



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE HUMANIDADES, ARTES E CIÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE
A UNIVERSIDADE**

TAÍS OLIVEIRA DA SILVA

**AS RELAÇÕES ENTRE SAÚDE, RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE E
SUAS IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO EM CURSOS DE SAÚDE:
PERCEPÇÕES DOS DOCENTES DO BACHARELADO
INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA**

Salvador - BA
2015

TAÍS OLIVEIRA DA SILVA

**AS RELAÇÕES ENTRE SAÚDE, RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE E
SUAS IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO EM CURSOS DE SAÚDE:
PERCEPÇÕES DOS DOCENTES DO BACHARELADO
INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós -
Graduação Estudos Interdisciplinares Sobre a
Universidade, Universidade Federal da Bahia, como
requisito parcial para obtenção do grau de Mestre
em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade.

Área de concentração: Estudos Interdisciplinares
sobre a Universidade.

Orientador: André Luís Mattedi Dias

Salvador - BA
2015

Sistema de Bibliotecas - UFBA

Silva, Taís Oliveira da.

As relações entre saúde, religião e espiritualidade e suas implicações para o ensino em cursos de saúde: percepções dos docentes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia/ Taís Oliveira da Silva. – 2015.

97 f.

Inclui apêndices.

Orientador: Prof. André Luís Mattedi Dias.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências, 2015.

1. Saúde – Aspectos religiosos. 2. Medicina – Estudo e ensino.

I. Dias, André Luís Mattedi. II. Universidade Federal da Bahia, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências. III. Título.

CDU – 613.8

CDD – 613

TAÍS OLIVEIRA DA SILVA

**AS RELAÇÕES ENTRE SAÚDE, RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE E
SUAS IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO EM CURSOS DE SAÚDE:
PERCEPÇÕES DOS DOCENTES DO BACHARELADO
INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em 21 de Agosto de 2015.

Banca Examinadora

Nome: Marcus Welby Borges Oliveira _____
Doutor em Patologia pela Universidade Federal da Bahia - UFBA/FIOCRUZ
Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia

Nome: Marcelo Nunes Dourado Rocha _____
Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia
Instituto de Humanidades, Artes e Ciências, Universidade Federal da Bahia

Nome: Tânia Maria de Oliva Menezes _____
Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia
Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação a todos que militam por uma perspectiva de saúde holística, em que todas as dimensões humanas são contempladas e cuidadas de forma amorosa. Aos profissionais e docentes da área de saúde, que encontraram um propósito maior em suas práticas de cuidado e que contribuem como modelos para que seus pacientes e alunos possam encontrar por si mesmos, o que dá sentido às suas vidas, a minha admiração e gratidão.

AGRADECIMENTO

A Deus e aos meus mestres espirituais por terem me conduzido aos caminhos condizentes com o meu propósito nesta vida;

A meus pais por me aceitarem e me amarem como eu sou, incentivando-me a sempre alçar novos voos. Minha eterna gratidão pelos exemplos de coragem, honestidade e amorosidade. Honro e agradeço ao muito que recebi de vocês!

À minha amada irmã por trazer leveza e alegrias a minha vida;

Ao meu querido orientador André Luís Mattedi Dias por ter tido a coragem em recomençar seus estudos em uma área completamente diferente, por ter confiado em mim e acreditado que nosso sonho era possível;

Aos mestres Eunice Rodrigues e David Boadella por terem me apresentado o significado profundo da Biossíntese com sua filosofia integrativa de todas as nossas dimensões, especialmente, a possibilidade da nossa espiritualidade ser encarnada, presente em cada célula e/ou sistema do nosso ser;

Aos sempre mestres Eleonora Peixinho e André Luís Peixinho por me indicarem o insondável caminho da espiritualidade, da caridade e do amor ao próximo;

A Alexander Moreira de Almeida e a todos os pesquisadores do Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora (NUPES-UFJF) pelo cuidado e saberes compartilhados na construção dessa pesquisa;

À minha amiga-irmã Lua pelo incentivo, amizade e suporte nesse caminho compartilhado da vida e da academia. Um brinde à nossa intensidade com as palavras de nossa autora preferida: “Renda-se, como eu me rendi. Mergulhe no que você não conhece como eu mergulhei. Não se preocupe em entender, viver ultrapassa qualquer entendimento” (Clarice Lispector);

Aos amigos da academia Conexão Saúde – Marcos, Maiara e Adelson – por cuidarem da integralidade do meu ser e trazerem leveza a esse momento. Afinal, seguimos e acreditamos na frase *Mens sana in corpore sano* ("uma mente sã num corpo são");

À Rosário Von Flach por me acompanhar de forma tão amorosa e comprometida nos caminhos de abertura do meu coração. Obrigada por cuidar da criança que fui, da adulta que sou e do que ser que sempre serei;

Aos amigos do Healing e a Cynthia Sampaio pelo apoio e cuidado compartilhados nos caminhos da cura profunda que emerge das meditações, circulações energéticas do corpo etérico e do contato com o que verdadeiramente somos – nossa essência;

Por fim, uma tímida expressão da minha eterna gratidão ao meu amado Bê por sua presença em minha vida, por seu companheirismo, apoio e compreensão na construção dessa dissertação e do nosso projeto de vida compartilhado. Vivemos momentos difíceis juntos e quando pensava que não suportaria, o seu sorriso, o seu olhar e a delicadeza da sua alma me animavam a continuar lutando e dançando apesar da chuva. Ao seu lado, aprendi o verdadeiro significado de amar e ser amada, de cuidar e ser cuidada. Aprendi a não mais temer a vida e a acreditar na capacidade humana de superação e de sermos autores do nosso próprio destino. Com você, sou mais forte e me aproximo cada vez mais do único que sou.

[...] “a Vida nos pede, afinal de contas, fazer para ser, isto é, que nos incorporem e nos subordinemos a uma Totalidade organizada, de que somos, cosmicamente, apenas as parcelas conscientes. Um centro de ordem superior – já aparente – espera por nós, não mais somente ao nosso lado, mas para além e acima de nós mesmos. Não mais apenas desenvolver-se a si próprio, portanto, - nem mesmo apenas doar-se a um outro igual a si, mas, além disso, submeter e reportar a sua própria vida a um maior que si.

Em outras palavras: primeiramente, ser. Em seguida, amar. E, finalmente, adorar”.

Teilhard de Chardin, Reflexões sobre a Felicidade, em Mundo, Homem e Deus.

LISTA DE SIGLAS

AAMC - Association of American Medical Colleges;

ACC - Atividade Curricular em Comunidade;

APA – American Psychological Association;

ASERVIC - Association for Spiritual, Ethical, and Religious Issues in Counseling;

ASSET – Actioning Spirituality and Spiritual Care Education and Training in Nursing;

BI – Bacharelados Interdisciplinares;

BIS – Bacharelado Interdisciplinar em Saúde;

CACREP - Council for Accreditation of Counseling and Related Educational Programs;

CAM - Complementary and Alternative Medicine;

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior;

CCVP - Complexo Comunitário Vida Plena;

CICAN - Centro Estadual de Oncologia;

COAMFTE - Commission on Accreditation of Marriage and Family Therapy Education;

CP – Cuidados Paliativos;

DOC – Docente;

EBMSP - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública;

E/S – Espiritualidade e Saúde;

EUA – Estados Unidos da América;

FBDC - Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências;

FICA - Faith and Belief, Importance, Community, and Address in Care;

ICCS - Improving Clinician Communication Skills;

IHAC – Instituto de Humanidades, Artes e Ciências;

KCUMB - Kansas City University of Medicine and Biosciences;

MSOP III - Medical School Objectives Project III;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

OSCE – Objective Structured Clinical Examination;

R/E – Religião/Espiritualidade;

SESAB - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia;

SUS – Sistema Único de Saúde;

TCAM - Alternative, Complementary and Traditional Medicine

TO - Terapia Ocupacional;

UFBA – Universidade Federal da Bahia;

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo;

USP - Universidade de São Paulo;

UTI - Unidade de Terapia Intensiva.

SUMÁRIO

1. RESUMO.....	13
2. ABSTRACT.....	14
3. INTRODUÇÃO.....	15
4. OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA.....	21
5. QUESTÕES ÉTICAS.....	22
6. ESTRUTURA DO DOCUMENTO.....	23

ARTIGO 01 - AS RELAÇÕES ENTRE SAÚDE, RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO EM CURSOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO

1.1. RESUMO.....	25
1.2. ABSTRACT.....	26
1.3. INTRODUÇÃO.....	27
1.4. PERCEPÇÕES DE PACIENTES, PROFISSIONAIS, ESTUDANTES E DOCENTES DA ÁREA DE SAÚDE SOBRE A INCLUSÃO DA R/E NA PRÁTICA CLÍNICA E NO ENSINO.....	30
1.4.1. Percepções de Pacientes.....	30
1.4.2. Percepções de Profissionais de Saúde.....	31
1.4.3. Percepções de Estudantes e Docentes.....	33
1.5. PANORAMA SOBRE O ENSINO DA R/E NOS CURSOS DE SAÚDE.....	36
1.5.1. Medicina.....	37
1.5.1.1. Escolas Médicas com Cursos sobre R/E na Graduação.....	38
1.5.1.2. Educação e Implementação de Cursos de R/E na Residência Médica, Pós-Graduação e Especialistas.....	40
1.5.1.3. Experiências de Curriculares e de Ensino.....	41
1.5.2. Enfermagem.....	44
1.5.3. Psicologia.....	46
1.5.4. Aconselhamento.....	47
1.5.5. Terapia Ocupacional.....	48
1.5.6. Fisioterapia, Serviço Social e Terapia de Família e Casal.....	49

1.6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
1.7. REFERÊNCIAS.....	50

ARTIGO 02 - PERCEPÇÕES DOS DOCENTES DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA SOBRE SAÚDE, RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE E SEU ENSINO

2.1. RESUMO.....	57
2.2. ABSTRACT.....	58
2.3. INTRODUÇÃO.....	59
2.4. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA.....	63
2.4.1. Desenho do Estudo	63
2.4.2. Bacharelado Interdisciplinar em Saúde	63
2.4.3. Definições	64
2.4.4. Procedimentos e Seleção dos Participantes	64
2.4.5. Roteiro de Entrevista Semi-estruturada	65
2.4.6. Análise dos Dados	65
2.4.7. Questões Éticas	66
2.5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	66
2.5.1. Características Sociodemográficas	66
2.5.1.1. Perfil dos Entrevistados.....	66
2.5.2. Religião e Espiritualidade	67
2.5.2.1. Considerar-se uma Pessoa Religiosa e/ou Espiritualizada.....	67
2.5.3. Prática Clínica	69
2.5.3.1. Conhecimentos sobre Pesquisas Atuais.....	69
2.5.3.2. Relação entre R/E e Saúde.....	70
2.5.3.3. Necessidade de Maior Compreensão das Relações entre R/E e Saúde.....	72
2.5.3.4. Preparação dos Profissionais de Saúde.....	73
2.5.4. Educação/Formação	75
2.5.4.1. Inclusão da Temática no Ensino e nos Currículos dos Cursos da Área de Saúde.....	75
2.5.4.2. Formatos Instrucionais e Estratégias de Avaliação.....	77
2.5.4.3. Conhecimentos, Habilidades e Atitudes a Serem Desenvolvidas pelos Estudantes.....	78
2.5.4.4. Descrição do Ensino da Temática R/E e Saúde no BIS.....	79

2.5.4.5. Barreiras ao Ensino da R/E no Ambiente Universitário e no BIS.....	81
2.6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
2.7. REFERÊNCIAS.....	85
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
8. REFERÊNCIAS.....	91
9. APÊNDICES.....	93
A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	93
B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	96

1. RESUMO

Essa dissertação é constituída de dois artigos. O primeiro revisa a literatura sobre o ensino de religião/espiritualidade (R/E) em cursos da área de saúde e sobre as percepções de estudantes, docentes, pacientes e profissionais de saúde sobre a inclusão deste tópico na prática clínica e no ensino, tomando como fonte de informação os trabalhos indexados na base de dados Scopus. Em dezembro de 2014, foi realizada busca, utilizando os termos *survey, curriculum, education, graduate training, health education associados a religion, religious, spiritual e spirituality*. A amostra final foi composta por 94 artigos. De modo geral, a maioria dos pacientes, profissionais, estudantes e docentes da área de saúde reconhece a necessidade e importância da abordagem da R/E na prática clínica e apoiam o ensino desta temática, entretanto, as instituições de ensino ainda não estão fornecendo treinamento adequado nesse âmbito. Não há consensos sobre os conteúdos a serem ensinados, o formato de inclusão curricular - se de forma transversal ou a partir da implantação de disciplinas obrigatórias ou eletivas - e sobre as estratégias pedagógicas mais eficazes. Faz-se necessário maior investimento na capacitação e treinamento dos docentes das diversas áreas de saúde no que diz respeito ao ensino desta temática. O segundo artigo analisa as percepções dos docentes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) sobre as relações entre saúde, religião e espiritualidade e seu ensino. Foi realizada uma investigação de abordagem qualitativa. A coleta de informações foi feita por meio de entrevistas a 10 docentes do curso, seguindo um roteiro semiestruturado. As entrevistas foram gravadas, transcritas e os dados obtidos analisados segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin. 70% dos docentes do BIS demonstrou não conhecer bem as pesquisas sobre saúde, religião e espiritualidade, não obstante, a maioria deles concorda sobre a importância da dimensão religiosa/espiritual na vida das pessoas e nos processos de adoecimento e cura. Destacam a não preparação dos profissionais de saúde para lidar com essas questões, evidenciando a importância do treinamento nesse âmbito. Apesar disso, divergem quanto à inclusão do tópico R/E no ensino, conteúdos a serem ministrados e formatos de inserção curricular. No BIS, não há inclusão sistemática do tópico R/E. Não foram citadas barreiras ao ensino desta temática no curso, todavia, referem entraves operacionais, como sobrecarga de trabalho, ausência de tempo e interesse. Conclui-se, então, que, a inclusão da temática R/E mostra-se concatenada com os princípios e objetivos pedagógicos do BIS e com as opiniões e crenças de boa parte do seu corpo docente. No entanto, permanece o desafio de ultrapassar os obstáculos operacionais que dificultam tal intento.

Palavras-chaves: Religião, Espiritualidade, Ensino, Currículo, Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

2. ABSTRACT

This dissertation consists of two articles. The first one reviews the scientific literature about teaching the theme Religion and Spirituality (R/S) in healthcare courses and perceptions of students, teachers, patients and healthcare professionals on the inclusion of this topic in clinical practice and teaching, taking as a source of information the works indexed in the Scopus database. In December 2014, a search was conducted using the survey terms, *curriculum, education, graduate training, health education* associated with *religion, religious, spiritual* and *spirituality*. The final sample consisted of 94 articles. Most patients, professionals, students and professors of healthcare field recognizes the need and importance of the approach to R/S in clinical practice and support teaching of this subject, however, the educational institutions are still not providing adequate training in this area. There is no consensus on the contents to be taught, curriculum inclusion format and on the most effective teaching strategies. It is necessary more investment in training of teachers of different areas of healthcare on this education topic. The second article analyzes the perceptions of teachers at the Interdisciplinary Bachelor's degree in Health (IBH) on the relationships between health, religion and spirituality and about teaching of this subject. We conducted a qualitative research approach. Data collection was done through interviews with 10 teachers of the course, following a semi-structured script. All interviews were recorded, transcribed and data analyzed according to Bardin's content analysis technique. 70% of IBH teachers demonstrated not be familiar with the research on Health, Religion and Spirituality, however, most of them agree on the importance of religious/spiritual dimension in people's lives and in disease and healing processes. The participants highlighted the inability of healthcare professionals to deal with these issues, stressing the importance of training in this area. Nevertheless, they differ on the inclusion of the topic R/S in teaching, content to be taught and curriculum integration formats. There is no systematic inclusion of the topic R/S in the IBH. No barriers were cited by the teachers about the teaching of R/S in this course, however, they refer operational barriers such as work overload, lack of time and interest. Therefore, the inclusion of thematic R/S is concatenated with the principles and pedagogical objectives of the IBH and the opinions and beliefs of much of its faculty. However, the challenge remains to overcome operational obstacles that hinder such intent.

Keywords: Religion, Spirituality, Education, Curriculum, Interdisciplinary Bachelor's degree in Health.

3. INTRODUÇÃO

A necessidade de mudanças na lógica e organização da formação em saúde, ainda calcada no viés tecnicista, individualista e biologizante, fragmentada em ciclos básicos e clínicos associados à organização disciplinar e distanciada dos princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) vêm sendo apontada por diversos autores^{1-4, 6,10}.

Nos diversos cursos de graduação, públicos ou privados, o modelo de atenção à saúde baseado nos clássicos pressupostos biomédicos – doença como um desvio de variáveis biológicas em relação à norma, corpo como máquina, fenômenos complexos como constituídos por princípios simples, minimização dos aspectos sociais, psicológicos e comportamentais - ainda está fortemente enraizado⁹. Segundo Almeida Filho⁸, “os modelos de educação superior em saúde realizados no Brasil mantêm-se ainda presos a um modelo de prática hospitalocêntrica e especializada, de viés privatizante, e mostram-se incapazes de atender às necessidades sociais por saúde”.

O ensino organizado dessa forma não consegue atender às exigências do mercado de trabalho que aspira por profissionais de saúde capazes de agir, tomar decisões e de usar a criatividade para solucionar problemas^{1, 5}. Os egressos destes cursos de saúde geralmente não reconhecem a necessidade de trabalho em equipe multiprofissional, possuem uma formação humanística insuficiente e não se mostram comprometidos com os princípios do SUS, estando “despreparados e imaturos para cuidar das patologias mais prevalentes no país”⁸.

Nesse contexto, para Santana⁴, “os processos de formação devem capacitar os indivíduos para as mudanças das bases cognitivas e materiais de seu trabalho e para o enfrentamento das novas demandas da sociedade, com vistas a aprender a aprender, fazer, ser e viver junto”. Além disso, deve considerar a realidade social, política e cultural do país com vistas a garantir “o respeito às redes de significados dos fenômenos humanos, às situações sanitária e educacional e à diversidade regional brasileira”⁷.

Meu interesse particular na necessidade de transformações na formação do profissional de saúde vem se configurando há muito tempo, desde quando ingressei, pela primeira vez, na universidade no curso de medicina da Fundação Bahiana para

o Desenvolvimento das Ciências em 1999. Acreditava que através desse caminho poderia entender como as pessoas funcionavam em suas diversas dimensões – biológicas, sociais, psicológicas, espirituais, etc. – e cuidar delas de forma integral em momentos de grande vulnerabilidade, tais como, a doença, o sofrimento e a morte. Entretanto, com o tempo, dei-me conta de que o humano era visto preferencialmente pelos seus aspectos biológicos e patológicos, havendo uma importante cisão entre o corpo e a mente. Nesse momento, não fazia ideia da existência, significado e força do paradigma biomédico na formação em saúde, apenas me angustiava e me inquietava com tal forma de entendimento.

Buscando encontrar uma formação mais condizente com a minha concepção de saúde e cuidado, fiz um novo vestibular para o curso de psicologia na Universidade Federal da Bahia (UFBA) em 2000. Surpreendentemente, percebi que a lógica reducionista focada na doença mantinha-se, agora, deslocada para os aspectos mentais da experiência humana.

Nos diversos estágios curriculares e extracurriculares realizados – Clínica da Dor e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital das Clínicas, Hospital Aristides Maltez, Centro Estadual de Oncologia (CICAN), dentre outros – deparei-me com a insuficiência deste modelo de assistência no cuidado efetivo às pessoas, já que, ignoram outras dimensões da sua vida (aspectos psicossociais, ambientais, espirituais, etc.). Esquecia-se que o paciente tinha uma história de vida, possuía uma família, vivia em uma comunidade num determinado território, e, que as condições de vida, as quais, era submetido, influenciavam significativamente sua possibilidade de adoecer e morrer, sendo possíveis, intervenções que prevenissem agravos e promovessem saúde.

Aos poucos, compreendi que esse caminho, que só mais tarde conheci como holístico, precisava ser construído por mim mesma. Nesse sentido, busquei alternativas profissionais mais condizentes com minhas crenças e aspirações, quais sejam, a formação em Biossíntese pelo Centro de Biossíntese da Bahia em 2005 e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) em parceria com a Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências (FBDC) e Sociedade Hólon em 2007.

A Biossíntese é uma psicoterapia somática, psicodinâmica e transpessoal criada pelo psicoterapeuta inglês David Boadella a partir da vegetoterapia de

Wilhelm Reich. A palavra Biossíntese significa integração da vida e se refere a processos específicos de auto-formação que orientam o crescimento orgânico e o desenvolvimento pessoal e espiritual¹⁷. Esta formação com duração de quatro anos me possibilitou uma maior compreensão de como as diversas dimensões humanas podem ser integradas num plano de cuidado e da relevância da dimensão espiritual como recurso de cura e no desenvolvimento da resiliência.

Com duração de dois anos e carga horária semanal de 60 horas semanais, a residência em saúde da família tem como objetivo formar profissionais com competência para coordenar práticas integrais em saúde, atuando a partir de uma abordagem biopsicossocioespiritual do processo de saúde-adoecimento e integrando ações de promoção, proteção, recuperação e de educação em saúde, em nível individual e coletivo nas áreas de Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Odontologia, Medicina e Nutrição. Seu espaço de atuação é o Complexo Comunitário Vida Plena (CCVP), unidade de saúde docente-assistencial idealizada e mantida pela Sociedade Hólon - uma instituição sem fins lucrativos, de direito privado - localizada no bairro de Pau da Lima¹⁸.

Com essa experiência pude aprofundar e colocar em prática a integralidade no cuidado em saúde - integralidade sentida, vivida a cada discussão interprofissional de casos, nos conflitos nas equipes e com os estudantes dos diversos cursos de graduação em saúde, na visita domiciliar e nas construções dos projetos terapêuticos dos indivíduos e suas famílias. Cotidianamente, no trabalho vivo em ato, fui instigada a integrar teoria e prática, a saúde coletiva à clínica, o ensino à assistência, o corpo à mente e à espiritualidade. Aprendi também que num contexto de extrema vulnerabilidade social, ao qual, a maioria dos usuários do CCVP estava submetida, a religião e a espiritualidade assumia um papel muito importante no enfrentamento das adversidades da vida e dos problemas de saúde, assim como, na promoção da saúde, especialmente, da saúde mental.

Paulatinamente, fui compreendendo que o grande desafio na mudança do modelo tecno-assistencial de saúde, calcado na patologia e na cura para um modelo de cuidado às pessoas em suas necessidades ampliadas de saúde, passa principalmente por mudanças nos atores sociais que constroem e reconstroem a saúde em suas práticas profissionais. Nesse sentido, a formação dos profissionais de saúde assume um papel imprescindível.

Considerando o meu interesse nesse campo, candidatei-me ao cargo de professora substituta da faculdade de medicina da UFBA, sendo aprovada e contratada em 2009. Juntamente com professores médicos, contribuí na construção da ementa da disciplina do terceiro semestre do curso MED B16 (Módulo Clínico I - Fundamentos do Indivíduo, da Família e da Comunidade) e no seu ensino – as aulas eram ministradas por docentes médicos e psicólogos simultaneamente. Seus objetivos principais eram o desenvolvimento por parte dos alunos de habilidades para coleta de histórias médicas e realização de técnicas de exame físico e mental com foco na normalidade e em medidas de prevenção de agravos e promoção da saúde com abrangência das dimensões biopsicossocioespiritual.

O interesse crescente no ensino e inclusão de religião/espiritualidade nos currículos dos cursos de saúde baseia-se num modelo holístico de saúde, centrado no paciente, que é visto como um complexo biopsicossocioespiritual. Dessa forma, busca-se ensinar os estudantes a escutar os pacientes, entender e cuidar de seus sofrimentos, crenças, medos, esperanças e ao que dá significado e propósito às suas vidas, reconhecendo a espiritualidade como importante ao longo de todo o ciclo de vida deles¹²⁻¹⁶.

A percepção de que, apesar das resistências institucionais, de colegas e dos próprios alunos, estes, ao final da disciplina, mostravam-se, pelo menos, mais abertos a entender e incluir na prática clínica, aspectos negligenciados no modelo biomédico tradicional, ajudaram-me a persistir e continuar investindo nessa direção.

Com a finalização do meu contrato como professora substituta na UFBA, em 2012, fui convidada a integrar o corpo docente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) como preceptora do internato em saúde coletiva. Com essa inserção, tive a oportunidade de conjugar as experiências vivenciadas durante a residência, já que o estágio acontecia no CCVP, com as vivenciadas na UFBA. Isto me possibilitou perceber que quando os alunos são expostos a uma proposta pedagógica mais abrangente desde o início do seu curso, há maiores chances de que cheguem ao final mais preparados para atender ao amplo espectro de demandas por problemas de saúde e mais comprometidos aos princípios e diretrizes do SUS.

Paralelamente, buscando avançar na compreensão teórica e prática de novos formatos e estratégias pedagógicas mais conectadas com a necessidade de

transformações na formação dos profissionais de saúde, candidatei-me à vaga de monitora da disciplina HAC A01 - Estudos sobre a Contemporaneidade I, do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) da UFBA sob a coordenação da professora Denise Lemos. Minhas principais atribuições eram contribuir no planejamento didático das aulas e dos trabalhos, apoiar a professora na realização de trabalhos práticos e experimentais, além de auxiliar os alunos, individualmente ou em grupos, em sala de aula ou em horários definidos.

O Bacharelado Interdisciplinar (BI) se configura como uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. Os Bacharelados Interdisciplinares surgiram no contexto de formulação do projeto “UFBA Nova” que defendia a reestruturação do ensino de graduação através da implantação do regime de ciclos. Configuram-se como o primeiro ciclo do processo de formação superior, em caráter não profissionalizante, constituindo uma etapa preparatória para a continuidade da formação profissional e acadêmica¹⁰.

De acordo com seu projeto pedagógico, o BIS é "um curso de graduação de duração plena que visa agregar uma formação geral humanística, científica e artística ao aprofundamento no campo da saúde, promovendo o desenvolvimento de competências e habilidades que conferem autonomia para a aprendizagem e uma inserção mais abrangente e multidimensional na vida social (...)”¹¹.

O perfil do egresso do BIS destaca competências gerais (capacidade de abstração, análise e síntese de conhecimentos; habilidades para buscar, processar e analisar informação procedente de fontes diversas, etc.) e habilidades específicas que permitem ao estudante compreender a complexidade do campo da saúde na contemporaneidade, tais como, identificar e analisar problemas de saúde no âmbito individual e coletivo; analisar políticas públicas, programas e projetos da área de saúde, etc. Além disso, enfatiza um conjunto de valores e compromissos éticos relacionados com o processo de sensibilização para questões cruciais do mundo atual (responsabilidade social e compromisso cidadão; valorização e respeito pela diversidade cultural; compromisso ético-político no campo da saúde, etc.)¹⁰⁻¹¹.

No que tange à organização curricular,

A estrutura curricular do BI - Saúde divide o curso em duas etapas de formação: a Formação Geral e a Formação Específica. Estas etapas de formação são estruturadas hierarquicamente em Eixos, Módulos, e Componentes Curriculares que se distinguem quanto à função que exercem

na formação acadêmica dos alunos, e que podem perpassar as duas etapas. Adicionalmente, há o Eixo Integrador que, através das Atividades Complementares, ocorre em paralelo a estas duas etapas de formação, e o Eixo da Orientação Acadêmica/Profissional, constituída por ações e atividades em ambas as etapas do curso, e que têm como finalidade oferecer uma visão panorâmica das diversas áreas de investigação, práticas e profissões da saúde. A trajetória do aluno no curso pode seguir duas opções mutuamente excludentes: a) a formação na Grande Área de Saúde [...], b) a escolha de uma Área de Concentração a ser cursada a partir do 4º semestre do curso. [...] Caso o aluno opte por não ingressar em Área de Concentração, automaticamente permanecerá na Grande Área de Saúde e não precisará se submeter a eventuais critérios de admissão” (UFBA/IHAC, 2010).

O quadro abaixo resume a estrutura curricular do BIS, assim como, a distribuição da carga horária do curso.

Quadro 3 - Síntese da Distribuição da Carga Horária do Curso

EIXO/MÓDULOS	COMPONENTE CURRICULAR	CH
Módulo Interdisciplinar	HAC A01 – Estudos sobre a Contemporaneidade I	68 h
	HAC A34 – Estudos sobre a Contemporaneidade II	68 h
Módulo Culturas	2 CC Cultura humanística (a escolher)	136 h
	2 CC Cultura artística (a escolher)	136 h
Eixo Linguagens	LET E43 Língua Portuguesa, Poder e Diversidade	68 h
	LET E45 Leitura e Produção de Textos em Língua Portuguesa	68 h
	HAC Oficina de Textos acadêmicos e técnicos em Saúde	68 h
Formação específica (1ª etapa)	HAC A10 - Introdução ao Campo da Saúde	68 h
CC Obrigatórios	HAC A40 – Campo da Saúde: Saberes e Práticas	68 h
	HAC - Saúde, Educação e Trabalho	68 h
Formação específica (2ª etapa)	11 CC oferecidos pelas unidades de saúde e/ou pelo IHAC	748 h
CC optativos		
TOTAL		1020 h
ATIVIDADES COMPLEMENTARES		360 h
COMPONENTES LIVRES (7 CC de 68 h)		476 h
TOTAL GERAL		2400 h

Fonte: UFBA, IHAC. Projeto Pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, 2010.

A experiência como monitora da disciplina HAC A01 foi muito enriquecedora, pois me permitiu compreender de forma mais clara e prática a inovação curricular e

pedagógica trazida pelo BIS. Incentivava-se o estudo e discussão aprofundada de temas interdisciplinares relevantes ao campo da saúde, tais como, a concepção ampliada de saúde, a necessidade de trabalho em equipe, além da proposta de confecção de projetos interdisciplinares referentes aos contextos de vida dos alunos.

Com efeito, este envolvimento, em experiências e projetos que se empenharam na introdução de transformações da lógica da formação dos profissionais de saúde, despertou meu interesse em conhecer o que vem sendo produzido no campo do ensino de saúde, religião e espiritualidade e em conjecturar como seria a introdução desta temática no BIS, se haveria receptividade por parte do seu corpo docente, dentre outras questões.

Sendo assim, apresento a seguir os objetivos de cada um dos artigos, em que os resultados da pesquisa são sistematizados.

4. OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA

Esta dissertação é parte de uma linha de pesquisa que, analisando as possibilidades de contribuição da área de saúde e espiritualidade para a inovação dos currículos universitários da área de saúde, busca contribuir para a superação do modelo atual de formação em saúde em direção à uma concepção que valoriza a formação holística dos atores envolvidos no processo de cuidado em saúde.

No que diz respeito ao enfoque metodológico, a abordagem de cada um dos aspectos analisados exigiu a utilização de estratégias metodológicas distintas. Para a operacionalização da investigação, portanto, propôs-se o desdobramento da dissertação em dois subprojetos, cada um dos quais abordando aspectos particulares relacionados entre si, a saber:

4.1. OBJETIVOS

- 1) Descrever a produção científica sobre as relações entre saúde, religião e espiritualidade, em particular, em suas implicações para o ensino em cursos de saúde a partir de revisão da literatura;

- 2) Analisar as percepções* dos docentes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde sobre saúde, religião e espiritualidade e seu ensino.

4.2. JUSTIFICATIVA

O momento atual mostra-se propício ao desenvolvimento de estudos desta natureza, quando os diversos pesquisadores da área de saúde, religião e espiritualidade empenham-se em demonstrar a relevância dessas dimensões para a manutenção da saúde, bem como, em processos terapêuticos e de enfrentamento do adoecimento, defendendo, conseqüentemente, a necessidade de incluí-las na formação em saúde.

A singularidade desta dissertação consiste na tentativa de analisar as percepções de professores, de um curso de graduação inovador em sua arquitetura curricular e em termos dos seus projetos pedagógicos interdisciplinares, como o BIS, sobre esta temática considerada tão relevante para a formação integral dos discentes dos cursos da área de saúde.

A pertinência se justifica na medida em que se fazem necessárias transformações no perfil dos profissionais de saúde diante do processo de reorganização do modelo de atenção mais voltado para o atendimento das necessidades ampliadas de saúde e cuidado.

5. QUESTÕES ÉTICAS

A investigação foi desenvolvida seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme resolução CNS/MS nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

* Percepção, neste trabalho, é concebida em seu sentido mais amplo, que supõe as sensações acompanhadas dos significados que lhe atribuímos como resultado da nossa experiência anterior. Portanto, tendemos a perceber o mundo mais como cremos ou queremos que ele seja do que nos informam os diferentes estímulos que chegam aos nossos órgãos dos sentidos. In: BRAGHIROLI, E. M. e cols. **Psicologia Geral**. 22ª Ed. Editora Vozes: Petrópolis, 2002.

6. ESTRUTURA DO DOCUMENTO

Seguindo as normas do Programa de Pós-Graduação do IHAC, o trabalho ora apresentado como produto final do curso de Mestrado foi construído segundo o modelo europeu, estruturando-se sob o formato de artigos.

O artigo 1 apresenta a revisão da literatura sobre o ensino de religião e espiritualidade em cursos da área de saúde e as percepções de estudantes, docentes, pacientes e profissionais de saúde sobre a inclusão deste tópico na prática clínica e no ensino.

O artigo 2 analisa as percepções dos educadores do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde acerca das relações entre saúde, religião e espiritualidade e sobre a inclusão e ensino desta temática no respectivo curso de graduação.

Por fim, levando em consideração os resultados dos dois produtos centrais da dissertação, apresenta-se considerações finais que contém uma breve descrição do panorama do ensino de religião/espiritualidade em cursos de saúde e da análise das percepções dos docentes do BIS sobre o ensino deste tópico no curso. Ademais, apresenta-se algumas perspectivas e contribuições deste trabalho para o aprimoramento dos projetos pedagógicos interdisciplinares desenvolvidos no BIS.

ARTIGO 1

**AS RELAÇÕES ENTRE SAÚDE, RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE E SUAS
IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO EM CURSOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO**

Taís Oliveira da Silva

RESUMO

Apesar do maior reconhecimento das necessidades espirituais dos pacientes pelos profissionais de saúde, a abordagem desta dimensão no cuidado clínico ainda é infrequente. Ausência de tempo, desconforto pessoal e conhecimento/treinamento insuficientes são as principais barreiras citadas para explicar tal lacuna. Nesse sentido, tem havido um interesse crescente em incluir a temática religião e espiritualidade (R/E) no ensino e treinamento dos profissionais de saúde, com vistas a capacitá-los a lidar com essas questões na prática clínica. Este artigo revisa a literatura científica sobre o ensino de religião e espiritualidade em cursos da área de saúde e as percepções de estudantes, docentes, pacientes e profissionais de saúde sobre a inclusão deste tópico na prática clínica e no ensino. Em dezembro de 2014, foi realizada busca na base de dados SCOPUS, utilizando os termos *survey, curriculum, education, graduate training, health education associados a religion, religious, spiritual e spirituality*. A amostra final foi composta por 94 artigos. De modo geral, a maioria dos pacientes, profissionais, estudantes e docentes da área de saúde reconhece a necessidade e importância da abordagem da R/E na prática clínica e apoiam o ensino desta temática, entretanto, as instituições de ensino ainda não estão fornecendo treinamento adequado nesse âmbito. Há uma lacuna entre as demandas dos estudantes e a formação que estão recebendo. As áreas de medicina e enfermagem mostraram-se mais avançadas no que tange ao ensino e inclusão da temática R/E, com diversas experiências curriculares e de ensino descritas e avaliadas em sua efetividade, além de definições de habilidades e competências a serem alcançadas pelos estudantes, principalmente nos Estados Unidos. Entretanto, não há consensos sobre os conteúdos a serem ensinados, o formato de inclusão curricular - se de forma transversal ou a partir da implantação de disciplinas obrigatórias ou eletivas - e sobre as estratégias pedagógicas mais eficazes. Faz-se necessário maior investimento na capacitação e treinamento dos docentes das diversas áreas de saúde no que diz respeito ao ensino desta temática e na realização de mais pesquisas sobre este tópico educacional em países em desenvolvimento.

Palavras-Chave: Espiritualidade, Religião, Formação em Saúde, Currículo.

ABSTRACT

Despite the increased recognition of the spiritual needs of patients by health professionals, the approach of this dimension in clinical care is still infrequent. Lack of time, personal discomfort and knowledge/inadequate training are the main barriers cited to explain such a gap. In this sense, there has been increasing interest in including the topic Religion and Spirituality (R/S) in education and training of healthcare professionals, in order to capacitate them to deal with these issues in clinical practice. This article reviews the scientific literature about teaching the theme Religion and Spirituality in healthcare courses and perceptions of students, teachers, patients and healthcare professionals on the inclusion of this topic in clinical practice and teaching. In December of 2014, a search was conducted in the SCOPUS database, using the terms *survey, curriculum, education, graduate training, health education associated with religion, religious, spiritual and spirituality*. The final sample consisted of 94 articles. Most patients, professionals, students and professors of healthcare field recognizes the need and importance of the approach to R/S in clinical practice and support teaching of this subject, however, the educational institutions are still not providing adequate training in this area. There is a gap between the demands of students and the training they are receiving. The areas of medicine and nursing were more advanced with respect to education and inclusion of thematic R/S. Several curricular and teaching experiences were described and evaluated on its effectiveness, besides skills definitions and competencies to be achieved by students, mainly in the United States. However, there is no consensus on the contents to be taught, curriculum inclusion format and on the most effective teaching strategies. It is necessary more investment in training of teachers of different areas of healthcare and further research on this education topic in developing countries.

Keywords: Spirituality, Religion, Health Training, Curriculum.

INTRODUÇÃO

Religião e espiritualidade (R/E) e suas relações com a saúde têm sido bastante estudadas nas últimas décadas¹⁻². Os resultados destas pesquisas sugerem que crenças religiosas e espirituais podem contribuir para a manutenção da saúde, bem como em processos de adoecimento e terapêuticos³⁻⁴.

Pacientes em diferentes contextos de saúde têm reivindicado que os profissionais reconheçam a importância da dimensão religiosa/espiritual no enfrentamento de doenças, em processos de hospitalização e abordem estas necessidades em seus encontros clínicos, principalmente em situações de final de vida⁵⁻⁸.

Todavia, apesar do maior reconhecimento das necessidades religiosas e espirituais dos pacientes pelos profissionais de saúde, a abordagem destas dimensões no cuidado clínico ainda é infrequente. Majoritariamente, os profissionais não se sentem preparados para abordá-las, assim como, não existe um consenso sobre se e como estas dimensões devem ser introduzidas nas práticas profissionais⁷⁻²⁴. Ausência de tempo, desconforto pessoal e conhecimento/treinamento insuficientes são as principais barreiras citadas para explicar tal lacuna^{8, 14, 20, 23-27}.

Nesse contexto, alguns autores defendem a necessidade em incluir a temática R/E no ensino e treinamento dos profissionais de saúde, com vistas a capacitá-los a lidar com essas questões na prática clínica, principalmente nas áreas de medicina e enfermagem^{8-10, 14, 16, 19, 22, 28-41}.

Nos Estados Unidos, desde a década de 1990, Cristina Puchalski tem contribuído com o desenvolvimento e avanço do campo Espiritualidade e Saúde (E/S) nas escolas médicas norte-americanas. Esta importante pesquisadora juntamente com seus colaboradores lançaram um movimento que defende “as raízes espirituais da medicina, contribuindo para definir espiritualidade de forma ampla e construir aceitação para sua relevância essencial na assistência ao paciente”⁴¹.

Em 1992, esta autora ministra, pela primeira vez, uma disciplina eletiva sobre E/S na George Washington University. Logo em seguida, em 1996, a partir das reações positivas de alunos e professores, esta universidade norte-americana

integrou verticalmente esta disciplina em seu currículo obrigatório²⁹. Puchalski também colaborou com a Association of American Medical Colleges (AAMC) na construção do Medical School Objectives Project III (MSOP III), que fornecia uma definição de espiritualidade e propunha como esta deveria ser integrada no cuidado ao paciente e na educação médica, identificando objetivos de aprendizagem e metas de resultados para os cursos⁴¹.

Outras importantes contribuições desta pesquisadora para o avanço da inclusão curricular da temática E/S nas escolas médicas norte-americanas foram a construção de um instrumento de coleta da história espiritual denominado FICA (Faith and Belief, Importance, Community, and Address in Care), a criação do prêmio Spirituality and Health Curricular Awards, financiado pelo John Templeton Foundation, que premiava as melhores propostas de inserção curricular deste tópico nos cursos médicos, além da fundação do George Washington Institute for Spirituality and Health (GWish). Este instituto tem contribuído efetivamente para a construção e consolidação das competências nacionais em E/S com vistas a estabelecer bases comuns para a comunicação, análise de currículo e aumentar a coesão deste novo campo⁴¹.

Dessa forma, o ensino da espiritualidade vem sendo incorporado dentro de um modelo holístico, centrado no paciente, em que se reivindica o retorno da arte do cuidado compassivo ao currículo médico. Busca-se ensinar os estudantes a escutar os pacientes, coletar a história espiritual, entender e cuidar de seus sofrimentos, crenças, medos, esperanças e ao que dá significado e propósito às suas vidas, devendo a espiritualidade ser reconhecida como importante ao longo de todo o ciclo de vida dos pacientes^{29-30, 35, 41, 67}.

Nessa perspectiva, este artigo objetiva revisar a literatura sobre o ensino de R/E em cursos da área de saúde e sobre as percepções de estudantes, docentes, pacientes e profissionais de saúde sobre a inclusão deste tópico na prática clínica e no ensino, tomando como fonte de informação os trabalhos indexados na base de dados Scopus. A escolha desta base deveu-se ao fato de ser a mais interdisciplinar de todas com o maior número de revistas indexadas em diversos campos da ciência (matemática, engenharia, tecnologia, saúde e medicina, ciências sociais, artes e humanidades), de realizar atualização diária, além de incluir as bases de dados Pubmed e PsycINFO – bases de dados importantes no campo da saúde.

Em dezembro de 2014, foi realizada a busca, utilizando o termo *survey* associado aos termos *curriculum*, *education*, *graduate training*, *health education* e aos termos *religion*, *religious*, *spiritual* e *spirituality* através do operador booleano AND. Considerou-se para essa finalidade todo o período disponível. Foram encontrados 7958 resumos, conforme quadro abaixo.

Quadro 1: Pesquisa Bibliográfica no Sistema de Busca SCOPUS

Survey	Curriculum	Religion	143
		Religious	111
		Spiritual	62
		Spirituality	56
	Education	Religion	2427
		Religious	1471
		Spiritual	445
		Spirituality	282
	Graduate Training	Religion	26
		Religious	13
		Spiritual	14
		Spirituality	16
	Health Education	Religion	1587
		Religious	800
		Spiritual	311
		Spirituality	194
	TOTAL	7958	

No segundo momento, utilizou-se o operador booleano OR com todas as buscas já descritas, conforme exemplo a seguir - ((TITLE-ABS-KEY (survey AND curriculum AND religion)) OR (TITLE-ABS-KEY (survey AND curriculum AND religious)) OR (TITLE-ABS-KEY (survey AND curriculum AND spiritual))). Foram encontrados 3416 resumos.

Deste total, foram excluídos os documentos que não foram publicados em português, inglês e espanhol e em formato de artigo, revisão, pequeno inquérito (379), restando 3037 resumos. Após a leitura destes resumos, excluindo-se duplicidades e publicações não relacionadas à temática, ao final, foram escolhidos

60 artigos. Ademais, a partir de referências dos artigos já elegidos, escolheu-se 34 artigos, totalizando 94 artigos.

Estas publicações cobriam o período de 1990 a 2015. As áreas de saúde em que localizou-se mais artigos foram medicina (45) e enfermagem (24), seguidas de psicologia (06) e serviço social (06). Na área de fisioterapia e terapia ocupacional, apenas três artigos foram encontrados. Também foram encontradas publicações em terapia de família e casal (03) e aconselhamento (03).

Não foram definidas categorias de análise dos artigos a priori. A medida que os artigos foram lidos, as categorias emergiram a partir da análise dos seus conteúdos.

PERCEPÇÕES DE PACIENTES, PROFISSIONAIS, ESTUDANTES E DOCENTES DA ÁREA DE SAÚDE SOBRE A INCLUSÃO DA R/E NA PRÁTICA CLÍNICA E NO ENSINO

Percepções de Pacientes

De forma geral, os pacientes desejam que os profissionais de saúde abordem suas crenças religiosas e espirituais no contexto clínico⁵⁻⁸. Quanto maior a gravidade do quadro clínico do paciente, maior o desejo de que suas necessidades espirituais sejam atendidas, variando desde o questionamento de suas crenças até a oração ativa juntamente com o profissional^{6, 8}.

Em grupos focais realizados com 22 pacientes norte-americanos com doenças ameaçadoras da vida, hospitalizados até um ano antes, alguns participantes concordavam que o atendimento de suas necessidades espirituais deveria ser parte integrante dos cuidados médicos e desejavam que estes profissionais discutissem mecanismos de enfrentamento e mostrassem empatia⁵.

Em estudo realizado com 456 pacientes de seis centros médicos acadêmicos em três estados norte-americanos, 66% dos pacientes pensavam que os médicos deveriam ser conscientes de suas crenças religiosas/espirituais. A proporção de pacientes desejosos em discutir estas crenças aumentava de 33% em uma consulta

ambulatorial para 40% em um contexto de hospitalização e para 70% em um contexto de final de vida. Da mesma forma, em um contexto ambulatorial, apenas 20% dos pacientes desejariam que seu médico orasse junto com ele. Por outro lado, em um contexto de final de vida, 50% deles desejariam uma oração ativa com seu médico⁶.

Quase 80% de 75 pacientes com câncer avançado de quatro centros acadêmicos em Boston acreditavam que o cuidado espiritual rotineiro beneficiaria pelo menos um pouco os pacientes⁷. A maioria deles indicou que seria moderadamente ou muito importante para médicos e enfermeiras considerarem as necessidades religiosas/espirituais como parte do tratamento do câncer (58% e 62% respectivamente)⁸.

Percepções de Profissionais de Saúde

De modo geral, a maior parte dos profissionais de saúde concorda quanto à importância da R/E no enfrentamento de doenças e na promoção à saúde dos pacientes, entretanto, no que tange à inclusão da R/E na prática clínica, não existe um consenso sobre se e como estas dimensões devem ser introduzidas nas práticas profissionais⁷⁻²⁴.

Essas divergências variam desde quem seria o responsável por esse tipo de cuidado (se o capelão ou o profissional de saúde), momentos e contextos adequados para a abordagem (apenas se o paciente requisitasse; preferência em contextos de cuidados paliativos, etc.), até os tipos de intervenções espirituais que poderiam ser realizadas (orar silenciosamente ou em voz alta, discussão de textos religiosos, dentre outros)^{13, 17, 18, 21, 23, 32, 42, 43}.

Em pesquisa com 227 residentes de medicina interna, pediatria e medicina da família da maior instituição de ensino do meio-oeste dos EUA, 77% deles afirmaram que somente deveriam perguntar sobre as crenças espirituais e religiosas de pacientes próximos da morte. Em todos os contextos clínicos do paciente, estes residentes eram menos propensos a concordar em rezar em silêncio ou em voz alta com um paciente do que em perguntar sobre suas crenças espirituais e religiosas¹³.

Em investigação com 15 psicólogos sul-africanos sobre a abordagem da R/E em psicoterapia, alguns deles defendiam uma abordagem explícita que incluía orar e discutir escrituras com os clientes em terapia, enquanto outros preferiam uma abordagem implícita que incluía discussão desses conceitos, mas, sem envolvimento de práticas espirituais/religiosas²³.

Pesquisas têm apontado que as atitudes e percepções de profissionais com relação à R/E afetam seu relacionamento com os pacientes, assim como suas decisões clínicas. Profissionais mais religiosos e espirituais são mais prováveis em abordar questões religiosas/espirituais em suas práticas, sendo mais sensíveis às necessidades espirituais dos pacientes^{15-16, 19, 32, 44-46, 56, 100}.

De forma semelhante, profissionais que foram treinados nesse campo também tenderam a incluir mais fortemente esse tópico em suas intervenções clínicas^{16, 36, 45}. O treinamento nesta temática, mesmo considerando as variáveis confundidoras (idade, sexo, raça, anos de prática), se configurou como o principal preditor da inclusão de questões religiosas/espirituais no cuidado^{8, 27}.

Apesar disso, o treinamento neste tópico ainda é insuficiente, configurando-se juntamente com a ausência de tempo e desconforto pessoal, como uma das principais barreiras à abordagem da R/E no contexto clínico^{10, 14, 20-22, 26-27}.

Em investigação com 1144 médicos de cuidado crítico e primário selecionados aleatoriamente de uma lista da American Medical Association Physician Masterfile, somente 23% dos participantes relataram ter recebido treinamento formal em religião, espiritualidade e medicina⁴⁶. No estudo com 322 médicos e enfermeiros oncologistas de quatro centros acadêmicos em Boston, 86% dos primeiros e 88% dos segundos mencionaram nunca terem recebido treinamento sobre tópico da R/E⁸. Na Índia, em pesquisa com 192 profissionais alopáticos de duas instituições e com 201 profissionais de medicina alternativa, complementar e tradicional (TCAM) de cinco instituições, somente 10,95% dos alopatas relataram ter recebido treinamento nesta temática, ao passo que 40% dos profissionais TCAM relataram ter recebido treinamento via seu curso médico²⁴.

Diante de tal contexto, apesar de não haver concordância sobre se e como a R/E deve ser incorporada à prática clínica, em boa parte das pesquisas revisadas, os profissionais de saúde admitem a inclusão desta temática nos currículos dos cursos de graduação e especialização em saúde^{8, 10, 20, 24, 37, 39, 45}.

Percepções de Estudantes e Docentes

A título de exemplo, estudantes, docentes de medicina e de enfermagem concordam que a R/E influenciam muito a saúde dos pacientes e gostariam de abordar essas questões, entretanto, em sua maioria, sentem-se despreparados⁴⁷⁻⁴⁹. As principais barreiras apontadas foram medo de impor crenças religiosas, de ofender os pacientes e ausência de conhecimento⁴⁸⁻⁴⁹. Alega-se que as universidades não estão fornecendo treinamento adequado na área, por isso, defende-se a inclusão curricular desta temática nos referidos cursos⁴⁷⁻⁵⁰.

Em pesquisa com 3630 estudantes médicos de 12 escolas médicas no Brasil, 71,2% indicaram que a espiritualidade tinha impacto sobre a saúde dos pacientes, que este impacto era positivo (68,2%) e que gostariam de abordar essas questões (58%), entretanto, quase a metade deles referiu não estar preparada (48,7%). As razões mais comuns citadas foram: medo de impor crenças religiosas (47,5%); medo de ofender os pacientes (35,8%) e ausência de conhecimento (34,7%). Mais de 80% destes participantes nunca receberam qualquer treinamento sobre espiritualidade e saúde e 78,3% referiram que os professores nunca ou raramente abordaram esta questão. A maioria dos estudantes referiu que as escolas médicas brasileiras não estavam fornecendo formação adequada nesta área (83,4%). 62,6% deles defendem que conteúdo sobre R/E deveria ser incluído no currículo médico e 47,8% preferiam que fosse de forma eletiva⁴⁸.

Em estudo com 118 estudantes e 30 professores de enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 96% acreditavam que a espiritualidade influenciava muito na saúde do paciente e 77% sentiam vontade de abordar o assunto. Entretanto, somente 36% julgavam-se preparados. As principais dificuldades apontadas foram: medo de impor suas crenças (46,6%); falta de tempo (23,0%); medo de ofender os pacientes (18,9%); falta de conhecimento (14,9%); desconforto com o tema (14,2%); falta de treinamento (10,1%). Quase metade dos alunos (45,3%) referiu que a temática nunca havia sido abordada em sua graduação. A maioria dos professores percebia a necessidade da incorporação do assunto na grade curricular (86%)⁴⁹.

Em investigação com 475 estudantes e 44 professores de uma escola médica brasileira privada, grande parte dos respondentes não se sente preparada para

abordar a espiritualidade e afirma que as escolas médicas brasileiras não estão fornecendo toda informação necessária neste campo⁵⁰.

Em estudo com 252 estudantes de medicina de uma Universidade Católica do Meio-Oeste dos EUA, 82,5% deles acreditavam que a espiritualidade deve ser um componente necessário no currículo médico⁴⁷. De forma semelhante, 81,4% de 135 estudantes de graduação em terapia de casal e de família não tiveram nenhum curso sobre R/E⁵¹.

Por outro lado, em pesquisa realizada com 531 estudantes de enfermagem de seis universidades, membros da European Spirituality Research Network for Nursing and Midwifery, em quatro países europeus (País de Gales, Malta, Holanda, Noruega), estes consideraram o cuidado pessoal e espiritual como importantes e se sentiram altamente competentes nos aspectos mais humanísticos e interpessoais do cuidado espiritual, tais como, comunicação (98,1%) e atitudes com relação à espiritualidade do paciente (93,6%)⁵².

Em investigação realizada com 93 docentes de programas de mestrado e doutorado credenciados à Commission on Accreditation of Marriage and Family Therapy Education (COAMFTE), 88,2% dos professores concordam que é apropriado ao terapeuta questionar sobre a R/E do cliente, 80% que é adequado discutir sobre o significado da vida do cliente e sobre suas experiências espirituais. No que tange ao treinamento, 86,4% dos docentes relatam que é importante para os estudantes integrar a espiritualidade durante o processo de avaliação, assim como, 81,3% deles concordaram que é desejável que os estudantes recebam supervisão e treinamento em questões espirituais. Todavia, apenas 52,7% concordam que um curso separado sobre espiritualidade seja necessário⁵⁷.

Em estudo com 166 docentes de fisioterapia de programas credenciados à comissão americana de acreditação dos programas de educação em fisioterapia, 56% dos respondentes indicaram que conceitos espirituais deveriam ser incluídos no currículo. Mais da metade deles (65,7%) acreditava que possuir conhecimento de crenças e práticas espirituais é essencial no trabalho com pacientes³⁴.

Quase 80% de 66 docentes de serviço social de 16 universidades sul-africanas relataram que espiritualidade não era incluída no currículo. Da mesma forma, quase 96% dos participantes mencionaram que sua escola não oferece um curso separado sobre este tópico. 45,4% dos docentes apoiaram que a temática da

R/E deveria ser oferecida como um curso obrigatório, ao passo que 39.4 % deles apoiaram que deveria ser optativo⁵⁹.

No entanto, em investigação sistemática de 122 diretores/reitores de escolas médicas norte-americanas credenciadas ao Liaison Committee for Medical Education, no que diz respeito a quanto o corpo docente valoriza o conteúdo sobre Espiritualidade e Saúde (E/S), apenas 10% deles indicaram "muito valioso", enquanto 54% relataram "algo valioso"; 11% deles pensavam que os alunos achavam muito valioso e 70% um pouco valioso. Embora, mais de 90% indicassem que os pacientes enfatizam a espiritualidade em seu enfrentamento e cuidado à saúde, apenas 39% mencionam que incluir E/S no currículo é importante. No que tange à inclusão de mais conteúdo sobre esta temática no currículo, 43% dos participantes comunicaram que o fariam, entretanto, mesmo que financiamento e treinamento fossem disponíveis, apenas 25% abririam tempo curricular adicional⁶¹.

Em relação ao ensino da temática, estudantes de enfermagem defenderam que diferentes abordagens da espiritualidade deveriam ser ensinadas e que este ensino deveria explorar as diferentes questões éticas envolvidas⁵³.

Por outro lado, em estudo realizado com estudantes de enfermagem de três instituições educacionais em Cingapura, poucos concordaram que o cuidado espiritual deveria ser abordado ao longo do seu programa de educação em enfermagem. Os autores hipotetizam que este resultado se deva ao não incentivo à inclusão do cuidado espiritual como competência central para enfermeiros pelos conselhos de enfermagem em Cingapura⁵⁴.

Para estudantes de serviço social sul-africanos, os principais componentes de um curso sobre R/E e serviço social a serem incluídos no currículo seriam diversidade religiosa e espiritual, lidando com questões religiosas/espirituais na prática, interfaces entre valores do serviço social e valores religiosos/espirituais, questões éticas, intervenções espirituais no currículo (oração, toque com as mãos), colaboração com organizações espirituais/religiosas, aspectos funcionais e disfuncionais da espiritualidade, relações entre religião e política, raízes espirituais ou religiosas históricas na profissão de serviço social, teorias desenvolvimentais, diagnóstico diferencial entre experiências transpessoais espirituais/religiosas e psicopatologia⁵⁵.

De acordo com docentes de fisioterapia, os tópicos centrais de espiritualidade a serem ensinados deveriam incluir a espiritualidade de cada um e como esta influencia sua saúde, doença e incapacidade, juntamente com a forma como estes afetam a espiritualidade de uma pessoa, o tratamento holístico que inclui a mente, corpo e espírito, e como a espiritualidade é um aspecto fundamental do ser humano. Defendem que esses tópicos deveriam ser interconectados com cursos existentes ao invés de se criar novos³⁴.

Docentes de psiquiatria sul-africanos concordavam que a espiritualidade não pode ser ignorada na prática e ensino de psiquiatria. Defendiam a importância da incorporação de uma exploração profunda da espiritualidade e da religião e do significado dos mesmos para os pacientes na coleta da história e entrevista clínica de avaliações psiquiátricas de rotina. Ademais, ratificam que conhecimentos básicos e informações sobre principais temas espirituais e religiosos deveriam ser incluídos na formação dos psiquiatras⁵⁸.

Dessa forma, apesar da recomendação da incorporação das questões religiosas/espirituais em programas de treinamento dos profissionais de saúde e da percepção e necessidade dos estudantes de educação nessa temática, elas não têm sido abordadas de maneira satisfatória^{48, 51}.

Um possível dificultador do ensino desta temática no ambiente universitário seria a formação insuficiente da maioria dos docentes sobre espiritualidade⁵⁰. Destaca-se, então, a necessidade de apoio ao corpo docente em seu desenvolvimento profissional e na incorporação destes conceitos como parte central de sua missão educacional, inserindo-os em documentos de currículo e nos métodos pedagógicos escolhidos⁵⁴.

PANORAMA SOBRE O ENSINO DA R/E NOS CURSOS DE SAÚDE

Em investigação sobre o treinamento de cuidado espiritual fornecido aos profissionais de saúde na Alemanha, Áustria e Suíça, os resultados evidenciaram que a maior parte do treinamento de cuidado espiritual está localizada em hospitais (36%) e é fornecido pelas universidades: faculdade de teologia (6%), medicina (11%), psicologia (2%) e colaboração interdisciplinar (2%); por diferentes sociedades

e associações (17%), centros de retiro e treinamento (17%) e pelos hospícios (6%). Mais da metade desse treinamento faz parte da educação sobre cuidados paliativos (CP) oferecidos nos hospitais e faculdades médicas (57%). O treinamento nessa temática é fornecido a 18% de enfermeiros, 13% de assistentes sociais, 11% de capelães, 11% de médicos das enfermarias, 8% de fisioterapeutas, 15% de estudantes de medicina, 8% a estudantes de teologia e 10% a estudantes de psicologia⁹⁴.

Segue uma descrição do cenário do ensino da R/E por curso da área de saúde encontrado na revisão de literatura.

Medicina

Em extensa revisão de literatura realizada por Lucchetti, Lucchetti e Puchalski⁶⁰, em 2012, foram encontrados 38 artigos, dos quais, 31 (81,5%) foram fornecidos por escolas médicas dos EUA; três (7,8%) por escolas médicas canadenses e quatro (10,5%) por outros países. Estes foram didaticamente classificados em cinco categorias: *Educação e implementação de cursos de espiritualidade na educação médica; Educação e implementação de cursos de espiritualidade na residência médica, pós-graduação e especialistas; Aspectos espirituais de estudantes de medicina, residentes e professores; Como incorporar espiritualidade no currículo médico e razões para ser incorporado; Pesquisas lidando com o número de escolas médicas que possuem cursos sobre espiritualidade na graduação.*

Na primeira categoria, todos os artigos foram de escolas médicas norte-americanas, em que os cursos de espiritualidade pareciam ser facilmente implementados e bem aceitos pelos alunos, ensinando-os a coletar uma história espiritual e compreender o papel da espiritualidade na saúde.

Na categoria *educação e implementação de cursos de espiritualidade na residência médica, pós-graduação e especialistas*, os cursos de espiritualidade têm sido implementados em muitas especialidades diferentes, tais como, CP, psiquiatria, medicina interna e medicina de família. Os programas de psiquiatria desenvolveram objetivos de aprendizagem e métodos para o ensino desses cursos.

No que tange à terceira categoria, os estudos revelaram que a maioria deles declarou ser espiritual e sentir-se preparada para discutir R/E com pacientes com doenças fatais.

Na categoria *como incorporar espiritualidade no currículo médico e razões para ser incorporado*, as razões variam desde o desejo de pacientes de ter suas necessidades espirituais reconhecidas e abordadas, particularmente, aqueles com doenças crônicas e ameaçadoras da vida, até a necessidade de que os profissionais médicos forneçam cuidado compassivo e atendam a todas as dimensões do sofrimento do paciente.

Em *pesquisas lidando com o número de escolas médicas que possuem cursos sobre espiritualidade na graduação*, foram encontrados seis estudos, em que se evidencia que a maioria das escolas médicas americanas tem exigido conteúdo relacionado à espiritualidade e saúde em seus currículos.

A presente revisão encontrou resultados semelhantes. Dos 45 artigos de Medicina encontrados, 32 foram fornecidos por escolas médicas dos EUA (71,1%), 03 por escolas inglesas (6,7%), 05 por escolas brasileiras (11,1%) e 05 por escolas de outros países (11,1%). Didaticamente, buscar-se-á descrever o panorama sobre o ensino da R/E nos cursos de medicina seguindo as categorias definidas pela revisão citada acima, exceto *os tópicos aspectos religiosos/espirituais de estudantes de medicina, residentes e professores e como incorporar R/E no currículo médico e razões para ser incorporado* que já foram descritos na seção anterior sobre as percepções de pacientes, profissionais, estudantes e docentes da área de saúde sobre a inclusão da R/E na prática clínica e no ensino.

Escolas Médicas com Cursos sobre R/E na Graduação

Pesquisa revela que, 90% das escolas norte-americanas possuíam cursos ou conteúdos sobre E/S, 73% com conteúdos em cursos obrigatórios abordando outros tópicos e 7% com um curso obrigatório dedicado somente a E/S. O tempo de exposição a este conteúdo geralmente ocorreu durante o treinamento pré-clínico (92%), embora mais da metade também a teve durante os anos clínicos (61%)⁶¹.

Em estudo realizado com 17 escolas médicas do Reino Unido em 2008, 59% destas incorporam a temática espiritualidade e saúde como parte do currículo padrão. Destas, 50% afirmaram que a inclui no ensino obrigatório, 80% a inclui em componentes opcionais, e 88% afirmou que o ensino em medicina complementar e alternativa (CAM) está incluído no currículo. Percebe-se alguma sobreposição do ensino espiritual e do ensino CAM com 20% escolas oferecendo instrução sobre a cura pela fé, como parte de seus currículos CAM⁶². A mesma sobreposição acontece nas escolas médicas norte-americanas¹⁰¹.

Em investigação mais recente com 39 docentes de todas as 32 instituições educacionais médicas inglesas, 63,4% das escolas incorporam a temática espiritualidade e saúde como parte do currículo padrão e apenas uma faculdade tinha um componente obrigatório no currículo dedicado á temática. Em 55,9% delas, a exposição à temática se dá durante o treinamento clínico e em 35% durante treinamento pré-clínico. Quase 40% das escolas médicas afirmaram que o conteúdo de espiritualidade e saúde deveria ser aumentado em extensão e 64,2% delas consideraram esta temática de alguma forma muito valiosa. A maioria concordou que mais material sobre a temática era necessário em sua instituição, entretanto 37,9% não concordaram sobre essa necessidade. 39,2% dos docentes não se sentiam adequadamente treinados para ensinar espiritualidade e saúde e a mesma proporção desejou mais oportunidades de treinamento. Apenas 17,9% das escolas médicas desejavam dar espaço para inserção adicional de componentes desta temática no currículo⁶³.

Todavia, no Brasil, poucas faculdades médicas oferecem esse tipo de treinamento em seu currículo. O primeiro curso sobre espiritualidade e saúde aconteceu em 2002 na Universidade de Santa Cecília em Santos. Somente em 2006, a Universidade Federal do Ceará inseriu esta temática em seu currículo^{2, 64}. A situação começa a mudar com uma edição inteira da Revista de Psiquiatria Clínica dedicada à espiritualidade e saúde em 2007 e dois eventos importantes em 2009: Reunião sobre "O Uso de Espiritualidade na Prática Clínica" no Congresso Brasileiro de Educação Médica e sobre "Medicina e Espiritualidade na Prática Médica" no Congresso de Medicina Interna do Brasil⁶⁴.

Em 2012, 10,4% de 86 escolas médicas brasileiras possuíam um curso específico dedicado a R/E (09 escolas) e 40,5% tinham cursos ou conteúdo sobre

E/S. Quase 17% destas instituições relataram ter uma palestra sobre o assunto e 13,9% declarou que a temática é integrada em outros cursos ou palestras. Menos de 3% das faculdades estavam planejando inserir um novo curso sobre o assunto em seus currículos⁶⁵⁻⁶⁶.

Nos três países citados (EUA, Reino Unido e Brasil), há pouca uniformidade entre as escolas médicas em relação ao conteúdo, forma, quantidade ou perfil do docente que realiza o ensino sobre a espiritualidade^{61-62, 66}. Conjectura-se que esta situação reflete a ausência de treinamento específico dos professores, a ausência de consonância entre eles sobre o que deveria ser incluído no currículo e a carência de uma política direcionada a E/S na educação médica⁶⁶. Propõe-se, então, maior conformidade sobre os conteúdos a serem ensinados sobre espiritualidade com a introdução de um currículo padronizado em todas as escolas médicas^{62,66}.

Educação e Implementação de Cursos de R/E na Residência Médica, Pós-Graduação e Especialistas

No que diz respeito ao ensino deste tópico em residências norte-americanas em psiquiatria, recomendou-se que o ensino incluía as crenças religiosas dos pacientes em seu entendimento da pessoa inteira e como essas crenças os afetam como parte da avaliação clínica psiquiátrica, além de recomendações de tratamento que sejam consistentes com estas crenças, incluindo referência a um profissional que possa abordar as questões religiosas particulares do mesmo quando necessário⁶⁸⁻⁶⁹. Enfatiza-se que neste contexto, o psiquiatra, independente de sua religião, deve ter uma postura moral neutra⁶⁹.

Um currículo acadêmico sobre R/E para as residências em psiquiatria canadenses, limitado a 10 sessões acadêmicas de 90 a 120 minutos cada, foi proposto em um dos artigos revisados. Três a seis sessões seriam devotadas ao ensino de tradições religiosas particulares, selecionadas de acordo com a diversidade local e desafios na prática clínica. Os professores do curso deveriam incluir membros da psiquiatria, da religião e departamentos de antropologia, bem como, o clero e outros líderes religiosos da comunidade, além de fornecer referências adicionais que reflitam a diversidade local ⁷⁰.

Com relação ao ensino da R/E em CP, preconiza-se que: os estudantes desenvolvam a capacidade para completar uma avaliação espiritual; aumentem a capacidade de auto-reflexão e compreensão da sua própria história espiritual e como isso afeta o seu cuidado aos pacientes; preparem-se para avaliar criticamente a literatura; e familiarizem-se com as habilidades de capelão, psicólogos e outros profissionais que podem ajudar os pacientes em sua jornada espiritual⁷¹.

Em investigação com 181 residentes de medicina da Universidade de Washington e da Universidade Médica da Carolina do Sul, participantes do curso Improving Clinician Communication Skills (ICCS) sobre sua competência auto-avaliada em discutir religião e espiritualidade com os pacientes, estes avaliaram sua competência de comunicação em discutir questões espirituais/religiosas e existenciais como menor que sua competência em discutir decisões médicas como a condição de não ressuscitar. Esse fato denota que o treinamento do médico nesse tópico deveria ser uma prioridade e, a auto-avaliação da habilidade deste profissional poderia ser uma ferramenta útil⁷².

Experiências Curriculares e de Ensino

Em estudo para caracterizar o currículo de R/E de escolas médicas norte-americanas, realizado em 2004, embora a maioria dos autores descrevesse o conteúdo de seus cursos, não relatava os passos chave para o desenvolvimento do currículo, nem especificava que aspectos particulares da espiritualidade e medicina foram cobertos pelo curso⁷³.

No processo de desenvolvimento curricular desta temática na Kansas City University of Medicine and Biosciences (KCUMB), este currículo tornou-se parte do currículo de habilidades comunicacionais da Osteopatia, que foi delineado, a fim de que os estudantes fossem capazes de: solicitar e desenvolver uma história espiritual dos pacientes com vistas a atender às suas necessidades espirituais; realizar auto-avaliações de necessidades espirituais e desenvolver um plano de ação para a auto-crescimento espiritual; integrar as questões espirituais e culturais no diálogo médico e do processo de tomada de decisões com pacientes e familiares, e desenvolver

habilidades para trabalhar com capelães. O currículo é composto por oito horas com os alunos, distribuídos ao longo de cinco sessões de aprendizagem, em que se busca alcançar os objetivos de aprendizagem, utilizando-se palestras, pequenos grupos de role-play, coleta da história espiritual de um paciente e dos próprios alunos através do instrumento FICA (Faith and Belief, Importance, Community, and Address in Care), encontros com líderes espirituais de várias comunidades religiosas e culturais e experiência de quatro horas de acompanhamento a um capelão hospitalar⁷⁴.

Diversas experiências de ensino da R/E- treinamento de cuidado pastoral clínico supervisionado⁷⁵, workshop piloto sobre espiritualidade e medicina⁷⁶, casos com questões religiosas/espirituais em Objective Structured Clinical Examination – OSCE^{77,80}, experiência observacional com capelães⁷⁸, auto-reflexão sobre cuidado espiritual competente⁷⁹ – mostraram-se eficazes em seus objetivos de treinar os estudantes e profissionais no reconhecimento das questões espirituais dos pacientes e no treinamento de habilidades e competências na prestação do cuidado espiritual, tais como, coleta da história espiritual, habilidade comunicacional de discussão de questões religiosas e espirituais, etc.⁸¹.

Em investigação do cuidado ao paciente e das competências de comunicação de 170 estudantes do terceiro ano de medicina da faculdade de medicina Albert Einstein da Universidade de Yeshiva, Nova York, a partir de exame clínico objetivo estruturado de um caso de um paciente com angústia espiritual durante uma crise médica, encontrou-se que, embora 64% dos estudantes tenham reconhecido a angústia espiritual e referenciado para um capelão, apenas 2%, na verdade, abordaram as questões com o paciente⁷⁷.

Em estudo conjugando um OSCE de um paciente que levanta questões espirituais como um sensibilizador para uma série de três exercícios de reflexão - uma reflexão escrita pessoal, uma reflexão pessoal guiada por um mentor e uma discussão em grupo - 27 residentes e médicos da equipe e um estudante, do Programa de Residência em Medicina da Família de um hospital comunitário do subúrbio da Virginia, foram capazes de reconhecer a necessidade da vontade em se envolver na prática consciente e refletir sobre as estratégias praticadas em conversas potencialmente difíceis. Através da prática de sensibilização, os alunos examinaram suposições individuais e níveis de conforto em relação ao tema,

identificaram estratégias praticadas por eles na interação e refletiram criticamente sobre a forma como eles tratam as necessidades biopsicossociais dos pacientes. Mais especificamente, esta experiência possibilitou aos médicos a exploração de suas visões com relação ao papel das discussões clínicas em R/E, além do desenvolvimento de competências, como escutar atentamente, possuir uma presença compassiva e fornecer cuidado espiritualmente integrado⁸⁰.

Após o acompanhamento de capelães em seu trabalho em hospitais de trauma, estudantes médicos, da Perelman School of Medicine da Universidade da Pennsylvania, perceberam benefícios tanto educacionais como pessoais nesta vivência, demonstrando que experiências observacionais instituídas como essa podem ser uma abordagem efetiva ao desenvolvimento de competências educacionais nesta área. Os principais aprendizados relatados foram maior entendimento do papel do capelão no cuidado ao paciente e de como comunicar-se efetivamente em momentos de perda e luto, além dos efeitos emocionais do trauma em pacientes e familiares⁷⁸.

As análises das reflexões escritas de estudantes de medicina da Loyola University Stritch School of Medicine sobre o cuidado espiritual de um paciente que tenha morrido durante uma de suas rotações clínicas baseadas nas competências desenvolvidas por Puchalski e colegas⁴¹ (comunicação, presença compassiva, assistência ao paciente, e desenvolvimento profissional e pessoal) evidenciaram que, para os estudantes de medicina, cuidados competentes que atendem às necessidades espirituais dos pacientes e familiares são bastante simples. Este cuidado espiritual deve envolver comunicação clara de que a morte é iminente, estabelecer conexão pessoal com o paciente e família, estar aberto a pedidos, como participar de orações e respeitar a vontade dos pacientes que estão morrendo. Ademais, os estudantes mencionam que médicos competentes devem compreender os papéis de outros especialistas e realizar encaminhamentos para capelães em casos de pacientes com questões espirituais mais profundas. Trazem que as equipes de saúde, algumas vezes, prestam os cuidados seguindo um mesmo modelo para todos, não levando em consideração os objetivos particulares de pacientes no final da vida⁷⁹.

Enfermagem

Em revisão de literatura realizada em 1999, defende-se que o ensino da R/E na enfermagem deve considerar a espiritualidade como um conceito amplo que incorpora religião, mas, não é equacionada a ela, estando associada à busca de significado na vida e em seus eventos particulares, tais como, problemas de saúde. Destaca, também, a importância de que as enfermeiras e estudantes sejam encorajados a refletir sobre sua própria condição espiritual e possam reconhecer e avaliar as necessidades espirituais de seus pacientes, assim como, as diversas formas de angústia espiritual existentes, enfatizando a escuta ativa como habilidade importante nesse processo. No que tange aos conteúdos a serem ensinados, recomenda-se que os estudantes tenham algum conhecimento sobre as religiões mundiais. Em relação aos métodos de ensino, estes precisam ser participatórios e centrados no estudante⁸².

Concatenada com a proposta acima, a proposição do modelo ASSET – Actioning spirituality and spiritual care education and training in nursing – por Narayanasamy⁸³, indica que os principais temas e abordagens a serem incluídos no currículo seriam a autoconsciência, o conceito de espiritualidade, a dimensão espiritual da enfermagem, a prática da enfermagem (avaliação, planejamento e cuidado espiritual) e habilidades comunicacionais. Da mesma forma, este modelo educacional defende que, antes de iniciar o cuidado espiritual efetivo, o enfermeiro precisa examinar seu próprio nível de consciência espiritual, especificamente, suas crenças e valores pessoais, além de identificar as necessidades espirituais dos pacientes e planejar as intervenções espirituais adequadas. Nesse sentido, as habilidades comunicacionais de construir confiança e fomentar esperança se fazem necessárias. Processos de aprendizagem experienciais e centrados no estudante podem ser utilizados para desenvolver as habilidades citadas⁸³.

Em revisão mais recente sobre a educação de cuidado espiritual em programas de graduação em enfermagem, percebeu-se que, de forma geral, os enfermeiros recebem educação inadequada para prepará-los para fornecer cuidado espiritual, não havendo concordância, por parte dos pesquisadores, sobre a necessidade de educação sobre cuidado espiritual nos currículos de graduação.

Também houve o entendimento de que a educação nesse campo precisa incorporar a consciência espiritual do estudante⁸⁴.

Outra investigação sistemática revelou de forma semelhante que não há clareza e concordância sobre o que realmente deveria ser ensinado aos estudantes e como deveria ser ensinado. Apesar dos corpos regulatórios da enfermagem ser claros quanto à necessidade de abordar esta temática, entretanto, são menos prescritivos no que tange ao conteúdo curricular. Dessa forma, há orientação e direção limitada para os enfermeiros avaliarem as necessidades espirituais do paciente e prestar assistência espiritual⁸⁵.

Há uma ausência global de consistência no que diz respeito à inclusão de conceitos de espiritualidade dentro dos livros didáticos centrais da enfermagem, o que pode dificultar a assimilação destes conceitos pelos estudantes em sua aprendizagem. Em análise de 543 livros da Lista de Coleção de Enfermagem e Obstetrícia, demonstrou-se que 76% deles não fazem referência aos termos relacionados à espiritualidade em seu índice; dos 130 livros (24%) que fazem referência à espiritualidade, 81 (62,3%) também fazem referência à religião no índice. Destes, 20 (15,4%) dedicam um capítulo inteiro ao tópico espiritualidade, ao passo que 33% não continham discussão desta temática dentro do texto. Somente 38,1% deles forneceram uma descrição de cuidado espiritual e apenas 35,7% forneceram um delineamento do papel do enfermeiro em fornecer esse cuidado. Mais de 30% sugeriram avaliação de cuidado espiritual como um componente do cuidado e 37,2% sugeriram a referência de pacientes a capelães ou trabalhador de cuidado pastoral como parte chave do cuidado espiritual. Apenas 37,2% forneceram uma definição específica de espiritualidade⁹¹.

Diversas experiências curriculares e de ensino sobre a temática R/E nos cursos de enfermagem são descritas. Na Brigham Young University College of Nursing, a espiritualidade integra todas as experiências de aprendizagem em sala de aula e em clínica. Os estudantes aprendem a realizar uma avaliação de saúde holística, que inclui valores e crenças dos pacientes, além de intervenções como a integração da espiritualidade dentro do plano de cuidado, etc.⁸⁶.

Na Universidade de Malta em 2002, inseriu-se uma unidade de estudo de 28 horas baseada no modelo ASSET, cujos objetivos eram: definir o termo espiritualidade e cuidado espiritual, tornar-se consciente da angústia espiritual na

doença, identificar as possíveis necessidades espirituais dos pacientes durante a doença, listar as estratégias de enfrentamento espiritual utilizadas pelos pacientes e refletir sobre sua própria espiritualidade⁸⁷.

Em investigação dos resultados da integração curricular da espiritualidade em um programa de graduação em enfermagem norte - americano, o corpo docente aludiu que o componente espiritual foi facilmente integrado em contextos clínicos e didáticos e que esta incorporação aumentou seu ensino e pareceu aumentar os resultados dos estudantes⁸⁸.

Em estudo quase experimental, com 54 estudantes de enfermagem de um programa tradicional na área da Baía de São Francisco, comparando um grupo de tratamento (30) que experimentou a atividade simulada, utilizando pacientes padronizados para ensinar cuidado espiritual no final da vida, com um grupo controle (24) que tinha recebido conteúdo sobre cuidado no final da vida no semestre anterior, mas, não através de uma experiência de simulação, os estudantes do grupo de tratamento demonstraram maiores escores em todas as questões avaliadas - conhecimento no questionário, escores de confiança em cuidar de pacientes no final da vida, escores de alta satisfação e conhecimento e habilidades para cuidar de pacientes no final da vida com religiões diferentes e similares⁸⁹.

Em investigação realizada na Turquia com o mesmo desenho de estudo - estudantes do grupo de intervenção foram ensinados de acordo com o currículo integrado (adição da temática Espiritualidade) e os do grupo controle segundo o currículo tradicional. A incorporação do conceito de cuidado espiritual no currículo de enfermagem aumentou a preparação de enfermeiros em termos de conhecimentos e habilidades para abordar as necessidades espirituais dos pacientes⁹⁰.

Psicologia

Quase 17% de programas de psicologia clínica norte – americanos credenciados à Associação de Psicologia Americana (APA) cobrem sistematicamente o tópico da R/E em seu treinamento. Mais de 80% destes incorporam esta temática na supervisão, 24.7% em cursos e 42.7% em publicação do corpo docente. No que tange às percepções dos diretores sobre a importância da

R/E para a *expertise* de um supervisor, de um terapeuta e para o domínio da teoria da psicologia clínica, pesquisa e prática, a maioria das respostas encontrou-se na categoria um pouco importante, o que parece representar apoio escasso à inclusão da R/E nos currículos ⁹².

No Brasil, há ainda poucos currículos que focam sobre a temática da R/E. Em um estudo com 301 cursos de psicologia, cerca de 30% deles continham a temática religião/espiritualidade em seus currículos, dos quais, 13,3% eram instituições públicas e 16,5% instituições privadas. O número de estudantes de psicologia que tinham acesso ao estudo e reflexão sobre essa temática de forma sistemática era em torno de 16%. No que tange aos grupos de pesquisa sobre esse assunto, dos 538 grupos de pesquisa em universidades e outras instituições de nível superior no campo da psicologia, apenas 03 grupos interessam-se pela pesquisa sobre R/E: Laboratório de Religião em Psicologia Social da Universidade de São Paulo (USP) formado em 2000, Psicologia da Religião da Universidade Metodista de São Paulo formada em 2005 e o grupo de Psicologia da Religião da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, formado em 2008. Dessa forma, há ainda poucos currículos que focam sobre esta temática, denotando a incipiência com o qual este tópico ainda está sendo tratado pela academia Psi⁹³.

Aconselhamento

É dada atenção modesta à temática da R/E no treinamento de profissionais de aconselhamento e à sua inclusão ao longo do currículo. Nesse sentido, há o esforço em se propor conceitos e métodos para abordagem de questões religiosas e espirituais em pontos apropriados das oito áreas de estudo centrais comuns (crescimento e desenvolvimento humano, fundamentos sociais e culturais, relações de ajuda, trabalho em grupo, carreira e desenvolvimento de estilo de vida, avaliação, pesquisa e avaliação de programas, orientação profissional) previstas no Manual de Procedimentos e Padrões de credenciamento do Council for Accreditation of Counseling and Related Educational Programs (CACREP)⁹⁵.

Em revisão realizada por Hage et al em 2006, evidenciou-se uma maior inclusão de competências espiritualmente orientadas no campo do aconselhamento,

ênfatizando o papel chave do CACREP na defesa em preparar os conselheiros em questões de diversidade espiritual⁹⁶.

Em pesquisa com 335 estudantes de 36 programas credenciados ao CACREP, sobre sua preparação para integrar as 09 competências espirituais da Association for Spiritual, Ethical, and Religious Issues in Counseling (ASERVIC) em sua prática de aconselhamento, demonstrou-se que 62.9% dos respondentes não estavam conscientes da existência desta instituição, assim como, 86,1% não estavam conscientes das 09 competências espirituais. No que tange à abordagem da temática espiritualidade, 42,1% dos participantes indicaram que ela foi ocasionalmente mencionada. Em termos de como o currículo aborda a espiritualidade, 53% dos participantes indicaram que os tópicos de R/E foram infundidos em múltiplos cursos. As modalidades de ensino/aprendizagem mais utilizadas foram palestras (65,6%) e leituras (59,9%)⁹⁷.

Terapia Ocupacional (TO)

Apenas dois artigos referentes ao ensino da R/E no curso de terapia ocupacional foram encontrados. O primeiro publicado em 2001 traz os resultados de um survey enviado por e-mail a 12 programas de terapia ocupacional canadenses, que foi desenvolvido para investigar a preparação dos estudantes dos referidos cursos na área de espiritualidade. Em 90% deles, essa temática é formalmente introduzida no início do curso e discutida em um curso obrigatório. Em média, 6,2 horas-aula são utilizadas no ensino da espiritualidade. Todos os programas relataram que essa temática é explorada nas discussões de casos dos estudantes, embora 40% referissem que nem todos os estudantes a exploram a depender do contexto, docentes e escolhas feitas pelos próprios estudantes. No que tange ao conteúdo ensinado, os estudantes são encorajados a considerar uma variedade de interpretações de espiritualidade, entretanto, conceitos práticos utilizados na clínica são menos comumente abordados – papel do TO na espiritualidade do cliente e no cuidado à saúde, aplicação da espiritualidade na prática, avaliações da espiritualidade e pesquisa. Apesar de a espiritualidade ser abordada em todos os currículos canadenses, o nível de importância dada a este tópico é baixo⁹⁸.

Em um estudo fenomenológico sobre o significado de um seminário sobre Espiritualidade e a prática da TO para 11 estudantes americanos, evidenciou-se que à medida que o seminário evoluía, os estudantes expressaram uma maior apreciação pelas diferenças individuais no significado da espiritualidade e seu relacionamento com a ocupação; trouxeram a necessidade de maior experiência na abordagem da espiritualidade, de modelos de papéis apropriados em contextos clínicos, de educação continuada e diálogo interdisciplinar. Houve um consenso entre os estudantes de que a espiritualidade deve ser abordada no currículo. Além disso, estes se mostraram conscientes das influências das atitudes do corpo docente e das experiências práticas dos professores na forma como a espiritualidade é abordada no currículo⁹⁹.

Fisioterapia, Serviço Social e Terapia de Família e Casal

Não foram encontradas referências que descrevessem o panorama do ensino da R/E na área de Fisioterapia, Serviço Social e Terapia de Família e Casal, o que provavelmente decorre da escassez de pesquisas sobre a integração curricular da temática R/E nessas áreas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos pacientes, profissionais, estudantes e docentes da área de saúde reconhece a necessidade e importância da abordagem da R/E na prática clínica e apoiam o ensino desta temática, entretanto, as instituições de ensino ainda não estão fornecendo treinamento adequado nesse âmbito. Há uma lacuna entre as demandas dos estudantes e a formação que estão recebendo.

As áreas de medicina e enfermagem mostraram-se mais avançadas no que tange ao ensino e inclusão da temática R/E, com diversas experiências curriculares e de ensino descritas e avaliadas em sua efetividade, além de definições de habilidades e competências a serem alcançadas pelos estudantes, principalmente nos EUA. Entretanto, não há consensos sobre os conteúdos a serem ensinados, o

formato de inclusão curricular - se de forma transversal ou a partir da implantação de disciplinas obrigatórias ou eletivas - e sobre as estratégias pedagógicas mais eficazes.

Faz-se necessário maior investimento na capacitação e treinamento dos docentes das diversas áreas de saúde no que diz respeito ao ensino desta temática e na realização de mais pesquisas sobre este tópico educacional em países em desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

1. MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 28, n. 3, p. 242-0, Set. 2006.
2. DAL-FARRA, R. A.; GEREMIA, C. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, Dez. 2010.
3. KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University Press, 2001.
4. WILLIAMS, D. R.; STERNTHAL, M. J. Spirituality, religion and health: evidence and research directions. **Medical Journal of Australia**, 186 (10), 47-50, 2007.
5. HEBERT, R. S. et al. Patient perspectives on spirituality and the patient-physician relationship. **J. Gen. Intern. Med.**, 16, 685-92, 2001.
6. MACLEAN, C. D. et al. Patient preference for physician discussion and practice of spirituality. **J. Gen. Intern. Med.**, 18, 38-4, 2003.
7. PHELPS, A. C. et al. Addressing spirituality within the care of patients at the end of life: Perspectives of patients with advanced cancer, oncologists, and oncology nurses. **J. Clin. Oncol.**, 30, 2538-44, 2012.
8. BALBONI, M. J. et al. Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. **J. Clin. Oncol.**, 31 (4), 461-7, 2013.
9. NARAYANASAMY, A. Nurses' awareness and educational preparation in meeting their patients' spiritual needs. **Nurse Education Today**, 13, 196 – 01, 1993.
10. PREST, L. A.; RUSSEL, R.; D'SOUZA, H. Spirituality and religion in training, practice and personal development. **Journal of Family Therapy**, 21, 60–77, 1999.
11. WESLEY, C; TUNNEY, K; DUNCAN, E. Educational needs of hospice social workers: Spiritual assessment and interventions with diverse populations. **Am. J. Hospice Palliat Care**, 21, 40–6, 2004.

12. FURMAN, L. D. et al. Religion and spirituality in social work education and direct practice at the millennium: A survey of UK social workers. **British Journal of Social Work**, 34, 767–92, 2004.
13. LUCKHAUPT, S. E. et al. Beliefs of primary care residents regarding spirituality and religion in clinical encounters with patients: a study at a midwestern U.S. teaching institution. **Acad. Med.**, 80 (6), 560- 70, 2005.
14. MCCAULEY, J. et al. Spiritual beliefs and barriers among managed care practitioners. **J. Relig. Health**, 44, 137-46, 2005.
15. CURLIN F. A. et al. Physicians' observations and interpretations of the influence of religion and spirituality on health. **Arch. Intern. Med.**, 167, 649–54, 2007.
16. WONG, K. F.; LEE, L. Y. K.; LEE, J. K. L. Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. **Int. Nurs. Rev.** 55, 333–40, 2008.
17. MURRAY, R. P. Spiritual Care Beliefs and Practices of Special Care and Oncology RNs at Patients' End of Life. **Journal of Hospice and Palliative Nursing**, v. 12, n. 1, 51 –8, Feb. 2010.
18. STIRLING, B. et al. A comparative survey of Aotearoa New Zealand and UK social workers on the role of religion and spirituality in practice. **British Journal of Social Work**, 40, 602–21, 2010.
19. SAGUIL, A.; FITZPATRICK, A. L.; CLARK, G. Are residents willing to discuss spirituality with patients? **J. Relig. Health**. 50, 279–88, 2011.
20. AL-YOUSEFI, N. A. Observations of Muslim physicians regarding the influence of religion on health and their clinical approach. **J. Relig. Health**, 51(2), 269-80, 2012.
21. MCSHERRY, W.; JAMIESON, S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. **J. Clin. Nurs.**, 20 (11–12), 1757-67, 2013.
22. GALLISON, B. S. et al. Acute care nurses' spiritual care practices. **Journal of Holistic Nursing**, 31, 95-103, 2013.
23. BROWN, O.; ELKONIN, D.; NAICKER, S. The use of religion and spirituality in psychotherapy: enablers and barriers. **J. Relig. Health**. 52, 1131–46, 2013.
24. RAMAKRISHNAN, P. et al. Perspectives of Indian Traditional and Allopathic Professionals on Religion/Spirituality and its Role in Medicine: Basis for Developing an Integrative Medicine Program. **J. Relig. Health**. 53, 1161–75, 2014.
25. WESLEY, C.; TUNNEY, K.; DUNCAN, E. Educational needs of hospice social workers: Spiritual assessment and interventions with diverse populations. **Am. J. Hospice Palliat. Care**, 21, 40–6, 2004.
26. MOLZAHN, A. E.; SHEILDS, L. Why is it so hard to talk about spirituality? **Can. Nurse**, 104, 25-9, 2008.
27. BALBONI, M. J. et al. Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. **Journal of Pain and Symptom Management**, 4, Oct. 2013.
28. BERGIN, A. E.; JENSEN, J. P. Religiosity of psychotherapists: A national survey. **Psychotherapy**, 27, 3-7, 1990.
29. PUCHALSKI, C. M.; LARSON, D. B. Developing curricula in spirituality and medicine. **Acad. Med.**, 73, 970-4, 1998.
30. PUCHALSKI, C. M.; ROMER, A. L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. **J. Palliative Med.**, 3, 129-37, 2000.
31. PESUT, B. The Development of Nursing Students' Spirituality and Spiritual Care-Giving. **Nurse Education Today**, 22, 128–35, 2002.

32. CAVENDISH, R. et al. Spiritual perspectives of nurses in the United States relevant for education and practice. **Western Journal of Nursing Research**, 26, 196–212, 2004.
33. GILLIGAN, P.; FURNESS, S. The role of religion and spirituality in social work practice: Views and experiences of social workers and students, **British Journal of Social Work**, 36, 617–37, 2006.
34. PITTS, J. Spirituality in the physical therapy curriculum: effects on the older adult. **Topics in Geriatric Rehabilitation**, 24 (4), 281–94, 2008.
35. PUCHALSKI, C. M. et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. **J. Palliative Med.**, 12, 885-04, 2009.
36. WU, L. F.; LIN, L. Y. Exploration of clinical nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. **J. Nurs. Res.**, 19, 250–56, 2011.
37. OZBASARAN, F. et al. Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. **J. Clin. Nurs.**, 20, 3102–10, 2011.
38. TIEW, L. H.; CREEDY, D. K.; CHAN, M. F. Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care. **Nurse Educ. Today**, 33 (6), 574–9, 2013.
39. HAFIZI, S. et al. Attitudes of Muslim physicians and nurses toward religious issues. **J. Relig. Health.**, 53, 1374–81, 2014.
40. MCEVOY, M.; BURTON, W.; MILAN, F. Spiritual versus religious identity: a necessary distinction in understanding clinicians' behavior and attitudes toward clinical practice and medical student teaching in this realm. **J. Relig. Health.**, 53 (4), 1249-56, Aug. 2014.
41. PUCHALSKI, C. M. et al. Spirituality and health: The development of a field. **Academic Medicine**, 89 (1), 10–6, 2014.
42. SLOAN, R. et al. Should physicians prescribe religious activities? **New England Journal of Medicine**, 342, 1913–16, 2000.
43. PEACH, H. G. Religion, spirituality and health: how should Australia's medical professionals respond? **Medical Journal of Australia.**, 178 (2), 86–8, 2003.
44. CURLIN, F. A. et al. The association of physicians' religious characteristics with their attitudes and self-reported behaviors regarding religion and spirituality in the clinical encounter. **Med. Care**, 44, 446–53, 2006.
45. CROOK-LYON, R. et al. Addressing religious and spiritual diversity in graduate training and multicultural education for professional psychologists. **Psychology of Religion and Spirituality**, 4(3), 169–81, 2012.
46. RASINSKI, K. A. et al. An assessment of US physicians' training in religion, spirituality, and medicine. **Med. Teach.** 33, 944-45, 2011.
47. GUICK, T. P.; KAVAN, M. G. Medical student beliefs: spirituality's relationship to health and place in the medical school curriculum. **Med. Teach.** 28, 702-7, 2006.
48. LUCCHETTI G. et al. Medical students, spirituality and religiosity—results from the multicenter study SBRAME. **BMC Med. Educ.**, 13: 162, 2013.
49. TOMASSO, C. S.; BELTRAME, I. L.; LUCCHETTI, G. Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 19 (5), 2011.
50. BANIN, L. B. et al. Spirituality: Do teachers/students hold the same opinion? **Clin. Teach.**, 10 (1), 3-8, 2013.

51. MCNEIL, S. N. et al. Marriage and family therapy graduate students' satisfaction with training regarding religion and spirituality. **Contemporary Family Therapy: An International Journal**, 34, 468–80, 2012.
52. ROSS, L. et al. Student nurses' perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: a European pilot study. **Nurse Education Today**, 34, 697–02, 2014.
53. MCSHERRY, W. et al. The ethical basis of teaching spirituality and spiritual care: A survey of student nurses perceptions. **Nurse Education Today**, 28, 1002–08, 2008.
54. TIEW, L. H.; CREEDY, D. K.; CHAN, M. F. Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care. **Nurse Educ. Today**, 33(6), 574–9, 2013.
55. BHAGWAN, R. Content areas for curriculum development: spirituality and social work. **Social Work Maatskaplike Werk**, 46 (3), 299-10, 2010.
56. ECKLUND, E. H. et al. The religious and spiritual beliefs and practices of academic pediatric oncologists in the United States. **Journal of Pediatric Hematology/Oncology**, 29 (11), 736–42, 2007.
57. GRAMS, W. A.; CARLSON, T. S.; MCGEORGE, C. R. Integrating spirituality into family therapy training: An exploration of faculty members' beliefs. **Contemporary Family Therapy**, 29 (3), 147–61, 2007.
58. JANSE VAN RENSBURG, A. B. R. et al. Experience and views of academic psychiatrists on the role of spirituality in South African specialist psychiatry. **Rev. Psiq. Clín.**, 39 (4), 122-9, 2012.
59. BHAGWAN, R. Spirituality in social work in South Africa: insights from a survey with academics. **International Social Work.**, 56, 3, 276-89, 2013.
60. LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; PUCHALSKI, C. M. Spirituality in Medical Education. Global reality? **J. Relig. Heal.**, 51, 3-19, 2012.
61. KOENIG, H. G. et al. Spirituality in Medical School Curricula: Findings from a National Survey. **Int. J. Psychiatry Med.**, 40, 391-8, 2010.
62. NEELY, D.; MINFORD, E. Current status of teaching on spirituality in UK medical schools. **Med. Educ.**, 42, 176–82, 2008.
63. CULATTO, A.; SUMMERTON, C. B. Spirituality and Health Education: A National Survey of Academic Leaders UK. **Journal of Religion and Health**, Nov. 2014.
64. LUCCHETTI, G.; GRANERO, A. Integration of spirituality courses in Brazilian medical schools. **Med. Educ.** 44 (5), 527, 2010.
65. LUCCHETTI, G. et al. Spirituality in medical education: new initiatives in Brazil. **Clin. Teach.**, 8 (3), 213, 2011.
66. LUCCHETTI, G. et al. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. **BMC Med. Educ.**, 12, p. 78, 2012.
67. POST, S.G.; PUCHALSKI, C.M.; LARSON, D.B. Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. **Ann. Intern. Med.** 4, 132 (7), 578-83, 2000.
68. WALDFOGEL, S.; WOLPE, P. R.; SHMUELY, Y. Religious training and religiosity in psychiatry residency programs. **Academic Psychiatry**, 22, 29–35, 1998.
69. LAWRENCE, R. M.; DUGGAL, A. Spirituality in psychiatric education and training. **J. R. Soc. Med.**, 94, 303–5, 2001.
70. GRABOVAC, A. D.; GANESAN, S. Spirituality and Religion in Canadian Psychiatric Residency Training. **Can. J. Psychiatry**, 48, 171–5, 2003.

71. MARR, L.; BILLINGS, J. A.; WEISSMAN, D. E. Spirituality training for palliative care fellows. **J. Palliat. Med.**, 10 (1), 169-77, 2007.
72. FORD, D. W. et al. Association between Physician Trainee Self-Assessments in Discussing Religion and Spirituality and Their Patients' Reports. **Journal of Palliative Medicine**, 17(4), 453-62, Apr. 2014.
73. FORTIN, A. H.; BARNETT, K. Medical School Curricula in Spirituality and Medicine. **JAMA.**, 291(23), 2883, 2004.
74. TALLEY, J. A.; MAGIE, R. The integration of the "Spirituality in Medicine" curriculum into the Osteopathic Communication curriculum at Kansas City University of Medicine and Biosciences. **Acad. Med.**, 89, 43-7, 2014.
75. TODRES, I. D.; CATLIN, E. A.; THOMAS, R. The intensivist in a spiritual care training program adapted for clinicians. **Crit. Care Med.**, 33, 2733-36, 2005.
76. BARNETT, K. G.; FORTIN, A. H. Spirituality and medicine. A workshop for medical students and residents. **J. Gen. Intern. Med.** 21, 481-5, 2006.
77. MCEVOY, M. et al. Assessing third-year medical students' ability to address a patient's spiritual distress using an OSCE case. **Acad. Med.** 89, 66-70, 2014.
78. PERECHOCKY, A. et al. Piloting a Medical Student Observational Experience With Hospital-Based Trauma Chaplains. **Journal of Surgical Education**, 71(1), 91-5, Jan-Feb 2014.
79. KUCZEWSKI, M. G. et al. "I will never let that be OK again": Student reflections on competent spiritual care for dying patients. **Acad. Med.**, 89, 54-9, 2014.
80. LEDFORD, C. J. W. et al. Using a teaching OSCE to prompt learners to engage with patients who talk about religion and/or spirituality. **Acad. Med.**, 89, 60-5, 2014.
81. FORD, D. W. et al. Discussing religion and spirituality is an advanced communication skill: an exploratory structural equation model of physician trainee self-ratings. **J. Palliat. Med.**, 15, 63-70, 2012.
82. GREENSTREET, W. Teaching spirituality in nursing: a literature review. **Nurse Education Today**, 19, 649-58, 1999.
83. NARAYANASAMY, A. ASSET: a model for actioning spirituality and spiritual care education and training in nursing. **Nursing Education Today**, 19 (4), 274 -85, 1999.
84. COOPER, K. L. et al. The impact of spiritual care education upon preparing undergraduate nursing students to provide spiritual care. **Nurse Educ. Today**, 33 (9), 1057-61, 2013.
85. TIMMINS, F.; NEILL, F. Teaching nursing students about spiritual care: A review of literature. **Nursing Education in Practice**. 30, 1-7, 2013.
86. CALLISTER, L. et al. Threading spirituality throughout nursing education. **Holistic Nursing Practice**, 6, 160-6, 2004.
87. BALDACCHINO, D.R. Teaching on the spiritual dimension in care to undergraduate nursing students: The content and teaching methods. **Nurse Education Today**, 28, 550-62, 2008.
88. WALLACE, M. et al. Integrating spirituality into undergraduate nursing curricula. **International Journal of Nursing Education Scholarship**, 5 (1), 1-13, 2008.

89. FINK, M. et al. Evaluating the use of standardized patients in teaching spiritual care at the end of life. **Clinical Simulation in Nursing**, 10 (11), 559-66, Nov. 2014.
90. YILMAZ, M.; GURLER, H. The efficacy of integrating spirituality into undergraduate nursing curricula. **Nurs. Ethics**, 21(8), 929-45, Dec. 2014.
91. TIMMINS, F. et al. An exploration of the extent of inclusion of spirituality and spiritual care concepts in core nursing textbooks. **Nurse Educ. Today**, 35 (1), 277-82, Jan. 2015.
92. SCHAFFER, R. M. et al. Training and education in religion/spirituality within APA-accredited clinical psychology programs: 8 years later. **Journal of Religion and Health**, 50, 232–9, 2011.
93. COSTA, W.; NOGUEIRA, C.; FREIRE, T. The Lack of Teaching/Study of Religiosity/Spirituality in Psychology Degree Courses in Brazil: The Need for Reflection. **J. Relig. Heal.**, 49, 322-32, 2010.
94. PAAL, P.; TRAUGOTT, R.; ECKHARD, F. Developments in spiritual care education In German - speaking countries. **BMC Medical Education**, 14: 112, 2014.
95. BURKE, M. T. et al. Spirituality, religion, and CACREP curriculum standards. **Journal of Counseling & Development**, 77, 251–7, 1999.
96. HAGE, S. M. et al. Multicultural Training in Spirituality: An Interdisciplinary Review. **Counseling & Values**; 50 (3), 217, Apr. 2006.
97. DOBMEIER, R. A.; REINER, S. M. Spirituality in the counselor education curriculum: A national survey of student perceptions. **Counseling and Values**, 57, 47–65, 2012.
98. KIRSH, B. et al. Developing awareness of spirituality in occupational therapy students: Are our curricula up to the task? **Occupational Therapy International**, 8, 119-25, 2001.
99. THOMPSON, B. E.; MACNEIL, C. A phenomenological study exploring the meaning of a seminar on spirituality for occupational therapy students. **American Journal of Occupational Therapy**, 60 (5), 531–9, 2006.
100. DELANEY, H.D.; MILLER, W.R.; BISONÓ, A.M. Religiosity and spirituality among psychologists: A survey of clinician members of the American psychological association. **Professional Psychology: Research and Practice**, 38, 538–46, 2007.
101. BROKAW, J. J. et al. The teaching of complementary and alternative medicine in U.S. medical schools: a survey of course directors. **Acad. Med.**, 77 (9), 876– 81, 2002.

ARTIGO 2

**PERCEPÇÕES DOS DOCENTES DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR
EM SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA SOBRE SAÚDE,
RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE E SEU ENSINO**

Taís Oliveira da Silva

RESUMO

Diversas investigações sobre as relações entre saúde, religião e espiritualidade sugerem que crenças religiosas e espirituais podem contribuir para a manutenção da saúde, bem como em processos de adoecimento e terapêuticos. Nesse contexto, as necessidades espirituais dos pacientes têm sido cada vez mais reconhecidas pelos profissionais de saúde, no entanto, a abordagem desta dimensão no cuidado clínico ainda é infrequente. Ausência de tempo, desconforto pessoal e conhecimento/treinamento insuficientes são as principais barreiras citadas para explicar tal lacuna. Com vistas a capacitar os profissionais de saúde a lidar com questões religiosas/espirituais na prática clínica, diversos pesquisadores têm defendido a inclusão da temática Religião/Espiritualidade (R/E) no ensino e treinamento dos profissionais. Essa pesquisa tem como objetivo analisar as percepções dos docentes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) sobre as relações entre saúde, religião e espiritualidade e seu ensino. Todos os 11 docentes do curso foram convidados a participar de uma entrevista semiestruturada. Apenas um deles não aceitou participar. As entrevistas foram gravadas, transcritas e os dados obtidos analisados segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin. 70% dos docentes do BIS demonstrou não conhecer bem as pesquisas sobre Saúde, Religião e Espiritualidade, não obstante, a maioria deles concorda sobre a importância da dimensão religiosa/espiritual na vida das pessoas e nos processos de adoecimento e cura. Destacam a não preparação dos profissionais de saúde para lidar com essas questões, evidenciando a importância do treinamento nesse âmbito. Apesar disso, divergem quanto à inclusão do tópico R/E no ensino, conteúdos a serem ministrados e formatos de inserção curricular. No BIS, não há inclusão sistemática do tópico R/E. Não foram citadas barreiras ao ensino da R/E neste curso, todavia, referem entraves operacionais, como sobrecarga de trabalho, ausência de tempo e interesse. Portanto, a inclusão da temática R/E mostra-se concatenada com os princípios e objetivos pedagógicos do BIS e com as opiniões e crenças de boa parte do seu corpo docente. No entanto, permanece o desafio de ultrapassar os obstáculos operacionais que dificultam tal intento.

Palavras-chaves: Religião, Espiritualidade, Ensino, Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

ABSTRACT

Several investigations about the relationship between health, religion and spirituality suggest that religious and spiritual beliefs may contribute to the maintenance of health as well as in disease and therapeutic processes. In this context, the spiritual needs of patients have been increasingly recognized by health professionals, however, the approach of this dimension in clinical care is still infrequent. Lack of time, personal discomfort and knowledge/inadequate training are the main barriers cited to explain such a gap. In order to train health professionals to deal with religious/spiritual issues in clinical practice, many researchers have advocated the inclusion of the theme Religion/Spirituality (R/S) in education and training of healthcare professionals. This research aims to analyze the perceptions of teachers at the Interdisciplinary Bachelor's degree in Health (IBH) on the relationships between health, religion and spirituality and about the inclusion and teaching of this subject. All eleven teachers were invited to participate in a semi-structured interview. Only one decided not to participate. All interviews were recorded, transcribed and data analyzed according to Bardin's content analysis technique. 70% of IBH teachers demonstrated not be familiar with the research on Health, Religion and Spirituality, however, most of them agree on the importance of religious/spiritual dimension in people's lives and in disease and healing processes. The participants highlighted the inability of healthcare professionals to deal with these issues, stressing the importance of training in this area. Nevertheless, they differ on the inclusion of the topic R/S in teaching, content to be taught and curriculum integration formats. There is no systematic inclusion of the topic R/S in the IBH. No barriers were cited by the teachers about the teaching of R/S in this course, however, they refer operational barriers such as work overload, lack of time and interest. Therefore, the inclusion of thematic R/S is concatenated with the principles and pedagogical objectives of the IBH and the opinions and beliefs of much of its faculty. However, the challenge remains to overcome operational obstacles that hinder such intent.

Keywords: Religion, Spirituality, Education, Interdisciplinary Bachelor's Degree in Health.

INTRODUÇÃO

Diversas investigações sobre as relações entre saúde, religião e espiritualidade sugerem que crenças religiosas e espirituais podem contribuir para a manutenção da saúde, bem como em processos de adoecimento e terapêuticos^{39, 54}. Diante de tal contexto, as necessidades espirituais dos pacientes têm sido cada vez mais reconhecidas pelos profissionais de saúde, no entanto, a abordagem desta dimensão no cuidado clínico ainda é infrequente¹⁻¹⁸.

De modo geral, os profissionais de saúde reconhecem-se despreparados para lidar com a religião e espiritualidade de seus pacientes. Ausência de tempo, desconforto pessoal e conhecimento/treinamento insuficientes são as principais barreiras citadas para explicar tal lacuna^{2, 8, 14, 17-21}.

Nesse sentido, diversos pesquisadores têm defendido a inclusão da temática Religião/Espiritualidade (R/E) no ensino e treinamento dos profissionais de saúde, com vistas a capacitá-los a lidar com essas questões na prática clínica, buscando prepará-los para obter informações sobre as crenças religiosas/espirituais dos pacientes, assim como, para utilizar esses elementos em processos diagnósticos e terapêuticos^{2-4, 8, 10, 13, 16, 22-35}.

No campo da educação médica, desde a década de 1990, Cristina Puchalski tem contribuído com o desenvolvimento e avanço do campo Espiritualidade e Saúde nas escolas médicas norte-americanas. O ensino da espiritualidade vem sendo incorporado dentro de um modelo holístico, centrado no paciente, em que se reivindica o retorno da arte do cuidado compassivo ao currículo médico^{23-24, 29, 35-36}.

No cenário internacional, cerca de 90% das escolas médicas norte-americanas possuem cursos ou conteúdos sobre Espiritualidade e Saúde (E/S), 73% delas com conteúdos em cursos obrigatórios, abordando outros tópicos e 7% com um curso obrigatório dedicado somente a E/S. O tempo de exposição a este conteúdo geralmente ocorre durante o treinamento pré-clínico (92%), embora mais da metade também a teve durante os anos clínicos

(61%)³⁷. No Reino Unido, 63,4% das escolas médicas incorporam a temática E/S como parte do currículo padrão. Em 55,9% delas, a exposição ao tópico se dá durante o treinamento clínico e em 35% durante treinamento pré-clínico³⁸.

Todavia, poucas escolas médicas brasileiras oferecem esse tipo de treinamento em seu currículo³⁹⁻⁴⁰. Em 2012, 10,4% de 86 escolas médicas brasileiras possuíam um curso específico dedicado a R/E (09 escolas) e 40,5% delas tinham cursos ou conteúdos sobre E/S. 16,2% destas instituições relataram ter uma palestra sobre o assunto e 13,9% que a temática é integrada em outros cursos⁴¹⁻⁴².

No campo da psicologia, 16.8% dos programas de psicologia clínica norte – americanos credenciados à Associação de Psicologia Americana (APA) cobrem sistematicamente o tópico da R/E em seu treinamento. 84.3% destes incorporam esta temática na supervisão, 24.7% em cursos e 42.7% em publicação do corpo docente⁴³.

No Brasil, a temática R/E ainda está insuficientemente contemplada nos currículos em psicologia. Em um estudo com 301 cursos de psicologia, apenas 30% deles continham este tópico em seus currículos. Além disso, somente 16% dos estudantes tinham acesso ao estudo e reflexão sobre essa temática de forma sistemática. No que tange aos grupos de pesquisa sobre esse assunto, dos 538 grupos de pesquisa em universidades e outras instituições de nível superior, apenas 03 grupos interessam-se pela pesquisa sobre R/E: Laboratório de Religião em Psicologia Social da Universidade de São Paulo (USP) formado em 2000, Psicologia da Religião da Universidade Metodista de São Paulo, formada em 2005 e o grupo de Psicologia da Religião da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais formado em 2008. Dessa forma, a academia Psi no Brasil ainda trata este tópico de modo incipiente⁴⁴.

Em investigação sobre o treinamento de cuidado espiritual fornecido aos profissionais de saúde na Alemanha, Áustria e Suíça⁴⁵, os resultados evidenciaram que a maior parte do treinamento de cuidado espiritual está localizada em hospitais (36%) e é fornecido pelas universidades: faculdade de teologia (6%), medicina (11%), psicologia (2%) e colaboração interdisciplinar (2%); por diferentes sociedades e associações (17%), centros de retiro e

treinamento (17%) e pelos *hospices* (6%). Mais da metade desse treinamento faz parte da educação sobre cuidados paliativos (CP) oferecidos nos hospitais e faculdades médicas (57%). O treinamento de cuidado espiritual é fornecido a 18% de enfermeiros, 13% de assistentes sociais, 11% de capelães, 11% de médicos das enfermarias, 8% de fisioterapeutas, 15% de estudantes de medicina, 8% a estudantes de teologia e 10% a estudantes de psicologia⁴⁵.

De forma geral, docentes e estudantes da área de saúde mostram-se a favor da inclusão da temática R/E no ensino e no currículo^{28, 38, 46-48}. Em estudo com 118 estudantes e 30 professores de enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, 86% dos professores percebiam a necessidade da incorporação do assunto na grade curricular⁴⁶. Na investigação com 166 docentes de fisioterapia norte-americanos, 56% deles indicaram que conceitos espirituais deveriam ser incluídos no currículo²⁸. Da mesma forma, 81,3% de 93 docentes de programas de mestrado ou doutorado, credenciados à Commission on Accreditation of Marriage and Family Therapy Education (COAMFTE), concordaram que é desejável que os estudantes recebam supervisão e treinamento em questões espirituais⁴⁷.

No entanto, não há consensos sobre conteúdos a serem ensinados sobre o tópico R/E, o formato de inclusão curricular - se de forma transversal, ou, a partir da implantação de disciplinas específicas obrigatórias ou eletivas - e sobre as estratégias pedagógicas mais eficazes^{37-38, 42}.

Mais da metade dos docentes de programas de pós-graduação em terapia de casal e de família concordam que um curso específico sobre espiritualidade seja necessário (52,7%)⁴⁷. Para 45,4% de 66 docentes de serviço social de 16 universidades sul-africanas, a temática R/E deveria ser oferecida como um curso obrigatório, ao passo que, 39,4 % deles apoiaram que deveria ser optativo⁴⁸. De acordo com docentes de fisioterapia norte-americanos, os tópicos centrais de espiritualidade a serem ensinados deveriam incluir a concepção pessoal de espiritualidade e como esta influencia sua saúde, doença e incapacidade, juntamente com a forma como estes afetam a espiritualidade de uma pessoa, o tratamento holístico que inclui a mente, corpo e espírito, e como a espiritualidade é um aspecto fundamental do ser humano.

Defendem que esses tópicos deveriam ser interconectados com cursos existentes, ao invés de se criar novos²⁸.

Um estudo do corpo docente de universidades e faculdades norte-americanas, que buscou identificar relações entre a espiritualidade dos professores e aspectos da sua prática de ensino, revelou que professores que se autorrelatam como sendo espirituais são mais propensos a utilizar uma pedagogia centrada no estudante na maioria dos seus cursos, independente de suas características pessoais, seus campos de trabalho ou suas afiliações institucionais. Para os autores, estes achados reforçam a noção de que os métodos de ensino escolhidos pelos professores refletem quem eles são e o que eles acreditam⁴⁹.

Da mesma forma, sabe-se que os professores funcionam como modelos de aprendizagem para seus alunos. Para Tomasso, Beltrame e Lucchetti, os contatos com os professores e a vivência clínica dos discentes moldam suas atitudes em relação aos colegas e aos próprios pacientes e o modo com que a espiritualidade é ensinada pode levar a maior compreensão dessa dimensão no próprio cuidado⁴⁶.

Portanto, as percepções dos docentes parecem se relacionar intimamente com as escolhas dos conteúdos a serem ensinados e formatos instrucionais utilizados, além de influenciar os processos de aprendizagem dos alunos. Pesquisas que busquem compreender essas relações e os mecanismos envolvidos mostram-se de fundamental importância para uma compreensão mais abrangente do processo educativo, principalmente, numa área emergente como a de saúde, religião e espiritualidade.

Nessa perspectiva, essa pesquisa tem como objetivo analisar as percepções dos docentes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da Universidade Federal da Bahia (IHAC/UFBA), sobre a inclusão e ensino da temática saúde, religião e espiritualidade no respectivo curso de graduação, assim como, explorar suas concepções sobre as interfaces entre estas dimensões.

Ademais, como a maioria das pesquisas realizadas sobre o ensino da R/E nos cursos da área de saúde é proveniente de países da América do Norte

e do Reino Unido⁵⁰, espera-se contribuir para o desenvolvimento do conhecimento sobre esta temática na Bahia e no Brasil.

ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Desenho do Estudo

Estudo do tipo exploratório, descritivo e qualitativo, cujos eixos estruturantes são os significados e intencionalidades expressos pelos participantes⁵¹. A coleta de informações foi feita por meio de entrevistas, aos docentes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, durante o mês de fevereiro a março de 2015, seguindo um roteiro semiestruturado, com duração média de quarenta e cinco minutos.

Bacharelado Interdisciplinar em Saúde – BIS

Os Bacharelados Interdisciplinares (BI) configuram-se como o primeiro ciclo do processo de formação superior, em caráter não profissionalizante, constituindo uma etapa preparatória para a continuidade da formação profissional e acadêmica⁵².

De acordo com seu projeto pedagógico, o BIS é "um curso de graduação de duração plena que visa agregar uma formação geral humanística, científica e artística ao aprofundamento no campo da saúde, promovendo o desenvolvimento de competências e habilidades que conferem autonomia para a aprendizagem e uma inserção mais abrangente e multidimensional na vida social (...)"⁵³.

O perfil do egresso do BIS destaca competências gerais (capacidade de abstração, análise e síntese de conhecimentos; habilidades para buscar, processar e analisar informação procedente de fontes diversas, etc.) e

habilidades específicas, que permitem ao estudante compreender a complexidade do campo da saúde na contemporaneidade, tais como, identificar e analisar problemas de saúde no âmbito individual e coletivo; analisar políticas públicas, programas e projetos da área de saúde, etc. Além disso, enfatiza um conjunto de valores e compromissos éticos relacionados com o processo de sensibilização para questões cruciais do mundo atual (responsabilidade social e compromisso cidadão; valorização e respeito pela diversidade cultural; compromisso ético-político no campo da saúde, etc.)⁵²⁻⁵³.

Definições

As definições de R/E adotadas no presente estudo são de Koenig et al⁵⁴, em que Religião e Espiritualidade são consideradas conceitos diferentes, no entanto, interligados:

Religião: é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos delineados para facilitar a proximidade com o sagrado ou transcendente (Deus, poder maior ou realidade/verdade suprema).

Espiritualidade: é a busca pessoal por compreensão das respostas para as questões fundamentais sobre a vida, seu significado e sobre o relacionamento com o sagrado ou transcendente, que pode ou não surgir a partir do desenvolvimento de rituais religiosos e da formação de uma comunidade.

Procedimentos e Seleção de Participantes

Todos os 11 docentes do curso BIS da UFBA foram convidados por meio de contato telefônico a participar da entrevista. Estas foram realizadas na sede do IHAC de acordo com a disponibilidade do professor. As entrevistas foram gravadas e os relatos obtidos transcritos na íntegra.

Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada

A partir de extensa revisão de literatura, a autora construiu um roteiro de entrevista, contendo questões referentes a informações:

- **Sócio-Demográficas:** gênero, idade, afiliação religiosa, frequência de atividades religiosas, nível educacional, tempo de trabalho como professor, realização de cursos sobre a relação entre R/E e saúde durante sua formação, publicação na área e interesse em aprofundar conhecimentos sobre tal temática;
- **Religião/Espiritualidade:** Se o professor se considerava uma pessoa religiosa e/ou espiritualizada;
- **Prática Clínica:** questões referentes à influência da R/E sobre a saúde das pessoas; à necessidade de melhor entendimento dessas relações; ao conhecimento sobre as pesquisas atuais nesse campo, assim como, da percepção da validade científica e pedagógica dos resultados produzidos; à preparação dos profissionais de saúde para lidar com essas questões na clínica;
- **Educação/Formação:** questões referentes à percepção dos docentes sobre a inclusão da temática R/E e saúde nos cursos de graduação em saúde e no BIS; se o BIS tem trabalhado essa temática e de que forma; sobre quais conteúdos deveriam ser ensinados e quais os formatos instrucionais mais adequados ao ensino da R/E; sobre quais habilidades e atitudes os estudantes deveriam desenvolver e principais barreiras ao ensino.

Nenhuma definição de religião e espiritualidade foi disponibilizada para os participantes.

Análise dos Dados

A análise dos dados obtidos foi realizada de acordo com a técnica de análise de conteúdo de Bardin⁵⁵. A pré-análise deu-se a partir de repetidas leituras das transcrições de modo a possibilitar a identificação de palavras e temas chaves dentro das categorias já estabelecidas no roteiro de entrevista.

Dessa forma, foi possível interpretar os conteúdos emergentes e compreender as percepções dos docentes acerca do ensino do tópico R/E.

Questões Éticas

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia sob o parecer nº1.023.758. Todas as entrevistas foram realizadas em ambiente que preservasse a privacidade dos respondentes e o anonimato garantido através da utilização da sigla DOC (Docente) seguida numericamente de 01 a 10, conforme resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 11 docentes convidados, 10 responderam a entrevista semiestruturada. O único professor que não aceitou a participar da pesquisa referiu não ter disponibilidade de tempo, devido exigências acadêmicas do período de matrícula da universidade.

Características Sociodemográficas

Perfil dos Entrevistados

A maioria dos participantes foram mulheres (80%). A média de idade deles de 45 anos e a faixa etária variando de 35 a 60 anos. Tendo em vista a afiliação religiosa, 70% dos professores referiram não possuí-la. Os 30% restantes que possuíam denominaram-se católicos. Com relação à formação

profissional, dos 10 professores, cinco são psicólogos, dois são médicos, um odontólogo, um terapeuta ocupacional e um historiador.

Todos os respondentes possuem doutorado. Destes, 20% realizaram estágios de pós-doutoramento. Grande parte realizou o doutorado em saúde pública ou coletiva e o pós-doutorado em saúde coletiva e em história da ciência. Mais da metade deles nunca realizou algum curso ou treinamento sobre as relações entre R/E e saúde durante sua formação (60%). Os 40% dos professores que mencionaram terem tido algum contato com a temática durante sua formação, acessaram cursos sobre religião, tais como, teologia da libertação, participação em disciplina optativa sobre Psicologia da Religião, curso sobre religiões afro-brasileiras ou disciplinas sobre a Antroposofia de Rudolf Steiner. 80% dos participantes nunca ministraram aulas, palestras sobre esta temática nem publicaram na área. Mais da metade dos participantes (60%) expressou interesse em aprofundar seus conhecimentos nesse campo de pesquisa. Ausência de tempo e de interesse foram os principais motivos apontados para o não aprofundamento nessa área.

O perfil dos entrevistados se aproxima do padrão encontrado nas pesquisas revisadas. De forma semelhante, em pesquisa com 30 docentes de enfermagem de uma universidade paulista, os professores eram constituídos, em sua maioria, por profissionais do gênero feminino, idade superior a 35 anos e também relataram não terem participado de atividades relacionadas ao tema da R/E⁴⁶. Em um survey com 66 acadêmicos de serviço social sul-africanos, 74,2% da amostra era do sexo feminino e 50% dela relatou nunca ter tido contato com este tópico⁴⁸.

Religião e Espiritualidade

Considerar-se uma Pessoa Religiosa e/ou Espiritualizada

40% dos professores consideraram-se espirituais, mas não religiosos. 30% consideraram – se espirituais e religiosos. Os demais se descreveram

como: nem espirituais nem religiosos. Os sete professores que não se identificaram como religiosos apontam dificuldades em lidar com as regras e dogmas religiosos que buscam definir comportamentos, pensamentos e ações, o que, muitas vezes, leva à opressão e intolerância religiosa. Por outro lado, percebem a necessidade de que a religião seja vista como um objeto de estudo.

[...] E você chega e pergunta: Você se considera? Assim então você está me pedindo uma reflexão sobre mim mesmo que eu venho fazendo há muitos anos porque isso me inquietava muito na adolescência essas questões me inquietavam muito porque que Deus é esse que me ensinam a acreditar que é um deus que permite a morte de milhões de pessoas inocentes? Que deus é esse que permite que o mundo seja tão cruel, tão desigual? Né olha eu comecei a estudar história e comecei a ver o que em nome da religião o quanto de atrocidade foi cometido eu me afastei da religião. As brigas religiosas, genocídios em nome de questões religiosas eu acho isso um absurdo total, eu tô falando né não só das mortes dos judeus mas também falando da mortes dos índios aqui da conquista espanhola entendeu ou atualmente isso estado islâmico né degolando pessoas em nome de princípios religiosos eu acho isso uma atraso do ponto de vista da civilização, então eu entendo que a religião deve ser estudada como objeto de estudo mesmo, tá aí e faz parte da visão de muitas pessoas mas me afastei muito disso não quero isso como parte dá minha visão de mundo entendeu? (DOC 3).

Os educadores que se identificaram como pessoas espiritualizadas trazem concepções diferenciadas sobre a espiritualidade relacionadas à “relação do homem com o universo”, a “uma compreensão não tão objetivista de sua posição no mundo”, a “seguir sua intuição até uma perspectiva não metafísica”. Aqueles que informaram que não eram religiosos nem espirituais trazem não pensar sobre esses assuntos em seu cotidiano, não utilizando a “fé” ou “Deus” para lidar com suas questões.

Percebe-se que apesar de parecerem diferenciar os conceitos de religião e espiritualidade, na maioria das vezes, os docentes entenderam a espiritualidade como sinônimo de religião e associada às dificuldades citadas nesse âmbito, tais como opressão, alienação, intolerância religiosa, etc. Resultados semelhantes foram encontrados com professores de enfermagem que correlacionaram o conceito de espiritualidade a “crença e relação com Deus/religiosidade”⁴⁶. Em estudo mais recente com educadores médicos

neozelandeses, também houve uma ausência de consenso sobre o que espiritualidade significa⁵⁶.

Na literatura sobre a interface entre R/E e saúde, essa questão se mantém, com alguns autores identificando esses conceitos como virtualmente sinônimos, ou, ao menos como conceitos sobrepostos, e outros os vendo como categorias contrastantes ou opostas⁵⁷⁻⁵⁹. Conforme citado anteriormente, no presente estudo, R/E são considerados conceitos diferentes, no entanto, interligados.

Prática Clínica

Conhecimentos sobre Pesquisas Atuais

A maioria dos respondentes menciona não conhecer bem as pesquisas que estão sendo desenvolvidas atualmente sobre as relações entre R/E e saúde (70%). Aqueles que relatam conhecer as pesquisas mencionam os estudos da área de Antropologia da Saúde, Saúde Coletiva e Etnopsicologia realizados por importantes pesquisadores baianos e pelo Programa de Mestrado e Doutorado de Psicologia da USP de Ribeirão Preto.

No que tange à validade científica das pesquisas sobre Saúde, Religião e Espiritualidade, os participantes aludem que se estas seguem padrões metodológicos aceitos pelas comunidades científicas que garantam validade e passaram pelos crivos do orientador, das bancas e dos comitês editoriais de revistas, elas podem ser consideradas cientificamente válidas e profissionalmente aceitáveis. Entretanto, pontuam que muitas pesquisas em diversas áreas do conhecimento com furos metodológicos têm sido publicadas por revistas menos criteriosas e qualificadas pela CAPES.

Nesse ínterim, um docente traz uma discussão sobre a dificuldade em estudar uma temática tão subjetiva como a R/E pelos métodos das ciências duras. Reflete sobre a dificuldade em quantificar construtos como fé, provar

mecanismos de cura espiritual, dentre outros, por isso, a maior produção qualitativa sobre a temática.

[...] existem as pesquisas que demonstram que a religiosidade ajuda as pessoas a se tornarem mais resilientes, traz suporte social. Eu acho que mais ou menos nessa perspectiva isso pode ter efeitos e resultados positivos sobre a saúde, sobre desfechos em saúde. Conseguir provar qual o mecanismo, aí vem algumas hipóteses, mas certeza, você não vai ter pelo menos por enquanto, a não ser que a gente consiga mensurar outras coisas que a gente não consegue quantificar. A fé, por exemplo, é uma coisa que a gente não vai conseguir fazer, não existe mecanismo hoje que a gente consiga fazer esse tipo de medida e eu não sei se um dia vai existir né?. Porque é uma coisa muito subjetiva. Não é um evento: você já passou por tal evento sim ou não? Quantas vezes? 03, pronto você mediu. Agora, a fé não. Você não tem como fazer isso, eu acho que aí é a dificuldade de você inclusive fazer pesquisa que dê conta de mecanismos, aí você acaba tendo um corpo de trabalho muito interessante mais vulnerável para as ciências duras né?, as ciências duras, ah não, mais você não tem como provar, mais não, qual o mecanismo, então isso acaba gerando um certo desconforto né, e acaba sendo pesquisas quali, pesquisas da área de ciências sociais e saúde né, que você faz um estudo com uma pessoa, com um grupo, com uma comunidade e tal e não consegue ir muito além né, dessas possibilidades (DOC 5).

Tal discussão ratifica o pouco conhecimento do que vem sendo produzido internacionalmente nesse campo de pesquisa, com a utilização de estratégias metodológicas “mais tradicionais” de cunho experimental e estatístico.

Relação entre R/E e Saúde

A maioria dos docentes (90%) expressou que a R/E possui um impacto positivo sobre os resultados de saúde, inclusive física, na medida em que melhoram o sistema imune, fornecem um sentido para a vida das pessoas, sensação de pertencimento e acolhimento, mesmo em religiões consideradas como alienantes. É trazido o papel preponderante da dimensão espiritual/religiosa na saúde mental e que a fé e a crença na cura exercem um papel bem importante neste processo.

Ao mesmo tempo, 60% deles também pontuam que a religião pode ser adoecedora, a depender da relação que a pessoa estabelece com ela em cada momento da sua vida. Pois, ao invés de ser um espaço de acolhimento pode ser um espaço de opressão e sofrimento. Diversos exemplos de rituais (magia negra, sacrifício de animais, beber sangue e urina, etc.) e de restrições religiosas (negação da transfusão de sangue por Testemunhas de Jeová) são citados para demonstrar essa relação nociva.

[...] então especificamente em relação as práticas religiosas, você tem práticas que são por exemplo “satanismo” em que as pessoas são convidadas a rituais de magia negra, perfuração, sacrifício de animais, beber sangue. Às vezes, algumas práticas bebem urina, fezes. Então essas situações podem por uma questão religiosa levar o indivíduo ou até poderíamos pensar, no caso, as pessoas que são Testemunhas de Jeová, por exemplo, que se negam a fazer transfusão de sangue. Então uma crença religiosa tem uma interferência muito imediata, muito contundente na questão da saúde, talvez se aquele indivíduo ao precisar fazer uma transfusão de sangue, se for hemofílico ou alguma situação desse tipo, ela pode ter algum tipo de obstáculo na realização de um procedimento, uma intervenção de saúde, claro falando de casos extremos, mas evidentemente que, pra mim, me parece bastante claro a associação entre o modo de ver a vida, de enxergar a vida, quer seja ele mediado por práticas religiosas ou praticas espirituais e as consequências que isso vai ter em relação as atitudes que você tem. Então eu vejo uma conexão muito forte (DOC 2).

Uma questão digna de nota é trazida por um docente que refere não perceber uma relação entre espiritualidade e saúde e sim entre espiritualidade e doença, já que os pacientes tendem a utilizar a “espiritualidade ou religião para tentar se livrar de algum mal, de alguma doença, de um câncer” (DOC 6). E a partir de suas crenças religiosas, podem se recusar a aceitar as prescrições da medicina científica que são comprovadamente eficazes no tratamento de determinadas doenças.

Do mesmo modo, esta questão é trazida no campo da saúde mental por dois docentes, em que muitos transtornos deixam de ser tratados adequadamente em virtude da atribuição de sintomas psiquiátricos como alucinações/delírios a espíritos, sendo significado como “um processo necessário à vazão da mediunidade, cujo tratamento seria a desobsessão”

(DOC 5). A necessidade de um diagnóstico diferencial entre transtorno mental e questões espirituais é enfatizada neste contexto.

No campo de pesquisa sobre saúde mental, religião e espiritualidade, esta necessidade é enfatizada por diversos autores, inclusive com produções acadêmicas que exploram como realizar diagnósticos diferenciais nesses dois âmbitos⁵⁷⁻⁵⁹.

Necessidade de Maior Compreensão das Relações entre R/E e Saúde

A maioria dos professores (70%) afirma a necessidade de maior entendimento das relações entre R/E e saúde - o como, quando e de que forma as crenças religiosas/espirituais impactam positivamente ou negativamente os resultados em saúde. Traz que tanto os profissionais de saúde quanto os professores ainda não possuem uma compreensão dessas relações possíveis.

Referenda-se que essa dificuldade de incorporação da temática da R/E se dá porque o paradigma científico biomédico - mais voltado para as questões da biologia, da física, da química - que orienta as práticas dos profissionais de saúde, não considera esses fatores como importantes e a postura da universidade é em geral muito cética, pois crê que “o lugar da ciência é o lugar do ceticismo, dos agnósticos e dos ateus” (DOC 8).

Enfatiza-se, então, a necessidade de um investimento robusto e rigoroso em pesquisas e avaliação sobre essa temática, a fim de ultrapassar a grande resistência daqueles que ocupam o espaço dominante no campo científico. Este movimento de investimento em pesquisas nesse campo, enfatizado pelos professores no presente estudo vem acontecendo desde a década de 90 com um aumento considerável das produções acadêmicas sobre o tema conforme pesquisa de Koenig⁶¹.

Todavia, um docente relata preocupação em realizar pesquisas científicas sobre religião, no sentido de reduzir determinados fenômenos, como por exemplo, o transe, a processos neurológicos ou cerebrais, já que há riscos de se ter “uma visão muito simplista de saberes e práticas bem heterogêneos,

levando a perda da beleza do fenômeno em si” (DOC 1). Também destaca que, no mundo contemporâneo, há múltiplos pertencimentos a diversos lugares, como religioso e acadêmico, por exemplo, e que esses lugares não precisam ser compreendidos nem enquadrados da mesma forma.

Outro professor defende que a R/E não pode ser compreendida como um objeto de estudo, em que há um distanciamento e uma hierarquia entre os pesquisadores e seu objeto, sendo o primeiro mais importante que o último. Pontua que os docentes adotam uma postura conservadora, que busca um distanciamento com as crenças religiosas por receio de que explicitá-las produziria comportamentos estereotipados, dificultando, assim, a interdisciplinariedade.

[...] isso não pode ser compreendido como um objeto de estudo, não é? Não é um objeto da antropologia, que estuda religiosidade e crenças, não é isso. Eu acho que o professor que tem uma experiência trata disso de um modo completamente diferente daquele que pensa nisso como um objeto de estudo e acho que o que está em questão não é uma compreensão interdisciplinar, o que está em questão é um reposicionamento da religiosidade, da crença, é da espiritualidade na formação profissional [...]. Os antropólogos tratam da religiosidade como seu objeto de estudo e continuam ateus ou continuam agnósticos, continuam buscando um distanciamento. Acho que não é esse o caminho que deve ser seguido. Não é esse o caminho da interdisciplinaridade (DOC 8).

Preparação dos Profissionais de Saúde

Todos os participantes afirmaram que os profissionais de saúde não estão preparados para utilizar a R/E dos pacientes e familiares em suas práticas profissionais. Ao contrário, trazem que os profissionais estão habituados a eliminar, rejeitar ou ignorar essas situações, quer seja na anamnese, ou, no processo diagnóstico, pois não julgam essas informações como relevantes para identificação do problema de saúde do paciente. Da mesma forma, as temáticas da morte e do aborto são citadas como questões negligenciadas na formação em saúde.

Um professor traz que, quando a R/E do paciente é considerada no contexto de cuidado, ela é geralmente utilizada para “apascentar”. Destaca, também, que o profissional de saúde costuma ser muito preconceituoso com questões religiosas e espirituais, sendo necessária uma melhor preparação desses profissionais para atuar nessa esfera.

Eu acho que é um caminho bem desafiador porque os profissionais de saúde muito frequentemente é [...] tratam, recorrem como um caminho para apascentar a população do tipo, você perdeu um filho, Deus quis. Olhe Deus sabe o que faz. E o sujeito que está nessa situação, que perde, que se revolta, a revolta não é aceita. O choro, o desespero não é bem compreendido. Não tem espaço para isso. Acho que o profissional de saúde usa muito frequentemente a espiritualidade de uma forma muito débil e como se a espiritualidade, como se a religiosidade fosse um tampão para manter o cotidiano do serviço de saúde organizado né (DOC 8).

Os motivos elencados para essa realidade perpassam desde a formação, cada vez mais tecnicista, centrada no modelo biomédico, focado nas queixas e sintomas físicos, que não percebe o paciente em sua complexidade e multiplicidade de dimensões, até o preconceito com religiões, que não correspondem às dos profissionais de saúde.

Eu acho que a formação está cada vez mais tecnicista, então, por exemplo, na formação em saúde, mudou com as diretrizes curriculares, mas, ainda a maior parte da carga horária está para conteúdos básicos das áreas todas, fisiologia, anatomia, bioquímica e você tem ali alguma coisa de antropologia, introdução à sociologia, alguma coisa assim para a pessoa começar a pensar que existe alguém atrás daquela doença [...]. Em que momento há outras coisas, qualquer outra discussão, onde entra isso? Não vai ter. Na formação, em nenhum momento, isso é completamente descartado. Não existe espaço. Acho que as coisas estão bastante desligadas (DOC 10).

Diversos estudos defendem que o profissional de saúde não ignore a existência dessa dimensão R/E na vida das pessoas, devendo compreender e respeitar as crenças religiosas/espirituais dos pacientes, mesmo que não acredite ou até mesmo discorde delas^{23-24, 29, 35}.

Educação/Formação

Inclusão da Temática no Ensino e nos Currículos dos Cursos da Área de Saúde

No que tange a essa questão, os professores não alcançam um consenso. Para 50% deles, a R/E não se configura como um conteúdo a ser ensinado. Para a outra metade, seria imprescindível sua inclusão nos currículos de formação. Educadores médicos norte-americanos e neozelandeses também parecem incertos quanto à inclusão, extensão e modos de ensino da espiritualidade^{37, 56}.

Para os que acreditam que a R/E não se configura como um conteúdo a ser ensinado, a abrangência e complexidade desta temática dificulta sua inserção como uma disciplina. Critica-se a inclusão de diversas questões nos currículos sem uma real apropriação e reflexão e questiona-se sobre como ensinar uma temática tão fluida e sobre o que ensinar - candomblé, experiências dos neopentecostais, religiões orientais, etc.

Eu acho que isso é muito importante para a formação do profissional, mas não como alguma coisa que se ensina. A espiritualidade não é uma técnica (DOC 1).

Se a gente começar a pensar assim por isso hoje os currículos estão se transformando em bolo de aniversário, onde vamos enfiando tudo, ou talvez bolo de aniversário não seja uma boa, feijoadada, cozido, sei lá...alguma coisa assim. Eu não acho que é isso ficar incluindo coisas, mas não, é pensar sobre as coisas porque na verdade essa questão da religiosidade como a questão da sexualidade, bem como, a sustentabilidade, elas tem a ver com o modo de pensar o mundo, com a mentalidade de como a gente tem que se ver no mundo. Não tem a ver você enfiar a coisa lá e achar que as pessoas vão em algum momento né dá a caixinha. Isso aqui é a caixinha da religiosidade, isso é a caixinha da sexualidade, essa aqui é a caixinha... E aí, em algum momento a pessoa vai juntar, não vai juntar. Até porque nossa formação é disciplinar, nossa formação é toda cindida (DOC 10).

Os que defendem a inclusão curricular da temática R/E creem que esta deveria ocorrer no âmbito do questionamento e valorização das crenças e valores dos usuários dos serviços de saúde, com vistas a garantir uma formação mais interdisciplinar e humanizada. Mencionam que deveria haver um aprofundamento sobre os conceitos de religiosidade, espiritualidade e saúde, a relação entre o ser humano e as religiões, ou, a espiritualidade e os efeitos dessa relação no seu bem estar e na sua saúde, alguns aspectos históricos de como as religiões foram criadas, os princípios ético-filosóficos das religiões para compreender suas práticas, história e racionalidades, as migrações e conversões religiosas, além do ensino da “anti-intolerância religiosa” (DOC 4). Há uma advertência de que esses conteúdos R/E sejam ensinados como objetos de estudo na universidade e não como dogmas.

40% dos respondentes acreditam que estes conteúdos deveriam ser incluídos em disciplinas optativas, em que pessoas com real interesse na temática escolheriam participar. De outra parte, 30% defende que a inserção deveria ser de forma transversal durante todo o curso de saúde. No BIS, trazem que a questão da R/E poderia ser incluída como tema transversal em duas disciplinas obrigatórias – Introdução ao Campo da Saúde (HAC A10) e Campo da Saúde: Saberes e Práticas (HAC A40).

Pondera-se que as universidades não estão preparadas para esta inclusão, pois não possuem profissionais capacitados nesse campo, sendo necessário um movimento anterior de organização de pesquisadores e profissionais da área, para posteriormente haver a proposição de conteúdos em disciplinas. Tal realidade de não preparo dos docentes neste campo também é constatada em escolas médicas norte-americanas, inglesas e brasileiras^{37-38, 42}.

Sabe-se que a importância dada à sua própria espiritualidade influencia a percepção do docente sobre a relevância da integração da espiritualidade no treinamento dos profissionais⁴⁷. Neste sentido, pode-se conjecturar que a ausência de distinção entre os conceitos de religião e espiritualidade apresentada pelos docentes do presente estudo, associada ao

desconhecimento das pesquisas realizadas neste campo, pode esclarecer as divergências de opiniões sobre a inclusão do tópico R/E no ensino.

Formatos Instrucionais e Estratégias de Avaliação

Os formatos instrucionais mais citados para o ensino desta temática foram seminários, aulas expositivas, discussão em equipes, estudo de artigos através de leituras e análises críticas, debates pró e contra, depoimentos de clínicos que conseguem integrar os conhecimentos religiosos/espirituais à sua prática, entrevistas, palestras realizadas por convidados, exibição de filmes e vídeos, estudos de casos e de materiais produzidos em pesquisas de campo em centros religiosos ou espirituais, além de práticas de extensão, em que o estudante pode vivenciar e experimentar situações concretas.

[...] poderia ser por filme, ou então, por meio de aula mesmo expositiva, agora poderia ser feita discussão de estudos específicos, inclusive ver, botar os alunos para fazer visões distintas, quem é contra determinada visão, quem é a favor, de uma determinada visão. Quem defende que a fé afeta a saúde, quem defende que a fé prejudica a saúde. É então fazer umas discussões desse tipo. Acho que seria bem interessante estudo de artigos, leituras e resenha, não seria nem resenha, porque eu acho resenha um negócio tão chato, mais uma análise crítica mesmo dos artigos para identificar como foi o método em ele pode concluir o que concluiu. Então, assim para eles até entenderem como é que é feito o raciocínio em cima daquilo e conseguir chegar num resultado. Seria mais ou menos por aí. Estudos de casos seriam interessantes se a pessoa tiver estudos publicados ótimo! Se a pessoa tiver, como professor tiver experiência, tiver vários casos que possam ser discutidos, tiver experiência clínica. Quem trabalha com oncologia, por exemplo, tem vários casos que podem trazer para discutir, acho que seria legal (DOC 5).

É trazido que a estratégia de avaliação depende dos formatos instrucionais utilizados no momento da aula. Podem-se realizar avaliações processuais, através das discussões em sala de aula, da forma como o aluno lida com o tema ou através de provas e seminários.

Conhecimentos, Habilidades e Atitudes a Serem Desenvolvidas pelos Estudantes

De forma geral, os docentes encontraram dificuldades em comentar sobre os conhecimentos no campo de saúde, religião e espiritualidade, habilidades e atitudes que poderiam ser desenvolvidos pelos estudantes durante sua formação – fato condizente com o desconhecimento sobre a temática e as pesquisas sobre seu ensino realizadas a nível internacional.

Não vejo...não sei, pode ser que exista um modelo que incorpore que seja interessante, mas habilidades e competências, isso daí não se trata de habilidades e competências sem se tratar de conhecimento, então vai na mesma direção (DOC 8).

Eu acho que estar ciente dessa discussão né? Saber que existe essa discussão, compreender de que maneira surgiu essa discussão sobre espiritualidade e saúde doença, acho que compreender que isso é um assunto que está sendo trabalhado, que está sendo tratado e que tem estudos questão comprovando relação entre espiritualidade e doença. Eu acho que o aluno sabendo que existe essa temática e sabendo que existe essa relação já seria meio caminho andado, já estaria preparado, por exemplo; pra quando fosse formado encontrar alguém que use a espiritualidade pra o tratamento seu próprio, entender como é que a pessoa ver isso, como é que funciona (DOC 6).

Em pesquisa sobre o treinamento do cuidado espiritual em alguns países europeus, os principais métodos de ensino descritos para fornecer conhecimento sobre a temática foram palestras, apresentações em powerpoint, rodas de discussão, discussões individuais com monitores; para fomentar atitudes, foram realizadas visitas a unidades de cuidados aos pacientes, assistir filmes ou discussão de leituras indicadas; para desenvolver habilidades pessoais e profissionais, foram utilizados exercícios práticos como autoexploração, meditação, exercícios de auto-cuidado (interação centrada em um tema, revisões de rituais ou de casos e avaliações biográficas ou espirituais)⁴⁵.

Um professor acredita que o conhecimento dos princípios éticos de várias religiões que promulga o respeito ao outro, a necessidade do diálogo e

de convivência com as diferenças pode ajudar os estudantes a incorporarem esses valores em sua vida pessoal e em sua prática cotidiana (DOC 9).

Descrição do Ensino da Temática R/E e Saúde no BIS

Todos os professores afirmam que não há uma disciplina ou atividade específica que trate da temática R/E e saúde no BIS. Entretanto, a maior parte deles menciona que a temática é coberta tanto nas disciplinas obrigatórias (Introdução ao Campo da Saúde e Campo da Saúde: Saberes e Práticas) do curso, quanto nas optativas (HAC A50 – Racionalidades em Saúde; Tópicos Especiais em Saúde e Atividade Curricular em Comunidade (ACC) no Ambulatório de Práticas Integrativas do Complexo HUPES, Hospital das Clínicas).

Nas disciplinas obrigatórias, a temática é trazida segundo o desejo dos próprios estudantes em seus seminários. Com relação às disciplinas optativas, a mais citada pelos docentes foi a de racionalidades em saúde (50%), em que se abordam algumas práticas alternativas e complementares (homeopatia, acupuntura, fitoterapia, crenoterapia e termalismo), que devido “seu entendimento abrangente da relação do corpo humano com o ambiente, inclui a R/E do indivíduo em sua relação com o mundo e o cosmo” (DOC 2). É trazido que esse componente tem possibilitado uma discussão ampliada do conceito de saúde proposto pela OMS (Organização Mundial de Saúde) em suas dimensões psicológicas, sociais, ambientais, etc.

Na ACC, os alunos têm a oportunidade de experienciar estas práticas de forma concreta ao acompanhar profissionais destas diversas racionalidades in loco. Os Tópicos Especiais em Saúde são disciplinas optativas, cuja ementa e conteúdos são escolhidos a partir do desejo de cada professor em trabalhar uma determinada temática de seu interesse. Nestas, o tópico mais associado com a R/E citado foi o da Antroposofia, em que se abordou a concepção de homem, a questão terapêutica, conceito de salutogênese, desenvolvimento humano, a compreensão biográfica, dentre outros.

Essas práticas ditas alternativas integrativas ou complementares, elas permitem a incorporação desses elementos, ainda que utilizem metáforas, linguagens figuradas, elementos de água, fogo, terra, enfim, por exemplo, como é o caso da medicina tradicional chinesa, mas, ainda assim, esses elementos simbólicos tem uma forte conotação com energia, com equilíbrio, com homeostase, com o ambiente e tudo isso pode ser melhor trabalhado nos aspectos vinculados a religiosidade e espiritualidade do que naquele outro paradigma. Então me parece que ainda que não seja diretamente uma resposta, a incorporação imediata da espiritualidade e religiosidade, por que esse de fato não é o foco, mas, já é uma tentativa nossa de mostrar para os nossos alunos, para o nosso público a necessidade de compreendermos a saúde de modo mais abrangente e aí entendo para concluir que a incorporação dos elementos da discussão entre a religiosidade e espiritualidade é mais um reforço pra gente ampliar a discussão em torno dos aspectos da religião e saúde (DOC 2).

De forma semelhante, em pesquisa realizada com 17 escolas médicas do Reino Unido, houve alguma sobreposição do ensino espiritual e do ensino da medicina alternativa e complementar (CAM), com 20% delas oferecendo instrução sobre a cura pela fé, como parte de seus currículos CAM⁶⁰.

Todos os participantes ratificam que a proposta inovadora do BIS permite aos estudantes desenvolver uma visão abrangente de saúde perpassada por essa dimensão espiritual/religiosa, de quais são as forças que operam nesse campo – econômicas, sociais, políticas – e um entendimento da construção histórica do SUS com sua conseqüente valorização deste sistema de saúde. Há uma ênfase na reflexão crítica sobre o modelo de saúde e de estilo de vida hegemônico na sociedade. Ademais, permite aos estudantes conhecer e vivenciar práticas científicas e populares em saúde.

O estudante do BI tem uma abertura maior, ele desenvolve uma abertura maior para temas e para tópicos que em outros cursos que não abordam essas discussões. E uma maior compreensão dessas questões do que um aluno que entra em um curso, por exemplo, profissional de saúde e que não tem às vezes em nenhum momento do curso uma aproximação. O aluno tem ao menos a chance de fazer isso (DOC 7).

Talvez aqui, a gente consiga um pouco e com algumas situações. Aquele estudante que consegue, por exemplo, aqui no BI, se ele tem a possibilidade de experimentar de ir para índios Kiriris né e fazer uma prática de extensão que ela desenvolve lá e conviver por uma

semana lá, é fantástico. Ele vai para uma pesquisa comigo lá no Iguape e ele vivencia outras coisas, ele assistir uma reunião, conflitos de terra quilombola, fazendeiro, ah, então, eu acho que alguns a gente consegue fazer algumas coisas, alguns que conseguem (DOC 10).

No que tange à inclusão sistemática desta temática na formação, os participantes declararam não haver planejamento nem desejo de inseri-la futuramente no curso. As dificuldades elencadas para tal são a sobrecarga de trabalho para um corpo docente pequeno, que precisa assumir além das obrigações pedagógicas, questões administrativas e burocráticas, ausência de tempo, interesse e qualificação.

Com relação à capacitação nessa área, em média, 50% dos docentes mencionaram desejo de treinamento e materiais de estudo sobre R/E. Todavia, trazem a ausência de tempo como principal dificultador para um aprofundamento nesse campo.

Eu acho que vontade sim. Agora, como eu lhe disse, a questão é a viabilidade em termos de tempo de como dentro do elenco de responsabilidades [...]. Então se você perguntar; você gostaria de ter um tempo a mais para estudar esse tema? Eu acho que todos lhe responderiam que sim. Professor, o senhor topa vim trabalhar comigo num curso, tá tá tá tá tá tá? Eles vão lhe perguntar em 2020, 2021, 2022, pra quando é? (DOC 2).

Barreiras ao Ensino da R/E no Ambiente Universitário e no BIS

Mais da metade dos participantes acredita que há barreiras ao ensino da R/E no ambiente universitário (70%). 20% relatam não saber responder e 10% creem que estas não existem. As principais barreiras citadas são a separação entre a cultura acadêmica científica e a religião como “dois mundos incomunicáveis” (DOC 10), a laicidade e autonomia da universidade, o paradigma biomédico, que exclui essas dimensões, o tabu com relação a essa temática e a crença de que a R/E pertence ao fórum privado, não devendo ser

compartilhada nem explicitada, receio do proselitismo, preconceitos, além das crenças, preferências e formação do corpo docente.

Uma pessoa que não tem fé, que é ateu ou que é agnóstico, ele não vai querer discutir religiosidade e saúde... E se o corpo docente for todo mundo das ciências duras vai dizer assim “não mais isso é uma coisa que é massa, tá bonitinho, mas eu não tenho tempo pra isso, eu tenho que ensinar anatomia eu preciso do espaço para fazer as intervenções e não dá, isso não encaixa. Se o corpo docente aceita e é mais aberto, né? Ou tem alguma inserção, ou, tem alguém que tem um alguma inserção nisso, aí você consegue dar conta, você consegue abraçar essas necessidades de discussões mais aprofundadas, é mais nesse sentido entendeu? (DOC 5).

Algumas dessas barreiras – receio do proselitismo, crença de que a R/E pertence ao fórum privado, etc. – também são encontradas em estudos realizados com profissionais de saúde^{8, 38}. Docentes médicos neozelandeses igualmente destacam como obstáculos potenciais ao ensino da R/E, a falta de consenso a respeito da natureza do tópico (81%), falta de conhecimentos dos docentes (59%), professores não considerarem o tópico como suficientemente importante (45%) e superlotação do currículo (44%)⁵⁶.

Dois educadores mencionam como dificultadores ao ensino o fato que, embora as universidades tenham nascido dentro das religiões, aos poucos, esses dois campos de conhecimentos e práticas foram se separando, ficando a universidade responsável pela transmissão do conhecimento e as igrejas pelos ensinamentos religiosos.

Ainda temos uma herança do positivismo que marcou muito o mundo, o pensamento científico que considerava que a religião era um estágio primitivo de pensamento da humanidade e que a ciência seria uma etapa mais evoluída. Esse tipo de compreensão que é característico dos pensamentos positivistas, e ainda, isto está presente nos dias atuais, não necessariamente de forma explícita, mas marcou e fez uma separação entre o campo da ciência e o campo da religião, e as universidades compraram isso, embora inicialmente tenham nascido dentro das religiões [...] e hoje a perspectiva é de se buscar a realidade dos saberes, nessa direção da ligação dos saberes (DOC 7).

É possível que exista, mas eu não saberia lhe dizer. Acho que o preconceito né? Se existir, talvez seja em função da questão da laicidade da universidade né, a universidade nasceu vinculada a igreja, repare isso aí tem que voltar a história da universidade né? E

quando a gente hoje defende a universidade como espaço, né? Da ciência, não foi sempre assim (DOC 3).

A percepção dos entrevistados em relação às barreiras para o ensino de R/E no ambiente universitário mostra-se consistente com os resultados das pesquisas conduzidas por Paiva na USP⁶²⁻⁶³. Tanto as barreiras percebidas por estes docentes, quanto os silêncios acerca da religião registrados por Paiva, parecem estar ancorados em teses ou princípios como a incomunicabilidade e a separação necessária entre ciência e religião, ou, com a incompatibilidade entre instituições laicas, como a universidade moderna ocidental, e as instituições religiosas, ou, a religiosidade/espiritualidade individual, que expressariam de algum modo a territorialização estabelecida historicamente nas sociedades ocidentais modernas, segundo a qual religião e espiritualidade são próprias do espaço privado, e não do espaço público⁶⁴⁻⁶⁵.

A maioria dos professores afirma não perceber barreiras ao ensino da R/E no BIS. Trazem que a própria natureza interdisciplinar do curso e dos professores favorece a compreensão e valorização da importância dessas dimensões no campo da saúde, incorporando uma diversidade de temáticas muito grandes. Todavia, apontam obstáculos operacionais, tais como, sobrecarga de trabalho, ausência de tempo e interesse para investir em estudos e seleção de referências, com vistas à inserção deste componente no curso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O alto grau de qualificação e experiência multidisciplinar dos docentes do BIS expressa-se em sua visão plural, abrangente e crítica do objeto saúde, com destaque das abordagens das ciências sociais em saúde.

Embora 70% dos entrevistados declarem não conhecer bem as pesquisas que vêm sendo produzidas a respeito das relações entre Saúde, Religião e Espiritualidade, a maioria concorda sobre a importância da dimensão

religiosa/espiritual na vida das pessoas e nos processos de adoecimento e cura, bem como, sobre a importância de uma maior e melhor compreensão acerca das relações entre saúde, religião e espiritualidade.

Também percebem que os profissionais de saúde não estão preparados para utilizar a R/E dos pacientes e familiares no contexto clínico, evidenciando a importância do treinamento nesse âmbito. Os motivos elencados para essa realidade perpassam desde a formação cada vez mais tecnicista, centrada no modelo biomédico, focado nas queixas e sintomas físicos, até o preconceito com religiões, que não correspondem às dos profissionais de saúde.

Contudo, quando se trata da introdução deste tema no currículo, há ainda muitas dúvidas e questionamentos. Alguns docentes creem que a abrangência e complexidade do tópico R/E dificultam sua inserção como uma disciplina. Outros defendem que a inclusão curricular deveria ocorrer no âmbito das crenças e valores, com vistas ao cuidado integral. Conjectura-se que tal situação seja decorrente da interposição dos conceitos de religião e espiritualidade apresentada por estes educadores, associada ao desconhecimento das pesquisas realizadas neste campo.

No BIS, não há inclusão sistemática do tópico R/E. Ele é trabalhado durante a formação, a depender do desejo dos estudantes durante a realização dos seus seminários, ou, sobreposto ao ensino de terapias alternativas e complementares na disciplina Racionalidades em Saúde – HAC A50.

A maioria dos professores afirma não perceber barreiras ao ensino da R/E no BIS. Trazem que a própria natureza interdisciplinar do curso e dos professores favorece a compreensão e valorização da importância dessas dimensões no campo da saúde, incorporando uma diversidade de temáticas muito grandes. Todavia, referem entraves operacionais, tais como, sobrecarga de trabalho, ausência de tempo e interesse.

Portanto, a inclusão da temática R/E mostra-se concatenada com os princípios e objetivos pedagógicos do BIS e com as opiniões e crenças de boa parte do seu corpo docente. No entanto, permanece o desafio de ultrapassar os obstáculos operacionais que dificultam tal intento.

A implantação de uma disciplina optativa no BIS, que versasse sobre as relações entre saúde, religião e espiritualidade, poderia se configurar com um bom ponto de partida para a inserção dessa temática no curso. Os alunos com interesse no tópico teriam acesso ao vasto conhecimento produzido neste campo científico. Outra possibilidade seria a criação de uma experiência pedagógica, em que os alunos entrassem em contato com casos clínicos em que a dimensão religiosa/espiritual fosse essencial para o cuidado em saúde, fazendo-se necessário o ensino da coleta da história espiritual, conjugado ao desenvolvimento de habilidades comunicacionais, tais como, a escuta ativa e a capacidade de discutir questões religiosas/espirituais.

A partir da experiência acumulada dos docentes e da avaliação das experiências descritas, assim como, da satisfação e aprendizagem dos alunos, poder-se-ia avançar para uma inclusão mais sistemática desta importante dimensão do cuidado integral em saúde no BIS.

REFERÊNCIAS

1. PHELPS, A. C. et al. Addressing spirituality within the care of patients at the end of life: Perspectives of patients with advanced cancer, oncologists, and oncology nurses. **J. Clin. Oncol.**, 30, 2538-44, 2012.
2. BALBONI, M. J. et al. Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. **J. Clin. Oncol.**, 31 (4), 461-7, 2013.
3. NARAYANASAMY, A. Nurses' awareness and educational preparation in meeting their patients' spiritual needs. **Nurse Education Today**, 13, 196 – 01, 1993.
4. PREST, L. A.; RUSSEL, R.; D'SOUZA, H. Spirituality and religion in training, practice and personal development. **Journal of Family Therapy**, 21, 60–77, 1999.
5. WESLEY, C; TUNNEY, K; DUNCAN, E. Educational needs of hospice social workers: Spiritual assessment and interventions with diverse populations. **Am. J. Hospice Palliat Care**, 21, 40–6, 2004.
6. FURMAN, L. D. et al. Religion and spirituality in social work education and direct practice at the millennium: A survey of UK social workers. **British Journal of Social Work**, 34, 767–92, 2004.

7. LUCKHAUPT, S. E. et al. Beliefs of primary care residents regarding spirituality and religion in clinical encounters with patients: a study at a midwestern U.S. teaching institution. **Acad. Med.**, 80 (6), 560- 70, 2005.
8. MCCAULEY, J. et al. Spiritual beliefs and barriers among managed care practitioners. **J. Relig. Health**, 44, 137-46, 2005.
9. CURLIN F. A. et al. Physicians' observations and interpretations of the influence of religion and spirituality on health. **Arch. Intern. Med.**, 167, 649–54, 2007.
10. WONG, K. F.; LEE, L. Y. K.; LEE, J. K. L. Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. **Int. Nurs. Rev.** 55, 333–40, 2008.
11. MURRAY, R. P. Spiritual Care Beliefs and Practices of Special Care and Oncology RNs at Patients' End of Life. **Journal of Hospice and Palliative Nursing**, v. 12, n. 1, 51 –8, Feb. 2010.
12. STIRLING, B. et al. A comparative survey of Aotearoa New Zealand and UK social workers on the role of religion and spirituality in practice. **British Journal of Social Work**, 40, 602–21, 2010.
13. SAGUIL, A.; FITZPATRICK, A. L.; CLARK, G. Are residents willing to discuss spirituality with patients? **J. Relig. Health**. 50, 279–88, 2011.
14. AL-YOUSEFI, N. A. Observations of Muslim physicians regarding the influence of religion on health and their clinical approach. **J. Relig. Health**, 51(2), 269-80, 2012.
15. MCSHERRY, W.; JAMIESON, S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. **J. Clin. Nurs.**, 20 (11–12), 1757-67, 2013.
16. GALLISON, B. S. et al. Acute care nurses' spiritual care practices. **Journal of Holistic Nursing**, 31, 95-103, 2013.
17. BROWN, O.; ELKONIN, D.; NAICKER, S. The use of religion and spirituality in psychotherapy: enablers and barriers. **J. Relig. Health**. 52, 1131–46, 2013.
18. RAMAKRISHNAN, P. et al. Perspectives of Indian Traditional and Allopathic Professionals on Religion/Spirituality and its Role in Medicine: Basis for Developing an Integrative Medicine Program. **J. Relig. Health**. 53, 1161–75, 2014.
19. WESLEY, C.; TUNNEY, K.; DUNCAN, E. Educational needs of hospice social workers: Spiritual assessment and interventions with diverse populations. **Am. J. Hospice Palliat. Care**, 21, 40–6, 2004.
20. MOLZAHN, A. E.; SHEILDS, L. Why is it so hard to talk about spirituality? **Can. Nurse**, 104, 25-9, 2008.
21. BALBONI, M. J. et al. Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. **Journal of Pain and Symptom Management**, 4, Oct. 2013.
22. BERGIN, A. E.; JENSEN, J. P. Religiosity of psychotherapists: A national survey. **Psychotherapy**, 27, 3-7, 1990.
23. PUCHALSKI, C. M.; LARSON, D. B. Developing curricula in spirituality and medicine. **Acad. Med.**, 73, 970-4, 1998.

24. PUCHALSKI, C. M.; ROMER, A. L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. **J. Palliative Med.**, 3, 129-37, 2000.
25. PESUT, B. The Development of Nursing Students' Spirituality and Spiritual Care-Giving. **Nurse Education Today**, 22, 128-35, 2002.
26. CAVENDISH, R. et al. Spiritual perspectives of nurses in the United States relevant for education and practice. **Western Journal of Nursing Research**, 26, 196-212, 2004.
27. GILLIGAN, P.; FURNESS, S. The role of religion and spirituality in social work practice: Views and experiences of social workers and students, **British Journal of Social Work**, 36, 617-37, 2006.
28. PITTS, J. Spirituality in the physical therapy curriculum: effects on the older adult. **Topics in Geriatric Rehabilitation**, 24 (4), 281-94, 2008.
29. PUCHALSKI, C. M. et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. **J. Palliative Med.**, 12, 885-04, 2009.
30. WU, L. F.; LIN, L. Y. Exploration of clinical nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. **J. Nurs. Res.**, 19, 250-56, 2011.
31. OZBASARAN, F. et al. Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. **J. Clin. Nurs.**, 20, 3102-10, 2011.
32. TIEW, L. H.; CREEDY, D. K.; CHAN, M. F. Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care. **Nurse Educ. Today**, 33 (6), 574-9, 2013.
33. HAFIZI, S. et al. Attitudes of Muslim physicians and nurses toward religious issues. **J. Relig. Health.**, 53, 1374-81, 2014.
34. MCEVOY, M.; BURTON, W.; MILAN, F. Spiritual versus religious identity: a necessary distinction in understanding clinicians' behavior and attitudes toward clinical practice and medical student teaching in this realm. **J. Relig. Health.**, 53 (4), 1249-56, Aug. 2014.
35. PUCHALSKI, C. M. et al. Spirituality and health: The development of a field. **Academic Medicine**, 89 (1), 10-6, 2014.
36. POST, S.G.; PUCHALSKI, C.M.; LARSON, D.B. Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. **Ann. Intern. Med.** 4, 132 (7), 578-83, 2000.
37. KOENIG, H. G. et al. Spirituality in Medical School Curricula: Findings from a National Survey. **Int. J. Psychiatry Med.**, 40, 391-8, 2010.
38. CULATTO, A.; SUMMERTON, C. B. Spirituality and Health Education: A National Survey of Academic Leaders UK. **Journal of Religion and Health**, Nov. 2014.
39. DAL-FARRA, R. A.; GEREMIA, C. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, Dez. 2010.
40. LUCCHETTI, G.; GRANERO, A. Integration of spirituality courses in Brazilian medical schools. **Med. Educ.** 44 (5), 527, 2010.
41. LUCCHETTI, G. et al. Spirituality in medical education: new initiatives in Brazil. **Clin. Teach.**, 8 (3), 213, 2011.
42. LUCCHETTI, G. et al. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. **BMC Med. Educ.**, 12, p. 78, 2012.

43. SCHAFER, R. M. et al. Training and education in religion/spirituality within APA-accredited clinical psychology programs: 8 years later. **Journal of Religion and Health**, 50, 232–9, 2011.
44. COSTA, W.; NOGUEIRA, C.; FREIRE, T. The Lack of Teaching/Study of Religiosity/Spirituality in Psychology Degree Courses in Brazil: The Need for Reflection. **J. Relig. Heal.**, 49, 322-32, 2010.
45. PAAL, P.; TRAUOGOTT, R.; ECKHARD, F. Developments in spiritual care education In German - speaking countries. **BMC Medical Education**, 14: 112, 2014.
46. TOMASSO, C. S.; BELTRAME, I. L.; LUCCHETTI, G. Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 19 (5), 2011.
47. GRAMS, W. A.; CARLSON, T. S.; MCGEORGE, C. R. Integrating spirituality into family therapy training: An exploration of faculty members' beliefs. **Contemporary Family Therapy**, 29 (3), 147–61, 2007.
48. BHAGWAN, R. Spirituality in social work in South Africa: insights from a survey with academics. **International Social Work.**, 56, 3, 276-89, 2013.
49. LINDHOLM, J.; ASTIN, A. Spirituality and pedagogy: Examining the relationship between faculty's spirituality and use of student-centered approaches to undergraduate teaching. **The Review of Higher Education**, 31 (2), 185–207, 2008.
50. LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; PUCHALSKI, C. M. Spirituality in Medical Education. Global reality? **J. Relig. Heal.**, 51, 3-19, 2012.
51. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
52. TEIXEIRA, C. F. S.; COELHO, M. T. A. D.; ROCHA, M. N. D. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1635-46, Jun. 2013.
53. UFBA/IHAC. **Projeto Pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde**. Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, 2010.
54. KOENIG, H. G.; MCCULLOUGH, M.; LARSON, D. B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University Press, 2001.
55. BARDIN L. **A análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1979.
56. LAMBIE, D. et al. How spirituality is understood and taught in New Zealand medical schools. **Palliative and Supportive Care**, 13 (1), 53–58, Feb. 2015.
57. COOK, C. C. H.; POWELL, A.; SIMS, A. **Spirituality and Psychiatry**. London: Royal College of Psychiatrists, 2009, 330 pp.
58. CURLIN, F. A. et al. Religion, Spirituality, and Medicine: Psychiatrists' and other Physicians' differing Observations, Interpretations, and Clinical Approaches. **Am. J. Psychiatry**, 164, 1825–31, 2007.
59. HUGUELET, P.; KOENIG, H. G. **Religion and Spirituality in Psychiatry**. New York: Cambridge University Press, 2009, 384 pp.

60. NEELY, D.; MINFORD, E. Current status of teaching on spirituality in UK medical schools. **Med. Educ.**, 42, 176–82, 2008.
61. KOENIG, H. G. Religião, Espiritualidade e Psiquiatria: Uma Nova Era na Atenção à Saúde Mental. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 34, supl. 1, 2007.
62. PAIVA, G. J. Social Representation of Religion by University Faculty. **Psicologia USP**, v. 10, n. 2, p. 227–239, jan. 1999.
63. PAIVA, G. J. Science, Religion, and Psychology: Knowledge and Behavior. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 3, p. 561–67, jan. 2002.
64. GIUMBELLI, E. A Noção de Crença e suas Implicações para a Modernidade: Um Diálogo Imaginado entre Bruno Latour e Talal Asad. **Horizontes Antropológicos**, v. 17, n. 35, p. 327–356, jun. 2011.
65. ASAD, T. **Formations of the secular: Christianity, Islam, modernity**. Stanford, Calif: Stanford University Press, 2003.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão de literatura apresentada no Artigo 1 demonstrou uma lacuna entre as demandas, no que tange ao ensino de R/E, dos diversos atores envolvidos no processo de cuidado em saúde e a formação que estão recebendo. Não há consensos sobre os conteúdos a serem ensinados, o formato de inclusão curricular e sobre as estratégias pedagógicas mais eficazes.

A respeito da pesquisa de campo descrita no Artigo 2, cabe destacar que apesar da maioria dos docentes do BIS não conhecer bem as investigações realizadas na área de saúde, religião e espiritualidade, admitem a importância da dimensão religiosa/espiritual na vida e nos processos de saúde-doença das pessoas, assim como, do treinamento dos estudantes dos cursos de saúde nesse âmbito.

De forma semelhante ao panorama descrito no primeiro artigo, estes educadores também possuem muitas dúvidas e questionamentos sobre a inclusão, extensão e modos de ensino da R/E neste curso. A maior parte deles afirma não perceber barreiras ao ensino deste tópico no BIS, entretanto, referem entraves operacionais, tais como, sobrecarga de trabalho, ausência de tempo e interesse do corpo docente.

Diante de tal contexto, este estudo aponta a necessidade de um maior acesso ao conhecimento produzido no campo de pesquisa Saúde, Religião e Espiritualidade por esses docentes, bem como em áreas correlatas, como história das relações entre ciência e religião, com vistas a esclarecer melhor uma série de dúvidas, resolver ambiguidades e superar preconceitos e tabus ainda vigentes acerca desta temática.

Portanto, é possível concluir que, a despeito dos obstáculos operacionais, a inclusão da temática R/E mostra-se concatenada com os princípios e objetivos pedagógicos do BIS e com as opiniões e crenças de boa parte do seu corpo docente.

A implantação de uma disciplina optativa ou de uma experiência pedagógica que versassem sobre os diferentes aspectos da R/E envolvidos

nos processos de saúde-doença, poderiam se configurar com um bom ponto de partida para a incorporação mais sistemática desta importante dimensão do cuidado integral em saúde no BIS.

Espera-se que os resultados obtidos nessa pesquisa possam fornecer subsídios para o aprimoramento dos projetos pedagógicos interdisciplinares desenvolvidos no BIS, que têm por finalidade buscar a concretização de uma condição de ensino que possibilite aos discentes desenvolverem habilidades cognitivas, valorativas e de ação no campo da saúde, voltadas para compreensão abrangente da problemática de saúde nas sociedades contemporâneas.

8. REFERÊNCIAS

1. SORDI, M. R. L. D.; BAGNATO, M. H. S. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 83-8, Abril 1998.
2. LIMA, V. V. et al. Ativadores de processos de mudança: uma proposta orientada à transformação das práticas educacionais e da formação de profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 (1): 279-8, 2015.
3. MELLO, C. C. B.; ALVES, R. O.; LEMOS, S. M. A. Metodologias de ensino e formação na área da saúde: revisão de literatura. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 6, p. 2015-28, Dez. 2014.
4. SANTANA, F. R. et al. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do Estado de Goiás. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1653-64, Junho 2010.
5. COLENCI, R.; BERTI, H. W. Formação profissional e inserção no mercado de trabalho: percepções de egressos de graduação em enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 158-6, Fev. 2012.
6. VASCONCELOS, S. S.; GOUVEIA, G. P. M. Saúde coletiva e desafios para a formação superior em saúde. **Rev. baiana saúde pública**, 35(2), abr.-jun. 2011.
7. HADDAD, A. E. et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-3, Jun. 2010.
8. ALMEIDA FILHO, N. M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 (6), 1677-82, 2013.

9. GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(1), 255-68, 2010.
10. TEIXEIRA, C. F. S.; COELHO, M. T. A. D.; ROCHA, M. N. D. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1635-46, Jun. 2013.
11. UFBA/IHAC. **Projeto Pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde**. Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, 2010.
12. PUCHALSKI, C. M.; LARSON, D. B. Developing curricula in spirituality and medicine. **Acad. Med.**, 73, 970-4, 1998.
13. PUCHALSKI, C. M.; ROMER, A. L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. **J. Palliative Med.**, 3, 129-37, 2000.
14. PUCHALSKI, C. M. et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. **J. Palliative Med.**, 12, 885-04, 2009.
15. PUCHALSKI, C. M. et al. Spirituality and health: The development of a field. **Academic Medicine**, 89 (1), 10–6, 2014.
16. DAL-FARRA, R. A.; GEREMIA, C. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, Dez. 2010.
17. BOADELLA, D. **Correntes da Vida: Uma Introdução à Biossíntese**. São Paulo, Summus: 1992.
18. FBDC/SH. **Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências, Sociedade Hólón, 2006.

9. APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ESTUDO SOBRE O PONTO DE VISTA DOS DOCENTES DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE COM RELAÇÃO À INCLUSÃO E ENSINO DA TEMÁTICA SAÚDE MENTAL, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NO RESPECTIVO CURSO DE GRADUAÇÃO.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Prezado (a) professor (a) do BI Saúde, você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre sua opinião com relação à inclusão e ensino da temática saúde mental, religiosidade e espiritualidade no respectivo curso de graduação, cujo objetivo é investigar sua percepção sobre estes conceitos, e, em que medida os considera legítimos e aceitáveis, inclusive, para sua incorporação curricular e nos processos inovadores de formação discente. A instituição responsável pela pesquisa é a Universidade Federal da Bahia, através do Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos. A pesquisadora, Taís Oliveira da Silva é mestranda sob orientação do Prof. Dr. André Luís Mattedi Dias. Sua participação na pesquisa é voluntária, ou seja, você só participa se e enquanto quiser. Se você não quiser participar, não haverá qualquer penalidade ou interferência em seu trabalho, área de atuação, inclusive na relação com a pesquisadora ou a instituição. Você terá a liberdade de desistir a qualquer momento ao longo da pesquisa, sem prejuízo algum ao seu cuidado, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 466/12). Você participará de uma entrevista semi – estruturada individual, sobre sua compreensão acerca do campo de pesquisa saúde mental, religiosidade e espiritualidade, assim como, sobre sua opinião com relação à inclusão e o ensino dessa temática no respectivo curso de graduação. Os dados obtidos

serão transcritos e analisados de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo. Esta pesquisa não oferece qualquer risco físico, pois os professores apenas responderão à entrevista, cujos conteúdos permanecerão sigilosos. O principal risco envolvido é de constrangimentos ao convidado durante a entrevista, no momento em que estiver expressando sua opinião. Visando minimizar os riscos, a pesquisadora se compromete a realizar a coleta de dados em ambiente que preserve a privacidade do entrevistado, além de clarificar que não há respostas certas ou erradas, que o mais importante é que o professor possa expressar livremente o que pensa sobre a temática pesquisada. Os resultados deste estudo ajudarão a compreender como os conceitos desse campo de pesquisa emergente têm sido percebidos e assimilados pelo corpo docente, e se acreditam que podem ser utilizados em suas práticas pedagógicas. Você poderá ter acesso, a qualquer tempo, às informações relacionadas à pesquisa, e se for o seu desejo, poderá solicitar revisão do texto de transcrição das suas respostas, bem como esclarecer quaisquer dúvidas, entrando em contato com a pesquisadora Taís Oliveira da Silva por meio do telefone (71) 8895-0983 e e-mail: tosilva83@gmail.com; ou com o orientador Prof. Dr. André Luís Mattedi Dias através do telefone (71) 3019 - 2203 / 9371-0800 e e-mail: andre.luis.mattedi.dias@gmail.com. Suas respostas serão confidenciais e somente você e os pesquisadores terão acesso a elas. Seu nome não será identificado em nenhum de nossos relatórios ou publicações que resultarão deste estudo, sendo para este fim utilizado um nome fictício. Você não será responsabilizado por nenhum custo relacionado à pesquisa e caso aceite participar da mesma, não receberá nenhuma compensação financeira. Se você necessitar de algum tipo de avaliação ou cuidados de saúde, por se sentir prejudicado, por causa da pesquisa, a pesquisadora poderá lhe fornecer informações de como recorrer aos serviços de saúde públicos municipais e/ou estaduais, tendo como referência o Serviço de Segurança e Saúde Ocupacional (SESAO) do Ambulatório Magalhães Neto/ Complexo Hospital Universitário Edgar Santos (HUPES), localizado na Rua Padre Feijó, nº 240, Canela, Salvador, Bahia, telefone (71) 3283.8390, e-mail: sesao@hupes.ufba.br. As transcrições

decorrentes dessa pesquisa ficarão arquivadas por 05 (cinco) anos na sala do pesquisador Dr. André Luís Mattedi Dias, localizada na sede do Programa de Pós-graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos. Após esse período, esses dados serão digitalizados e os meios físicos incinerados. Este estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, cujo contato é através do telefone (71) 3283.7615 e e-mail: cepee.ufba@ufba.br. Caso concorde em participar da pesquisa, o (a) Sr. (a) deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, em duas vias, uma sua e outra da pesquisadora.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o (a) Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa e em permitir a publicação dos seus resultados.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Salvador - Ba., _____ de _____ de _____.

Assinatura da participante

Data ____/____/____

Assinatura da pesquisadora

Data ____/____/____

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Semiestruturada

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI - ESTRUTURADA – DOCENTES DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

Inicialmente, gostaria de saber sua opinião sobre diversas questões relacionadas à temática saúde, religião e espiritualidade:

1. Você se considera uma pessoa religiosa?
2. Você se considera uma pessoa espiritualizada?
3. Em sua opinião, de que forma a R/E se relaciona com a saúde das pessoas? Você acha que os pacientes enfatizam a R/E em seu bem – estar e estratégias de enfrentamento?
4. Você acha que é possível e necessária uma melhor compreensão dos diversos aspectos que envolvem a relação entre saúde, religiosidade ou espiritualidade, e suas implicações para o cuidado clínico dos pacientes?
5. Você conhece as pesquisas que estão sendo desenvolvidas atualmente sobre as relações entre saúde mental, religiosidade e espiritualidade? Qual sua opinião sobre elas? Você as considera cientificamente válidas e profissionalmente aceitáveis?
6. O que você pensa sobre a preparação dos profissionais de saúde para utilizar a religiosidade ou a espiritualidade dos seus pacientes e familiares nas suas práticas profissionais?
7. Em sua opinião, o estudo das relações entre saúde, religião e espiritualidade deveria ser incluído nos currículos dos cursos da área de saúde?
8. No BI Saúde, há algum curso, disciplina ou atividade devotada à R/E? É obrigatório ou optativo? Ou essa temática é coberta como parte de outro curso ou disciplina dentro da formação? Quem ensina? Como o conteúdo é ensinado? Há planejamento e/ou desejo de incluir futuramente essa temática no curso? Em que momento do curso, seria inserido? Treinamento dos docentes e materiais de estudo sobre a temática seriam bem-vindos?
9. De maneira geral, o que você pensa que deveria ser ensinado sobre R/E nos cursos de graduação em saúde e no BI? Que conteúdos sobre R/E deveriam ser incluídos no currículo? Esses conteúdos deveriam ser obrigatórios ou optativos?

10. Em sua opinião, quais os principais formatos instrucionais deveriam ser utilizados para o ensino de R/E (discussões de caso, palestras, discussões em pequenos grupos, etc.)? Quais seriam os mais adequados?
11. Quais conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas à R/E o estudante do BI saúde desenvolve ou deveria desenvolver durante o curso? Quais competências os estudantes desenvolvem ou deveriam desenvolver no que tange ao ensino de R/E? Como os estudantes seriam avaliados?
12. Em sua opinião, existem barreiras ao ensino da R/E no ambiente universitário? Se sim, quais são elas? E no BI Saúde?

Concluindo, gostaria de fazer umas perguntas para melhor caracterizar os respondentes dessa pesquisa.

DADOS DEMOGRÁFICOS

- Gênero
- Idade
- Afiliação religiosa
- Frequência de atividades religiosas
- Nível educacional
- Tempo de trabalho como professor
- Já realizou algum curso ou formação das relações entre R/E e saúde durante sua formação?
- Já ministrou cursos, aulas, palestras, etc. sobre a temática da R/E e saúde? Já publicou na área?
- Teria interesse em aprofundar seus conhecimentos nesse campo?

Muito obrigada por aceitar participar e pela valiosa contribuição!