfermeiros no cuidar. Os objetivos específicos são: identificar de que forma os enfermeiros percebem as demandas religiosas e espirituais dos clientes; verificar se eles valorizam os aspectos religiosos dos clientes como um fator que pode interferir na saúde destes últimos e descrever como, na perspectiva desses profissionais, a religiosidade deles repercute no cuidar do cliente e de si mesmo. Segundo seu caráter transdisciplinar a pesquisa se fundamentou nas concepções de diversos autores buscando o conhecimento filosófico, o artístico, o religioso, o científico, o cultural, ético, entre outros, construindo uma unidade para além das aparências, conceitos e pensamentos (GUERRA, 2004). Realizou-se no período de agosto de 2005 a junho de 2006, utilizando depoimentos de 10 enfermeiros do Hospital Universitário Pedro Ernesto no município do Rio de Janeiro. Foram estabelecidas três categorias: O Cuidar Através da Dimensão Religiosa, Desconforto em Abordar o Assunto Religiosidade e A Influência da Religiosidade dos Enfermeiros na Busca por um Holismo no Cuidar do Ser Humano Integral. Os resultados evidenciaram que, apesar das dificuldades encontradas, a religiosidade dos enfermeiros influenciou sua maneira de cuidar impulsionando-os à busca pelo holismo.

Palavras-chave: religiosidade, cuidar, enfermagem.

SUMÁRIO

RESUMO.....	04
1) CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	06
2) FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	08
2.1) Construindo uma Interface entre Ciência e Religiosidade.....	08
2.3) Conceituando Religiosidade.....	11
2.4) Religiosidade no Cuidar de Enfermagem.....	17
3) REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	25
3.1) Filosófico: Transdisciplinaridade.....	25
3.2) Técnico: Análise de Conteúdo de Bardin.....	30
4) ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	33
5) ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	36
6) CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS.....	57

APÊNDICES

APÊNDICE A – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (ICD)

APÊNDICE C – QUADRO DA FORMAÇÃO DAS CATEGORIAS

ANEXOS

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA
COLETA DE DADOS - (PARECER – 1377)

ANEXO B - FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES
HUMANOS - (FR – 79699)

1) CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Durante a formação acadêmica, em diversas instituições de saúde públicas e privadas do município do Rio de Janeiro, foi possível observar inúmeras formas tanto de expressão quanto de compreensão do sofrimento, seja por parte dos profissionais de saúde ou dos clientes. As maneiras de lidar com as dores físicas, com as perdas, com as limitações, variam bastante de acordo com o contexto sócio-cultural em se que vive e com o entendimento de vida e de mundo de cada pessoa. Dentro dessa ótica, observou-se que a expressão da religiosidade influi de diferentes maneiras no cuidar, podendo favorecê-lo ou não, ou seja, trazer ou não benefícios para a assistência prestada à clientela.

Esse estudo se *justifica* no fato de que, enquanto profissionais de enfermagem, intervimos na vida das pessoas baseando-nos na técnica e no saber adquiridos ao longo da formação profissional, incluindo o saber popular. Isso demanda uma constante avaliação das condutas assumidas, conduzindo a questionamentos sobre quais pré-conceitos e/ou preconceitos são evidenciados ao cuidar daqueles que se encontram em sofrimento, principalmente quando esses clientes possuem uma demanda de cuidados que valorizam a sua religiosidade e espiritualidade, tema tão pouco apreciado nas discussões científicas sobre a saúde humana.

O cuidar dos indivíduos que sofrem, estabelecendo a empatia, permitindo sentir a compaixão¹, utilizando a observação, a escuta ativa e o não-julgamento, permite o acesso ao significado que o cliente atribui ao adoecimento e ao sofrimento. A escuta ativa também pode ser chamada de escuta terapêutica, escuta integral ou atenta ou, ainda, escuta compreensiva (Souza, Pereira e Kantorski, 2003). É caracterizada, segundo esses autores como uma atitude ativa voluntária, dinâmica, que exige esforço para compreender o significado do que é dito, numa atitude positiva de calor, interesse e respeito.

Compreendendo o ser humano como um ser integral e, portanto, extremamente complexo, supõe-se que a dimensão religiosa do enfermeiro é indissociável da construção pessoal e profissional do cuidar.

A religiosidade pode ser percebida pelos enfermeiros como uma forma subjetiva de o cliente enfrentar o sofrimento, já que através da mesma o homem encontra a oportunidade de

¹ Utilizamos o termo “compaixão” no sentido de possuir um entendimento maior das fragilidades humanas; quando nos tornamos mais realistas, menos exigentes e mais flexíveis com as dificuldades alheias. É a manifestação do coração aberto, ressonante com o coração do outro. No entanto, possibilita ações responsáveis, limitadas pelo bom senso (Hammed, 2003).

vivenciar o transcendente, podendo construir, a partir disso, significados para o seu sofrimento.

Por outro lado, a religiosidade também pode ser vivenciada por esses profissionais, originando uma forma de cuidar peculiar: o cuidado espiritual. Quando esse cuidado é prestado, raramente é registrado pelos enfermeiros em evoluções ou na folha de observações, assim como não costuma ser prescrito. No entanto, este tipo de cuidado é recomendado pela literatura de enfermagem, por autores, como Wanda Horta (2001), Brunner & Suddarth (2002), entre outros, incluindo o Diagnóstico de Enfermagem da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association): definições e classificação: 2003-2004.

O *objetivo geral* desta pesquisa é: explorar a influência da religiosidade dos enfermeiros no cuidar.

Os *objetivos específicos* são: identificar de que forma os enfermeiros percebem as demandas religiosas dos clientes; verificar se eles valorizam os aspectos religiosos dos clientes como um fator que pode interferir na saúde desses últimos e descrever como, na perspectiva desses profissionais, sua religiosidade repercute no cuidar do cliente e de si mesmo.

Este estudo é *relevante*, pois a maneira de intervir no cuidado de enfermagem ao ser humano altera-se de acordo com a compreensão de mundo de quem cuida e de quem é cuidado. Para isso, é necessária a aproximação o tanto quanto possível da compreensão de mundo daquele que é cuidado (Collière, 2003), incluindo as crenças religiosas e as inúmeras formas de expressar a religiosidade na forma de cuidar. É importante, também, uma reflexão contínua sobre a posição pessoal, de cada membro da equipe de enfermagem, em relação a estas questões, para que seja possível a constante auto-avaliação enquanto profissionais que pretendem prestar uma assistência holística à saúde do cliente com o mínimo possível de preconceitos.

2) FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1) Construindo uma Interface entre Ciência e Religiosidade

Na perspectiva de uma visão holística e integral do cuidar humano em saúde, este trabalho visa abordar a questão da religiosidade no cuidar de enfermagem. Embora seja um tema ainda desvalorizado pela Ciência, nas últimas décadas vem ganhando algum destaque entre pesquisadores de todo o mundo, pois está relacionado à história do homem como ser espiritual.

Corroborando com a idéia do homem como ser espiritual, Kardec ([1868], 2005, p.146), afirma que a gênese do planeta compreende duas partes: “a história da formação do mundo material e a da formação da humanidade, considerada em seu duplo princípio, corporal e espiritual”. Porém, a história do homem como ser espiritual se prende a uma ordem de idéias que não são do domínio da Ciência propriamente dita e por esse motivo não tem sido objeto de suas investigações.

Concordamos com o autor que a Ciência tem se limitado à pesquisa das leis que regem a matéria e que no próprio homem ela tem estudado sobretudo o corpo físico (na área da Psiquiatria, por exemplo, que se refere aos problemas psíquicos, é a Psiquiatria Biológica que mais realiza pesquisas). No entanto, alguns pesquisadores já começam a tratar o princípio espiritual do homem, tentando adentrar os campos das energias sutis. Muitas experiências do mundo todo estão muito bem relatadas em diversos livros.

Questões filosóficas a respeito dos fundamentos existenciais, das origens do ser e do destino humano são bastante discutidas dentro da Filosofia. Kardec ([1868], 2005) ressalta que embora a Filosofia não tenha chegado a nenhuma conclusão, ao menos discute esse assunto. O autor acrescenta ainda que sobre todas essas questões a Ciência está muda. De acordo com a visão de mundo pessoal e concepção de religiosidade, a Ciência demonstra essa postura porque não admite que possa existir outra lógica ou sistema de pensamento para além do racionalismo. Essa postura é considerada como um problema na área da saúde, na medida em que não atende ao ser humano de uma forma mais completa.

Independentemente de todos os conhecimentos construídos e de toda a tecnologia alcançada pela Ciência até este século, o homem nunca deixou de ser religioso, ou demonstrar a sua religiosidade. Conforme Kardec ([1868], 2005), mesmo os povos mais selvagens, aqueles que não têm contato com outras culturas, conseguem ver coisas que estão acima do

poder humano, e disso concluem que elas provêm de um ser superior à humanidade. Eles possuem suas próprias formas de expressar a religiosidade.

Para Baltazar (2003), tanto religião como Ciência formam sistemas de pensamento particulares e diferenciados, na medida em que existem como um sistema fechado, variando eventual e reversivelmente nesse ou naquele detalhe, porém sempre mantendo invariáveis os seus elementos essenciais.

Apesar de se apresentarem como sistemas fechados, Costa apud Baltazar (2003, p.31) considera que Ciência e religiosidade, como dois sistemas explicativos,

[...] se aproximam por serem visões de mundo que se apóiam em “paixões”, ou seja, numa “adesão emocional”, imune a qualquer “prova racional”. O cientista acredita poder conhecer e assim controlar, baseando-se em evidências científicas suficientes, e o religioso acredita justamente “por não possuir evidências suficientes para crer”, ou seja, a certeza está na fé, no firme propósito de crer no transcendente e não se render somente às evidências metodológico-científicas para dar sentido e significado às experiências.

Para o indivíduo que crê, esta fé, que se baseia em outros critérios, se revela num sentimento forte, que o leva à certeza interior, sem que ele sinta a necessidade de provar o que quer que seja; ele simplesmente “sabe” que é assim. É a certeza instintiva na Sabedoria da própria vida.

James apud Costa (2005) nos leva a uma reflexão acerca da racionalidade dessas duas formas de pensar:

A primeira opção diz simplesmente que se render ao medo de errar é melhor e mais sagaz que se render à esperança que aquilo em que acreditamos seja verdade. Isso, todavia, não a torna mais racional. [...] Engano por engano, que provas temos de que o engano pela esperança é muito pior que o engano pelo medo?

Este raciocínio nos permite concluir que, embora nossa sociedade, de uma forma geral, dê maior relevância aos conhecimentos produzidos nos meios acadêmicos, o fato deste se pautar em evidências metodológico-científicas não torna o sistema de pensamento científico mais verdadeiro do que o sistema de pensamento religioso. Só reforça a necessidade de se buscar novos meios para analisar o conteúdo religioso, com uma metodologia própria, que leve em consideração os elementos específicos da dimensão transcendente e religiosa do ser humano.

Refletindo profundamente sobre a maneira como a Ciência é produzida, identifica-se um paradoxo na postura científica ao rejeitar o transcendente. A Ciência, quando tenta estudar questões como a religiosidade, submete a análise do que é transcendente à esfera do imanente, pois não aceita a existência do transcendente. No entanto, toda a Ciência começa com um ato transcendente. Então, por que a Ciência refuta o transcendente, se ela mesma tem origem num ato transcendente? Kardec ([1866], 2003, p.75), discutindo sobre Ciência e Religião, comenta: “A incompatibilidade que se acredita ver entre essas duas ordens de idéias, deve-se a um erro de observação e ao excesso de exclusivismo de uma e de outra parte; daí resultou um conflito que deu origem à incredulidade e à intolerância”.

Para compreender o paradoxo supracitado vamos exemplificar com a construção de uma hipótese de pesquisa. O cientista, ao iniciar uma pesquisa, cria uma hipótese. A criação desta está baseada num raciocínio intelectual do pesquisador acerca das evidências científicas, mas, também, no que se pode chamar de uma “tendência intuitiva” em acreditar que aquela hipótese pode ser verdadeira. Essa “tendência intuitiva” provém do âmbito transcendente da existência humana. Estruturada a hipótese, o pesquisador segue a pesquisa e seus estudos com base no materialismo e na racionalidade científica. Aí está um exemplo que pode ser o início de uma Ciência num ato transcendente, num ato de fé. Ainda há a possibilidade da hipótese de pesquisa estar baseada em algo que ele percebeu, intelectualmente, sem que ainda tenha aprofundado seus raciocínios.

Antonino Zichichi (2000, p.150), presidente da Federação Mundial de Cientistas, diz que: “Ciência significa o estudo da Lógica da Criação. Começa por um ato de Fé e continua com o uso da Razão aplicada à esfera do Imanente²”, o que corrobora o que foi colocado anteriormente.

Essa “tendência intuitiva” remete à esfera da transcendência, que tem seus próprios critérios de veracidade e de fidedignidade, que não devem ser reduzidos aos critérios da racionalidade científica. Com outras palavras, Zichichi (2000, p.136) adverte que “a esfera transcendental da nossa existência não pode ser suscetível ao mesmo tipo de análise que a imanente”. Na mesma linha de raciocínio, Costa (2005) também tece as suas considerações: “Pedir ao religioso provas empíricas de sua crença faz tanto sentido quanto pedir ao cientista provas sobrenaturais de suas descobertas”.

A visão transdisciplinar surge com a tentativa de superar essa forma dualista de entender a vida. Para isso, apresenta os três pilares da sua metodologia: a Complexidade, a

² Imanência: “[...] termo utilizado para se referir à dimensão concreta, material e empírica da realidade” (VASCONCELOS, 2006, p.31).

Lógica do Terceiro incluído e os Níveis de Realidade (Nicolescu et. al., 2002). Esse assunto será discutido no tópico a seguir.

Como toda a Ciência se inicia num ato de fé, esta, que aqui começa, não seria diferente, por tudo o que já foi dito anteriormente, e, assim, propõe estudar como a religiosidade dos enfermeiros influencia o cuidar, procurando valorizar os aspectos subjetivos e transcendentais que atravessam este tema e a população estudada. Dessa maneira, amplia-se a possibilidade de uma integração entre o conhecimento científico e o religioso desses profissionais nas práticas assistenciais de enfermagem.

2.2) Conceituando Religiosidade

Nessa pesquisa, há um cuidado de, ao tentar definir religiosidade, não fazê-lo baseado em algum sistema religioso institucionalizado, evitando empobrecer esse fenômeno que ultrapassa imensuravelmente os limites da racionalidade científica. Entretanto, é imperioso reconhecer a impossibilidade da imparcialidade total com relação à visão de mundo pessoal, incluindo a concepção de religiosidade e espiritualidade.

Qualquer sistema de pensamento está aberto e comporta uma brecha, uma lacuna na sua própria abertura. Mas temos a possibilidade de termos meta-pontos de vista. O meta-ponto de vista só é possível se o observador-conceptor se integra na observação e na concepção. Eis o porque o pensamento da complexidade tem necessidade de integração do observador e do conceptor na sua observação e na sua concepção (MORIN, 2003, p.111).

Haverá sempre um empobrecimento na tentativa de conceituação de qualquer fenômeno, na medida em que suas idéias estarão sempre limitadas pela visão de mundo de quem as pensa e as constroem. Nesse sentido, os conceitos servem para orientar o homem na busca do conhecimento, e são um estímulo à necessidade humana de transcendê-los. Hammed (2003, p.101) alerta que:

Toda a “noção de mundo” é provisória. Quando congelamos a concepção de algo ou de alguém, distorcemos a realidade. Nada é estático. A evolução é dinâmica. O mundo atual busca uniformizar as pessoas sem perceber que a própria Natureza é contra a padronização, pois ela mesma procura preservar a harmonia da criação, mantendo as diversidades entre os seres vivos.

É importante ressaltar a dificuldade de encontrar autores do campo da enfermagem que tratem da religiosidade dos profissionais. Como uma das pesquisas mais atuais com esse

enfoque, destaca-se a de Valente, Bachion e Munari (2004), além de autores que tratam da religiosidade dos clientes, como a pesquisa de Batista (2004) sobre o significado do objeto sagrado no contexto do Centro de Terapia Intensiva (CTI). Ambas destacam a religiosidade como um fator que promove a saúde e favorece o enfrentamento da doença.

Outros estudos abordam a religiosidade reduzindo sua conceituação numa manifestação social ou cultural, deixando de entendê-la em essência, como parte integrante da dimensão espiritual do homem e, portanto, indissociável de si mesmo e de suas vivências pessoais e profissionais. Este trabalho visa estudar a religiosidade conforme esta é manifestada, ou seja, no nosso meio socio-cultural, mas sem esquecer a natureza transcendente do tema.

Boff (2000, p.26) descreve o ser humano com dimensões de uma mesma realidade: “[...] de imanência e de transcendência, como dimensões de um único ser humano. Imanência e transcendência não são aspectos inteiramente distintos, mas dimensões de uma única realidade que somos nós”.

Ao conceituar transcendência, Vasconcelos (2006, p.31) mostra-se coerente com a visão transdisciplinar. Na perspectiva adotada, o autor considera a “transcendência na imanência” ou a “transcendência imanente”, que pode ser identificada como o terceiro incluído em cada par de contraditórios.

Boff apud Vasconcelos (2006, p.31) afirma que a transcendência “[...] refere-se a uma dimensão, não imediatamente percebida, da realidade concreta, material e cotidiana da existência. Algo presente, mas nem sempre revelado na experiência histórica do ser humano”. Nessa perspectiva, Vasconcelos (2006, p.31) argumenta que

[...] a transcendência não se opõe à imanência, termo utilizado para se referir à dimensão concreta, material e empírica da realidade e que, na forma dualista de compreender a vida, era referida como seu contraponto. Refere-se aqui a uma transcendência na imanência ou a uma transcendência imanente.

Ao se reportar a Durkheim, um dos fundadores da sociologia, que fala do ser humano como um ser social, único capaz de criar utopia, Boff (2000, p.36) comenta:

É algo exclusivo dele, nenhum animal é capaz de utopia. Por isso, ele cria símbolos, cria projeções, cria sonhos. Porque ele vê o real transfigurado. Essa capacidade é o que chamamos de transcendência, isto é, transcende, rompe, vai além daquilo que é dado.

A religiosidade é entendida nessa pesquisa como o sentimento universal que emerge do indivíduo a cada momento em que se estabelece uma ligação ou conexão com o que se considera ser sagrado, seja Deus ou o Além, ou a Natureza, ou mesmo a Ciência, dentre outros.

Para Vasconcelos (2006, p.43), “A espiritualidade se torna uma experiência religiosa quando o encantamento com a transcendência repercute na pessoa de uma forma tal que a avaliação que se faz é não ser possível tratar-se de uma realidade contida apenas em si”.

O autor (op. cit., p.45) afirma que a “espiritualidade que assume a transcendência como divina, por revelar a presença de um Outro na alma humana, pode ser chamada de religiosidade”. Comenta que esse é um conceito que vem ganhando importância, pois há um número crescente de pessoas que valoriza a experiência religiosa em suas vidas, sem se identificar, necessariamente, com nenhuma tradição religiosa particular.

A espiritualidade que também engloba a religiosidade é uma dimensão do ser espiritual, é um atributo do indivíduo dentro de um conceito complexo e multidimensional capaz de favorecer o autoconhecimento e o conhecimento das coisas, do Universo. Segundo Brunner & Suddarth (2002), a espiritualidade está relacionada à verdade sobre si mesmo, sobre o mundo, a conceitos como amor, compaixão, sabedoria, honestidade, compromisso, imaginação, reverência e moralidade, que o ser que a vivencia desenvolve. Engloba questões sobre significado, esperança, relacionamento com Deus, aceitação ou perdão e transcendência.

Para Boff apud Vasconcelos (2006, p.30),

Espiritualidade refere-se à experiência de contato com esta dimensão que vai além das realidades consideradas normais na vida humana. Que as transcende. Seria a arte e o saber de tornar o viver orientado e impregnado pela vivência da transcendência.

A espiritualidade conforme Hatcher apud Sefidvash (2005) “[...] é o processo de um desenvolvimento pleno, adequado, apropriado e harmônico das capacidades espirituais do homem”. As capacidades espirituais seriam aquelas relacionadas com o intelecto ou a compreensão, isto é, raciocínio, memória, percepção e imaginação, relacionadas ao sentimento ou “coração”, isto é, amor, intuição, compaixão e bondade e, por fim, relacionadas à vontade ou volição, isto é, a capacidade de iniciar ou continuar uma ação.

Cassirer (1994) considera a religiosidade como o sentimento de solidariedade de vida; de bom relacionamento consigo mesmo, com os outros e com a natureza. Dessa forma

podemos ver a religiosidade como uma capacidade espiritual. Através dela também exercemos a nossa espiritualidade ao sermos capazes de nos conectar conosco mesmo, com os outros e com a vida.

Facure (2005) acrescenta que “[...] a espiritualidade se manifesta em três domínios pelos quais é possível sistematizar sua avaliação com critérios científicos: os domínios da ‘prática’, das ‘crenças’ e o da própria ‘experiência espiritual’”.

A espiritualidade, segundo o autor, é manifestada na “prática”, ao se exercitar a contemplação, a meditação, a prece ou uma atividade de culto religioso.

No domínio das “crenças” a religiosidade vai variar conforme “a cultura dos povos e inclui a crença na existência de Deus, da Alma, da vida após a morte e da realidade da dimensão espiritual para além do nosso conhecimento sensorial e intelectual”.

Por fim, o autor descreve o domínio da “experiência espiritual” como aquele em que há um número enorme de situações que parecem sugerir contato direto com a espiritualidade. Ainda inclui as vivências rotineiras, representadas pelo encontro íntimo e pessoal que cada indivíduo faz com o transcendente e com o sagrado, assim como algumas vivências mais dramáticas, súbitas, que são acompanhadas de forte transformação pessoal seguida de um acontecimento psíquico marcante na vida e, por último, os relatos de experiência de quase morte e as projeções fora do corpo físico.

Alguns conceitos devem ser salientados em uma tentativa de situar o leitor sobre a perspectiva na qual a pesquisa se apóia. Em primeiro lugar, a religião foi definida como sendo:

[...] o resultado da institucionalização da religiosidade (na medida em que a organizam ou sistematizam). Canalizando para finalidades socialmente desejadas as energias despertadas pela experiência de transcendência, os atores e instituições religiosas produzem religião elaborando essa religiosidade (OLIVEIRA, 2005).

De acordo com o autor, as organizações religiosas e seus atores têm por função a institucionalização da religiosidade, induzindo a experiência da transcendência e colocando a mesma sob controle social, além de canalizar essa energia para comportamentos socialmente admitidos.

Vasconcelos (2006, p.9), considera a religião como

[...] o campo de elaboração subjetiva em que a maioria da população latino-americana constrói de forma simbólica o sentido de sua vida e busca a motivação para a superação da crise existencial colocada pela doença. É referência central

para a organização de grande parte das mobilizações comunitárias para enfrentamento dos problemas de saúde. É o espaço em que a maioria dos profissionais de saúde estrutura o sentido e a motivação para o seu trabalho.

Neste ponto, se torna necessário apresentar os conceitos acerca da religiosidade segundo Oliveira (2005), Hammed (2003) e Otto (1992).

É certo que a religiosidade, em sua essência, se origina na esfera do transcendente, antecedendo a nossa observação, e que por ser eminentemente subjetiva, pode ser considerada difícil de ser explicada, traduzida em palavras. Porém, por ser justamente uma experiência íntima e subjetiva, é possível observar sua expressão através do comportamento do indivíduo, que obrigatoriamente está associado ao seu contexto sócio-cultural. Sobre a religiosidade Oliveira (2005) tece suas considerações:

[...] ela repercute na vida social na medida em que motiva atitudes e comportamentos referidos ao sagrado e por isso não pode ser separada das diferentes culturas nas quais os seres humanos se expressam. [...] Somente na medida em que uma pessoa traduz aquela experiência conforme os códigos lingüísticos ou simbólicos do seu grupo ela se torna suscetível de socialização.

A religiosidade é entendida pelo autor como a capacidade de vivenciar a experiência religiosa, que traz consigo uma outra capacidade, que é a de produzir ou mobilizar energia interior -modificadora de atitudes e comportamentos, diferente da energia de ordem física e, portanto, se relaciona intimamente com espiritualidade, no sentido amplo de ação originada do espírito. Essa capacidade de experiência religiosa é inerente ao homem, sendo um dos traços que o diferencia dos outros seres vivos, mas não é necessariamente espontânea, sendo, assim, suscetível de desenvolvimento.

Todavia, Hammed (2003, p.127) descreve a religiosidade como: “[...] estado íntimo em que a alma se identifica com o sagrado, ou seja, encontro do homem com o numioso. A palavra “nume” é oriunda do latim *numen*, *inis* e quer dizer “divindade””.

Baltazar (2003, p.32) citando Otto, referindo-se ao significado da palavra “sagrado” diz:

[...] uma “*categoria numiosa*” do latim *numem*, que significa, originalmente, uma inclinação de cabeça como expressão de comando, de consentimento, de vontade. Evolui para significar vontade divina e, finalmente, divindade. É descrita como um misto de espanto, fascinação, temor, respeito, algo que nos transcende e emudece.

Para Hammed (2003, p.127) “nume” é a essência da idéia do divino e seria encontrada “[...] na inspiração ou na intuição, enquanto sua vivência é sentida no âmago das criaturas através de um estado afetivo de confiança absoluta na Ordem Divina”. O indivíduo envolvido por esse estado numioso estaria influenciado pelas qualidades transcendentais do Criador. Sentiria como se uma mão misteriosa o aproximasse daquilo que lhe fosse útil e o afastasse daquilo que não lhe servisse. Essa sensação íntima seria captada pelas vias invisíveis do espírito. O indivíduo permaneceria no estado numioso se possuísse a compreensão plena de ser sustentado pelo que ele chamou de Força Sagrada do Universo. E viveria esse estado quando se entregasse só a Deus e Nele confiasse.

O autor afirma que o despertar da religiosidade proporciona paz de espírito. E quem atinge essa essência do sagrado entende que a autêntica religião é, acima de tudo, uma “realidade interna”, porque expressa as mais íntimas relações do indivíduo com Deus.

Segundo Cortês, Pereira, e Tarantino (2005) um estudo da Universidade de Ohio (EUA) feito em 2005 com 798 pacientes, aponta que cerca de 85% gostariam de discutir sua fé com o médico e 65% esperavam que o médico compreendesse esse desejo. Ainda nesse estudo, os autores apresentam observações de outros pesquisadores:

Citando o médico Harold Koenig, da Universidade de Duke (EUA), argumentam:

Pessoas que adotam práticas religiosas ou mantêm alguma espiritualidade apresentam 40% menos chance de sofrer de hipertensão, têm um sistema de defesa mais forte, são menos hospitalizadas, se recuperam mais rápido e tendem a sofrer menos de depressão quando se encontram debilitadas por enfermidades (CORTÊS, PEREIRA, e TARANTINO, 2005).

Ao citar Alexander Almeida, do Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais e Religiosos do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo (USP), afirmam que

[...] a religiosidade proporciona menos comportamentos auto-destrutivos como suicídio, abuso de drogas e álcool, menos stress e mais satisfação. A sensação de pertencer a um grupo social e compartilhar as dificuldades também contribuiria para manter o paciente amparado, com melhor qualidade de vida (CORTÊS, PEREIRA, e TARANTINO, 2005).

Trazendo a contribuição do psicólogo e clínico João Figueiró, do Centro Multidisciplinar da Dor do Hospital das Clínicas (HC/SP), os autores citados explicam que

Setores do sistema nervoso relacionados à percepção, à imunidade e às emoções são alteráveis por meio das crenças e significados atribuídos aos fatos, entre outros fatores. Assim, um indivíduo religioso tem condições de atribuir significados

elevados ao seu sofrimento físico e padecer menos do que um ateu ou agnóstico (CORTÊS, PEREIRA, e TARANTINO, 2005).

Citando ainda o neurocirurgião Raul Marino Jr., chefe do setor de neurocirurgia do HC/SP, conforme suas dezenas de estudos com Ressonância Magnética, informam que

Práticas como a prece, a meditação e a contemplação modificam a produção de substâncias do cérebro que têm atuação em locais como o sistema límbico, envolvido no processamento das emoções (CORTÊS, PEREIRA, e TARANTINO, 2005).

2.3) Religiosidade no Cuidar de Enfermagem

Concomitante à construção dessa pesquisa, ocorreu uma experiência marcante durante o internato de enfermagem, no tocante à religiosidade e à espiritualidade.

Fazia exata uma semana de estágio na enfermaria de adolescentes e cada estagiário ficava responsável pelo cuidado integral de um cliente. A enfermaria estava agitada e muitos profissionais de enfermagem manifestavam estarem aliviados pelo fato de Alberto³, estagiário de enfermagem, ter assumido, há três dias, voluntariamente, os cuidados integrais da cliente Solimar⁴.

Solimar é uma adolescente de 15 anos, que mora no interior de São Pedro da Aldeia com a mãe, numa casa de alvenaria com água encanada e rede de esgoto. Não fuma, não faz uso de bebida alcoólica e cursa o início do Ensino Fundamental. A adolescente informou freqüentar a Igreja Universal do Reino de Deus. Tem uma irmã da qual relata não gostar, por sentir ciúmes em relação à mãe. Informou ter uma tia, por parte de mãe, que sempre cuidou dela, pois a mãe, segundo sua percepção, não tem muita paciência para cuidar dela. A mãe era quem a estava acompanhando na enfermaria durante todo o período de internação.

A adolescente apresenta baixa estatura para a idade, obesidade; seu diagnóstico médico é Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES); foi internada no hospital com objetivo principal, segundo os médicos, de receber os cuidados de enfermagem, em vista do seu aspecto físico, na medida em que a doença de base estava sob controle. A jovem apresentava *rash* cutâneo que se concentrava nas regiões de couro cabeludo, face, pescoço, tronco anterior e posterior e membros superiores, além de feridas nessas regiões, axilas e virilhas. Estava em precaução de contato devido à suspeita de escabiose. Os relatos verbais, as expressões não verbais e os registros no prontuário pela equipe de enfermagem a descreviam como uma

³ Uso do nome verdadeiro autorizado verbalmente pelo próprio estagiário de enfermagem.

⁴ Uso do nome fictício atendendo à exigência da Resolução 196/96 no Ministério da Saúde.

adolescente bastante resistente aos cuidados e intensamente agressiva com a mãe e, em alguns momentos, com a equipe de saúde.

Antes de Alberto assumir os cuidados da adolescente, a equipe de enfermagem reclamava diariamente do comportamento da jovem. Quando se tratava de decidir quem cuidaria dela, o clima da enfermaria ficava tenso, tendo ocorrido, inclusive, pequenas discussões entre os membros da equipe. O grupo queixava-se também da mãe, que não tinha nenhuma autoridade sobre a menina, que a dominava obedecendo a jovem em tudo.

Alberto, nos últimos dias, queixava-se de cansaço e irritabilidade durante o cuidado a Solimar. Passou-se então, o que é relatado a seguir:

“Naquele dia, em especial, sentia-se esgotado energeticamente, como se sua energia vital tivesse sido escoada durante o cuidado prestado. Solicitou, naquela ocasião, minha ajuda para o banho de Solimar. Foi então que entendi a razão de toda aquela tensão sobre a equipe e do cansaço de Alberto. Durante a assistência a Solimar, comecei a me sentir desconfortável, com momentos de irritabilidade quase incontroláveis. Percebi que o ambiente daquele quarto estava realmente “pesado” e isso se refletia nas nossas emoções, pensamentos e ações. A sobrecarga era grande, quase nos levando a perder a paciência e tudo naquele dia foi feito com muita luta e desgaste. Combinamos que, a partir de então, iríamos ambos cuidar dela e entrar no dia seguinte com outra postura mental e preparo espiritual. Utilizaríamos o recurso da prece em nosso favor para auxiliar e em favor de Solimar para ser auxiliada. Nessa noite demorei muito a dormir, acordava várias vezes com a lembrança de que estava ‘resolvendo algumas questões da enfermaria que tinham a ver com Solimar.

No dia seguinte, antes de começar os trabalhos, descobri que Alberto e outra estagiária, Anna Carolina⁵, tinham sonhado, também, com a cliente. A meu ver, a nossa tarefa havia continuado durante o sono, pela sensação de estarmos, de alguma forma, conectados psiquicamente.

O quarto da adolescente, pela manhã, encontrava-se sempre fétido devido às secreções das feridas, então abríamos as janelas e portas gradativamente, pois a cliente reclamava muito da luminosidade, devido ao LES. Aquele dia foi o mais difícil para nós. Ela estava muitíssimo irritada e nem um pouco disposta a cooperar. Gritava e ofendia a mãe todo o tempo. Comecei a sentir muita irritabilidade, dor de cabeça, dor atrás dos olhos e na sola dos pés. O tempo inteiro eu vigiava meu pensamento, para não dar vazão à raiva que estava sentindo.

⁵ Uso do nome verdadeiro autorizado verbalmente pela própria estagiária de enfermagem.

Racionalmente, não tinha por que estar sentindo aquela raiva intensa. Saía do quarto para respirar fundo algumas vezes, assim como o Alberto. Estava me sentindo numa batalha, numa guerra. Cabe ressaltar que apesar de todas as dificuldades, sempre conseguíamos realizar os cuidados, pois ela percebia, apesar de todas essas dificuldades, o carinho e o respeito que tínhamos com ela.

Já com Solimar deitada no leito, depois de auxiliar o banho de aspersão e realizar a secagem do cabelo, iríamos iniciar a aplicação da pomada nas feridas. Nesse momento, ela se mostrou muito agitada, nervosa e verbalizou estar com muito medo do curativo e não querer fazê-lo, dizendo que seu coração batia muito rápido e forte. Checamos frequência cardíaca e respiratória e estavam acelerados. Tentamos acalmá-la, mas ela ficava cada vez mais irritada e nervosa, começando a gemer de pavor. Ela já não ouvia nada do que lhe falávamos. Cobria o rosto com as mãos e a cada palavra nossa emitia mais um grito. Tentei conectar-me com ela, aproximando meu rosto do dela, pedindo que ela olhasse nos meus olhos, mas ela me olhava apavorada com o canto dos olhos e desviava quase que imediatamente. Segurei no braço dela de um lado, demonstrando carinho e Alberto do outro. Pedi novamente que ela olhasse em meus olhos, baixei o tom de voz, insisti um pouco e ela me olhou firmemente. Disse a ela que não iríamos machucá-la e que não iríamos fazer nada que ela não quisesse, iríamos esperar ela nos dizer quando estivesse pronta. Passado algum tempo ela dizia ainda estar nervosa. Olhei para Alberto e ele balbuciava alguma coisa e como estávamos de máscara não entendi. Pela expressão não-verbal, do olhar e gestos, entendi que ele não estava se sentindo bem, que alguma coisa estava difícil para ele. Então fiz um gesto para que entrássemos em prece silenciosamente. Assim fizemos nossas preces dirigidas àquela menina. Depois de alguns minutos ela estava mais calma e acariciava nossas mãos. Perguntei a ela se poderíamos iniciar o curativo e ela disse que ainda estava um pouco nervosa e pediu que esperássemos um pouco. Então, perguntei a Solimar se eu poderia colocar meu dedo indicador em sua fronte. Ela permitiu e a informei que se ela sentisse sono, poderia dormir. Pressionei levemente a região do *chakra frontal*⁶ de Solimar com o dedo indicador e continuei fazendo minha prece, com meus sinceros sentimentos de amor e desejos de melhora àquela menina. De vez em quando ela me olhava tentando entender o que significava aquele gesto, demonstrava cuidado em não interromper e, eventualmente, acariciava as nossas mãos. Passaram-se 3 a 4 minutos e Solimar havia dormido. Terminada a prece, notei que minha dor de cabeça, dos olhos e dos pés havia desaparecido. Nesse momento, Alberto disse estar se sentindo completamente

⁶ Chakras ou “Pontos de Força” responsáveis, em seu conjunto, pela distribuição da energia vital e, por conseguinte, pelo equilíbrio fisiológico do organismo físico (ZIMMERMANN, 2002).

revigorado e feliz, assim como eu. Acordamos a menina com muita cautela e tranquilidade e, para nossa surpresa, ela abriu os olhos e imediatamente perguntou onde é que estavam as gazes para começarmos os curativos”.

A situação era surpreendente. Demorou alguns dias até que fosse possível compreender o que havia ocorrido durante aquele dia do nosso primeiro plantão na enfermaria como estagiários. Nos dias que se sucederam, aquele clima “pesado” deixou de existir. A paciente não deixou de ser uma pessoa difícil, mas cooperava muito mais com a equipe multiprofissional, que reconheceu seu progresso. Solimar dizia sentir-se muito melhor e gostar de ter sido cuidada pelo grupo que participou da situação relatada, que por sua vez, não mais se sentia irritado ou exaurido energeticamente e fisicamente. Tudo transcorria bem. A partir de então, respondeu cada vez melhor aos cuidados dispensados, teve uma ótima evolução e recebeu alta no nosso último dia do estágio na enfermaria. Durante as despedidas, verbalizou já sentir saudades daquele grupo, dizendo haver sido tratada como uma filha.

O entendimento pessoal com relação ao ocorrido é de se tratar de um “cuidado espiritual”, cuja falta cometida foi não ter registrado esse cuidado na evolução de enfermagem. Diante daquele acontecimento muito impactante, pois nunca havia vivenciado um cuidado espiritual durante a vida profissional, a atenção estava mais voltada para o entendimento do fenômeno do que para providenciar o registro do ocorrido. Todavia, como registrar esse tipo de cuidado? Que tipo de reação esse registro provocaria? Um possível preconceito causou dificuldades para efetuar o registro e é um dos motivos para a realização desta monografia.

O que mais chamou a atenção é que a prece é um recurso simples, que não tem nenhum ônus, muito pelo contrário, ao alcance de qualquer um e de todos. Sobre a prece, Allan Kardec ([1866] 2003, p.639), codificador da doutrina espírita, tece o seguinte comentário:

A forma não é nada, o pensamento é tudo. Ora cada um, segundo vossas convicções, e do modo que mais vos sensibilizar; um bom pensamento vale mais que numerosas palavras com as quais o coração nada tem.

A prece trouxe benefícios imediatos não só para a pessoa cuidada, mas também para as pessoas cuidadoras. Será impossível relatar tudo o que se passou naquele dia, com fidedignidade, no que se refere aos sentimentos e às sensações. Somente vivenciando uma experiência dessas é possível compreender o que ocorreu naquela ocasião. O momento, as

circunstâncias, as emoções, as sensações e os sentimentos transcenderam a capacidade intelectual, a lógica e o raciocínio com os quais habitualmente o cuidar é concebido. Seguindo essa linha de raciocínio, somente com o entendimento da realidade da vida espiritual é possível compreender, mesmo que precariamente, tudo o que pode ter acontecido.

A residente de enfermagem daquele plantão, ao saber da atitude tomada em relação à paciente, por parte do grupo que cuidava, considerou positiva a iniciativa de um cuidar holístico e humanizado. Ficamos, assim como a residente de enfermagem, satisfeitos com os resultados alcançados.

A religiosidade no ambiente hospitalar é manifestada pelos clientes e profissionais segundo suas concepções, grandemente influenciadas por seus contextos sócio-culturais e assume um papel bastante característico nesses ambientes voltados para a saúde, já que na condição de adoecimento as pessoas tendem a se ligar mais fortemente às religiões.

A religiosidade pode ser manifestada pelos clientes de inúmeras formas dentro do ambiente hospitalar, como, por exemplo, quando estes utilizam o recurso da prece, participam de atividades religiosas, expressam sentimentos positivos em relação a Deus, mostram capacidade de experimentar o transcendente ou pedem a visita de um líder religioso.

De igual maneira, ela também pode ser manifestada pelo profissional de enfermagem que pode disponibilizar outros recursos para atender ao seu sentido de transcendência como, por exemplo, a prece, a meditação, a mentalização ou visualização. Esses recursos, aliados ao estabelecimento da empatia, à escuta ativa, ao não-julgamento, também podem contribuir para satisfazer a demanda de cuidados espirituais dos clientes.

A Ciência tem como uma das suas principais características a razão e destina-se a descobrir as Leis da Natureza. Sendo o ser humano integrante da natureza, cabe à Ciência estudá-lo também, em toda a sua complexidade e totalidade, abrangendo as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual.

Para estudar o cuidar do ser humano na perspectiva da visão holística, se faz necessário a unificação dos conhecimentos que o próprio homem constitui e produz, o conhecimento artístico, o filosófico, o científico e o religioso. Nesse sentido, esses conhecimentos construídos ao longo da existência humana estão impregnados na pessoa que cuida, moldando sua forma de cuidar do cliente. É a característica do ser integral, uno em si mesmo. Não é a parte do indivíduo que é utilizada para cuidar, é o ser uno que cuida. O cuidar exercido por cada enfermeiro traz mais do que apenas os conhecimentos gerados nos meios acadêmicos, nele são impressas as características individuais, a visão de mundo, resultante das infinitas inter-relações dos conhecimentos que se possui.

Segundo Capra (1982, p.13), “O termo ‘holístico’, do grego ‘holos’, ‘totalidade’, refere-se a uma compreensão da realidade em função de totalidades integradas cujas propriedades não podem ser reduzidas a unidades menores”. Embora o termo saúde holística segundo o autor, seja redundante, uma vez que a saúde já subentende totalidade, se torna mais adequado utilizar o termo “assistência holística à saúde”.

A construção de conceitos como saúde e adoecimento considera não apenas o contexto sócio-cultural do indivíduo, mas também o espiritual. Na visão de ser humano como um ser espiritual, Hammed (2003, p.139) argumenta que

Individualidade pode ser definida como um conjunto de atributos que constituem a originalidade, a unicidade de uma criatura, e que a distinguem de outras tantas; é o somatório de características da alma humana. Toda criatura que se individualizou tornou-se um ser homogêneo, pois não procura mais comparar-se com os outros; admite sua singularidade.

Na seqüência de raciocínio, Hammed (2003) introduz Jung que define individuação como “[...] um processo pelo qual a pessoa se torna consciente de sua individualidade” (op. cit., p.139), “[...] um processo de desenvolvimento pessoal em que a criatura se torna uma personalidade unificada, ou seja, um indivíduo, um ser humano indiviso e integrado” (p.47).

Sendo cada ser humano único e individualizado, inúmeras e diversas são as maneiras de adoecer e de enfrentar o adoecimento.

Em se tratando de adoecimento, o indivíduo muitas vezes necessita mobilizar ou criar estratégias para enfrentar o sofrimento, seja ele psíquico, físico ou espiritual, a fim de minimizar o estresse que a situação de adoecer traz em si mesma ou para buscar a própria cura. No dia a dia das instituições de saúde, alguns clientes expressam a busca da religiosidade para o tratamento de seus problemas de saúde, consciente ou inconscientemente, com a finalidade de serem assistidos holisticamente, já que o modelo biomédico, estando balizado numa visão reducionista do ser humano, não satisfaz seu sentido de saúde.

E é nesse contexto que o profissional de saúde mais atento consegue perceber o significado que a religiosidade do cliente tem no restabelecimento da sua saúde. Também é nesse momento, de diagnóstico de necessidade humana básica psicoespiritual afetada, que o enfermeiro pode planejar e praticar um cuidado direcionado para essa questão, estimulando e valorizando as crenças, valores e atitudes de que o cliente dispõe para o seu auto cuidado.

Para Valente, Bachion e Munari (2004, p.12), “A religiosidade é apontada como um assunto polêmico, uma vez que tanto pode trazer efeitos positivos, tais como favorecer o suporte social e a redução do estresse, como também pode trazer efeitos negativos, tais como a alienação e o fanatismo”.

A expressão da religiosidade denota uma forma de transcendência humana. Boff (2000, p.55) diz que quando essa experiência traz efeitos negativos para o indivíduo, na verdade ele realizou uma experiência de pseudotranscendência:

Se a experiência não amplia nossa liberdade, não nos dá mais energia para enfrentar os desafios do cotidiano, comum a todos os mortais, não nos faz mais compassivos, generosos, solidários, podemos seguramente dizer: fizemos uma experiência de pseudotranscendência. Saímos mais empobrecidos em nossa realidade essencial, que é a de existências que se constroem com decisões de liberdade, assumindo honestamente os desafios e estando à altura deles.

No entanto, é fato que, assim como os clientes, cada profissional de saúde também traz sua bagagem de vida carregada de inúmeras e complexas peculiaridades, características da sua história de vida e de sua individualidade. Nas relações interpessoais, cada indivíduo se encontra em determinado nível de consciência, interagindo com os outros, ora em papel de pessoa cuidadora, ora de pessoa cuidada, trocando impressões de vida.

Nesse momento ou processo de cuidar, é possível que ocorra choque cultural de variada ordem, inclusive religiosa. Por esse motivo também é necessário estudar o cuidado que o profissional de enfermagem presta ao cliente nessas situações.

Para sistematizar a assistência ao ser humano através do cuidado de enfermagem foram criados os chamados Processos de Enfermagem. Eles são caracterizados por passos ou fases. O processo de enfermagem de Wanda de Aguiar Horta (2002) segue os seguintes passos: Histórico de enfermagem, Diagnóstico de enfermagem, Plano assistencial, Plano de cuidados ou Prescrição de enfermagem, Evolução de enfermagem e Prognóstico de enfermagem. A classificação das Necessidades Humanas Básicas (NHB), segundo Horta (2002), é dividida em Necessidades Psicobiológicas, Necessidades Psicosociais e Necessidades Psicoespirituais. Segundo a autora, as duas primeiras se referem aos seres vivos de uma forma geral, porém, a última se refere apenas à condição de ser humano. A autora também relaciona a *necessidade psicoespiritual* como uma necessidade religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida.

Segundo Peixoto (2002), a “saúde psicoespiritual” se relaciona com a incapacidade do ser humano de se relacionar com o transcendente, que para os cristãos é Deus, para os

muçulmanos é Alá e para os ateus é o ser humano. Essa relação, do ser humano com o transcendente, é fundamental para a superação das dificuldades, de um sofrimento ou de uma doença.

Para identificar se essa NHB está afetada, o profissional pode, segundo Horta (2001, p.46), “[...] colher dados a respeito da participação do cliente na vida religiosa: comunicação com Deus, papel da religião na vida do paciente, práticas religiosas, papéis desempenhados na vida religiosa [...]”, entre outros.

Aprofundando esse tema, que envolve a religiosidade no diagnóstico de enfermagem segundo o Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2003-2004, encontra-se o diagnóstico de enfermagem denominado *Angústia Espiritual* que é definido como: “Capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e objetivo à vida através de uma conexão consigo mesmo, terceiros, arte, música, literatura, natureza ou um ser maior” (2005, p.23).

Conforme Brunner & Suddarth (2002, p.95), “O diagnóstico de enfermagem de angústia espiritual é aplicável àqueles que apresentam um distúrbio no sistema de crenças ou de valores que proporciona força, esperança e significado para a vida”.

Por tudo isso, vê-se que são inúmeras as maneiras de se considerar as questões religiosas e espirituais no cuidar de enfermagem.

3) REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1) Filosófico - Transdisciplinaridade

O conhecimento advindo da Física Quântica e da Teoria da Relatividade tem demonstrado a impossibilidade de dissociar o observador da ação a qual observa. Isto significa que a mente possui fator preponderante nos fenômenos físicos, muito embora ainda reste um longo caminho a trilhar até um completo entendimento dos mecanismos que regem esta ação. Um bom exemplo das possibilidades no campo da saúde quando se considera a componente espiritual do ser humano é a Psicologia Transpessoal que, em poucas palavras, seria a união entre as filosofias orientais com os conceitos ocidentais, buscando o entendimento do ser humano com um todo integrado, não mais dissociado em partes. Considerando ainda os efeitos acausais, isto é, sem causas aparentes, que Jung denominou de "sincronicidade". Em suas próprias palavras:

A causalidade é a maneira pela qual concebemos a ligação entre dois acontecimentos sucessivos. A sincronicidade designa o paralelismo de espaço e de significado dos acontecimentos psíquicos e psicofísicos, que nosso conhecimento científico até hoje não foi capaz de reduzir a um princípio comum (JUNG, [1950], 2002, p.94).

Jung ([1950], 2002) cogita ainda a possibilidade de ser a sincronicidade a base de relação mente-corpo, coordenando os processos psíquicos e físicos, isto é, do funcionamento do organismo e, até mesmo, a própria organização da matéria para formar o corpo.

Na visão holística, religiosidade se aproxima da ciência justamente porque mente nos remete ao espírito.

Apenas baseando-se nesses dois pontos, é possível perceber a complexidade da temática estudada, especialmente, a inter-relação com várias correntes de pensamento, sendo necessário a utilização de diferentes referenciais teóricos para a compreensão do conhecimento acerca da religiosidade, que independentemente de qualquer consideração, é uma componente do psiquismo humano e, por consequência, influencia no modo de pensar.

Para Guerra (2004, p.1), a transdisciplinaridade é “[...] um movimento de reintegração da ciência, da arte e das tradições espirituais; ou seja, “[...] uma ferramenta que utilizamos para compreender o homem numa visão holística”.

Optou-se, portanto, adotar o espírito transdisciplinar, que tem como uma de suas características, segundo Guerra (2004), buscar compreender o conhecimento como algo que transcende às disciplinas, respeitando a diversidade, ou seja, reconhecendo que não há

referenciais privilegiados. Sendo assim, busca o conhecimento filosófico, o artístico, o religioso, o científico, o cultural, o ético, entre outros, construindo uma unidade para além das aparências, dos conceitos, dos pensamentos.

Essa pesquisa tem um caráter inegavelmente transdisciplinar, pois, conforme a Carta da Transdisciplinaridade (FREITAS, 2006), adotada no Primeiro Congresso Mundial de Transdisciplinaridade, no Convento de Arrábida, em Portugal, no ano de 1994, considera, como um contrato moral sem qualquer pressão jurídica e institucional, os seguintes princípios fundamentais de um espírito transdisciplinar:

- É incompatível com qualquer tentativa de reduzir o ser humano a uma mera definição e de dissolvê-lo nas estruturas formais, sejam elas quais forem.
- Sua atitude reconhece a existência de diferentes níveis de realidade, regidos por lógicas diferentes, negando reduzir a realidade a um único nível regido por uma única lógica. Isso também implica a necessidade da multireferencialidade.

Nenhum nível de Realidade é um lugar privilegiado a partir do qual se possa compreender todos os outros níveis de Realidade. Um nível de Realidade é o que é porque todos os outros níveis existem ao mesmo tempo (NICOLESCU et. al., 2002).

- Procura a abertura entre as disciplinas, naquilo em que as une e as ultrapassa.
- Pressupõe uma racionalidade aberta por um novo olhar, que considera o formalismo excessivo, a rigidez das definições e o absolutismo da objetividade, incluindo a exclusão do sujeito, como fatores que conduzem ao empobrecimento.
- Ultrapassa os domínios das ciências exatas por seu diálogo e reconciliação não somente com as ciências humanas, mas também com a arte, a literatura, a poesia e a experiência interior.
- É multidimensional, levando em conta as concepções do tempo e da história.
- Conduz a uma atitude aberta com respeito aos mitos, às religiões e temas afins num espírito transdisciplinar.
- Valoriza o papel da intuição, da imaginação, da sensibilidade e do corpo na transmissão do conhecimento.
- Possui uma ética que defende a abertura ao diálogo e a discussão, seja de ordem ideológica, científica, religiosa, econômica, política ou filosófica, conduzindo a uma compreensão compartilhada baseada no respeito absoluto das diferenças entre os seres.

- Busca rigor na argumentação, abertura ao desconhecido, ao inesperado, ao imprevisível e tolerância às idéias e verdades contrárias às suas próprias.

Para Weil, D'Ambrosio e Crema (1993), o intelecto humano é limitado para entender a verdade das tradições⁷, da arte, do espírito. Na mesma linha de raciocínio Guerra (2004) acrescenta que para compreender esse ser humano é necessário incluir aspectos imateriais e não intelectuais habitualmente relegados a segundo plano pela sociedade considerada culta, como a emoção, a intuição, a criatividade, a inspiração e a transcendência.

Sobre a transdisciplinaridade Freitas et al (2006) comenta:

A transdisciplinaridade é complementar à aproximação disciplinar: faz emergir da confrontação das disciplinas dados novos que as articulam entre si; oferece-nos uma nova visão da natureza e da realidade. A transdisciplinaridade não procura o domínio sobre as várias outras disciplinas, mas a abertura de todas elas àquilo que as atravessa e as ultrapassa.

Além de ser uma teoria do conhecimento e uma forma de compreensão de processos, Nicolescu et.al. (2002) afirma que a transdisciplinaridade evidencia uma nova atitude perante o saber. Implica uma postura sensível, intelectual e transcendental, articulando a multirreferencialidade e a multidimensionalidade do ser humano e do mundo.

“A transdisciplinaridade se interessa pela dinâmica gerada pela ação de vários níveis de realidade ao mesmo tempo, buscando a compreensão por meio da unidade de conhecimento” (GARRAFA, 2004, p.06).

Para Oliveira (2006), a transdisciplinaridade está para o conhecimento assim como o holismo⁸ está para a vida.

A partir do I Congresso Mundial da Transdisciplinaridade, realizado em Arrábida, Portugal, em 1994 e do I Congresso Internacional, realizado em Locarno, Suíça, em 1997, foram definidos os três pilares da metodologia transdisciplinar: a *Complexidade*, a *Lógica do Terceiro Incluído* e os *Níveis de Realidade* (NCOLESCU et al, 2002).

Santos (2003, p.687), em um estudo sobre a pesquisa em enfermagem à luz da *Complexidade* do sociólogo, antropólogo, historiador e filósofo Edgar Morin, diz que “Complexidade é o pensamento que se esforça para unir, operando diferenciações”. O

⁷ Segundo Paul (2006), com estudos mais aprofundados acerca da transdisciplinaridade, o termo “tradição” foi substituído por “experiência interior”.

⁸ “Holismo: provém de *holos* em grego que significa totalidade. É a compreensão da realidade que articula o todo nas partes e as partes no todo, pois vê tudo como um processo dinâmico, diverso e uno” (BOFF, 2004, p.196).

pensamento complexo não pode oferecer todas as explicações, não é completo, nem universalizante, pois sempre reconhece a possibilidade da incerteza, da imprevisibilidade.

O segundo pilar da metodologia transdisciplinar, a *Lógica do Terceiro Incluído* baseia-se em três axiomas segundo Nicolescu et. al. (2002) - o axioma da identidade: (A) é (A); o axioma da não-contradição: (A) não é (não-A); e o axioma do terceiro excluído: não existe um terceiro termo (T) (T de “terceiro excluído”) que é ao mesmo tempo, e no mesmo nível de realidade, (A) e (não-A).

A tríade do terceiro incluído, segundo o autor, é não-contraditória, capaz de promover a conciliação dos opostos, (A) e (não-A). A tensão entre eles promove uma unidade que vai além da soma dos dois termos, em que os três axiomas convivem no mesmo momento do tempo, porém em níveis de realidade diferentes, em que (A) e (não-A) estão no mesmo nível de realidade e (T) (T de “terceiro incluído”) em outro nível.

O terceiro pilar são os *Níveis de Realidade*. Esse pilar conduz a inteligência humana, a contrapor-se à redução do homem a uma biomáquina e à fragmentação de seu saber. É definido por Nicolescu et. al. (2002, p.48) como “[...] um conjunto de sistemas que são invariáveis sobre certas leis”. Isto quer dizer que dois níveis de Realidade serão diferentes se, ao passar de um para o outro, houver uma quebra nas leis e nos conceitos fundamentais.

Neste momento, torna-se crucial a distinção entre Real e Realidade:

Real designa aquilo que é, enquanto *Realidade* diz respeito à resistência na nossa experiência humana. Por definição, o ‘Real’ está velado para sempre; enquanto a ‘Realidade’ é acessível ao nosso conhecimento (NICOLESCU et. al., 2002, p.48).

O autor explica que cada nível de realidade possui uma estrutura aberta, sendo o elo entre esses níveis caracterizado como uma zona também aberta e de não resistência, onde não há níveis de realidade, é uma zona de transparência que “corresponde ao sagrado – *àquilo que não se submete a nenhuma racionalização*” (p.54). O autor mostra ainda que essa zona de não resistência que corresponde ao sagrado “penetra e cruza os níveis de Realidade” (p.55), fazendo com que a abordagem transdisciplinar da Natureza e do conhecimento ofereça uma ligação entre o *Real e a Realidade*.

O sagrado é, antes de mais nada, uma experiência que é transmitida por um sentimento – o sentimento ‘religioso’ – do que liga seres e coisas e, conseqüentemente, induz, no mais profundo do ser humano, a um absoluto respeito para com os outros aos quais ele está ligado por partilhar uma vida em comum na mesma Terra (NICOLESCU et. al., 2002, p.60).

O autor afirma que a zona de não resistência absoluta do sagrado é o espaço da coexistência da trans-ascendência - caracterizada pelo movimento⁹ de 'subida' através dos níveis de realidade e percepção e ligada ao conceito filosófico de transcendência e pelo movimento de trans-descendência - caracterizado pela 'descida' através desses níveis e ligada ao conceito filosófico de imanência. Dessa forma, a palavra *sagrado* realiza o papel do terceiro incluído, tornando-se o termo adequado para nomear a zona de não resistência que é, ao mesmo tempo, uma zona de imanência transcendente e de uma transcendência imanente, do fluxo de informação entre os níveis de realidade e do fluxo de consciência entre os níveis de percepção.

Para se compreender o universo da religiosidade há necessidade de se encontrar um modo de conhecer que leve em conta as peculiaridades do sagrado, para isso, Wilber apud Guerra (2004) identifica dois modos de conhecer: o modo dualístico e o modo íntimo. O modo dualístico é caracterizado como uma forma de conhecer que separa o sujeito, que vê, do objeto, que é visto. Ambos não podem ser ao mesmo tempo verdadeiros. O Universo passa a ser povoado de coisas, que recebem nomes e são conhecidas através de conceitos, sendo este modo de conhecer o modo convencional, a base da ciência ocidental moderna. Por outro lado, o modo íntimo é o modo natural, em que não existe distinção entre sujeito e objeto, sendo "um modo direto de acesso ao conhecimento, não intermediado pela linguagem: todo conhecimento delimita, e, por delimitar, separa; todo conceito representa, e, por representar, não é" (GUERRA, 2004, p.9). É um modo de conhecer que se relaciona com a superação das dualidades e com a percepção da Unidade do Universo, totalmente coerente com a visão transdisciplinar.

O ser, ao vivenciar a experiência religiosa ou o sagrado, realiza o modo íntimo, natural de acesso ao conhecimento. Em contrapartida, esse conteúdo religioso ao ser descrito tende a ser analisado, pela comunidade científica, conforme o modo dualístico. Nesse sentido, é preciso também valorizar, ao máximo, as questões como a emoção, a intuição, a criatividade, a inspiração, o autoconhecimento e a transcendência, na tentativa de se aproximar o tanto quanto possível do modo íntimo do indivíduo de acesso ao conhecimento e superar as polaridades entre esses dois modos de conhecer.

⁹ Movimento "[...] é o cruzamento simultâneo dos níveis de Realidade e dos níveis de percepção. [...] associado simultaneamente a dois significados, a duas direções: um significado ascendente (que corresponde a uma 'subida' através dos níveis de Realidade e de percepção) e um significado descendente (que corresponde a uma 'descida' através desses níveis)" (NICOLESCU et. al., 2002, p. 61).

“Na enfermagem, o holismo não se configura num único modelo, mas expressa-se em diversas iniciativas e propostas que se esforçam para atingir a integralidade do cuidar/assistir o ser humano” (FREITAS, 2006, p.8). A transdisciplinaridade, nessa pesquisa é, então, uma ferramenta para se atingir a visão integral do ser humano. Dentro da perspectiva transpessoal, para se ter uma visão integral do ser humano é preciso admitir a existência da alma e o poder de comando que esta exerce sobre o organismo físico.

3.2) Teórico – Análise de Conteúdo de Bardin

O método de análise selecionado para esta pesquisa foi a análise de conteúdo qualitativo de Bardin (2000). A análise de conteúdo é definida por Polit, Beck e Hungler (2004, p.370) como “a análise de conteúdos de dados narrativos, para identificar os temas proeminentes e os padrões entre os temas”.

Segundo Bardin (2000, p.38),

A análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis indefinidas) dessas mensagens.

Buscou-se seguir o direcionamento de Bardin (2000) para a análise de conteúdo. As etapas da análise são:

1º) Foi realizada uma pré-exploração do material através da leitura flutuante para a seleção do *corpus* de análise, visando entrar em contato com os documentos a serem analisados, conhecer o contexto e deixar fluir impressões.

2º) Procedeu-se à seleção das unidades de análise. Neste caso das Unidades Temáticas (sentenças, frases ou parágrafos) em cada entrevista, tendo como norte os objetivos geral e específicos da pesquisa, além de algumas teorias e do uso de recursos mentais e intuitivos, necessários conforme Campos (2004) a uma análise desse porte. Segundo este autor (2004, p. 613), “O evidenciamento das unidades de análise temáticas, que são recortes do texto, consegue-se segundo um processo dinâmico e indutivo de atenção ora concreta à mensagem explícita, ora às significações não aparentes no contexto”.

3º) As unidades de análise foram codificadas com um número, para permitir o seu agrupamento posterior por temas, que a seguir resultaram em Categorias ou Subcategorias. Essa codificação segue como exemplo no apêndice C.

5º) As Subcategorias que se relacionavam formaram as grandes Categorias. De acordo com Campos (2004, p.614), as categorias podem ser caracterizadas como

[...] grandes enunciados que abarcam um número variado de temas, segundo seu grau de intimidade ou proximidade, e que possam através de sua análise, exprimirem significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos do estudo e criem novos conhecimentos, proporcionando uma visão diferenciada sobre os temas propostos.

As categorizações das respostas foram avaliadas qualitativamente à luz da literatura utilizada na fundamentação teórica e conforme o referencial metodológico.

Para facilitar a visão geral da pesquisa optou-se por listar abaixo as categorias com as respectivas subcategorias que emergiram do *corpus* da análise:

CATEGORIA: O CUIDAR ATRAVÉS DA DIMENSÃO RELIGIOSA

Subcategoria: Valorização da Religiosidade do Cliente

Subcategoria: Impacto da Religiosidade para o Cliente e para o Enfermeiro

Subcategoria: Reflexão sobre a Religiosidade no Cuidar

Subcategoria: Religiosidade no Auto cuidado

CATEGORIA: DESCONFORTO EM ABORDAR O ASSUNTO RELIGIOSIDADE

Subcategoria: Dificuldade em Abordar o Assunto Religiosidade

Subcategoria: Enfermeiro em Choque com as Crenças do Cliente

CATEGORIA INTEGRADORA: A INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE DOS ENFERMEIROS NA BUSCA POR UM HOLISMO NO CUIDAR DO SER HUMANO INTEGRAL

“A categorização tem como primeiro objetivo, fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos” (BARDIN, 1979, p.119). No entanto, se faz necessário relativizar a simplicidade, para que não se perca, na análise, a postura do olhar complexo sobre o tema, também complexo. Sendo assim, aprofundando-se na análise do conteúdo, pode-se perceber que as duas categorias apresentam um fenômeno comum: a religiosidade dos enfermeiros influencia o cuidar de forma a impulsionar estes profissionais em busca de um holismo no próprio cuidar.

Houve uma dificuldade de se encontrar autores que respaldassem metodologicamente o surgimento da Categoria Integradora, ou seja, que tivesse a função exata de integrar as demais. Portanto, a metodologia transdisciplinar foi considerada adequada para esse fim.

A metodologia transdisciplinar, através da complexidade, da lógica do terceiro incluído e dos níveis de realidade possibilitou, nesse momento, transcender as duas categorias evidenciadas de forma a encontrar a abertura entre elas, naquilo em que as atravessa e as ultrapassa, resultando numa categoria que foi denominada *Categoria Integradora*, segundo sua função nessa pesquisa, e recebendo o título: **A INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE DOS ENFERMEIROS NA BUSCA POR UM HOLISMO NO CUIDAR DO SER HUMANO INTEGRAL.**

Conforme Bardin (1979, p.117) “A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por agrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”. No entanto, a autora diz que outros critérios, que no caso dessa pesquisa é o caráter transdisciplinar, podem insistir em outros aspectos de analogia podendo modificar consideravelmente o que antes tinha sido repartido. Assim foi proposta a Categoria Integradora.

Não foi possível denominar essa categoria como central, como se pode fazer, por exemplo, no método da Grounded Teory, em que a categoria central surge, conforme Silva (2005), da comparação e análise dos fenômenos, buscando a interação entre seus componentes, numa idéia comum e central.

Devido a sua função transcendente, a categoria surgida não funciona como o centro das demais, nem possui uma posição hierárquica em relação a elas. Simplesmente possui a função de integração.

4) ABORDAGEM METODOLÓGICA

Este estudo se caracteriza por ser uma pesquisa exploratória, qualitativa, com caráter transdisciplinar.

Deslandes (1994) afirma que a abordagem qualitativa se preocupa com uma realidade que não pode ser quantificada pois trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a um espaço mais intrínseco dos fenômenos e dos processos, que não podem ser reduzidos a operações que utilizam variáveis.

O estudo qualitativo parte do pressuposto que existe uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, ou seja, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do mesmo (CHIZZITTI, 2000).

Conforme Polit, Beck e Hungler (2004, p.34) a pesquisa qualitativa exploratória “destina-se a desvendar as várias maneiras pelas quais um fenômeno se manifesta, assim como os processos subjacentes”; mais do que observar, investiga a sua natureza complexa e os outros fatores com os quais o fenômeno está relacionado. As autoras explicam que “os resultados da pesquisa qualitativa são tipicamente baseados nas experiências da vida real de pessoas com conhecimento do fenômeno em primeira-mão” (p.30).

A característica do espírito transdisciplinar é buscar o conhecimento através de sua unidade. Uma busca que está para além dos conceitos e dos pensamentos. Reconhece o ser humano integral, em que suas dimensões estão integradas em si mesmo e ao Universo.

As enfermarias do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), situado no Município do Rio de Janeiro, no Bairro de Vila Isabel, foram o campo de estudo para esta pesquisa. O hospital atende uma clientela, em sua maioria, usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). Não houve um critério para a seleção das enfermarias, sendo as mesmas escolhidas aleatoriamente durante as visitas, tendo sido incluídas e composto-se das enfermarias de Clínica Cirúrgica masculina e feminina, do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) e da Unidade Intermediária de Terapia Intensiva (UI).

Os sujeitos do estudo foram 10 enfermeiros que trabalham no HUPE, escolhidos aleatoriamente, não havendo distinção de idade, raça, sexo, religiosidade, tempo de profissão ou função, podendo ser líderes de equipe, chefes de unidade, residentes, participar mais diretamente do cuidado ou do planejamento do cuidado.

A coleta dos dados foi iniciada em fevereiro de 2006 através de uma entrevista semi-estruturada, com cinco questões abertas e quatro itens específicos para a caracterização dos

sujeitos. As entrevistas foram gravadas para análise posterior sem perda da informação. O recurso utilizado para registrar os depoimentos foi um gravador de fita cassete. Caracterizada como uma pesquisa qualitativa, a coleta de dados foi interrompida à medida que os dados se mostraram saturados, ou seja, se repetiam nas entrevistas. Esse momento deu-se ao final do mês de abril do mesmo ano.

Polit, Beck e Hungler (2004) afirmam que a função do entrevistador, na entrevista semi-estruturada, é a de encorajar os participantes a falar abertamente sobre todos os tópicos do roteiro, garantindo que a coleta de dados seja eficaz. Ludke e André (1980) complementam que a entrevista semi-estruturada é direcionada por um roteiro de perguntas permitindo, porém, que o pesquisador formule outras perguntas com o objetivo de aprofundamento ou melhor direcionamento das mesmas.

O teste piloto mostrou que o instrumento necessitava de alterações que foram feitas a seguir. De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos, foi utilizado o Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A) com o intuito de pedir a autorização para gravar os depoimentos em fita magnética para posterior transcrição na íntegra. Também foram garantidos a privacidade e o anonimato do entrevistado (Fortes, 1998).

Após aprovação por uma banca examinadora, o projeto foi analisado em seus aspectos bioéticos pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUPE, a partir da solicitação da direção da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado de Rio de Janeiro e, a seguir, aprovado através do parecer nº 1377 (anexo A).

Após a aceitação do Comitê de Ética em Pesquisa do HUPE, foi dado procedimento à coleta dos dados, organizada da seguinte forma:

a) Foram feitas visitas às enfermarias do HUPE. Após apresentação pessoal aos enfermeiros, foi realizado o convite à participação da pesquisa;

b) Os enfermeiros que aceitaram foram convidados a entrar em uma sala de entrevista (de acordo com a disponibilidade da instituição), onde foi construída, na medida do possível, uma relação de empatia entre entrevistador e entrevistado. Os sujeitos receberam todas as informações sobre os objetivos do estudo e leram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado por ambos, pesquisador e enfermeiro;

c) Após a aceitação, deu-se início imediato à entrevista sempre que possível, caso contrário, outro horário foi acordado;

d) A entrevista realizou-se seguindo o instrumento de coleta de dados (apêndice B); e

e) Ao término da entrevista, foi agradecida a contribuição e, nos casos em que o entrevistado necessitou de outras informações, ou de uma escuta fora do âmbito da pesquisa, foi atendido solicitamente.

Esse momento de escuta aconteceu após o término das entrevistas, quando alguns enfermeiros manifestaram o desejo de conversar mais sobre o tema da pesquisa, alegando sentir falta de uma abertura para esse tipo de discussão no ambiente profissional. Sendo assim, por mais de uma vez foi dispensado, após a entrevista, um tempo maior para a escuta ativa a esses profissionais e aprofundamento da discussão acerca da temática da pesquisa, atitude que repercutiu nesses profissionais, de forma a verbalizarem: “isso não aconteceu por acaso”, “era tudo o que eu precisava ouvir”, “muito obrigado”, finalizando o encontro com os corações emocionados de alegria.

A análise das entrevistas e a discussão dos resultados ocorreram concomitantemente à coleta de dados, estendendo-se ao final do mês de junho de 2006.

Os sujeitos, como dito anteriormente, configuraram um total de 10 enfermeiros, para os quais foram atribuídos nomes fictícios de estrelas no intuito de simbolizar a transcendência do ser humano. São elas: Antaris, Polaris, Vega, Deneb, Enif, Gienah, Hadar, Hamal, Rigel e Sírius. Destes 10 enfermeiros quatro são católicos, três evangélicos, dois espíritas e um diz já ter sido espiritualista, depois católico, e hoje não ser adepto de nenhuma religião, afirmando, no entanto, sua crença em Deus.

Dos 10 enfermeiros, quatro têm menos de um ano de experiência profissional e os demais de 2 a 30 anos. Dentre os 10 enfermeiros apenas um deles é do sexo masculino. As variáveis idade e sexo foram irrelevantes para a ocorrência do cuidar através da dimensão religiosa.

5) ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir de agora as categorias serão apresentadas revelando as suas dimensões, e serão discutidas e analisadas segundo a fundamentação teórica e as inferências do pesquisador. Segue, então, a primeira:

CATEGORIA: CUIDANDO DO CLIENTE ATRAVÉS DA DIMENSÃO RELIGIOSA -

Nessa categoria os entrevistados discutem a importância da religiosidade dos clientes, mencionam alguns benefícios que a religiosidade traz para a saúde dos mesmos, ressaltam a necessidade da prudência na abordagem das questões religiosas dos clientes, relatam de que forma expressam a religiosidade no auto cuidado e no cuidar reconhecendo quando esta é valorizada ou não e descobrem, em si, o entendimento que possuem acerca da religiosidade.

Valorizar a dimensão religiosa para Vasconcelos (2006, p.9)

[...] não é uma questão de ter fé ou não em Deus, mas considerar processos da realidade subjetiva e social que têm uma existência claramente objetiva. Sem entender o olhar e a elaboração religiosa não se pode compreender a perspectiva com que a maioria dos usuários de serviços de saúde e dos seus profissionais se relaciona com a realidade.

O autor acrescenta ainda, que não considerar a importância da religiosidade reflete o preconceito e negação do espírito de objetividade científica. Este fato se torna preocupante visto que, segundo o autor, abre um espaço para que a religiosidade dos profissionais de saúde adentre essas instituições de forma acrítica e sujeita a interesses pessoais. Os profissionais valorizam essas questões na vida privada, mas não encontram espaço no ambiente profissional para “[...] trazer e elaborar de forma clara e aberta suas considerações e aprendizados para o planejamento das práticas individuais e coletivas das instituições de saúde” (VASCONCELOS, 2006, p.10).

Ao tentar definir religiosidade, os enfermeiros esclarecem o entendimento que possuem acerca do tema, possibilitando revelar o quanto a dimensão religiosa é importante em suas vidas e indicar o quanto é valorizada no auto cuidado e na assistência de enfermagem. O conteúdo desse entendimento é importante porque os conhecimentos construídos pelos enfermeiros ao longo da vida estão impregnados na forma de cuidar dos clientes.

Durante as entrevistas, foi identificada, pelas expressões não-verbais e pela fala dos entrevistados, uma grande dificuldade em traduzir, em palavras, o entendimento que se tem

acerca da religiosidade. Alguns enfermeiros pediram um tempo para pensar antes de responder à questão, que os indagava sobre o entendimento que tinham acerca da religiosidade e consideraram essa pergunta um tanto complexa e difícil de ser respondida.

Tendo em vista essa situação, tentou-se manter uma postura corporal e mental receptiva e atenta e foi explicado que, a respeito desse assunto, não existe resposta certa ou errada. Por ser um campo novo, pouco explorado no meio científico, o mais importante para a pesquisa era o entendimento pessoal a respeito do tema. Essa atitude foi tomada na tentativa de tranquilizá-los e revelar uma posição não preconceituosa, valorizando assim, todo o tipo de conhecimento a respeito do tema. Notória foi a reação dos enfermeiros a essa postura, percebida pelo pesquisador como demonstrações não-verbais de conforto e valorização pessoal.

SUBCATEGORIA: VALORIZAÇÃO DA RELIGIOSIDADE DO CLIENTE –

Os entrevistados mostram como valorizam as questões religiosas, além de ressaltarem a importância da prudência na abordagem profissional dessas questões.

[...] baseado no que ele me passa, no que ele acredita, é que eu tento, quando necessário, quando ele está triste, quando ele está mal, usar aquilo para que ele volte a ficar bem, pra que ele busque forças pra ficar bem (Gienah).

[...] se um cliente... Eu estou percebendo que ele está querendo conversar, que ele está querendo desabafar, que ele está querendo colocar o lado religioso dele pra fora, aí eu estimulo. Agora o que eu não faço é “-Vamos lá queridinho, você tem que rezar!” ou então “-Vamos lá, as beatas estão vindo te visitar! Olha quanta crente tem aí!...” Isso aí eu não faço! (Polaris).

Acredita? Se acredita, minha filha, a gente procura... a gente já teve aqui até uma seita em que o homem chegava aqui vestia uma roupa preta, botava um capuz, fazia não sei o quê, vestia um negócio vermelho por dentro e fazia uns negócios com a paciente... era esquisito mas ela ficava tranqüila...então deixa entrar! E todo mundo ficava pasmo, mas eu vou fazer o quê? É a religião dela, é o que ela acredita (Sírius).

De acordo com as falas acima, percebe-se que os enfermeiros utilizam as crenças dos clientes, quando estes as expressam, para que retomem o bem estar e angariem forças para enfrentar o contexto de adoecimento e internação hospitalar. Batista (2004, p.585) diz que o reconhecimento e respeito às crenças e valores do cliente é um nobre aliado na interpretação que este faz da crise em que se encontra.

Para Koenig (2002, p.60-61), a crença influencia a motivação e emoção de forma poderosa, ajuda o cliente a se integrar e se adaptar às circunstâncias negativas da vida, instilando esperança e os ajudando a perseverar em momentos difíceis quando não estão melhorando. Por outro lado, o autor defende que se a crença religiosa ou os conflitos estão causando mais estresse do que providenciando apoio, torna-se imperativo ajudar o paciente nesses assuntos.

É ele quem tem que decidir por ele. É ele quem tem que decidir se o banho de sal grosso vai melhorar ou se a guia em baixo do travesseiro dela [paciente da enfermaria] vai fazer ela dormir melhor. Essa menina [a paciente da guia debaixo do travesseiro] dorme que nem um anjo! (Rigel).

Tem paciente que gosta de falar sobre isso [religiosidade], agora tem paciente que não (Enif).

Eu não posso chegar e deixar fazer um defumador dentro da enfermaria. [...] Não é jamais permitir. Se eu tenho um paciente num quarto sozinho a gente pode até pensar. Tentar também entender se isso não vai interferir na saúde dele. [...] Então é uma crença que a gente tem que tentar entender. Se não vai piorar o quadro dele, que mal terá? [...] Será que vai incomodar a quem está em volta? Tudo são situações e situações em que a gente pode pensar (Rigel).

Mas não dá pra você invadir porque você violenta o que a pessoa acredita (Gienah).

[...] imagina uma paciente chegar aqui e querer acender uma vela ali, num colchão desse, que uma fagulhazinha e juff! Lambeu tudo! Então, isso não há possibilidade. Mas a gente pode pedir pra ela acender em outro lugar. Aqui não dá! Então vamos tentar conversar e tentar explicar o porquê. Porque simplesmente dizer não, não vai adiantar (Rigel).

Os depoimentos mostram que os enfermeiros consideram as decisões religiosas dos clientes nas rotinas das enfermarias, respeitando a autonomia destes. Como exemplo, citaram permitir visita de líderes religiosos e respeitar a decisão do cliente, caso este opte por realizar um ritual religioso ou fazer uso de objetos religiosos.

Batista (2004, p.583) diz que

[...] a relação com o objeto sagrado passa a atuar como um fator redutor de stress, tendo em vista que o paciente muda sua postura quando se sente em comunicação com o sagrado; sente-se convicto da intervenção sobrenatural em sua vida, sente-se motivado, facilitando, com isso, o processo de adaptação à realidade vivenciada.

Os enfermeiros ressaltam, porém, a necessidade de prudência com essas situações, devendo cada uma delas ser avaliada cautelosamente. O bom senso faz pensar que não são adequadas aquelas que causem constrangimento aos outros clientes ou coloquem em risco a saúde e a vida destes, dos funcionários e da própria instituição.

SUBCATEGORIA: IMPACTO DA RELIGIOSIDADE PARA O CLIENTE E PARA O ENFERMEIRO – O conteúdo dessa subcategoria identifica o conhecimento dos enfermeiros acerca do impacto da religiosidade na saúde do ser humano. Os enfermeiros discutem como a religiosidade contribui para a saúde do cliente de forma a proporcionar conforto, força, esperança, alento, equilíbrio emocional para uma recuperação mais rápida. E dizem qual o significado da religiosidade em suas vidas.

Então seria [a religiosidade] um dos meus alicerces (Gienah).

Acho que na verdade a religiosidade é o nosso porto seguro (Hamar).

Tudo relacionado com minha religião é muito importante (Sírius).

Alguma coisa além do meu querer me fez chegar ao que eu me formei, no que eu me especializei e na forma como eu cuido (Gienah).

Identificar o grau de importância da religiosidade na vida desses enfermeiros poderá indicar o quanto às questões religiosas dos clientes são valorizadas no cuidar, facilitando a identificação da demanda religiosa dos clientes, conforme preconizam NANDA (2005) e Horta (2002). Os enfermeiros ressaltam a importância da religiosidade em suas vidas e se referem a ela como algo que serve como base de sustentação para a vida, como um “espaço” em que se sentem seguras.

Ela [a religiosidade] traz para o indivíduo o momento do parar, o momento do pensar, são palavras mesmo de conforto, de reflexão, são palavras que trazem pra essa pessoa, um indivíduo como um todo, uma forma de ver a dor de uma outra maneira, numa outra perspectiva [...]. Eu acredito que a religiosidade traz muito desse conforto nesse momento, o conforto que nem sempre a gente pode dar (Vega).

Então isso [a religiosidade] mantém aquela coisa de estar vivo! Então eu acho isso extremamente importante né! A esperança né! Então, em aquela questão de... “-Eu vou conseguir!” sabe? Você buscar forças que você não tem! Aí você vê pacientes que às vezes não têm possibilidade nenhuma ainda de ir pra casa e ficar um tempo com a família e outros que talvez fossem pra sair em 24h, 48h pós-cirurgia eles

ficam prostrados porque eles “- Ai que lugar errado, eu sinto dor...”, porque a forma como eles encaram é diferente! (Gienah).

Os depoimentos corroboram com estudos feitos acerca dos efeitos da religiosidade na saúde, e concluem que pacientes que adotam práticas espirituais ou religiosas se recuperam mais rápido de enfermidades (CORTÊS, PEREIRA, e TARANTINO, 2005).

Alguns enfermeiros observam a relação entre a religiosidade dos clientes e a capacidade de mudança de perspectiva em relação à dor, o que coincide com as convicções de Oliveira (2005), quando diz que a religiosidade traz a capacidade de produzir e mobilizar energia modificadora de atitudes e comportamentos em relação a uma situação de dificuldade.

Para Valente, Bachion e Munari (2004), a religiosidade pode favorecer a redução do estresse. “Setores do sistema nervoso relacionados à percepção, à imunidade e às emoções são alteráveis por meio das crenças e significados atribuídos aos fatos, entre outros fatores” (CORTÊS, PEREIRA, e TARANTINO, 2005).

Com isso, se percebe que o cliente, ao encontrar o significado do seu adoecimento através da religiosidade, produz uma energia com grande potencial de transformação em todos os aspectos da sua vida. Isso possibilita, então, compreender a religiosidade como um fator que integra todas as outras dimensões no ser humano. Na perspectiva dos enfermeiros:

[...] porque na verdade a gente ajuda a ajudar, então quando ele tem um equilíbrio emocional, espiritual, é mais uma etapa para ele alcançar a saúde dele (Hamar).

Então a minha fala faz bem para ele [o cliente]. As coisas que eu consigo colocar e que eu sei que não sou eu que estou falando. Eu me emociono até de falar isso, porque é uma coisa que eu consigo perceber no paciente. [...] Eu sinto que eu consigo falar pra ele coisas que dão o alento, a instrução, a orientação e que não sou eu (Sírius).

Essa integração pode ser observada na fala de Sírius, que diz que a própria fala é fortemente terapêutica e alegando sentir não ser ela quem fala nesses momentos, atribuindo, de forma implícita, uma conotação religiosa a essas situações.

Dentro da ótica religiosa, os evangélicos podem dizer, por exemplo, que esse fenômeno se deve a intercessão do Espírito Santo, os católicos podem concluir que é uma influência Divina e os espíritas responder que esse fenômeno se deve à mediunidade.

Outros autores defendem a idéia de que as situações que envolvem emoções, valores e elaborações tão profundos frequentemente escapam, em parte, ao campo de domínio da consciência. Ou seja,

[...] quando o paciente perturba o profissional de saúde para além de sua mente consciente, mobilizando emoções e *insights* (compreensão de um problema pela súbita captação mental dos elementos adequados à sua solução) vindos do seu inconsciente, são despertados saberes, emoções e gestos com uma poderosa capacidade de esclarecimento e com grande potencial terapêutico (VASCONCELOS, 2006, p.63).

Fato é que “O profissional de saúde que tem uma máscara (couraça para tornar sua alma insensível e, assim, não ameaçada, pela realidade emocional do paciente) tem pouca eficácia na transformação subjetiva de seu paciente” (VASCONCELOS, 2006, p.63), levando em conta que o profissional de saúde deve ajudar o cliente, através da dimensão subjetiva do mesmo, a encontrar o caminho da recuperação.

Os enfermeiros afirmam que a religiosidade contribui para a saúde do cliente e de si mesmo de forma a proporcionar conforto, força, esperança, alento e equilíbrio emocional para facilitar a recuperação.

SUBCATEGORIA: REFLEXÃO SOBRE A RELIGIOSIDADE NO CUIDAR –

Discutem o cuidado espiritual quando a técnica se torna insuficiente para as necessidades do momento; sustentam a idéia de que os enfermeiros devem se aproximar dos conhecimentos acerca das crenças dos clientes para que se dê, de forma adequada, o apoio espiritual; consideram as questões espirituais como uma necessidade humana básica, que quando não harmonizada pode gerar problemas de ordem física; reconhecem o ser humano como ser integral; identificam os momentos em que religiosidade é valorizada no cuidar e quando não a valorizam e descrevem como expressam a religiosidade no cuidar.

[...] tem hora que o cuidado passa, não dá mais só pra a gente usar a parte técnica de enfermagem. Na graduação, a gente é educado para poder pensar um pouco no além do fazer patológico, do curar a lesão, do curar a patologia ali, mas sim a questão do emocional, da mente, de outras coisas mais (Vega).

E eu acho que é até bom que o enfermeiro, mesmo que não tenha uma crença, uma religiosidade, mas que ele tome conhecimento da crença daquele paciente pra ele explorar esse lado, porque o apoio espiritual também é um cuidado de enfermagem (Antaris).

Às vezes, a gente acha que as necessidades humanas básicas estão relacionadas à alimentação, sono e repouso, essas coisas todas né... Wanda Horta. Aí não pára e pensa, esquece e deixa meio de lado essa questão espiritual que também é uma necessidade humana básica! Se a gente tem um desequilíbrio nessa parte espiritual, todo o resto está desequilibrado: vai desequilibrar o emocional, que por

sua vez pode até trazer alteração imunológica, que pode o deixar adoecido fisicamente (Antaris).

[...] porque o ser humano é integral, é carne, é corpo, alma, espírito, ele é um todo, ele não é só aquele corpo ali adoecido (Enif).

Os enfermeiros reconhecem o ser humano multidimensional e integral. Percebem que o cuidar vai além da técnica de enfermagem e que na formação acadêmica são educados para direcionar o foco terapêutico para o ser humano como um todo tendo, eventualmente, que redirecionar o foco para suas dimensões biológicas, psíquicas, sociais e espirituais, sem perder o todo de vista.

Reconhecem que a saúde espiritual também é uma necessidade humana básica tão importante como as outras, conforme defende Horta (2001). Além disso, compreendem que o desequilíbrio dessa necessidade humana básica pode afetar o corpo físico resultando em adoecimento. Isso significa que, de certa forma, compreendem que as dimensões humanas afetam umas as outras, de modo que nessa integração, o que acontece em uma dimensão repercute nas demais.

De acordo com a integralidade do ser humano e do cuidar Vasconcelos (2006, p.67-68) afirma: “Para cuidar da pessoa inteira é preciso estar presente como pessoa inteira. É preciso ter desenvolvido e integrado, em si, as dimensões racional, sensitiva, afetiva e intuitiva”. O autor diz que “[...] se envolver com a totalidade complexa do drama humano sob sua responsabilidade, sem perder a objetividade, depende de um desenvolvimento pessoal [...]” que infelizmente não é estimulado na formação profissional, que privilegia somente a dimensão cognitiva e a postura profissional marcada pela impessoalidade dos docentes.

As fala seguintes reconhecem que certas questões religiosas dentro do ambiente hospitalar não são valorizadas. Um exemplo é a indiferença quanto à informação acerca da religião dos clientes em dados de identificação nos prontuários e nas anamneses dos profissionais.

Acho que a gente realmente não faz muito [valorizar a religiosidade do cliente] [...] Agora a religião... Quando você coloca os itens de identificação na admissão, da internação lá embaixo, estatística, encontra nas anamneses de enfermagem, médica e não é valorizado (Deneb).

[...] tem religiões que realmente passam despercebidas em algumas situações, agora outras não, são mais emblemáticas no caso da transfusão sanguínea nas Testemunhas de Jeová, de guardar um sábado dos Adventistas, então essas coisas interferem mais no nosso dia a dia hospitalar, de não comer determinadas carnes, mexe com a alimentação [...] tem paciente que entra e sai daqui e a gente não sabe

a religião dele. [...] Acho que realmente a equipe de enfermagem e não só a enfermagem, como todos os profissionais de saúde, têm deixado isso passar sim, com certeza isso não tem sido valorizado (Enif).

Há também, uma percepção por parte desses enfermeiros de que, inúmeras vezes, tanto os profissionais de enfermagem como os demais profissionais de saúde, não atentam para as questões religiosas dos clientes, relatando ser mais fácil tomar conhecimento da religião do cliente quando esta é mais emblemática. Ressaltam também a importância de se conhecer os hábitos que cada religião adota e que possam interferir no dia a dia do trabalho do enfermeiro no hospital em relação à dieta, à transfusão sanguínea e à observância dos feriados religiosos. A consideração desses detalhes, aparentemente sem importância, podem contribuir para uma assistência mais humanizada facilitando a adaptação do cliente ao ambiente hostil do hospital e a sua rotina.

Os enfermeiros descrevem algumas situações de cuidar através da religiosidade. Muitos utilizam a prece quando sentem que as habilidades técnicas durante o cuidar estão aquém das necessidades do momento, dialogam com os clientes acerca de suas crenças, fortalecendo a fé, demonstrando o respeito, apoio e solidariedade e alguns ainda utilizam a música com temáticas religiosas como recurso para o cuidado espiritual:

Eu tive que expressar a minha religiosidade ali naquele momento. [...] Dizer que já que ele era cristão e cria no céu, ele tinha que ter paz, ter certeza no que ele cria para ele poder chegar de uma maneira mais amena no destino final dele [...] ele me perguntou de qual igreja eu era... tal... e aí eu comecei a usar a nossa própria doutrina, tudo o que a gente aprende sobre a nossa própria fé, com relação à Bíblia (Antaris).

Mas passar pra ela que no que ela pudesse acreditar, acho que ela era evangélica, dela segurar, ter fé e aprender a lidar com isso e entender que isso era uma provação e que na verdade ela ia superar isso (Hamal).

É importante ressaltar, em relação ao diálogo com os clientes acerca das suas crenças, que oferecer aconselhamento espiritual para os clientes é uma armadilha. O profissional de saúde que tiver a formação religiosa semelhante ou igual a do cliente pode se sentir tentado a resolver os problemas ideológicos deste, podendo resultar em debates religiosos ou na exposição do profissional a uma postura de ataque ou depreciação por parte do cliente (Koenig, 2005). Ao invés de aconselhar, o autor recomenda fazer perguntas para ajudar o cliente a clarear os pensamentos acerca dos problemas espirituais.

Geralmente, é quando eu vejo a angústia e o sofrimento do cliente, quando eu vejo que as nossas habilidades terrenas não estão dando conta, eu peço pra ser instrumento Dele. Se a veia não estou conseguindo ver, se não estou conseguindo palpar, se eu estou calculando o ângulo e não estou conseguindo, Ele (Deus) faz por mim e usa as minhas mãos. Então eu faço isso sempre! (Polaris).

Alguns enfermeiros ao vivenciarem o cuidar através da dimensão religiosa relatam servir de “instrumento Divino”, conforme solicitam, freqüentemente, em suas preces ao cuidar dos clientes. Isso mostra o quanto o enfermeiro busca transcender o seu fazer profissional na forma transpessoal de cuidar do cliente, que segundo Silva (1997) considera a construção do cuidar como um movimento dinâmico e criativo, expresso no diálogo entre razão e intuição, entre objetivo e subjetivo e valores desenvolvidos pela experiência profissional e pessoal, no âmbito pessoal e grupal, ultrapassando o processo saúde/doença e tendo como prioridade a vida em suas mais diversificadas formas de expressão.

Já, várias vezes [expressar a religiosidade no cuidar]. [...] e ela tem uma religião que é super diferente pra mim, que é a Perfect Liberty e que não entendi bem a filosofia da seita, da religião. E aí eu falei pra ela assim: “-Fulana, acima de tudo a tua religião pode ser diferente da minha, eu sou católica e você tem a sua doutrina de vida, sua visão, sua filosofia. Eu creio nos santos que são para mim pessoas... os anjos, então eu creio nisso né? E aí eu não sei o que você crê, mas aí a gente fala comum, comum no amor, na fé que você vai melhorar, na fé na sua recuperação, na força que move a gente estar aqui junto conversando, depositando toda a fé na sua recuperação, a partir desse cuidado, da troca da sua bolsa [de colostomia], da sua punção venosa... (Deneb).

Na véspera [do óbito], de tarde, eu fiz aquela oração do lado dele e falei pra ele assim: “-Olha só, a sua família não quer que o senhor vá, então o senhor se desprenda porque a sua família não vai te soltar”. [...] eu conversei com ela [a esposa] e falei: “-Olha só, a senhora é católica, a senhora, por favor, entrega o seu marido nas mãos de Deus, Ele é Quem sabe, Ele não vai fazer o que a senhora quer. Se o que a senhora quer é o que Ele quer determinar tudo bem, mas e se não for? Entrega na mão de Deus! A senhora tem fé? (aí ela deu uma gagueijadinha) Tem ou não tem? Tenho. Então entrega, porque Ele vai fazer o que for melhor para o seu marido, que talvez não seja melhor para a senhora, que talvez você ache que não seja melhor para a senhora! (Sírius).

E aí eu apertei a mão dela e falei assim: -Olha, vamos pedir muita força a Deus, acho que agora o que a gente tem que pedir é isso. Acho que vocês fizeram tudo o que tinha que fazer por ele e Deus viu isso tudo (Vega).

Às vezes eu canto baixinho, perto do paciente, quando eu vejo que o paciente está muito agitado, muito... meio malzinho eu canto. [...] às vezes é no toque, você fala na palavra relacionada com a religião e bota a mão nele, no pé, passa a mãozinha assim [passa a mão de leve sobre um dos ombros] e já tem um efeito! (Sírius).

Nos depoimentos acima, pode-se perceber que a religiosidade dos enfermeiros influenciou o cuidar de forma a fazer com que estes profissionais a cuidassem dos clientes imbuídos de sensibilidade, respeito e ética. Fica explícito o cuidado, capaz de conduzir o cliente a enfrentar, mais eficazmente, as dificuldades da vida.

Em relação às intervenções que fomentam a saúde espiritual Brunner & Suddarth (2002, p.95) incluem:

[...] o estar totalmente presente; o ouvir ativamente; a demonstração de uma sensação de cuidado, respeito e aceitação; o uso de técnicas de comunicação terapêutica para encorajar a expressão; a sugestão do uso da prece, meditação ou imaginação; e a facilitação do contato com líderes espirituais ou a realização de rituais espirituais.

SUBCATEGORIA: RELIGIOSIDADE NO AUTO CUIDADO – Os enfermeiros definem a religiosidade como a busca incessante do homem a Deus, como acreditar em algo superior, como a mesma coisa que fé. Além disso, descrevem como expressam a religiosidade no auto cuidado. Utilizam a prece em benefício próprio, quando sentem dificuldades de ordem técnica e de ordem interpessoal na profissão. Nos vários depoimentos, relatam “pedir forças”, “consolo”, “paciência”, “discernimento” e “sabedoria” em suas preces a Deus. Frequentam instituições religiosas de suas preferências e capela do próprio ambiente de trabalho.

[...] eu entendo como uma tendência que o ser humano tem de buscar um ser superior a ele. Na minha crença essa tendência é porque o homem foi criado por Deus e nessa... por ser criado por Deus ele tende sempre a buscar o seu Criador. Porque faz parte do ser humano essa tendência adoradora (Enif).

A fala de Enif aponta a religiosidade como uma tendência a adorar Deus. Cabe nesse momento, conforme a metodologia transdisciplinar, considerar as concepções do tempo e da história relativos à idéia da adoração. Essa idéia foi discutida por Souza (2001, p.127) ao dizer que o sentimento de adoração se desenvolve nas sociedades humanas a partir da adoração exterior de objetos materiais. Dando forma humana aos elementos materiais (antropomorfismo), o homem adorava a si mesmo nas coisas exteriores – adoração de minerais, plantas e animais - passando pelo politeísmo mitológico, entre outras etapas, até atingir a fase de adoração do coração ou “a prevalência da interiorização do sentimento de religiosidade, numa experiência transcendente que prescinde de objetos e rituais, para realizar-se”.

[...] é a sua busca de contato com Deus, né! [...] é encontrar mesmo, aquele Ser que te criou, aquele Ser que te ama... e eu acho que vai além de simplesmente... da

fé, porque a fé é muito importante, mas eu acho que a religiosidade ainda vai além da fé [...]. Mas acho que a religiosidade é isso, é você buscar aquilo que você não pode ver, mas que você sente, e que de alguma maneira você sabe que é real. Buscar esse contato com o divino (Antaris).

Percebe-se na fala de Antaris que religiosidade é estar em contato com o divino, idéia congruente com a de Vasconcelos (2006, p.45) ao dizer que a “[...] espiritualidade que assume a transcendência como divina, por revelar a existência de um Outro na alma humana, pode ser chamada de religiosidade”.

Eu entendo que ser religioso é acreditar em algo, seja ele Jeová, seja ele Buda, seja ele Deus, seja ele Cristo, seja ele quem você imagine. [...] é acreditar que existe algo superior ao nosso material aqui e que você acredita nele. [...] Acho que ser religioso é acreditar em alguma coisa que esteja acima da gente, acima do material (Rigel).

A fala de Rigel converge para um resultado congruente à pesquisa das enfermeiras Valente, Bachion e Munari (2004, p.12-13) quanto ao significado da religiosidade para profissionais de saúde, ao concluir que eles compreendem a religiosidade como “um sentimento íntimo que se apóia na convicção da existência de um ser supremo, expresso através de comportamentos e ações”.

[...] é a fé que você tem por algo, mas que é delimitada por normas, por atos, no caso, um conjunto de pessoas que tem um mentor, nem todas têm, mas algumas têm um mentor que acaba padronizando o que você deve seguir e o que você não deve seguir (Polaris).

Os depoimentos, de uma forma geral, apontam para uma aproximação entre o conceito de religiosidade e os conceitos de adoração, fé e religião. A não distinção desses conceitos entre si só vem comprovar a complexidade do tema. Mostra como, no campo das idéias, seus aspectos se atravessam, se entrecruzam dentro de um mesmo conceito, impossibilitando o olhar restrito ao tema e tornando imperativa a necessidade de um olhar holístico, sem se esquecer das peculiaridades de suas partes e colocando-se num “caminhar de pensamento, o qual faz o ir e o vir das partes ao todo e do todo às partes” (SANTOS, 2003, p.688), como preconiza o olhar transdisciplinar.

Segundo Souza (2001), as religiões tradicionais em nossa cultura fortalecem a idéia de que a fé consiste em crer nos dogmas que compõem a teologia que defendem, uma fé que nada examina, que aceita sem discussões os preceitos e mandamentos impostos. A autora ressalta que esse sentimento pode levar ao fanatismo.

Concebendo a fé como uma faculdade humana, Kardec (2003) a define como sendo o sentimento inato que o homem tem do seu destino futuro, a consciência que este possui de suas faculdades imensas, e que deve fazer desabrochar e crescer pela sua vontade atuante. É a *vontade de querer* e a certeza de que essa vontade pode se realizar. Certeza essa, que dá ao homem uma força imensa capaz de conduzi-lo a realizar prodígios, mas que é, simplesmente, o desenvolvimento de suas faculdades.

[...] acima de tudo é uma fé muito grande em Deus, uma coisa abstrata, [...] tem um caráter humano muito grande, humanitário, carinho, amor, zelo para com o outro. [...] Independentemente da fé, da doutrina religiosa que você está seguindo, [...] religiosidade é fé [...] é ter fé ao abstrato, uma fé que movimenta o caráter humanitário (Deneb).

Emerge, nesse momento, a questão do caráter humanitário da religiosidade, assunto discutido por Cassirer (1994), que considera a religiosidade como o sentimento de solidariedade de vida; de bom relacionamento consigo mesmo, com os outros e com a natureza. Essa característica humanitária é muito presente e preconizada no cuidar exercido pela enfermagem.

Eu nunca parei pra pedir ajuda não, mas assim... pra entender [...] (Polaris).

Eu ia muito no segundo andar na capela, me recolhia muito lá, orava muito, pedia proteção, pedia ajuda, sabedoria né? (Deneb).

Ah... o tempo todo, quando você encontra uma equipe difícil, é... eu pelo menos quando estou muito estressada, muito estressada mesmo eu sempre penso duas vezes, aí eu falo muito com Deus: “- Ai Senhor, me dá paciência, me dá sabedoria e discernimento!” [...] Mas faço conversando, andando, fazendo as coisas conversando, mentalizando com Ele assim o tempo todo (Enif).

Às vezes em algum procedimento mais difícil ou algum cuidado mais complicado a gente pede ajuda a Deus né?! (Hadar).

Já. Eu acho que na hora da dor, porque a gente sofre muito com a dor do nosso paciente. [...] hoje a gente fala muito em humanização e a nossa também tem que estar dentro disso [...] Então, muitas vezes eu tive que rezar sim, respirar e pedir forças a Deus pra dar forças (Vega).

[...] a gente sentiu que não tinha mais nada pra fazer como enfermeira ali e ambas procuramos a religião e isso trouxe um conforto muito grande pra gente (Vega).

Embora haja um anseio por sentirem uma necessidade de investimento religioso em si próprios, ou seja, o auto cuidado em relação a suas dimensões religiosas, a maioria dos enfermeiros relata dispensar recursos externos e internos do âmbito religioso para o seu auto cuidado. Basicamente, fazem uso da prece e freqüentam instituições religiosas de suas preferências. Além disso, muitos relatos demonstram relacionar o auto cuidado com o objetivo final de auxiliar o cliente, ou seja, os enfermeiros buscam estar bem espiritualmente para fazer bem ao cliente.

Relacionando esta subcategoria com a subcategoria REFLEXÃO SOBRE A RELIGIOSIDADE NO CUIDAR foi observado que, o fato do enfermeiro expressar a religiosidade no auto cuidado foi um forte indicativo para que ele a expressasse ao cuidar dos clientes.

CATEGORIA: DESCONFORTO EM ABORDAR O ASSUNTO RELIGIOSIDADE –

Se constitui de duas subcategorias, as quais revelam as dificuldades encontradas pelos enfermeiros em abordar a religiosidade com o cliente e com a equipe de saúde, além de discutir as possíveis conseqüências da postura de enfermeiros que consideram a religiosidade uma questão íntima e pessoal, expondo, ainda, algumas situações de choque de crenças entre enfermeiros e clientes.

Pelo fato de a religiosidade ser uma questão polêmica principalmente no âmbito da ciência e, conseqüentemente, na saúde, percebe-se, por parte dos enfermeiros, uma postura reservada frente às questões que envolvem o tema.

Apesar de alguns considerarem a religiosidade uma questão íntima e pessoal, optando por não tocar neste assunto com o cliente, reconhecem a importância da religiosidade na saúde dos mesmos, como demonstrado nas subcategorias IMPACTO DA RELIGIOSIDADE PARA O CLIENTE E PARA O ENFERMEIRO e VALORIZAÇÃO DA RELIGIOSIDADE DO CLIENTE. Além disso, serem reservados acerca desta questão não impediu que esses profissionais expressassem a religiosidade no cuidar conforme revelado na subcategoria REFLEXÃO SOBRE A RELIGIOSIDADE NO CUIDAR.

SUBCATEGORIA: DIFICULDADE EM ABORDAR O ASSUNTO RELIGIOSIDADE –

Os enfermeiros encontram dificuldade em abordar o assunto religiosidade com os clientes e com os outros profissionais de saúde, tais como: receio de serem rejeitados pelo cliente, de agredir a intimidade do cliente, de não saber abordar as questões espirituais e religiosas se o cliente for ateu, de ser mal interpretado, de não ser

compreendido ao falar sobre cuidado espiritual, de sentir-se incomodado com a crença do outro ou de ser julgado equivocadamente e discriminado.

Quando a pessoa vem falar comigo da sua religiosidade eu ouço e não me meto não. [...] tento é... não incentivar [a religiosidade do cliente], porque se você incentiva eles podem deturpar até o que você fala! “-Mas foi a enfermeira fulana que falou para eu fazer!” Podem até dizer dessa forma! (Rigel).

[...] aconteceu numa outra situação deu dizer o seguinte: “-Ah, Deus vai te ajudar!” ele disse: “-Deus não ajuda ninguém minha filha! Deus não está nem aí pra mim! Deus já me largou há muito tempo!” Então, essas frases me fizeram entender que quando você quer dar um apoio para alguém, dê aquilo que está ali, que você pode e que a pessoa está vendo. [...] o que eu acredito pode não ser o que você acredita. [...] eu tento confortar a pessoa em dizer “-Vai melhorar, a gente está aqui pra poder te ajudar, você não está sozinho!” e o que for, mas dizer “-Fica com Deus ou vai com Deus!” de repente não é aquilo em que a pessoa acredita (Rigel).

Então eu não coloco [a minha religiosidade para o cliente], porque isso pode até me distanciar dele, dependendo da forma como eu encaro a religiosidade, como ele tem a religião na vida dele, às vezes é uma coisa tão dura, tão dura, que nada que seja diferente do que ele acredita, ele deixa se aproximar (Gienah).

[...] Então eu percebo que às vezes você vai até expressar a sua fé ou então tocar no assunto de religião mesmo que não seja para expressar a sua, mas puxar a dele, eu sinto que há uma resistência, entendeu? Como se você tivesse querendo invadir algo que pertence só a ele. [...] Tem paciente que gosta de falar sobre isso, agora tem paciente que não (Enif).

A fala acima provoca uma série de reflexões. O fato de um cliente demonstrar resistência ao ser abordado em relação às questões religiosas e espirituais conduz a numerosas possibilidades que podem explicar esse comportamento.

O enfermeiro, se não souber abordar o assunto pode proporcionar constrangimento ao cliente. As perguntas acerca das práticas e crenças espirituais não devem ofender os clientes, se feitas de forma sensível e respeitosa. Isso minimiza as chances de um distanciamento na relação entre cliente e enfermeiro.

Se durante a anamnese, em que deveria se dar a primeira abordagem às questões espirituais e religiosas dos clientes, estes indicam que o assunto não é importante em suas vidas, deve-se seguir, naturalmente, explorando outros fatores de sua história que podem oferecer significado e propósito à vida, assim como fatores de apoio à saúde além de tudo o que possa ser fonte de estresse e de conforto.

Um outro ponto a ser discutido é a abordagem das questões religiosas com um cliente ateu. Há um receio de que o paciente que se diz não religioso possa ficar incomodado, caso o

enfermeiro o indague acerca de assuntos religiosos. Dependendo da forma como essa abordagem aconteça, o enfermeiro pode sugerir ao cliente que essas questões são importantes e fundamentais para a saúde, passando para este, de forma não intencional, a idéia de que o desapego a esses assuntos possa ser algo anormal ou patológico, o que não seria indicado.

Koenig (2005, p.99) alerta que relacionar a devoção à fé religiosa a uma saúde física melhor e, conseqüentemente, à proteção contra doenças, pode ser um argumento não terapêutico, transtornando os clientes que não atribuem importância à religião em suas vidas, fazendo-os pensar que a doença é o resultado da falta de fé, ou induzindo à culpa os que acreditam em uma “punição Divina”: “Relacionar melhores resultados dos tratamentos de saúde a atividades religiosas pode ser prejudicial aos pacientes, que se confrontam com a velha história de que a doença é devida as suas próprias falhas morais” (KOENIG, 2005, p.99).

Não sei sou eu passando preconceito mas eles [os evangélicos] se sentem muito mais donos do saber do conteúdo então só a elas cabem divulgar a palavra de Deus então, quando você vai conversar com elas, elas ficam te rebatendo com versículos, uma passagem [...] (Deneb).

A fala de Deneb, que nos aponta o fanatismo por parte de alguns religiosos também remete a outro pensamento de Koenig (2005) ao dizer que a religião, ao longo da história, tem sido usada para justificar ódios, agressões e preconceito conduzindo as pessoas a julgarem umas as outras, resultando na exclusão daquelas que não obedecem a suas regras.

O fato dos enfermeiros mostrarem insegurança em abordar a temática com o cliente, indica uma necessidade de treinamento desses profissionais, para tratar desse assunto polêmico de forma clara, eliminando os riscos de serem interpretados pelos clientes ambigüamente e de forma preconceituosa pelos demais profissionais de saúde.

Agora devemos entender que a sua religião não deve interferir na minha e nem na do paciente que está do lado (Rigel).

Contrastando com os demais, Rigel defende a idéia da cisão total entre as crenças do enfermeiro e do cliente, não admitindo que a dimensão religiosa desse profissional seja parte de sua visão de mundo, e que, portando, influenciará o fazer profissional primordial do enfermeiro, ou seja, o cuidar. Essa posição pode ter trazido, para esse profissional, dificuldade em abordar as questões religiosas e espirituais dos clientes.

Não [achar importante valorizar a religiosidade do cliente]. Porque eu acho que é uma coisa muito íntima, uma coisa muito pessoal, que a gente não deve toca” (Polaris).

Nunca a minha [religião], porque é muito complicado, seria como se eu tivesse impondo. [...] eu já começo: “-É uma coisa muito pessoal né? Você pode ser evangélico, ou pode ser católico [...]. Então eu opto por não falar disso (Gienah).

A não discussão desse assunto entre os profissionais de saúde, no ambiente hospitalar, continuará contribuindo para uma assistência à saúde fragmentada, para que essa temática continue sendo vista como um tabu, como uma dimensão proibida, sustentando a idéia que defende que essa ordem de conhecimento se restringe unicamente aos líderes religiosos.

A falta de conforto não é uma boa razão para se evitar perguntas sobre uma área importante na vida do cliente que está tão intimamente relacionada à saúde, ao equilíbrio bio-psico-sócio-espiritual do ser humano.

Então de repente, se eu falar alguma coisa [acerca de uma situação de cuidado espiritual] eu posso estar sendo mal avaliada, podem dizer que eu estou tendo um comportamento que não deveria ter num ambiente de trabalho, não sei (Antaris).

[...] então, às vezes a gente se retrai muito, a gente se preocupa muito com o que os outros vão pensar, com o professor que está ali te avaliando ou o preceptor, então, a gente às vezes reprime esse nosso desejo de estar falando daquilo que a gente acredita (Antaris).

Eu às vezes nem comento muito porque têm pessoas que não valorizam. Você não vai obrigar as pessoas a valorizarem! (Sírius).

Os depoimentos evidenciam o desejo de discutir acerca das questões religiosas e espirituais dos clientes com outros profissionais de saúde, no entanto, temem sofrer com o preconceito por parte desses profissionais, sem imaginar que muitos deles, possivelmente, pensam da mesma forma.

O cuidado espiritual exercido por esses enfermeiros é silencioso, invisível aos olhos dos outros profissionais de saúde, mas inevitável perante à condição de seres humanos integrais, que cuidam com toda a sua alma e necessidade de transcendência.

SUBCATEGORIA: ENFERMEIRO EM CHOQUE COM AS CRENÇAS DOS CLIENTES - essa subcategoria apresenta as maneiras que os enfermeiros encontraram de lidar com situações de choque de suas crenças com as crenças dos clientes.

[...] por exemplo, testemunha de Jeová, que não aceita bolsa de sangue... eu não concordo com aquilo entendeu? No meu ponto de vista, é uma ignorância até porque na Bíblia não fala nada sobre isso, [...] mas é... eu sou da seguinte opinião: “-Não quer, então problema dele!”. Eu parto desse princípio, a gente está aqui para cuidar. É o respeito. Não quer, vai fazer o quê? A gente vai obrigar a pessoa a tomar? (Hadar).

A evangélica quando vem pra enfermaria, seja qual a ramificação dela, ele vem logo querendo te converter e acaba que hoje em dia eu só ouço, e só eles falam, não rebato mais, cansei de rebater (Deneb).

Koenig (2005, p.96) explica que as Testemunhas de Jeová recusam transfusão de sangue, pois na sua convicção religiosa Jeová virará as costas para quem receber sangue. Para evitar a condenação eterna, os seus seguidores evitam receber sangue tanto para si quanto para seus filhos. Sofrer um pouco mais é melhor do que ser rejeitado pela família, amigos e talvez por toda eternidade após a morte. Para estas pessoas não faz sentido receber sangue. Nesses casos, o contato do profissional de saúde com algum membro da religião em questão pode ser benéfico, se o encontro for consentido pelo paciente. Essa ação pode ajudar o profissional a compreender melhor as crenças do cliente e, junto com a autoridade religiosa, esclarecer qualquer mal-entendido que o paciente possa ter em relação as suas próprias crenças religiosas.

Os pacientes podem, algumas vezes, usar as crenças religiosas para justificar ações que as doutrinas religiosas nunca pretenderam fazê-lo. Uma rápida conversa com membros da religião do paciente pode rapidamente identificar os usos neuróticos ou defensivos da religião [...].

Apesar da necessidade de se considerar o depoimento de Hadar, ao enfatizar que o respeito às crenças e às decisões religiosas dos clientes é fundamental, é importante salientar que o cuidar, nessa situação, não se restringe apenas ao respeito, mas se estende à solidariedade, ao demonstrar desprovimento de preconceito, somado à disponibilidade para conversar e permitir que o cliente expresse suas emoções, principalmente, se as conseqüências das decisões tomadas por ele, com base em sua religião, não forem boas.

Também há a necessidade do enfermeiro se inteirar das crenças dos clientes para evitar que, no período de internação hospitalar, os mesmos recebam visitas indesejadas de integrantes de alguma religião que não tenham afinidade. Cabe ao profissional de enfermagem indagar ao cliente sobre sua vontade de receber tais visitas.

A chave para lidar com as situações em que as crenças religiosas do profissional e do cliente entram em conflito, até com a assistência a sua saúde, é se aproximar o máximo possível do ponto de vista do cliente e tentar entender a lógica das suas decisões religiosas,

mantendo sempre as linhas de comunicação abertas entre as duas partes. Dessa forma, o enfermeiro compreenderá o quão sério o assunto pode ser para ele e poderá auxiliá-lo quando necessário.

“Para as enfermeiras proporcionarem cuidados espirituais, elas devem estar aptas a estar presentes e apoiar quando os pacientes vivenciam dúvida, medo, sofrimento, desespero e outros estados psicológicos difíceis da vida” (BRUNNER & SUDDARTH, 2002, p.95).

CATEGORIA INTEGRADORA: A INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE DOS ENFERMEIROS NA BUSCA PELO HOLISMO NO CUIDAR DO SER HUMANO INTEGRAL - A visão geral da análise dos dados evidenciou uma categoria, que integra as duas categorias encontradas: O CUIDAR ATRAVÉS DA DIMENSÃO RELIGIOSA e DESCONFORTO EM ABORDAR O ASSUNTO RELIGIOSIDADE. Por esse motivo, foi denominada de Categoria Integradora, já que sua função foi integrar o conteúdo dessas duas categorias.

As falas abaixo são apenas para ilustrar a necessidade de transcendência humana inclusive no seu fazer profissional e indicam que a religiosidade e cuidar são inseparáveis na prática desses profissionais.

[...] eu não consigo separar uma coisa da outra hoje [religiosidade e cuidar] (Sírius).

A gente sempre sente vontade de expressar a nossa religiosidade (Antaris).

Então, eu não gosto de colocar a religiosidade. Mas é inevitável (Gienah).

Esta categoria responde ao problema básico da pesquisa que questiona qual a influência da religiosidade dos enfermeiros no cuidar. Durante a análise das demais categorias percebeu-se que a religiosidade do enfermeiro influencia o cuidar ao impulsionar esse profissional a ir em busca do holismo em seu cuidar, já que a religiosidade pode ser vista, segundo Weil, D'Ambrosio e Crema (1993) e Nicolescu et. al. (2002), como integradora do ser humano e, conseqüentemente, do seu conhecimento.

Para Nicolescu et. al. (2002), a religiosidade se opera no campo do sagrado, e o sagrado corresponde à zona de não resistência entre os níveis de realidade. Isso quer dizer, que no seu processo dinâmico de vida o homem, constrói o próprio conhecimento, através da sua consciência e percepção, passando necessariamente de um nível de realidade a outro através dessa zona de não resistência que é o sagrado.

O fluxo de consciência que passa coerentemente através dos diferentes níveis de percepção deve corresponder ao fluxo de informações que atravessa coerentemente os diferentes níveis de Realidade. Os dois fluxos estão interligados porque compartilham a mesma zona de não resistência. *O Conhecimento não é nem exterior nem interior: é simultaneamente exterior e interior.* Os estudos do universo e do ser humano se sustentam um ao outro. (NICOLESCU et. al., 2002, p.55-56)

Em alguns lugares da Índia, da China, do Tibete, até os dias atuais a arte, a filosofia, a ciência e a religiosidade não se separam, são completamente integradas em torno da expressão e da apreensão do sagrado (WEIL, D'AMBROSIO E CREMA, 1993), o que justifica, em parte, a manutenção do conhecimento integral em algumas áreas do oriente.

Apesar das inúmeras dificuldades encontradas em abordar a questão religiosa e espiritual dos clientes notou-se que, os enfermeiros, através da própria dimensão religiosa, com a prática da prece, do diálogo sobre as crenças, do incentivo à esperança, do apoio emocional, do toque, da música, do amor, buscaram transcender os limites de suas dificuldades e resistências pessoais na busca por um holismo no próprio cuidar.

6) CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa surgiu da necessidade de se explorar a influência da religiosidade dos enfermeiros no cuidar e no auto cuidado, e ainda, ver de que maneira o cuidar através da dimensão religiosa repercute na saúde dos clientes e dos próprios profissionais no ambiente hospitalar. Nos depoimentos dos enfermeiros entrevistados foi possível identificar, mesmo que nas entrelinhas, a forma com que estes profissionais valorizam e expressam a religiosidade no cuidar.

Foi possível verificar, atendendo ao *segundo objetivo* da pesquisa, que os enfermeiros valorizam as questões religiosas e espirituais dos clientes como um fator que pode interferir na saúde desses últimos. Relataram que a religiosidade fortalece o sistema imunológico, favorece o enfrentamento da situação de adoecimento, promove uma mudança de perspectiva em relação a dor, reduz o estresse e acelera a recuperação do cliente.

Também foi possível descrever como, na perspectiva desses profissionais, a religiosidade deles repercutiu no cuidar do cliente e de si mesmo, conforme o *terceiro objetivo*. Revelando a grande importância da religiosidade na vida desses enfermeiros e As maneiras de expressar a religiosidade no cuidar que se deu através da prática da prece, do diálogo sobre as crenças, da empatia, do incentivo à esperança, do apoio emocional, do toque, da música e do amor.

Porém, não foi possível atingir o *primeiro objetivo* da pesquisa que era identificar de que forma os enfermeiros perceberam as demandas religiosas e espirituais dos clientes, embora NANDA (2005) sinalize o quê o enfermeiro deve observar no cliente para identificar essa demanda.

Os enfermeiros entrevistados verbalizaram a dificuldade de encontrar espaço, dentro do ambiente profissional, para trazer e discutir de forma clara e aberta suas considerações e aprendizados, resultados da vivência dessa nuance do cuidar. Pode-se pensar que esse é um dos fatores que dificultam a verbalização de como identificam essa demanda no cliente, além de ressaltar que se estes profissionais não realizam a sistematização da assistência de enfermagem, através da aplicação dos processos de enfermagem, torna-se mais complicado racionalizar essa percepção traduzindo-a em palavras.

Muitas dificuldades foram apontadas por esses profissionais ao abordar o assunto religiosidade com os clientes e com a equipe de saúde, como receio de serem rejeitados pelo cliente, de agredir sua intimidade, de não saber abordar as questões espirituais e religiosas se

o cliente for ateu, de ser mal interpretado, de não ser compreendido ao falar sobre cuidado espiritual, de sentir-se incomodado com a crença do outro ou de ser julgado equivocadamente e discriminado. Ainda com todas essas dificuldades, os enfermeiros demonstraram em seus depoimentos que o cuidar através da dimensão religiosa e espiritual é inevitável.

Devido à exigüidade de tempo e de condições, o estudo foi realizado com número reduzido de enfermeiros. Contudo, as variáveis idade e tempo de profissão foram irrelevantes para a ocorrência do cuidar através da dimensão religiosa, tendo em vista que desde mais novos e com menos tempo de profissão até mais velhos e com mais tempo de profissão relataram cuidar através da religiosidade, o que pode indicar que essa forma de cuidar é muito freqüente na assistência ao cliente, apontando a premência de estudos mais aprofundados sobre o tema.

Um fator limitante na pesquisa foi não ter entrevistado um enfermeiro que se considerasse ateu, visto que nove enfermeiros responderam ser adeptos de religiões e um deles não ser adepto de nenhuma, embora possuísse a crença em Deus. Todavia, a questão sobre a religiosidade deve estar ligada à necessidade de quem está sendo cuidado, e não daquele que cuida, portanto seria necessário o treinamento de enfermeiros ainda não sensibilizados, entre ateus e crentes, para alcançarem as condições de agir adequadamente quando as questões religiosas e espirituais dos clientes emergirem.

As categorias que descrevem os achados desse estudo são frutos da descrição dos enfermeiros acerca de suas experiências de cuidar através da dimensão religiosa no ambiente hospitalar, que ocorreram em algum momento de suas vidas profissionais.

Diante dos dados obtidos, conclui-se pela necessidade da graduação de enfermagem de instrumentalizar o graduando para que este possa saber identificar a demanda religiosa e espiritual do cliente para auxiliá-lo segundo a crença religiosa do mesmo, evitando desprezar esta oportunidade de melhora sem, contudo, tentar uma conversão para a sua própria crença.

Seria interessante ampliar este estudo para um maior número de entrevistados, englobando vários hospitais e clínicas, no intuito de abranger clientes em diferentes graus de instrução e nível social, assim como os enfermeiros que atuam nestes locais, não se limitando apenas a uma condição, como no presente estudo.

Fica a expectativa de que este trabalho possa, sinceramente, contribuir para o fazer profissional dos enfermeiros de forma que essa dimensão do cuidar seja desenvolvida e exercida por esses profissionais de forma consciente e responsável, com a finalidade de oferecer para o cliente uma assistência holística à saúde.

REFERÊNCIAS

BALTAZAR, D. V. S. *Crenças Religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental: impasse ou possibilidade?* Um estudo sobre a recorrência às crenças religiosas pelos pacientes psiquiátricos e os efeitos na condução do tratamento pelos profissionais de saúde mental. 2003. 130f. Dissertação [Mestrado em Psicologia] – Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2000.

BATISTA, M. A. Presença do sagrado em um momento crítico: internação em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF) 2004 set/out; 57(5): p.579-85.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 10ed., Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2004.

BOFF, L. *Tempo de transcendência: o ser humano como um projeto infinito*. 2ed., Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

BRUNNER & SUDDARTH. *Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF) set/out 2004.

CAPRA, F. *O Ponto de Mutação*. São Paulo: Cultrix, 1982.

CASSIRER, E. *O mito e a religião*. In: *Ensaio sobre o homem*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

CETRANS. *Transdisciplinaridade e conhecimento*. Disponível em: <<http://www.cetrans.com.br>>. Acessado em: 9 fev. 2006.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 4ed. São Paulo: Cortez, 2000.

COLLIÈRE, M.F. *Cuidar...A primeira arte da vida*. Portugal: Lusociência, 2003.

CORTÊS, C., PEREIRA, C. e TARANTINO M. *A medicina da alma: cientistas já admitem que as práticas espirituais fazem bem a saúde*. Revista Istoé on line. Disponível em: <http://www.terra.com.br/istoe/1859/medicina/1859_medicina_da_alma.htm>. Acessado em: 3 dez. 2005.

COSTA, J. In: *O risco de cada um*. Disponível em: <<http://www.jfreirecosta.com/risco.html>>. Acessado em: 18 out. 2005.

DESLANDES, S.F. *Pesquisa Social*. Teoria, método e criatividade. 9edição, Editora Vozes, Petrópolis, 1994.

FACURE, O. N. In: *Ciência e Espiritualidade*. Disponível em: <<http://www.espirito.org.br/portal/artigos/diversos/ciencia/ciencia-e-espiritualidade.html>>. Acessado em: 31 out. 2005.

FORTES, P.A.C. *Ética e Saúde: questões éticas, deontológicas e legais*. Tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998.

FREITAS, R.A.M.M. *Sociedade contemporânea, conhecimento em saúde e em enfermagem: desafios para a formação profissional*. Disponível em: <<http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/BRASI009.pdf>>. Acesso em 9 fev. 2006.

FREITAS, N., MORIN, E. e NICOLESCU, B. *Carta da Transdisciplinaridade*. Primeiro Congresso Mundial de Transdisciplinaridade, Arrábida, Portugal, 1994. Disponível em: <<http://perso.clubinternet.fr/nicol/ciret/chartfr.htm>>. Acessado em: 9 fev. 2006.

GARRAFA, V. *Multi-Inter-Transdisciplinaridade, Complexidade e Totalidade Concreta em Bioética*. Disponível em: <<http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br/htm/complexidade.pdf>>. Acesso em 09 fev. 2006.

GERBER, R. *Um Guia Prático de Medicina Vibracional*. São Paulo: Cultrix, 2000.

GUERRA, C.G.M. *Transdisciplinaridade*. Disponível em: <<http://www.cgustavo.hpg.ig.com.br/transdisciplinar>>. Acesso em: 14 abr. 2004.

HAMMED. *Os prazeres da alma*. São Paulo: Boa Nova, 2003.

HORTA, W.A. *Processo de Enfermagem*. 14ed. São Paulo: EPU, 2001.

JUNG, C.G. *Sincronicidade: Um Princípio de Conexões Acausais*, Editora Vozes: [1950], 2002.

KARDEC, A. *O Evangelho Segundo o Espiritismo*. Tradução de Albertina Escudeiro Sêco, 2ed., Rio de Janeiro: CELD, [1866] 2003.

KARDEC, A. *A Gênese. Os Milagres e as Predições Segundo o Espiritismo*. Tradução de Albertina Escudeiro Seco, revisão técnica, atualização de termos técnico-científicos e ampliação com ilustrações: Cláudio Zanatta. Rio de Janeiro: CELD, [1868] 2005.

KORTE, G. *Introdução à metodologia transdisciplinar*. Disponível em: <http://www.gustavokorte.com.br/publicacoes/Metodologia_Transdisciplinar.pdf>. Acessado em: 9 fev. 2006.

LÜDKE, M. e ANDRÉ, M.E.D.A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: E.P.U., 2001.

MORIN, E. *Introdução ao pensamento complexo*. Instituto Piaget, Lisboa: 2003.

NANDA International. *Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2003-2004*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

NICOLESCU, B. et al. *Educação e Transdisciplinaridade II*. Coordenação executiva do CETRANS. – São Paulo: TRIOM, 2002.

OLIVEIRA, A.C.H. *A recuperação como um processo dinâmico e integrado: vivências de mulheres adoecidas com câncer de mama*. Mimeo.

OLIVEIRA, P. A. R. de. *Religiosidade: conceito para as Ciências do Social*. Disponível em: <<http://www.ifcs.ufrj.br/jornadas/papers/09st0104.rtf>>. Acessado em: 24 out. 2005.

OTTO, R. *O Sagrado*. Rio de Janeiro: Edições 70, 1992.

PEIXOTO, L. F. *Teologia da Enfermagem*. Goiânia: Cultura e Qualidade, 2002.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SEFIDVASH, F. *Conceito Racional da Espiritualidade*. Disponível em: <http://www.proext.ufrgs.br/nucleos/niete/index_textos.htm>. Acessado em: 8 abr. 2006.

SILVA, M. da G. da. *Comportamento docente no ensino de graduação em enfermagem: a percepção dos alunos*. Ribeirão Preto, 1997, 126p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SILVA, L.; BOCCHI, S.C.M. A sinalização do enfermeiro entre os papéis de familiares visitantes e acompanhante de adulto e idoso. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2005 março-abril; 13(2):180-7.

SOUZA, R. C., PEREIRA, M. A. e KANTORSKI, L. P. Escuta terapêutica: instrumento essencial do cuidado de enfermagem. *Revista Enfermagem Uerj*, v.11. n.1, p.92-97, jan/abr, 2003.

VALENTE, N.M.L.M., BACHION, M.M. e MUNARI, D, B. A Religiosidade dos Idosos: significados, relevância e operacionalização na percepção dos profissionais de saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, v.12, n.1, p.11-17, jan/abr, 2004.

VASCONCELOS. E.M. *A Espiritualidade no Trabalho em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

WEIL, P. D'AMBROSIO, U. e CREMA, R. *Rumo a nova transdisciplinaridade: sistemas abertos de conhecimento*. São Paulo: Summus, 1993.

ZICHICHI, A. *Por que acredito naquele que fez o mundo: entre a fé e a Ciência*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2000.

ZIMMERMANN, Z. *Perispírito*. 2ed. Campinas, São Paulo: Centro Espírita Alan Kardec – Dep. Editorial, 2002.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM



Título da pesquisa: “A Religiosidade no Cuidar de Enfermagem”

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, acadêmica do 9º período da Faculdade de Enfermagem (FENF), conto com a sua colaboração na realização da presente pesquisa, que tem o objetivo de compreender como a religiosidade dos profissionais de enfermagem influencia o cuidar que estes prestam a seus clientes. Solicitamos seu consentimento, através da assinatura deste Termo, para entrevistá-lo, bem como para utilizar, nesta pesquisa, dados obtidos a partir do seu depoimento, em publicações e divulgação em eventos científicos. Você receberá uma cópia deste Termo, no qual consta o telefone do pesquisador, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

Trata-se de uma entrevista que será gravada em fita cassete e posteriormente transcrita na íntegra. De acordo com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Pesquisas com seres humanos, asseguramos anonimato, sigilo dos dados confidenciais, liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem nenhuma penalização.

Agradeço sua atenção,

Ana Paula Alves Salgado

Tel. da FENF:

Ruth Mylius Rocha

Eu, _____, declaro estar ciente de todas as informações acima e dou o meu consentimento ao Termo proposto desde que mantidos os compromissos acima assumidos.

Assinatura do entrevistado

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2006.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM



Título da pesquisa: “A Religiosidade no Cuidar de Enfermagem”

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ENTREVISTA

- 1) Formação Profissional:
- 2) Idade:
- 3) Sexo:
- 4) Tempo de Profissão:
- 5) Você tem alguma crença ou religião? Qual?
- 6) O que você entende por religiosidade?
- 7) Caso você entenda que possui religiosidade, em algum momento da sua vida profissional você já precisou expressá-la para cuidar de um cliente? Descreva esse momento.
- 8) Você já expressou a sua religiosidade no ambiente profissional para o seu autocuidado? De que forma?
- 9) Você considera importante valorizar a religiosidade do cliente? Por quê?

QUADRO DA FORMAÇÃO DAS CATEGORIAS

TEMAS	U.R. (n)	%	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
Considerando importante a prudência na abordagem das questões religiosas dos clientes	8	3,8	Valorização da Religiosidade do Cliente	O Cuidar Através da Dimensão Religiosa
Valorizando a religiosidade do cliente	30	14,21		
Mostrando respeito à religiosidade do cliente	3	1,42		
Considerando a religiosidade do cliente importante para a saúde	9	4,26		
Descrevendo como cuidam através da dimensão religiosa	11	5,21		
Percebendo quando o cliente busca a espiritualidade	7	3,31		
Total	68	32,22		
Comentando sobre os benefícios da religiosidade para o cliente	12	5,68	Impacto da Religiosidade para o Cliente e para o Enfermeiro	A Influência da Religiosidade dos Enfermeiros na Busca por um Holismo no Cuidar do Ser Humano Integral
Encontrando o significado da religiosidade na própria vida	6	2,84		
Total	18	8,53		
Expressando a religiosidade no cuidar	21	9,95	Reflexão sobre a Religiosidade no Cuidar	
Refletindo sobre o cuidado espiritual na saúde	12	5,68		
Reconhecendo a não valorização da religiosidade por parte da equipe de saúde	7	3,31		
Total	40	18,95		
Praticando o autocuidado através da religiosidade	21	9,95	Religiosidade no Autocuidado	
Conceituando religiosidade	40	18,95		
Total	61	28,9		
Considerando a religiosidade como questão íntima e pessoal	9	4,26	Dificuldade em Abordar o Assunto Religiosidade	Desconforto em Abordar o Assunto Religiosidade
Sentindo dificuldade em abordar a religiosidade do cliente	7	3,31		
Sentindo constrangimento na abordagem da religiosidade	2	0,94		
Total	18	8,53		
Enfermeiro x cliente entrando em choque de crenças	2	0,94	Enfermeiro em Choque com as Crenças do Cliente	
Enfermeiro x cliente lidando com as diferenças de crenças	4	1,89		
Total	6	2,84		
Total	211	100		

Legenda: U.R – Unidades de Registro

ANEXOS