

**ANÁLISE DA COMPREENSÃO DOS RESIDENTES E
PRECEPTORES DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM
SAÚDE DO RECIFE ACERCA DO CONCEITO DE
ESPIRITUALIDADE.**

***ANALYSIS OF THE UNDERSTANDING OF RESIDENTS AND
PRECEPTERS OF RECIFE HEALTH RESIDENCE PROGRAMS
ABOUT THE SPIRITUALITY CONCEPT.***

Rayanne Victória Araújo Lins Rocha

Graduanda do 6º período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde

Endereço: Rua Desembargador João Paes, 815, Recife, PE, 51021360

Telefone: (81) 99048057 E-mail: rayvic20@hotmail.com

Joyce Maia Arca

Graduanda do 6º período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde

Endereço: Rua Simão Mendes, 200, Recife, PE, 52050-110

Telefone: (81) 998700006 E-mail: joyce_maia10@hotmail.com

Arturo de Pádua Walfrido Jordán

Médico formado pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) com residência médica em Medicina de Família e Comunidade pelo Instituto de Medicina Integral Profº Fernando Figueira – IMIP; Mestre em Educação para o Ensino da Saúde; Tutor da Faculdade Pernambucana de Saúde; Coordenador Geral das Residências em Saúde do Recife.

Telefone: (81) 9 9971 2961

E-mail: arturojordan@fps.edu.br

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Tutor do curso de Psicologia e da pós-graduação da Faculdade

Pernambucana de Saúde; Coordenador da especialização em Neuropsicologia e do Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde.

Telefone: (81) 99245-1890.

E-mail: leopoldopsi@gmail.com

Este artigo não envolve conflitos de interesse por parte dos autores. Os custos do trabalho foram financiados pelos próprios autores da pesquisa.

RESUMO

OBJETIVO: Analisar como o conceito de espiritualidade é compreendido pelos preceptores e residentes dos programas de residência em saúde da prefeitura do Recife. **MÉTODO:** Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa que analisou entrevistas segundo a proposta de Minayo de 16 residentes e 16 preceptores de 8 Programas de Residência da SESAU-Recife. Os dados foram coletados do projeto Ancora “Saúde e Espiritualidade nos Programas de Residência da Secretaria de Saúde Do Recife”. As análises das entrevistas seguiram a proposta de Minayo. O estudo obedeceu aos termos das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa em seres humanos, sendo aprovado pelo CEP da FPS via parecer 2.811.270. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O conteúdo foi analisado e dividido em quatro categorias: espiritualidade como cuidado, como empatia, como ética e como religião. Notou-se que muitos entrevistados entendiam cuidado como espiritualidade devido ao conceito holístico de saúde, que inclui a esfera espiritual. O conceito de empatia pauta sua relação através de seu poder transformador, que é utilizado por muitos líderes religiosos. A ética está relacionada à espiritualidade ao passo que muitos códigos morais são regidos por seus princípios. Por fim, a associação entre espiritualidade e religião ocorre pela sobreposição desses conceitos, frequentemente encontrados como sinônimos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Através desse artigo os pesquisadores pretendem incentivar a exploração da esfera espiritual em meio à relação entre profissionais de saúde e pacientes, para isso, salientam a necessidade de um conceito único de Espiritualidade.

Palavras-chaves: Espiritualidade; Religião, Internato e Residência.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze how the concept of spirituality is understood by the preceptors and residents of the Recife City Hall health residency programs. **METHOD:** An exploratory, descriptive study with a qualitative approach that analyzed interviews according to Minayo's proposal of 16 residents and 16 preceptors from 8 SESAU-Recife Residency Programs. Data were collected from the Ancora project "Health and Spirituality in the Residency Programs of the Recife Health Secretariat". The analysis of the interviews followed Minayo's proposal. The study complied with the terms of resolutions 466/12 and 510/16 of the National Health Council for research on human beings and was approved by the FPS CEP through opinion 2.811.270. **RESULTS AND DISCUSSION:** The content was analyzed and divided into four categories: spirituality as care, empathy, ethics and religion. It was noted that many respondents understood care as spirituality due to the holistic concept of health, which includes the spiritual sphere. The concept of empathy guides its relationship through its transformative power, which is used by many religious leaders. Ethics is related to spirituality whereas many moral codes are governed by its principles. Finally, the association between spirituality and religion occurs through the overlap of these concepts, often found as synonyms. **FINAL CONSIDERATIONS:** Through this article the researchers intend to encourage the exploration of the spiritual sphere in the relationship between health professionals and patients, for this, they emphasize the need for a unique concept of Spirituality.

Keywords: Spirituality; Religion, Internship and Residence.

I. INTRODUÇÃO:

A espiritualidade sempre esteve presente na esfera social, desde os tempos mais antigos até os dias contemporâneos. Ela tem a capacidade de despertar iniciativas otimistas e suas implicações sobre o ser humano vêm sendo estudadas, sobretudo as que concernem à saúde. Para entender seu papel, é preciso, antes de tudo compreender o que é espiritualidade e os conceitos relacionados a ela.¹

O conceito de espiritualidade continua sem uma definição aceita por todos, mas entre as definições mais difundidas está a que reconhece espiritualidade como uma busca pessoal pelo entendimento de respostas a questões sobre a vida, seu significado e relações com o sagrado e transcendente, que pode ou não estar relacionada a propostas de uma determinada religião. De tal forma, fica entendido que a espiritualidade pode ou não estar associada a manifestações religiosas. Contudo, muitas vezes os conceitos de espiritualidade e religião são utilizados como sinônimos, apesar de possuírem definições diferentes. Entende-se que a espiritualidade é tudo aquilo que dá sentido à vida, ultrapassando à esfera religiosa. A religião, seria, por sua vez, um sistema organizado de rituais, crenças e símbolos utilizado para aproximar o sagrado ou transcendental.^{1,2}

Outro conceito relacionado importante é o de religiosidade. Esta seria o quanto a religião está presente na vida de uma pessoa e o quanto isso influencia seu cotidiano, seus hábitos e sua forma de ver o mundo. Essa religiosidade pode ser intrínseca ou extrínseca. Na religiosidade intrínseca, a necessidade de maior importância na vida dessa pessoa é a religião, as outras necessidades são vistas como secundária àquela. Já na religiosidade extrínseca a religião é usada pelo indivíduo para atingir seus interesses, proporcionando-lhe segurança e conforto, além do status e aprovação social.³ Além disso, a religiosidade pode ser dividida em: organizacional, assim designadas práticas religiosas que envolvam a participação ativa dos indivíduos nos templos religiosos, ou não organizacional, constituída por práticas mais

individuais como rezar, ler livros religiosos ou assistir programas de televisão sobre o assunto.¹

Além disso, a literatura coloca que a espiritualidade é um sentimento pessoal, que desperta interesse por si e pelos outros, dando um significado maior ao que está sendo vivido. Por isso, a espiritualidade ajuda o homem a suportar sentimentos de impotência, raiva e culpa e ao mesmo tempo instigar iniciativas positivas, com um ótimo potencial para a melhora de sua qualidade de vida.⁴

Neste contexto, a associação da dimensão espiritual à saúde foi sugerida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1998. Para isso, a OMS realizou um estudo que transformou experiências místicas e meditativas em dados mensuráveis, baseados na própria literatura e na prática médica. Foi avaliada a qualidade de vida em relação à Religiosidade, Espiritualidade, Crenças Pessoais e mais 100 itens. Outros estudos comprovam a relação entre o envolvimento religiosos e espiritual a uma maior longevidade, menor ansiedade, depressão e pensamentos ou tentativas suicidas.⁵

Neste sentido estudos têm sido feitos abordando como essa melhoria da qualidade de vida atrelada a uma espiritualidade saudável estaria ligada a benefícios para a saúde. Uma pesquisa feita com base em uma metanálise de mais de 850 estudos comprovou que as pessoas que vivenciam melhor saúde mental são justamente aquelas que são mais espiritualizadas, sendo estas, também, mais bem adaptadas ao estresse. Outros estudos feitos com base na mesma pesquisa mostram que a maioria das pessoas religiosas possuem estilos de vida mais saudáveis, melhor condicionamento físico e menor necessidade de intervenções médicas.⁴

As práticas religiosas/espirituais constituem uma parte importante da cultura e dos princípios utilizados para dar forma a julgamentos e ao processamento de informações.⁶ Portanto, como mostrado anteriormente, possui íntima relação com à saúde mental. A

literatura demonstra a esquizofrenia e a epilepsia como os transtornos mentais mais frequentemente relacionados com sentimentos e sintomas religiosos, contrapondo, até certo ponto, a associação totalmente fidedigna entre saúde mental e a prática da espiritualidade. Foi relatada a significativa ocorrência de sintomas religiosos entre pacientes bipolares. Já em relação à depressão ocorre o contrário, ou seja, os sintomas de espiritualização a depressão estão relacionados de forma inversa, quanto mais presentes as crenças e práticas espirituais menores os índices de sintomas depressivos. Tais sintomas associados às manifestações psicóticas apresentam-se de forma difusa. Predominam delírios de culpa pela falta ou perda de sua fé.⁷ Sendo assim, a espiritualidade e suas manifestações, como a religião, também podem estar associadas à maior estresse.⁸

Há indícios de que a espiritualidade influencia até mesmo a saúde física. Estudos epidemiológicos mostram sua ligação com as doenças cardiovasculares, registrando a prevalência de maior sobrevivência, menores níveis pressóricos e menores complicações pós-cirúrgicas.⁸

Outras pesquisas revelam a correlação positiva entre o apoio social e a espiritualidade no tratamento de mulheres que enfrentam o câncer de mama. Da mesma forma, a fé foi avaliada como fonte de conforto e segurança para pacientes com câncer cérvico-uterino. Em pacientes laringectomizados foi considerada uma importante forma de suporte, da mesma forma que esteve relacionada à esperança e equilíbrio em pacientes idosos.⁹

A espiritualidade também exerce influência em processos de recuperação, como no caso de pacientes em tratamento de alcoolismo, proporcionando o conforto de pessoas em abstinência. Auxiliando a intensificar uma força interior que os motivam a cuidar de sua saúde, promovendo hábitos mais saudáveis, assim como uma rotina e comportamento mais equilibrados. Os dados desse trabalho sugerem que a busca pela religião promove

acolhimento e estados espirituais positivos, originando conforto e alívio emocional, através da criação de vínculos e do alívio pessoal.¹⁰

No tratamento de doenças crônicas incuráveis a espiritualidade funciona como uma forma de obter apoio e alívio para sua dor. Nos pacientes que realizam diálise, por exemplo, maior espiritualidade e maior religiosidade estão relacionadas com melhor qualidade de vida, maior apoio social, maior satisfação com a vida e até mesmo com o próprio atendimento médico. Nesse mesmo estudo, verificou-se que os pacientes dialíticos com menor espiritualidade demandavam mais condutas para manutenção da vida, como a intubação orotraqueal. Além disso, constatou-se que a espiritualidade ajudou os familiares desses pacientes a enfrentar os desafios trazidos pelo tratamento.¹¹ Também é possível associar religiosidade à qualidade de vida em pessoas com HIV, tornando perceptível a importância do fortalecimento espiritual no enfrentamento da doença.¹²

Na fase de terminalidade da vida, quando os pacientes se encontram em cuidados paliativos é a espiritualidade que dá um sentido para a continuidade, pela ideia de que a vida não termina com a morte do corpo.¹³ Ela oferece o aprendizado para o enfrentamento da morte com naturalidade, transmitindo confiança para o paciente e conseqüentemente para sua família.

Desta forma fica clara a influência da espiritualidade sobre a saúde humana, incluindo seus efeitos na saúde mental, na qualidade de vida, no tratamento de outras doenças e de maneira geral na forma como se enfrenta a doença. Portanto, é fundamental que em um país como o Brasil, em que 92,6% da população possuem uma religião e aproximadamente 90% costumam frequentar à igreja, a espiritualidade e religiosidade sejam exploradas de forma positiva na relação médico paciente, este sendo visto de forma holística.¹¹

Contudo, os profissionais de saúde, na sua maioria, são formados seguindo o paradigma científico da medicina moderna, o qual determinou uma separação entre corpo e

mente, ser humano e natureza. Entretanto, essa separação não ocorreu da mesma forma para os pacientes, já que, a maioria diz que as crenças espirituais são importantes maneiras pelas quais podem enfrentar e lidar melhor com as doenças, sendo o fator mais importante que os ajuda nessas horas.¹⁴

Portanto, os pacientes anseiam que a integralidade do cuidado seja atendida. Devido à importância do assunto, escolas médicas nos Estados Unidos instituíram cursos em espiritualidade para melhor qualidade da relação médico-paciente.¹⁵ Por isso, disciplinas preparatórias para lidar com questões espirituais dos pacientes são comuns. Além disso, em países da América do Norte e Europa é comum a presença de uma figura religiosa dentro dos hospitais. No Brasil, por outro lado, constatou-se a escassez de serviços de apoio religioso nas instituições de saúde, somada a uma capacitação e treinamento sobre a temática espiritual muito aquém do desejado.⁹ Essa insuficiência no ensino da Espiritualidade se deve, entre outros fatores, à ausência de uniformidade com relação ao seu conceito.

Todavia, alguns autores consideram que a falta de um consenso sobre a definição da espiritualidade é parte de uma evolução normal de uma área de estudo nova, não podendo ser identificada como uma deficiência significativa.⁵ A ausência de uma definição uniforme traz consequências negativas na formação dos profissionais de saúde, pois sem que haja um consenso sobre o tema, não haverá a abordagem necessária para esse assunto nas instituições de ensino. Entretanto, um conceito único e insuficiente ou errôneo também traz consequências negativas para a formação profissional. Diante de tal conjectura, é necessário entender como residentes e preceptores compreendem o conceito de Espiritualidade, esclarecendo as diversas definições empregadas.

II. OBJETIVOS:

Analisar como o conceito de espiritualidade é compreendido pelos preceptores e residentes dos programas de residência em saúde da prefeitura do Recife.

III. MÉTODO:

Foi realizado um estudo descritivo, com metodologia qualitativa na Secretaria de Saúde (SESAU) do Recife, tendo como base os dados coletados entre os meses de Abril a Outubro de 2017 do projeto âncora intitulado “Saúde e Espiritualidade nos Programas de Residência da Secretaria de Saúde Do Recife” (Anexo 1). Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em humanos na Faculdade Pernambucana de Saúde via parecer número 2.811.270.

A população selecionada para participar do estudo contou com 32 sujeitos, sendo 16 residentes e 16 preceptores dos programas de residencia da secretaria de saúde do Recife das seguintes áreas: Residência em Enfermagem em Atendimento Pré-Hospitalar, Residência em Enfermagem Obstétrica, Residência em Medicina de Família e Comunidade, Residência em Medicina em Psiquiatria, Residência em Odontologia em Saúde Coletiva, Residência Multiprofissional em Vigilância em Saúde, Residência Multiprofissional na Rede de Atenção Psicossocial, Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Para serem incluídos na amostra, os profissionais de saúde deveriam estar em plena execução de suas atividades.

A captação dos participantes se deu após assinatura, por parte dos coordenadores dos Programas de residência já cientes dos objetivos do projeto, da carta de anuência. Após realização de contato prévio para agendar a entrevista, foi explicado aos participantes os objetivos trabalhos e suas possíveis dúvidas foram sanadas. A seguir, conferiram-se os critérios de elegibilidade e, a partir da assinatura do TCLE, foi realizada a entrevista.

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada para a realização das entrevistas. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra por seus pesquisadores, na medida em que foram sendo realizadas, tendo em vista a fidedignidade dos depoimentos foram incluídas todas as expressões emocionais, espontaneidade, constrangimentos e comportamentos, buscando a formação do pensamento analítico nessa situação.¹⁶ Foi utilizado o modelo de análise, classificação e categorização do conteúdo segundo Minayo.

Após as entrevistas, foi realizada uma verificação quanto à qualidade e à suficiência das informações durante o período de pré-análise, em que foi feita a leitura flutuante e a constituição do Corpus.¹⁷ Assim, após identificação de conceitos e pontos norteadores, os materiais foram examinados identificando-se as unidades de fala que remetam aos elementos ou categorias de análise. Seguido da horizontalização, foram feitos recortes de transcrições, núcleos de sentido e temas centrais com subcategorias, (análise transversal do material).

Por fim, foi realizada a interpretação, com discussão cuidadosa e permanente pela equipe de pesquisadoras, privilegiando a subjetividade apreendida a partir do contexto das falas e sempre ancorada no referencial teórico adotado.

IV. RESULTADOS e DISCUSSÃO:

Dos 32 sujeitos entrevistados a maioria é do sexo feminino, solteira, sem filhos, com média de idade 33 anos, renda média de R\$ 6.171,00 e como maioria declarando ter religião e sendo da religião católica.

Após escuta, transcrição e leitura exaustiva do material, as falas foram divididas em quatro categorias de acordo com os conceitos empregados à espiritualidade pelos entrevistados: espiritualidade como cuidado, espiritualidade como empatia, espiritualidade como ética e espiritualidade como religião.

Na categoria espiritualidade e cuidado, esta categoria foram selecionadas falas dos profissionais de saúde entrevistados em que há associação direta entre o conceito de espiritualidade com o conceito de cuidado e, até mesmo, de autocuidado. Para os entrevistados, a Espiritualidade é expressada por meio do cuidado:

“a importância da espiritualidade, dessa humanização, desse cuidado, desse amor ao próximo” (P11)

“a espiritualidade tá em todos os momentos né, do nosso, nossa residência né, do nosso cuidado. Então eu acho que no momento da consulta, no momento das atividades teóricas, quando se fala de centrar, do cuidado, método clínico centrado na pessoa, isso é abordado...”. (P3)

“práticas de cuidado e a palavra cuidado especificamente em saúde, tem um caráter de espiritualidade que é abordado indiretamente” (R7)

“cuidado com as pessoas em transtorno mental, a partir da abordagem do como você estabelece vínculo, como você se presentifica, pra fazer esse cuidado a essas pessoas, nós conseguimos evidenciar esse conceito da espiritualidade. Porque é a forma de se responsabilizar pelo outro, é a forma de ter consciência que tem um outro na sua frente”. (P5)

“é uma dimensão da vida da pessoa e que estaria totalmente direcionada e relacionada com seu cuidado com a própria saúde” (R7)

Na literatura o cuidado é entendido como algo essencial para o ser humano, que confere a totalidade do ser.¹⁸ Como promotores do cuidado, os profissionais de saúde atribuem suas ações para com o paciente como uma forma de expressar a própria espiritualidade ao tentar promover a integralidade do outro.

Essa associação entre esses conceitos pode ser explicada por meio da percepção de espiritualidade como algo inerente ao ser humano, que faz parte do conceito global de saúde por estar ligada a alguns de seus indicadores, como a busca por um propósito de vida.¹⁹ Tal percepção de Espiritualidade como indicador de saúde leva os profissionais da área a compreender a necessidade do cuidado espiritual no manejo com o paciente. Essa visão é possível graças à difusão do entendimento de saúde como algo holístico, não estando restrito apenas a saúde física e mental.²⁰

Alguns autores trazem definições de espiritualidade que corroboram ainda mais com esta associação do cuidar. Segundo Boff (2001) a espiritualidade é revelada através de ações e sentimentos, como o diálogo e o amor, que levam a capacidade de escutar o próximo e se responsabilizar por ele, sendo o cuidado a consequência desses atos.²¹ Definições como essa causam um fortalecimento da ideia de que o conceito de espiritualidade se confunde com o do cuidado, justificando o motivo dos entrevistados associarem esses conceitos, sobretudo por estarem em uma área de trabalho que tem por ofício básico cuidador do próximo.

Na categoria espiritualidade como empatia, ao ser questionado aos entrevistados a respeito do entendimento do conceito espiritualidade, muitos faziam uma associação direta com o conceito de empatia. Essa relação pode ser demonstrada nas seguintes falas:

“Espiritualidade, eu acho que é bem abrangente, vai desde a questão de você ver o outro como a si mesmo”. (P1)

“Então... esse contexto da espiritualidade é muito próximo de algumas questões também que a gente, busca na residência, que é uma prática mais humanizada, então assim, da escuta do outro, de uma empatia, de se colocar no lugar do outro” (P15)

“A gente se colocar um pouquinho no lugar do outro... Eu acho que é ter compaixão, ter espiritualidade né, a gente as vezes só sente quando a gente está do outro lado da, do cenário né” (P12)

“cuidar do outro dentro da nossa atuação. Então, isso sempre foi tratado, em todos os momentos, né, esse cuidado com o outro, essa humanização, ter empatia pelo outro né, de olhar no olho e tratar como igual” (R5)

Empatia é a capacidade de percepção da consciência de outra pessoa e de pensar de maneira equivalente a ela, e que, por meio dessa capacidade, as pessoas conseguiriam compreender umas às outras, sendo capazes de sentir uma emoção análoga, usando essa compreensão para direcionar suas próprias ações.²²

Nas últimas décadas houve uma disseminação de atitudes e pensamentos empáticos pelo mundo, através, inclusive, de líderes religiosos. Por ser um fator importante de propagação de mudanças sociais, a empatia é integrada a muitas religiões que visam um bem-estar social maior, através de práticas como a caridade, por exemplo. Essa integração entre empatia e religião repercute na compreensão do conceito de Espiritualidade ao passo que ainda há uma forte associação entre este e a ideia de práticas religiosas.²³

Em pesquisas recentes, foi confirmado que como animais sociais, possuímos a capacidade de ser empáticos uns com os outros. Os profissionais de saúde, por estarem constantemente em contato com a dor e sofrimento alheio, parecem ter maior facilidade no desenvolvimento do pensamento empático. Isso faz com que a Empatia ganhe um papel de destaque no cotidiano dessas pessoas, podendo esse ser um sentimento que lhes dá sentido à vida, ocupando, dessa forma, um papel muito próximo ao ocupado pela Espiritualidade.²³

Portanto, a empatia é considerada de extrema importância adaptativa individual que permite ao indivíduo a capacidade de lidar mais facilmente com as demandas pessoais, sociais e com as relações interpessoais, sendo considerada uma forma de expressão da espiritualidade, que é justamente uma dimensão do indivíduo que se revela pela capacidade de diálogo consigo e com o próximo e que traz significado à vida dos indivíduos.²⁴

Na categoria espiritualidade com ética, foi possível notar entre parte relevante dos entrevistados, a associação entre o conceito de espiritualidade e princípios morais, sobretudo, éticos. Nas falas abaixo é possível notar esse entendimento:

“toda forma como o indivíduo se expressa, como ele... a sua forma cultural, as suas crenças, os seus valores, eu acho que tudo isso tá dentro da espiritualidade.” (R11)

“você seguir, vamos dizer assim, conceitos corretos” ... “princípios que a sociedade, assim, que seus pais eles lhe dão alguns princípios” (R2)

“eu acredito que, seria mais uma questão de, de visão de mundo, de visão de ética...” (R10)

A palavra Ética é compreendida como parte da Filosofia que estuda os princípios e valores ideais da conduta humana, separando o que é considerado bom do que é mal. Dessa forma, a Ética se relaciona desde a Antiguidade com a religião, através da definição do modo correto de agir perante a divindade superior e perante a sociedade. Essa associação continua vigente na sociedade atual, já que muitas pessoas vivenciam sua espiritualidade através de práticas religiosas que seguem códigos morais.²⁵

Essa associação acaba ganhando maior repercussão entre os profissionais de saúde, devido à forte presença da bioética em suas atividades profissionais. A relação com o paciente passa a ser pautada por princípios, como o da beneficência, justiça, autonomia e não maleficência. Tais princípios contribuem para a compreensão do paciente não apenas em sua esfera física, mas também na esfera moral e espiritual. A aproximação desses conceitos em meio à vivência das práticas em saúde, corrobora para que os conceitos de espiritualidade e ética se confundam, gerando associações como as encontradas nas entrevistas acima.^{26,27}

Na categoria espiritualidade como religião, os entrevistados fizeram uma associação direta entre o significado de religião e de espiritualidade quando perguntados a respeito do conceito de espiritualidade, sendo expressa através das seguintes falas:

“Pode ter como representante algo maior do que a gente, no meu caso tem um deus e, e a minha religião e seus princípios, como norteadores da minha espiritualidade”. (R3)

“acreditar em algum Deus, questão de ter uma religião, seguindo ou não, mas é mais uma questão de ter um... uma questão emocional, mas em relação a religião”. (P11)

“uma conexão que a pessoa tem com algo... deixa eu pensar... digamos assim, levando pra minha religião, com o divino né” (P10)

O conteúdo das falas corrobora a ideia de sobreposição que existe no senso comum entre a distinção dos conceitos de espiritualidade e religião. Tal fato também contribui com as dificuldades encontradas na elaboração de uma prática de atenção voltada às necessidades espirituais e religiosas pelos profissionais de saúde.²⁸

A religião é uma doutrina específica que se expressa através de sistemas de cultos, crenças e rituais, permitindo ligar, religar e integrar o indivíduo ao divino, sendo assim, capaz de colocar um referencial supremo além do individualismo que traz significado e propósito à vida, com o intuito de conduzir à felicidade e à satisfação. Já a espiritualidade é uma busca pessoal para encontrar significados a questões relacionadas ao fim da vida, ao seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente.^{29,30}

Apesar de conceitos distintos, existe um vínculo direto entre esses, expressos na literatura. De acordo com Koenig (2001) a Espiritualidade refere-se a um termo mais geral que pode incluir também a religião, sendo esta uma forma de expressão da espiritualidade, o que permite afirmar que existem pessoas espiritualizadas, embora não sigam nenhuma

religião. Assim, o propósito da religião é prover uma estrutura onde se possa desenvolver uma consciência espiritual.^{1,28}

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A partir da análise dos dados, pode-se notar que, parte dos residentes e preceptores dos programas de residência da prefeitura do Recife compreendem alguns aspectos relacionados ao conceito de Espiritualidade, sobretudo os que estão relacionados a vivência cotidiana. Entre essas associações, a confusão com o conceito de Religião, que aparentemente era a relação mais comum, de acordo com a literatura, não se sobressaiu em relação aos demais conceitos atribuídos a palavra Espiritualidade.

No entanto, novos conceitos foram encontrados quando os participantes da pesquisa foram questionados sobre o entendimento acerca da Espiritualidade. Conceitos como empatia e ética surgiram em meio às entrevistas, associação que até então não se mostrava muito evidente na literatura.

A associação entre Ética e Espiritualidade pode ser justificada pelos códigos morais impostos por muitas religiões. O fato de agir de acordo com os princípios éticos cria uma sensação de satisfação que se assemelha a presença da Espiritualidade na vida dos indivíduos. Além disso, há uma imagem social de que uma pessoa espiritualizada é aquela que segue as normas morais, buscando o bem-estar da sociedade, tal ideia contribuiu para que haja essa sobreposição de conceitos.

Essa relação entre cuidado e Espiritualidade pode ser explicada pelo fato de que todos os entrevistados são profissionais de saúde, que dessa forma, tem o cuidado como um sentimento intrínseco a sua vida profissional, desempenhando, portanto, um papel bastante presente no cotidiano dessas pessoas, o que interfere também em suas crenças e formação

espiritual. De forma semelhante, o conceito de Empatia também sofre influência devido ao meio em que os entrevistados estão inseridos.

Com o presente estudo, pretende-se promover um maior esclarecimento do conceito de espiritualidade entre os profissionais de saúde, acreditando que tal conhecimento trará benefícios no tratamento de muitos pacientes que, atualmente, não tem sua espiritualidade abordada. Busca-se com isso, também, aproximar profissionais de saúde e pacientes, através da aplicação da espiritualidade na prática diária dessas pessoas, gerando um cuidado integral, que visa não só o bem-estar físico, mas também espiritual.

Além disso, deseja-se que esse estudo demonstre a necessidade de uma definição consolidada de espiritualidade, para que assim possa ser implementado formalmente nas grades curriculares dos acadêmicos de saúde conteúdos que abordem a Espiritualidade no cuidado integral do indivíduo, seja ele o paciente ou próprio profissional.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Handbook of Religion and Health by Harold G. Koenig, Michael E. McCullough, David B. Larson, 2001 | Online Research Library: Questia [Internet]. Available from: <https://www.questia.com/read/106205934/handbook-of-religion-and-health>
2. Alminhana LO, Moreira-Almeida A. Personalidade e religiosidade/espiritualidade (R/E). *Rev Psiquiatr Clin.* 2009;36(4):153–61.
3. Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosidade e Saúde. *Saúde e Espirit uma Nov visão da Med.* 2008;427–43.
4. Saad M, Masiero D, Battistella LR. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica.* 2001;8(1):18–23.
5. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Jr. AA. Religiosidade , Espiritualidade e Doenças Cardiovasculares. *Rev Bras Cardiol.* 2011;24(1):55–7.
6. Stroppa A, Alexander Moreira-Almei DA. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. *Rev Psiquiatr Clin.* 2009;36(5):205–11.
7. Lucchetti G, Oliveira LR de, Lucchetti ALG, Leite JR. Spirituality in medical education: new initiatives in Brazil. *Clin Teach.* 2011;8(3):213.
8. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Puchalski CM. Spirituality in medical education: Global reality? *J Relig Health.* 2012;51(1):3–19.
9. Gobatto CA, Araujo TCCF. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. *Psicol USP* [Internet]. 2013;24(1):11–34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642013000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
10. Zerbetto SR, Gonçalves AM de S, Santile N, Galera SAF, Acorinte AC, Giovannetti G. Religiosity and spirituality: mechanisms of positive influence on the life and treatment of alcoholics. *Esc Anna Nery - Rev Enferm* [Internet]. 2017;21(1):1–8. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20170005>

11. Lucchetti G, Almeida LGC De, Granero AL. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? *J Bras Nefrol.* 2010;32(1):128–32.
12. Medeiros B, Alayde A, Saldanha W. The relationship between religiousness and quality of life in people living with HIV. 2012;29(1):53–62.
13. Arrieira IC de O, Thofehrn MB, Milbrath VM, Schwonke CRGB, Cardoso DH, Fripp JC. The meaning of spirituality in the transience of life. *Esc Anna Nery - Rev Enferm* [Internet]. 2017;21(1):1–6. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20170012>
14. Aparecida De Oliveira R. Saúde e espiritualidade na formação profissional em saúde, um diálogo necessário. 1984;54–5. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/32819/pdf>
15. Benko MA, Paes MJ, Silva D. Pensando a Espiritualidade no Ensino de Graduação. *Rev Lat Am Enferm* [Internet]. 1996;4(1):71–85. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691996000100007&script=sci_abstract&tlng=pt
16. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2005 [cited 2016 Nov 20];39(3):507–14. Available from: www.fsp.usp.br/rsp
17. MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14th ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 407
18. Polaro I, Radünz V, Kotzias E, Santana ME De. Cuidado , autocuidado e cuidado de si : o cuidado de enfermagem. 2009;43(3):697–703. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a28v43n3.pdf>
19. Gerone L. A religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado entre profissionais da saúde. 2016;129–51. Available from:

<http://periodicos.pucminas.br/index.php/interacoes/article/view/P.1983-2478.2016v11n20p129/10898>

20. Evangelista CB. Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros. 2016;20(1):176–82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0176.pdf>
21. Boff L. Espiritualidade: um caminho de transformação, Volume 1 [Internet]. Sextante; 2001 [cited 2016 Nov 16]. 94 p. Available from: <https://books.google.com/books?id=14lZAAAAMAAJ&pgis=1>
22. Tassinari M, Durange W. Experiência empática: Da neurociência à espiritualidade. Rev da abordagem gestáltica [Internet]. 2014; Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672014000100007
23. Krznaric R. Empathy: A Handbook for Revolution. Zahar, editor. 2015.
24. Ceconello AM, Koller SH. Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. 2000;5(1):71–93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v5n1/a05v05n1.pdf>
25. Ferreira A. A ética espírita. Rev Int espiritismo [Internet]. 2005; Available from: http://www.espiritualidades.com.br/Artigos/F_autores/FERREIRA_Altivo_tit_Etica_espirita-A.htm
26. Oliveira GR De, Salvi MC, Evangelista JL, Corcioli D, Espinha M, Lucchetti G. Saúde , espiritualidade e ética : a percepção dos pacientes e a. 2013;11(2):140–4; Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n2/a3566.pdf>
27. Goldim D, Oliveira R. Spirituality in the continuing education of healthcare professionals: An approach to palliative care. 2019; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30862320>

28. Brasília U De, Ciências F De, Brasília-df DDE. Representações sociais sobre religião e espiritualidade. 2015;68(4):609–16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0609.pdf>
29. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Aparecida S. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber?*. 2010;8(X):4–8. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n2/a012.pdf>
30. Paula É de, Nascimento L, Rocha S. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com Insuficiência Renal Crônica. Rev Bras Enferm [Internet]. 2008; Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/15.pdf>

ANEXO 1: PROJETO ANCORA

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O
ENSINO NA ÁREA DE SAÚDE**

**SAÚDE E ESPIRITUALIDADE NOS
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DA
SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE.**

Autor

Arturo de Pádua Walfrido Jordán

Orientador

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

RECIFE Abril de 2017

SAÚDE E ESPIRITUALIDADE NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE.

Projeto apresentado ao Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde como parte dos requisitos para a obtenção do grau de mestre.

Autor

Arturo de Pádua Walfrido Jordán

Médico de Família e Comunidade

Mestrando no mestrado profissional de educação do ensino superior na área de saúde

E-mail: arturojor@yahoo.com.br

Telefone: (81) 9 9971 2961

Endereço: Rua Atlântico,86, Apt 1104, Pina, Recife (PE)

Orientador

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Psicólogo

Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento

Coordenador do curso: Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da FPS

E-mail: leopoldo@fps.edu.br

Telefone: (81) 992451890

Endereço: Rua Jean Emile Favre, 422. Imbiribeira, Recife (PE)

RESUMO

Introdução: Apesar da abordagem em espiritualidade ser comprovadamente eficaz no processo de saúde dos indivíduos, ainda é pouco abordada nas grades curriculares dos cursos na área de saúde. Atendendo a esta demanda, muitas instituições de ensino na saúde incluíram em seus currículos a abordagem de temáticas em espiritualidade principalmente no exterior. No Brasil um movimento crescente para inclusão desta temática nos currículos vem tomando corpo, principalmente nos cursos de graduação. Realidade não compartilhada quando tratamos de programas de especialização ou residência na área da saúde. **Objetivos:** Analisar como o conteúdo relacionado a saúde e espiritualidade é abordado nos Programas de Residência da Secretaria de Saúde da cidade do Recife. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem combinada que envolve pesquisa documental e análise de conteúdo de Bardin das falas de residentes e preceptores sobre a existência de temáticas em saúde e espiritualidade nos currículos dos Programas de Residência da Secretaria de Saúde do Recife.

Palavras-chave: Espiritualidade; Educação em Saúde; Internato e Residência

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	05
II. JUSTIFICATIVA	14
III. PERGUNTA NORTEADORA	16
IV. OBJETIVOS	17
4.1. Objetivo geral	17
4.2. Objetivos específicos	17
V. MÉTODOS	18
5.1. Desenho do estudo	18
5.2. Local do estudo	19
5.3. Período do estudo	20
5.4. População do estudo	20
5.5. Amostra	20
5.6. Critérios e procedimentos para seleção dos participantes	21
5.7. Fluxograma de captação e acompanhamento dos participantes	22
5.8. Coleta de dados	22
5.9. Processamento e análise dos dados	23
5.10. Aspectos éticos	25
5.11. Riscos e Benefícios para os sujeitos do estudo	26
VI. CRONOGRAMA	27
VII. ORÇAMENTO	28
VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
APÊNDICE 1 – Lista de checagem	35
APÊNDICE 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido	36
APÊNDICE 3 – Roteiro de entrevistas	39
APÊNDICE 4 – Carta de anuência	41

I. INTRODUÇÃO

Saúde e espiritualidade histórico e conceitos:

Após a segunda guerra mundial a Organização Mundial da Saúde (OMS) reuniu diversos países para discutir os planos de recuperação no pós-guerra. Dentre as várias análises e ponderações realizadas por este seleto grupo, foi revisto o conceito de saúde. Em 22 de julho de 1946 na cidade de Nova York foi publicada a Constituição da Organização Mundial de Saúde onde encontramos o conceito ampliado de saúde. A visão organicista na qual o conceito de saúde seria compreendido como ausência de doença, muda e amplia a visão sócio humanista neste conceito(1).

Neste ínterim, grandes avanços tecnológicos traziam uma mudança importante no cenário mundial influenciando sobremaneira a forma de pensar e fazer medicina. Esse avanço tecnológico, embora tenha propiciado o manejo avançado de situações de saúde e doença em termos de diagnose e tratamento, possivelmente favoreceu um modelo de saúde biologicista, unicausal e médico-centrado(2).

Estudos alertam para o fato de que a tecnologia tem sido endeusada, e que com isso pode-se notar “ambientes tecnicamente perfeitos, mas sem alma e ternura humana [...] [nos quais] a pessoa vulnerabilizada pela doença, deixou de ser o centro das atenções e foi instrumentalizada em função de determinado fim”. Chamam ainda atenção para o fato de que “a manipulação [...] rouba aquilo que é mais precioso à vida do ser humano: sua dignidade. Entramos num círculo vicioso de coisificação das pessoas e a sacralização das coisas, inversão cruel de valores”(3).

Outro movimento importante foi o aumento das especialidades médicas. O Ser humano, agora desmembrado em partes menores, deveria ser atendido por especialistas em cada setor, afinal, na visão de muitos especialistas, tratando das partes o todo

alcançaria a saúde. No entanto, essa visão não é compartilhada por todos como podemos observar quando Mezzomo et al (2013) traz: “ o excesso de especialização retalha o ser humano e pode reduzi-lo a um quebra cabeça difícil de formar o conjunto. Ideia confirmada por Martin (2003) quando esclarece que a especialização “leva à fragmentação do saber médico e do próprio paciente. Em lugar de tratar a pessoa que está doente, o especialista tende a tratar a patologia, que é da sua especial competência(3).

Interessante é que esses dois movimentos, apesar de terem trazido a possibilidade de uma assistência de melhor qualidade ao usuário da saúde, como efeito colateral, voltaram a tratar o processo de adoecimento como algo puramente orgânico e fragmentado. Em última instância levando a uma desumanização no atendimento, afinal assim como máquinas, bastaria usar das melhores tecnologias assistivas e de diagnóstico tratando as partes doentes para chegar a cura.

A história nos mostra que esta luta de mudanças tanto na visão do processo de saúde e doença como o da integralidade do ser humano, não são novas. Podemos citar, por exemplo Florence Nightingale, considerada por muitos como mãe da enfermagem. A época ela já afirmava que deveríamos: “*Enxergar o ser humano de forma holística, ou seja, como um ser biopsico-sócio-espiritual, que transcende o aspecto físico*”(4).

Então no dia sete de abril de 1999, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publica uma resolução na emenda da constituição propondo que o termo espiritualidade seja acrescido no conceito de saúde, o conceito então ficaria: “*Saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade.*”(5).

Finalmente ao tratar de cuidados paliativos, a OMS (WHO, 2007)(6), refere que o profissional de saúde deve observar os pacientes e ainda seus familiares, ao abordar dor ou outros problemas, em quatro aspectos: Físico, psíquico, social e espiritual. Ideia essa que

vem resgatar o conceito ampliado de saúde e alertar para a espiritualidade como parte fundamental deste processo.

Adentrando no conceito de espiritualidade podemos defini-la como uma busca pessoal pelo entendimento de respostas a questões sobre a vida, seu significado e relações com o sagrado e transcendente, que pode ou não estar relacionada a propostas de uma determinada religião (7)

Em outro sentido, porém complementar ao conceito anterior, espiritualidade pode ser entendida como uma dimensão de cada ser humano. Essa dimensão espiritual que cada pessoa detém se revela pela capacidade de diálogo consigo mesmo, com o próprio coração traduzindo-se “pelo amor, pela sensibilidade, pela compaixão, pela escuta do outro, pela responsabilidade e pelo cuidado como atitude fundamental.”(8).

Finalmente pode-se também definir espiritualidade como aquilo que traz significado e propósito à vida das pessoas. Essa última definição é inclusive utilizada como base em cursos médicos sobre espiritualidade e saúde. A espiritualidade é reconhecida como um fator que contribui para a saúde e a qualidade de vida de muitas pessoas. Esse conceito é encontrado em todas as culturas e sociedades. É expressa como uma busca individual mediante a participação de grupos religiosos que possuem algo em comum, como fé em Deus, naturalismo, humanismo, família e arte.”(9)

Interesse pela espiritualidade e evidências:

Tomando como referência as quatro tarefas essenciais da medicina citadas por Sigerist (1946, *apud* Rosen, 1979) quais sejam: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação(10), pode-se observar efeitos positivos da espiritualidade no processo saúde-doença em cada uma destas tarefas essenciais.

Ao tratar de promoção e prevenção das doenças Koenig (2012) mostra relação direta da espiritualidade com bem-estar e felicidade, esperança, otimismo e auto estima, respectivamente em 79% de 326 trabalhos, 73% de 40 trabalhos, 81% de 32 trabalhos e 61% de 69 trabalhos. Mostra, ainda, que de 137 estudos que avaliam tabagismo e espiritualidade 90% mostram relação inversa entre o hábito de fumar e o nível de espiritualidade dos usuários. Nesta mesma revisão encontramos que de 37 estudos que avaliam atividade física e espiritualidade existe relação direta entre estes fatores em 68% de 37. No âmbito da saúde mental mostra relação inversa com depressão em 61% de 444 trabalhos, 86% de 278 trabalhos relacionados ao uso e abuso de substancias e 49% de 299 trabalhos quando tratamos de ansiedade(11).

Adentrando na recuperação dos enfermos e reabilitação Lucchese, e Koenig (2013) observam relação inversa entre espiritualidade e agravos em 57% de 63 estudos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 63% de 19 estudos para Doença Arterial Coronariana (DAC), e ainda 67 % de 12 estudos mostram relação inversa com infecção pós cirúrgicas em cirurgias cardíacas(12). Encontramos ainda em recente revisão sistemática com meta análise (Gonçalves et al, 2015) diminuição de sintomas clínicos ligados a ansiedade a partir de intervenções ligadas a espiritualidade(13). Avaliando intervenções ligadas a espiritualidade e melhoria de qualidade de vida em pacientes com câncer Kruzinga et al (Kruzinga, 2016) mostram moderado benefício nas duas primeiras semanas porém sem evidência da permanência destes efeitos após 3 a 6 meses(14). Da mesma forma encontramos em outra revisão sistemática com metanálises (OH & KIM, 2012) resultados moderados ao intervir na espiritualidade de pacientes com depressão e ansiedade(15).

Apesar de atualmente existir este robusto e consistente corpo de evidência sobre o impacto (habitualmente positivo, mas também, por vezes, negativo) sobre a saúde, do ponto

de vista educacional, faz-se necessário mostrar de forma clara estas evidências aos profissionais(16). Além disso estudos mostram que os profissionais de saúde alegam falta de treinamento e de habilidade em identificar as demandas dos usuários, assim como o receio de influenciar as crenças dos pacientes, constituindo barreiras que dificultam a abordagem da religiosidade/espiritualidade nos atendimentos(17). Frente a esse desafio, inúmeras instituições de ensino têm incluído atividades relacionadas à espiritualidade em seus currículos.

Espiritualidade e ensino no Brasil e no mundo

Dados recentes demonstram que em 1992 apenas 2% das escolas de Medicina dos Estados Unidos ofereciam atividades relacionadas à espiritualidade, mas em 2004 elas já estavam presentes em 67% dos cursos. No ano de 2008, 100 entre 150 escolas médicas ofereciam alguma atividade ligada à espiritualidade em seus cursos, e em 75 destas 100 escolas a frequência a tais atividades tornou-se parte do programa regular de graduação(18). Verifica-se, neste processo, a inclusão de atividades variadas e com diferentes objetivos em cada instituição. Fortin e Barnet, ao estudarem as formas de inclusão da espiritualidade em atividades acadêmicas de escolas de Medicina, verificaram que elas são estruturadas de diferentes formas, tais como palestras, discussões em pequenos grupos, entrevistas padronizadas de pacientes, acompanhamento de capelães e leituras específicas(19).

Neste contexto, a Association of American Medical Colleges (AAMC), reconhecendo a importância do entendimento, por parte dos médicos, de como a espiritualidade afeta o processo de saúde doença dos usuários(20), elabora o documento *National Competencies in Spirituality and Health for Medical Education (NCSMD)*(21) que traça domínios e competências essenciais a serem desenvolvidas pelos estudantes

sobre saúde e espiritualidade e com isso fomentar iniciativas de educação incluindo a temática nos currículos das escolas médicas.

O NCSMD advoga os seguintes domínios e competências: 1) Sistemas de saúde: aplicar o conhecimento adquirido no sistema de saúde para defender a espiritualidade no cuidado com o paciente; 2) Conhecimento: adquirir o conhecimento necessário para integrar a espiritualidade no cuidado ao paciente; 3) Cuidado com o paciente: integrar a espiritualidade na rotina da prática clínica; 4) Presença compassiva: estabelecer uma presença compassiva e ativa com pacientes, familiares e equipe; 5) Desenvolvimento pessoal e profissional: incorporar a espiritualidade no desenvolvimento pessoal e profissional; 6) Comunicação: diálogo com a unidade de cuidado paciente-família e com demais membros da equipe de saúde a respeito de questões espirituais evidenciadas durante o acompanhamento terapêutico(21).

O Brasil encontra-se em 13^o no ranking internacional de publicações do Scopus (www.scimagojr.com) e em 5^o lugar nos artigos em medicina, psicologia e enfermagem com a temática espiritualidade nos últimos cinco anos(22), no entanto ao tratarmos da abordagem do assunto em cursos de graduação de medicina, por exemplo, no Brasil apenas 40% contemplam a espiritualidade em suas propostas curriculares(23). Contrastando com os três quartos das escolas médicas em países como Estados Unidos e a Inglaterra(24).

Reforçando as resoluções da AAMC e o National Institute for Health Care Research que têm patrocinado conferências anuais desde 1997 para implementar o desenvolvimento curricular desta temática nos cursos pré-médicos e de graduação em Medicina nos Estados Unidos(25), a OMS e a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) recomendam incluir a espiritualidade tanto no cuidado clínico quanto na educação em saúde(26)

Currículo e métodos de ensino de espiritualidade

No Brasil, foram criadas novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN, 2001) para a formação na área de saúde com o objetivo de levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades. Estas novas DCN trazem como perfil do egresso: *Um profissional generalista, crítico e reflexivo e ainda capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano*(27).

Ao colocar o profissional de saúde como promotor da saúde integral, pode-se inferir que este profissional precisa estar preparado para lidar com as várias dimensões que envolvem o ser humano. Lucchetti et al (2012) ressaltam que apesar dos médicos e diretores de escolas médicas considerarem importante a abordagem da espiritualidade no ensino, poucas escolas de medicina no Brasil abordam este assunto em seus currículos(23).

Neste contexto, são poucas as ações em prol do desenvolvimento de um programa curricular onde a espiritualidade tenha espaço, e nos poucos exemplos existentes observa-se a realização de cursos utilizando-se disciplinas optativas(28).

Uma via que vem se firmando em cenário nacional é a extensão universitária, através da atuação de grupos de estudos e/ou ligas acadêmicas, por exemplo. Essa modalidade, embora alcance um grupo pequeno de estudantes, possibilita a articulação entre ensino e pesquisa na busca da construção de um projeto societário que favoreça a

formação com vistas à cidadania e ao humanismo na perspectiva integral do ser humano e na comunhão dos saberes(29)

Outra possibilidade é a abordagem transversal do tema, na qual os componentes curriculares diversos podem abordar as práticas educativas com atenção aos aspectos relativos à espiritualidade e a sua relação com a saúde. Essa perspectiva configura-se como uma forma organizacional didática na qual alguns temas são integrados em domínios curriculares convencionais propiciando, por conseguinte, a imbricação da espiritualidade com uma gama de artifícios relativos à formação e a prática médica(30).

Um recente estudo sobre a abordagem transversal da espiritualidade no Módulo Transversal de Saúde e Espiritualidade (MTSE) em uma faculdade em Recife (PE), Gorayeb e Jordan (no prelo) identificaram que 46,6% dos alunos referiam o mesmo como 'muito bom', 38,0% como 'bom', 11,1% como 'regular' enquanto que 13 (4,20%) apontaram os conceitos de fraco ou muito fraco. A quase totalidade dos participantes (96,30%) referiu que a participação no módulo lhes trouxe contribuições aplicáveis a sua prática médica futura. Além disso, quase três quartos dos estudantes (72,50%) declararam que a participação no módulo contribuiu com as suas crenças e condutas em relação ao tema 'espiritualidade', seguido por 27,50% que negaram tal fato ou não possuíam opinião formada. Quanto a motivação em frequentar as aulas do módulo, 63,50% referiram que frequentemente ou sempre estiveram motivados, 31,60% apontaram que algumas vezes estiveram motivados e 5,30% que nunca ou apenas raramente estiveram (31).

Percebe-se, no entanto, que modificar conceitos e apontar novos caminhos não significa necessariamente mudança de conduta por parte daqueles que trabalham com saúde-doença. É preciso mais, é preciso investir em formação de uma nova categoria de profissionais de saúde que estejam voltados para as necessidades mais fundamentais daqueles que os procuram, quais sejam: atenção, cuidado, ética, respeito.

Considerando que é responsabilidade do médico e outros profissionais da saúde estudar e utilizar qualquer fator que afete de maneira positiva a saúde e longevidade dos seres humanos(32), considerando os achados da literatura neste sentido e a experiência do pesquisador com cursos que já abordam esta temática de forma sistemática, propomos analisar se os programas de residência em saúde da cidade do Recife estão seguindo o caminho desta quebra paradigmática de um modelo técnico organicista para um modelo mais centrado na pessoa e na sua integralidade, tendo a espiritualidade como competência a ser trabalhada.

II. JUSTIFICATIVA

O presente estudo tem como proposta discutir a temática saúde e espiritualidade para estimular a inclusão do tema no meio acadêmico, mais precisamente no âmbito dos programas de residência da saúde. O tema tem demonstrado um interesse crescente nas últimas décadas a ponto de encontrarmos mais de sessenta e três mil artigos sobre a temática na base de dados do PUBMED usando os descritivos Spiritual e Religio.

Sabe-se, por exemplo, que 100 de 150 escolas médicas norte americanas tem em seu conteúdo programático conteúdos sobre Espiritualidade (Booth, 2018). No Brasil, estudo publicado (Lucheti,2012) mostra que em 2010 40% das escolas médicas possuíam conteúdos relacionados à saúde e espiritualidade em seus currículos e que 54% dos entrevistados consideravam muito importante a abordagem desta temática nos currículos de escolas médicas.

Apesar deste movimento crescente da abordagem sobre espiritualidade nos cursos de graduação, como também, dos benefícios comprovados aos usuários dos serviços de saúde, quando se trata de cursos de especialização/residência, essa não é a realidade.

Os programas de residência em saúde da cidade do Recife têm uma proposta de abordagem do ser de forma integral, portanto é interessante buscarmos se nesta integralidade proposta, encontra-se temáticas sobre espiritualidade.

Por fazer parte do corpo de coordenação geral, dentro da Diretoria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - DEGTEs, o pesquisador tem acesso aos documentos oficiais dos programas como também aos preceptores e residentes que farão parte da pesquisa.

Além disso, de acordo com a resolução 466/12 não trazendo riscos aos envolvidos como também pautada em princípios éticos como autonomia, anonimato, não maleficência, beneficência, confidencialidade e voluntariedade, bem como, tendo o compromisso que os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas, não se observa impedimentos para sua realização.

III. PERGUNTA NORTEADORA

De que forma os programas de residência da secretaria de saúde da cidade do Recife abordam os conteúdos relacionados a Saúde e Espiritualidade em seus currículos?

IV. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

- Analisar como o conteúdo relacionado a saúde e espiritualidade é abordado nos currículos dos Programas de Residência da Secretaria de Saúde da cidade do Recife

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever e analisar o conteúdo em saúde e espiritualidade abordado nos currículos das residências da secretaria de saúde da cidade do Recife;
- Analisar se a proposta curricular dos programas está de acordo com o projeto político pedagógico das residências;
- Analisar a compreensão dos residentes e preceptores em relação a abordagem do conteúdo em Saúde e Espiritualidade durante a formação na residência;
- Analisar na perspectiva dos residentes e preceptores a necessidade de abordar o conteúdo durante a residência;
- Elaborar um manual com a temática saúde e espiritualidade para que possa ser disponibilizado aos programas de residência.

V. MÉTODOS

5.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem combinada que envolve pesquisa documental e análise de conteúdo de Bardin das falas de residentes e preceptores sobre a existência de temáticas em saúde e espiritualidade nos currículos dos Programas de Residência da Secretaria de Saúde do Recife.

As pesquisas do tipo descritivas propõem a caracterização de um determinado fenômeno estudado, população ou estabelecimento de relações entre as variáveis. Incluem-se neste tipo de pesquisa os estudos que visam levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma determinada população, o que justifica sua utilização como técnica de pesquisa social(33).

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças e das percepções, produtos das interpretações que as pessoas fazem a respeito de suas vivências, de seu modo de sentir e pensar. Método este utilizado para investigação de grupos e segmentos delimitados e focalizados, capaz de revelar processos sociais pouco conhecidos e com isso proporcionar a revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação(34).

Tratando de pesquisa documental podemos colocar que o Projeto Político Pedagógico (PPP): *“compreende as propostas e programas de ações planejadas, para serem executadas e avaliadas em função dos princípios e diretrizes educativas. Relaciona-se ainda às finalidades que cada instituição pretende alcançar, sendo um documento norteador das políticas escolares e também articulador das intenções, das*

prioridades e das estratégias para a realização de sua função social”. Neste mesmo artigo os autores, ao tratarem de currículo colocam que: *“currículo pode ser definido pelo conjunto de saberes produzidos na escola. Ele reflete todas as experiências em termos de conhecimento que serão proporcionados aos alunos de um determinado curso”*(35).

Currículo pode ser definido como “toda a aprendizagem planejada e guiada pela escola, seja ela ministrada em grupos ou individualmente, dentro ou fora da escola” e ainda categoriza os modelos de currículo da seguinte forma: Oficial, real, oculto, formal e informal(36).

O currículo oficial sendo aquele que está determinado no papel, em prospectos, documentado. O real aquele que é realizado na prática. O oculto sendo a parte não planejada ou documentada, porém que é ensinada aos estudantes por parte de ações e atitudes dos docentes, talvez como subproduto do que é de fato planejado, como por exemplo papeis sociais. O formal aquele que a escola dedica horário ou períodos específicos de tempo de ensino. O informal aquele posto em prática fora dos horários ou períodos normais, acontecendo por exemplo, em horários de almoço ou finais de semana(36).

5.2. Local do estudo

A pesquisa será desenvolvida na Secretaria de Saúde (SESAU) do Recife mais especificamente no âmbito dos Programas de Residência em saúde que estão sob responsabilidade da Diretoria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (DEGTES). A instituição localiza-se na Rua Alfredo de Medeiros, 71 - Espinheiro, CEP: 52021-030 Recife-PE.

Atualmente, a SESAU conta com 09 (nove) Programas de Residência em Saúde, quais sejam: Residência em Enfermagem em Atendimento Pré-Hospitalar, Residência em Enfermagem Obstétrica, Residência em Medicina de Família e Comunidade, Residência em Medicina em Psiquiatria, Residência em Odontologia em Saúde Coletiva, Residência Multiprofissional em Vigilância em Saúde, Residência Multiprofissional na Rede de Atenção Psicossocial, Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Residência Multiprofissional em Saúde da Família totalizando 192 vagas para residentes somando os R1, R2 e R3.

Todos os programas são baseados nos princípios da educação voltada para a transformação da realidade, orientados por estratégias pedagógicas baseadas na participação, no diálogo e na problematização da realidade, valorizando o uso de cenários de aprendizagem configurados nas Redes de Atenção à Saúde, reconhecendo na atenção básica um espaço privilegiado para formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar.

5.3. Período do Estudo

O estudo será realizado entre abril de 2017 a outubro de 2017. A submissão ao Comitê de Ética (CEP) será realizada em abril de 2017 e considerando os prazos de resposta do CEP, estima-se que a coleta de dados ocorrerá entre junho a julho de 2017.

5.4. População do Estudo

Preceptores e residentes dos 9 Programas de Residência em Saúde da Secretaria de Saúde do Recife.

5.5. Amostra

Estima-se entrevistar 18 preceptores e 18 residentes de 9 programas de residência, totalizando 36 sujeitos selecionados por conveniência. Entretanto, o número final será definido segundo os critérios de saturação, quando houver reincidência, qualidade e suficiência do material apreendido a partir das entrevistas, permitindo o aprofundamento das questões trazidas pelos entrevistados e o alcance dos objetivos propostos(33).

5.6. Critérios e procedimentos para seleção dos participantes

5.6.1 Critérios de Inclusão

- Ser residente de algum programa de residência da secretaria de saúde do Recife e estar cursando regularmente o último ano do respectivo curso;
- Ser preceptor pelo menos há um ano de algum programa de residência da secretaria de saúde do Recife;
- PPP e Currículo pertencente a algum dos 9 programas de Residência da SESAU objetos desta pesquisa.

5.6.2 Critérios de Exclusão

- Serão excluídos os preceptores que tem funções de coordenação nos programas de residência;
- Os preceptores ou residentes que no momento da realização do estudo estiverem de licença médica, licença maternidade/paternidade, em rotina externa ou férias.

5.7. Procedimentos para captação e acompanhamento dos participantes

Inicialmente, será realizada uma exploração ao campo com a intenção de se apropriar da rotina dos programas de residência, incluindo os encontros entre

supervisores/coordenadores, preceptores e residentes, de modo a esclarecer os objetivos da pesquisa e o compromisso do pesquisador neste estudo. A entrada no campo de pesquisa será logo em seguida à aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética da FPS.

A coleta de dados seguirá duas etapas:

Na primeira etapa será realizada uma análise de documentos oficiais do curso, os projetos políticos pedagógicos e os currículos oficiais dos programas de Residência.

Na segunda etapa serão realizadas as entrevistas com os preceptores e residentes selecionados para este estudo. Os entrevistados serão convidados pessoalmente pelo pesquisador, nos meses de junho e julho de 2017, na DEGTEs e a pesquisa será realizada em local confortável e adequado a combinar com os coordenadores e o entrevistado.

Serão explicados os objetivos do estudo, realizado o convite para participar deste com realização de uma lista de checagem (Apêndice 1) para verificar os critérios de elegibilidade e os que forem elegíveis, deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2), garantindo confidencialidade, voluntariedade, autonomia, anonimato, não maleficência e beneficência.

5.8. Fluxograma de captação e acompanhamento dos participantes

- 1) Entrar em contato com os coordenadores dos Programas de Residência com o objetivo de explicar sobre a realização do estudo;
- 2) Explicar sobre a realização do estudo e autorização do acesso aos documentos oficiais para a coleta de dados, através da carta de anuência (Apêndice 5);
- 3) Realizar análise dos documentos oficiais dos cursos;
- 4) Realizar contato prévio com os preceptores e residentes e agendar entrevista;

- 5) Explicar os objetivos da pesquisa e esclarecer dúvidas;
- 6) Realizar lista de checagem para verificar os critérios de elegibilidade;
- 7) Ofertar o TCLE para a assinatura dos indivíduos que aceitarem participar da pesquisa e que forem elegíveis;
- 8) Realizar a entrevista daqueles que assinarem o TCLE.

5.9. Coleta de dados

5.9.1 Instrumento para coleta de dados

Para a análise documental será utilizado um roteiro de análise documental (Apêndice 3) que poderá sofrer modificações durante a realização desta pesquisa caso os documentos oficiais dos programas analisados sejam muito diferentes entre si.

Para as entrevistas será utilizado um roteiro de entrevista (Apêndice 4). Com a finalidade de favorecer as habilidades do pesquisador para a realização das entrevistas com qualidade e rigor, priorizando as falas dos entrevistados, a escuta diferenciada, o adequado manejo da transferência, será realizado um estudo-piloto que poderá incluir uma ou duas entrevistas.

As entrevistas serão gravadas e transcritas na íntegra por profissional qualificado, na medida em que foram sendo realizadas, tendo em vista a fidedignidade dos depoimentos.

5.10. Processamento e análise dos dados

Para a primeira etapa: será realizada a análise documental, de forma descritiva e categórica, a fim de selecionar os tópicos e relacionar com a temática de saúde e espiritualidade.

Para a segunda etapa: serão feitas anotações do diário de campo após o término de cada entrevista, contemplando observações relacionadas ao contexto de realização das entrevistas, com o registro de expressões emocionais, espontaneidade, constrangimentos, comportamentos, recortes significativos das falas e ideias analíticas em andamento(37).

Seguindo com a transcrição das entrevistas de residentes e preceptores na íntegra realizadas pelo próprio pesquisador utilizando análise de conteúdo de Bardin das falas bem como suas observações para posterior classificação, análise e categorização. A cada transcrição das entrevistas, o material será analisado e discutido entre o pesquisador e o orientador, buscando-se a partir dos diferentes olhares a construção interpretativa das falas e a avaliação dos aspectos de cunho transferencial, o que possibilitará a reavaliação do roteiro e a identificação da saturação.

Serão realizadas a princípio uma entrevista com cada indivíduo, no entanto, se houver necessidade, mais entrevistas poderão ser realizadas.

A qualidade e a suficiência das informações serão avaliadas na etapa de pré-análise do material, ou seja, da leitura flutuante e da constituição do Corpus(34), procedendo-se a seguir a um exame minucioso de cada entrevista com uma visão conjunta de todo o material, identificando-se as unidades de fala que remetam aos elementos ou categorias de análise teóricas ou empíricas(37).

A análise das informações, incluindo a leitura transversal do material podem levar

à identificação das áreas temáticas. Por fim, será realizada a interpretação, com discussão cuidadosa e permanente pela equipe de pesquisadoras, privilegiando a subjetividade apreendida a partir do contexto das falas e sempre ancorada no referencial teórico adotado.

Serão seguidos os seguintes passos:

- **Organização do material:** ordenamento do material produzido por meio das entrevistas e teórico;
- **Leitura flutuante e familiarização:** imersão nos dados brutos, tendo em vista a compreensão dinâmica de cada caso, tomando contato exaustivo com o material para impregnar-se por seu conteúdo, listando ideias chave, elementos recorrentes, hipóteses emergentes;
- **Constituição do *corpus* e de pontos norteadores:** aprofundamento individual/vertical, identificação de conceitos e pontos norteadores a partir dos quais os materiais foram examinados e referenciados com base nos objetivos/elementos de análise do estudo;
- **Estrutura de análise:** identificação de aspectos similares (horizontalização), recorrentes, ilustrados por recortes de transcrições, núcleos de sentido e temas centrais com subcategorias, (análise transversal do material).
- **Análise comparativa e interpretativa dos temas:** identificação de similaridades, complementaridade e singularidades, refinando os temas(34).

5.11. Aspectos éticos

Esse projeto de pesquisa será submetido a análise do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde. Os preceptores e

residentes elegíveis serão informados sobre o objetivo do estudo, sua duração e a não obrigatoriedade de participação. Na aceitação em participar, receberão um termo de consentimento informado contendo todos os dados relevantes da pesquisa. Serão seguidos os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, visando à preservação dos quatro referenciais da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Com o objetivo de preservar a identidade dos profissionais, as fichas de inclusão no estudo serão identificadas apenas com as iniciais de cada participante.

Aos participantes do estudo será assegurado o direito de declinar do mesmo a qualquer momento. Da mesma forma, ser-lhes-á assegurado confidencialidade dos dados, deixando-se claro que os dados coletados poderão ser divulgados de maneira consolidada em eventos de cunho científico ou ainda publicados em periódicos médicos.

5.12. Riscos e Benefícios para os sujeitos do estudo

Este estudo não envolverá intervenções e os riscos para os sujeitos serão mínimos. Poderá haver algum constrangimento para os participantes, uma vez que serão solicitados a falar sobre a sua vivência pessoal em relação à sua atuação como preceptor ou residente e serão feitas algumas perguntas de cunho pessoal. Como forma de preservar a privacidade de cada participante e evitar ou reduzir esse possível constrangimento os autores assumem o compromisso de garantir o total sigilo das informações dadas.

Buscando a compreensão do significado atribuído por preceptores e residentes acerca das temáticas ligadas a saúde e espiritualidade, espera-se contribuir para uma melhor aceitação das temáticas e prática de comprovada eficácia no que tange os processos de saúde doença, assim como propor uma revisão curricular abrangente com a inclusão das temáticas de forma oficial nos documentos norteadores dos programas.

V. CRONOGRAMA

	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro
Entrega para avaliação do Comitê de Ética							
Coleta de dados							
Análise dos dados							
Redação do projeto							
Apresentação do Projeto							

VI. ORÇAMENTO

MATERIAL DE CONSUMO				
			Preço	
		Quantidade	Unidade	Total
Resma de papel A4		04	15,00	60,00
Pen drive		01	40,00	40,00
Pastas		10	4,00	40,00
Pranchetas		10	5,00	50,00
Canetas		10	3,00	30,00
Gravador		01	300,00	300,00
Subtotal				520,00
SERVIÇOS				
			Preço	
		Quantidade	Unidade	Total
Fotocópia		1000	0,15	150,00
Encadernações		10	5,00	50,00
Subtotal				200,00
Tradução do artigo				1.000,00
Custo total do projeto				1.720,00

VII. REFERÊNCIAS

1. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da USP - Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946 | OMS - Organização Mundial da Saúde [Internet]. Available from: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>
2. Pagliosa FL, Da Ros MA. The Flexner Report: for Good and for Bad. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(4):492–9.
3. Leite T, Strong MI. A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar The influence of the holistic vision in the hospital humanization. *O Mundo da Saúde.* 2006;30(2):203–14.
4. Notes on nursing : what it is, and what it is not : Nightingale, Florence, 1820-1910 : Free Download & Streaming : Internet Archive [Internet]. Available from: <https://archive.org/details/notesnursingwhat00nigh>
5. Assembly FWH. Amendments to the Constitution Report by the Secretariat. 1999;79(April):1–7.
6. World Health Organization. Cancer Control Knowledge into Action - WHO Guide for Effective Programmes Palliative Care. 2007 [cited 2016 Nov 6];51. Available from: <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>

7. Handbook of Religion and Health by Harold G. Koenig, Michael E. McCullough, David B. Larson, 2001 | Online Research Library: Questia [Internet]. Available from: <https://www.questia.com/read/106205934/handbook-of-religion-and-health>
8. Boff L. Espiritualidade: um caminho de transformação, Volume 1 [Internet]. Sextante; 2001 [cited 2016 Nov 16]. 94 p. Available from: <https://books.google.com/books?id=l4lZAAAAMAAJ&pgis=1>
9. Puchalski C. Task force report: spirituality, cultural issues, and end of life care. in: Association of American Medical Colleges report III: contemporary issues in medicine: communication in medicine, medical school objectives project October 1999 (MSOP III). Assoc Am Med Coll. 1999;(Washington, DC):25–26.
10. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Cien Saude Colet [Internet]. 2000 [cited 2016 Nov 6];5(1):163–77. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
11. Koenig HG. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. ISRN Psychiatry [Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 6];2012:1–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23762764>
12. Lucchese F, Koenig H. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. Rev Bras Cir Cardiovasc [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 6];28(1):103–28. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23739939>

13. Gonçalves JPB, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychol Med* [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 6];45(14):1–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/ezproxy1.lib.asu.edu/pmc/articles/PMC4595860/>
14. Tutoriais FDEG. ANALISE DA ABORDAGEM DE TEMÁTICAS EM SAÚDE E ESPIRITUALIDADE NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE. 2016;
15. Oh P-J, Kim Y-H. Meta-Analysis of Spiritual Intervention Studies on Biological, Psychological, and Spiritual Outcomes. *J Korean Acad Nurs* [Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 6];42(6):833. Available from: <http://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.4040/jkan.2012.42.6.833>
16. Moreira-Almeida A. Religion and health: The more we know the more we need to know [Internet]. Vol. 12, *World Psychiatry*. World Psychiatric Association; 2013 [cited 2016 Nov 8]. p. 37–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23471795>
17. Gobatto CA, Araujo TCCF. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. *Psicol USP* [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 6];24(1):11–34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642013000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
18. Bonnie B, Puchalski CM, Washington G. More schools teaching spirituality in medicine. 2008;
19. Fortin AH, Barnett KG, ML G, ML G, J G-P, CM P, et al. Medical School Curricula in Spirituality and Medicine. *JAMA J Am Med Assoc* [Internet].

2004 Jun 16 [cited 2016 Nov 1];291(23):2883–2883. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=198943>

20. Association of American Medical Colleges. Report III Contemporary Issues in

Medicine: Communication in Medicine [Internet]. 1999 [cited 2016 Nov 9].

Available from:

[members.aamc.org/eweb/upload/ContemporaryIssuesMedCommunMedicineRep](http://members.aamc.org/eweb/upload/ContemporaryIssuesMedCommunMedicineReportIII.pdf)

[ortIII.pdf](http://members.aamc.org/eweb/upload/ContemporaryIssuesMedCommunMedicineReportIII.pdf)

21. Puchalski CM, Blatt B, Kogan M, Butler A. Spirituality and health: the development of a field. *Acad Med* [Internet]. 2014 Jan [cited 2016 Nov 1];89(1):10–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24280839>
22. Moreira-Almeida, A.; Lucchetti G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. *Ciência Cult* [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 6];68(2):54–7. Available from: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252016000100016&lng=pt
23. Lucchetti G, Lucchetti A, Espinha D, Oliveira L De, Leite J, Koenig HG. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. *BMC Med Educ*. 2012;12(78):1–8.
24. Puchalski C. Spirituality and Medicine: Curricula in Medical Education. *J Cancer Educ* [Internet]. 2006 Mar 1 [cited 2016 Nov 1];21(1):14–8. Available from:

http://www.informaworld.com/openurl?genre=article&doi=10.1207/s15430154jce2101_6&magic=crossref%7C%7CD404A21C5BB053405B1A640AFFD44AE3

25. Puchalski CM. Spirituality and health: the art of compassionate medicine. *Hosp PhysicianInternal Fam Med Ed*.37(3)30-6, 2001 Mar(35 ref). 2001;(3):30–6.
26. Anandarajah G, Mitchell M. A spirituality and medicine elective for senior medical students: 4 Years' experience, evaluation, and expansion to the family medicine residency. *Fam Med*. 2007;39(5):313–5.
27. Brazil. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. 2001.
28. Cesar J, Filho G, Beraldi GH. O ENSINO DA ESPIRITUALIDADE NOS CURSOS DE MEDICINA NO BRASIL E NO MUNDO.
29. Freire P. Extensão ou Comunicação? [Internet]. 7th ed. Vol. 24. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983 [cited 2016 Nov 20]. 93 p. Available from: http://www.emater.tche.br/site/arquivos_pdf/teses/Livro_P_Freire_Extensao_ou_Comunicacao.pdf
30. temas transversais | Educabrazil [Internet]. Available from: <http://www.educabrazil.com.br/temas-transversais/>
31. Gorayeb, A; Jordan, APW; Educação em saúde e espiritualidade: uma proposta de transversalidade na perspectiva do estudante. *Interdisciplinary Journal of Health Education*. No prelo. <https://ijhe.emnuvens.com.br/ijhe/issue/view/1>
32. Levin J. DEUS, FÉ E SAÚDE - Explorando a conexão espiritualidade-cura [Internet]. São Paulo: CULTRIX; 2001. 248 p. Available from: <http://www.candeia.com/deus-fe-e-saude/p>

33. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6th ed. Vol. 264, Journal Of The American Medical Association. São Paulo: Atlas; 1999. 216 p.
34. MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14th ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 407 p.
35. Camargo D, Lindomar M, Riceto A, Gislene M, Costa D, Introdução B, et al. O PAPEL DO PROJETO POLÍTICO PEDAGOGICO E DO CURRÍCULO NA CONSTRUÇÃO COLETIVA DE UMA ESCOLA DE QUALIDADE. 2010 [cited 2016 Nov 20]; Available from:
<http://lindomarjuara.blogspot.com.br/2010/05/o-papel-do-projeto-politico-pedagogico.html>
36. Kelly A V. O currículo. Teoria e Prática. 1981. p. 3–7.
37. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saude Publica [Internet]. 2005 [cited 2016 Nov 20];39(3):507–14. Available from: www.fsp.usp.br/rsp

APÊNDICE 1 – LISTA DE CHECAGEM

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Ser residente de algum programa de residência da secretaria de saúde do Recife e estar cursando regularmente o último ano do respectivo curso ou ser preceptor pelo menos há um ano de algum programa de residência da secretaria de saúde do Recife

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Não ser residente de algum programa de residência da secretaria de saúde do Recife e estar cursando regularmente o último ano do respectivo curso ou não ser preceptor pelo menos há um ano de algum programa de residência da secretaria de saúde do Recife

CONCLUSÃO

ELEGÍVEL

NÃO ELEGÍVEL

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Saúde e espiritualidade nos programas de residência da secretaria de saúde do Recife

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **Saúde e espiritualidade nos programas de residência da secretaria de saúde do Recife**

O objetivo desse projeto é analisar como o conteúdo relacionado a saúde e espiritualidade abordado nos currículos dos Programas de Residência da Secretaria de Saúde da cidade do Recife através de análise documental e entrevistas com preceptores e residentes; Descrever e analisar o conteúdo em saúde e espiritualidade abordado nos currículos das residências da secretaria de saúde da cidade do Recife; Analisar se a proposta curricular dos programas está de acordo com o projeto político pedagógico das residências; Analisar a compreensão dos residentes e preceptores em relação a abordagem do conteúdo em Saúde e Espiritualidade durante a formação na residência. Analisar na perspectiva dos residentes e preceptores a necessidade de abordar o conteúdo durante a residência. Elaborar um manual com a temática saúde e espiritualidade para que possa ser disponibilizado aos programas de residência.

Os procedimentos de coleta de dados serão da seguinte forma, a primeira etapa consistirá na pesquisa dos documentos oficiais. E a segunda etapa: consistirá em uma técnica de entrevistas individuais sobre a abordagem de temáticas em saúde e espiritualidade nos currículos dos programas de residência da secretaria de saúde da cidade do Recife.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Os possíveis riscos serão estresse, constrangimento para responder o questionário e da identidade, onde serão minimizados com a garantia de que o nome da população pesquisada será mantido em sigilo e que caso sejam constatados danos decorrentes da coleta de dados será garantida assistência social e psicológica aos pesquisados. O benefício relacionado à sua

participação será de grande importância para o crescimento do conhecimento social e educacional do tema abordado e para a própria Instituição repensar seu currículo e suas estratégias de ensino.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para se recusar a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE

Eu, _____ fui informado (a) dos objetivos da

pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Os pesquisadores, Arturo de Pádua Walfrido Jordán e Leopoldo Nelson Barbosa, certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação.

Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pelo pesquisador responsável: Arturo de Pádua Walfrido Jordán, através do telefone (81) 999712961, E-mail: arturojor@yahoo.com.br ou endereço Rua Atlântico, número 86, apt. 1104, Pina, Recife, PE ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEPFPS), situado à Rua Jean Emile Favre, 422, Imbiribeira, no prédio do bloco 4, Telefone: (81) 30357732 – E-mail do CEP-FPS comite.etica@fps.edu.br. O CEP-FPS atende de 2ª a 6ª feira, nos horários: 8:30h às 11:30h (Manhã) e 14:00h às 16:30h (Tarde). O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEPFPS) objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando os seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome _____

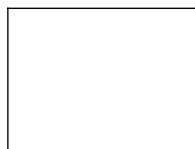
Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Testemunha

Testemunha

Impressão digital



APÊNDICE 3 – Roteiro para entrevista semiestruturada

Saúde e espiritualidade nos programas de residência em saúde da secretaria de saúde do Recife.

DATA: ____/____/17

PASSO 1 – Abertura: Apresentação pessoal do pesquisador (05 min.)

PASSO 2 – Apresentação pessoal do entrevistado e dados sociodemográficos: (05 min.):

Pedir que se apresentem: Nome e tempo no programa de residência, assim como sexo, idade, renda, estado civil, número de filhos.

PASSO 3 – Esclarecimentos sobre pesquisa (10 min.): Título da pesquisa; Objetivos de pesquisa;

Gravação da entrevista; TCLE. + Estabelecimento de contrato para funcionamento:

1. Não há respostas certas ou erradas; 2. Desligar os aparelhos celulares, ou deixá-los no modo silencioso.

PASSO 4 – Pergunta introdutória:

- O que você entende como espiritualidade?

PASSO 5 – Perguntas de transição:

- Neste contexto como a espiritualidade é abordada no seu curso?

Sabendo agora que espiritualidade pode ser definida como aquilo que traz significado e propósito à vida das pessoas, sendo uma dimensão de cada ser humano que se revela pela capacidade de diálogo consigo mesmo, com o próprio coração traduzindo-se “pelo amor, pela sensibilidade, pela compaixão, pela escuta do outro, pela responsabilidade e pelo cuidado como atitude

fundamental e que ainda pode surgir mediante a participação de grupos religiosos que possuem algo em comum, como fé em Deus, naturalismo, humanismo, família e arte.

Como a espiritualidade é abordada no seu curso?

PASSO 6 – Questões Chave:

1. Qual a sua opinião sobre a relevância da abordagem de temáticas de saúde e espiritualidade no seu programa?
2. Você gostaria de ser capacitado nesta temática?
3. Quais as potencialidades e dificuldades para a implementação desta temática no seu programa de residência?

PASSO 7 – Questões de encerramento: Você gostaria de acrescentar algo?

PASSO 8 - Agradecimento e despedida.

APÊNDICE 5 – Carta de anuência

Ilma Sra. Karina Maria Farias Tenorio

Diretora Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Recife

Vimos por meio desta, solicitar autorização institucional para realização do projeto de pesquisa intitulado “**Saúde e espiritualidade nos programas de residência em saúde do Recife**”, coordenado pelo pesquisador Arturo de Pádua Walfrido Jordán. Os objetivos da pesquisa são: Analisar como o conteúdo relacionado a saúde e espiritualidade é abordado nos currículos dos Programas de Residência em Saúde da Secretaria de Saúde da cidade do Recife através de análise documental e entrevistas com preceptores e residentes. Descrever como o conteúdo em saúde e espiritualidade é abordado nos currículos das residências em saúde do Recife através de análise documental. Analisar os currículos das residências em saúde do Recife em relação ao conteúdo sobre saúde e espiritualidade. Analisar se a proposta curricular dos programas está de acordo com o projeto político pedagógico das residências. Analisar a compreensão dos residentes e preceptores em relação a abordagem do conteúdo em Saúde e Espiritualidade durante a formação na residência. Analisar na perspectiva dos residentes e preceptores a necessidade de abordar o conteúdo durante a residência. Elaborar um manual com a temática saúde e espiritualidade para que possa ser disponibilizado aos programas de residência.

Ressaltamos que os dados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e serão utilizadas exclusivamente para os objetivos deste estudo.

Informamos também que o projeto só será iniciado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEPFPS).

Recife, de de 2017.

Carimbo e Assinatura do pesquisador

() concordo com a solicitação () não concordo com a solicitação

Carimbo e assinatura do responsável pelo setor