



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

LARISSA TRISTÃO GRAMACHO

**A RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE NA FORMAÇÃO E PRÁTICA
DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

**Salvador – BA
2019**

LARISSA TRISTÃO GRAMACHO

**A RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE NA FORMAÇÃO E PRÁTICA
DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

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: Prof. Dr. André Luís Mattedi Dias

Orientador: Prof. Dr. Marcus Welby Borges

Salvador – BA

2019

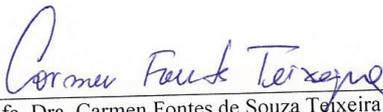
LARISSA TRISTÃO GRAMACHO

**A RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE NA FORMAÇÃO E PRÁTICA DE
CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE**

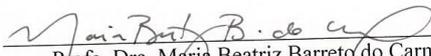
Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da Universidade Federal da Bahia.

Aprovado em 10 de setembro de 2019.

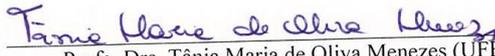
Banca examinadora



Profa. Dra. Carmen Fontes de Souza Teixeira (UFBA)



Profa. Dra. Maria Beatriz Barreto do Carmo (UFBA)



Profa. Dra. Tânia Maria de Oliva Menezes (UFBA)

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação aos meus pais, Rita e Reinaldo, à minha família e à minha filha querida, que ainda está no meu ventre. Vocês são o sol dos meus dias, a luz do meu caminhar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, energia suprema, causa primária de todas as coisas, pela vida e pelas bênçãos sempre presentes em minha vida;

Agradeço imensamente à minha mãe, se não fosse o seu suporte, encorajamento, dedicação, carinho e auxílio nas horas mais difíceis, eu não teria conseguido; por ser exemplo de mãe e de mulher, de força, fé, amor e cuidado; por ser mestra e professora, e me inspirar a seguir seus passos;

Agradeço ao meu pai, por ter nos apresentado a doutrina espírita, por ter insistido na nossa educação espiritual e por ser exemplo de busca de autoconhecimento, de vivência espírita e de aprimoramento espiritual; por ser também um mestre e professor, e me inspirar a seguir os caminhos da psicologia e da educação;

Agradeço à minha irmã Naiara, por toda a sintonia e partilha, pelo apoio e suporte de sempre, e pela vida do meu sobrinho lindo, Camilo, que veio encher meu coração de alegria e me aproximar do sentimento de mãe;

Agradeço ao meu irmão Rodrigo, que mesmo longe, se faz presente, por todo o seu apoio, carinho, suporte, força e exemplo de dedicação e persistência;

Agradeço à minha filha, que mesmo no ventre já me aproxima da essência divina, do amor pleno e absoluto, da alegria e do presente de ser mãe e poder co-criar com Deus;

Agradeço à minha irmã de alma, Karine, por nossos laços tão longínquos de amor e fraternidade, por tantas vidas de irmandade, por todo o carinho, apoio, sintonia, conexão e amor; exemplo de psicóloga e ser humano, sempre tão disposta a me ajudar e a me acompanhar na jornada da vida;

Agradeço a Vinicius, meu companheiro e parceiro de vida, meu amor, que me ensina todos os dias a amar e a aprender juntos, a partilhar e dividir as alegrias e tristezas da vida, que me dá forças para continuar e amor para me confortar;

Agradeço a Welby, pela orientação e aprendizados constantes, por toda a confiança que depositou em mim, por toda a compreensão e apoio nos momentos desafiadores, por toda a dedicação ao meu tema e trabalho, por todo ensinamento e estímulo; por ser exemplo de professor, orientador e mestre;

Agradeço a Mattedi, por ter me apresentado a linha de estudos sobre religião e espiritualidade, por ter me iniciado na pesquisa da área e aberto a oportunidade do mestrado para mim;

Agradeço a Jéssica, pela amizade, carinho e apoio, por ter me mostrado o caminho da pesquisa em espiritualidade, por dividir e compartilhar comigo o amor pela psicologia, pelo espiritismo, pelo tema de pesquisa e pela educação;

Agradeço a Ayla, também pela amizade, carinho e apoio, pela partilha da vida e do trabalho, e do amor à psicologia, ao espiritismo e educação;

Agradeço à minha família, cujos tios e primos mestres e doutores também me inspiram a seguir em frente; por todo amor e apoio de sempre;

Agradeço à minha tia Zoraide e ao meu tio Celso, por serem exemplos de educadores, por me receberem como filha e por todo amor e incentivo que me deram no início desta jornada, e que continuam me dando até hoje;

Agradeço aos meus companheiros e amigos da doutrina espírita, com os quais busco aprender, evoluir, trabalhar e descortinar os mistérios da vida após a morte;

Agradeço a André Luis Peixinho, por todo apoio e suporte, pelas oportunidades de trabalho e de autoconhecimento, por ser exemplo e incentivador da vivência espiritual/espírita dentro e fora das casas espíritas;

Agradeço à Sociedade Hólon e aos colegas do Complexo Comunitário Vida Plena, pela oportunidade do trabalho e por mostrar que é possível trabalhar em harmonia e comunhão com Deus, por acreditar e possibilitar a mudança e transformação humana através da educação;

Por fim, agradeço ao CAPES pela bolsa de estudos e ao PPG/EISU pela oportunidade de realizar este trabalho.

Mensagem de luz ao povo
Descortina um mundo novo,
Guardado em tua mão.
Combate as sombras do abismo,
Exalça o amor que te eleva,
Desata os grilhões da treva
Da moderna escravidão.

...Juventude, a nova era
Já resplende no horizonte,
Move os braços, ergue a fronte
No serviço varonil!
Ama, crê, trabalha e espera,
Proclama a fé que te invade,
Cantando a Fraternidade
Ao claro céu do Brasil.

Sigamos, vanguarda a fora,
De coração descoberto,
Contemplando de mais perto
A Fonte da Eterna Luz.
Acendamos nova aurora
Na noite que envolve o Templo,
Seguindo o sublime exemplo
Do Mestre Sábio da Cruz.

Castro Alves (espírito), psicografada por Chico Xavier
– Apelo à Mocidade Espírita Cristã

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAFP – American Academy of Family Physicians

APA – Associação Americana de Psiquiatria

APS – Atenção Primária à Saúde

BMSEST – Body, Mind, Spirit, Enviroment, Social, Transcendent

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

EISU – Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade

ESF – Estratégia Saúde da Família

FNU – Family Nursing Unit

GWISH – George Washington Institute for Spirituality and Health

IHAC – Instituto de Humanidades, Artes e Ciências

MUS – Sintomas Médicos Inexplicados

NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OSCE – Exame Clínico Estruturado

PPG – Programa de Pós-Graduação

PPGEISU - Programa de Pós-Graduação Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade

R/E – Religião e Espiritualidade

SCIELO – Scientific Eletronic Library Online

SPIRIT – Spiritual History

SUS – Sistema Único de Saúde

UFBA – Universidade Federal da Bahia

3 H – Head, Heart and Hands

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Quadro de seleção dos artigos -----	68
Figura 2. Número de artigos por ano de publicação -----	70
Figura 3. Porcentagem de pesquisas realizadas por contexto/local do estudo -----	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Opiniões relacionadas à R/E -----	71
Quadro 2. Opinião sobre a inserção da R/E no encontro clínico -----	74
Quadro 3. Influência da R/E nas decisões e comportamentos dos médicos -----	76
Quadro 4. Abordagem da R/E no contexto clínico -----	79
Quadro 5. Fatores positivos, desafios e soluções para a abordagem da R/E -----	83

SUMÁRIO

RESUMO	11
ABSTRACT	12
INTRODUÇÃO	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
ARTIGO 1: O ENSINO DE R/E NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE	24
RESUMO	24
ABSTRACT	25
INTRODUÇÃO	25
TÓPICO 1: CARACTERIZAÇÃO E DEFINIÇÃO DE APS	27
TÓPICO 2: O ENSINO MÉDICO	29
2.1: O ENSINO EM SAÚDE/ MEDICINA E O PAPEL DA APS ----	29
2.2: O ENSINO DE R/E EM SAÚDE/MEDICINA	32
2.2.1 Panorama do ensino de R/E em medicina	32
2.2.2 Recomendações sobre a inserção de R/E nos currículos médicos/de saúde	34
METODOLOGIA	36
RESULTADOS	37
3.1 Propostas teóricas	37
3.2 Opinião sobre o ensino de R/E e saúde / e descrição de ferramentas utilizadas	39
3.3 Pesquisas de Intervenção	42
3.4 Pesquisas de Avaliação	43
DISCUSSÃO	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ARTIGO 2: A RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE (R/E) NA PRÁTICA CLÍNICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): UMA REVISÃO INTEGRATIVA	63
RESUMO	63

ABSTRACT -----	63
INTRODUÇÃO -----	64
METODOLOGIA -----	67
RESULTADOS -----	69
1.Caracterização dos artigos -----	69
2.Categorização dos artigos -----	71
2.1 OPINIÕES RELACIONADAS À R/E -----	71
2.2 OPINIÃO SOBRE A INSERÇÃO DA R/E NO ENCONTRO CLÍNICO -- -----	74
2.3 INFLUÊNCIA DA R/E NAS DECISÕES E COMPORTAMENTOS DOS MÉDICOS -----	76
2.4 ABORDAGEM DA R/E NO CONTEXTO CLÍNICO -----	79
2.5 FATORES POSITIVOS, DESAFIOS E SOLUÇÕES PARA A ABORDAGEM DA R/E -----	83
DISCUSSÃO -----	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO -----	101

GRAMACHO, Larissa Tristão. **A religião/espiritualidade na formação e prática de profissionais de saúde da Atenção Primária: uma revisão integrativa.** Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

RESUMO

Muitos sociologistas da religião têm percebido que, ao contrário do que se pensou, o que vem diminuindo com o tempo não é a crença pessoal, mas a prática institucional religiosa. Com o crescente aumento do interesse e do número de publicações científicas na área de religião/espiritualidade (R/E) e saúde nos últimos 20 anos, há inúmeros estudos que têm identificado uma relação positiva entre R/E e saúde, tanto física como mental. Há também evidências de que muitos pacientes desejam que este tema seja inserido em seus cuidados primários de saúde. Porém, ainda são poucos os profissionais que abordam tais questões no encontro com o paciente, principalmente por não terem preparo para tal. Apesar de a maioria das escolas americanas terem o ensino de R/E e saúde nos currículos das graduações em medicina, e de muitos cursos e disciplinas neste tema estarem sendo oferecidos na formação em cuidados primários, especialmente, em medicina de família, esta formação ainda se mostra precária e apresenta falhas. Nesse sentido, o presente estudo foi realizado a partir de uma revisão integrativa da literatura e dividido em dois artigos, com o objetivo de investigar a inserção da R/E na formação e prática de profissionais de cuidados primários à saúde. O primeiro artigo apresentou como resultado que os profissionais de cuidados primários abordam a R/E de forma esporádica e ampla, e que existem muitos desafios à inserção desta temática no encontro clínico. Por outro lado, percebe-se uma grande participação dos profissionais deste nível de atenção tanto na oferta do cuidado espiritual quanto na produção científica da área. Dentre as especialidades de APS, os médicos de família são os que se mostram mais favoráveis à inserção do tema no cuidado ao paciente e na formação médica, sendo os que mais procuram conhecer as crenças espirituais/religiosas dos seus pacientes, e também o programa de residência ou de especialização que mais promove treinamentos e capacitação voltados para esta temática. O segundo artigo trouxe como resultado que o ensino de R/E nos cursos e residências de APS geralmente apresentava um currículo de conteúdos bastante similar e era ministrado por equipes abrangentes, de forma interdisciplinar e multiprofissional, em diferentes momentos, desde a fase final de estágio e internato dos cursos de medicina até as especializações e residências no nível de pós-graduação. Embora os estudantes de APS sejam favoráveis ao tema da R/E e saúde, e à sua inserção nos currículos de medicina, há contradições quanto ao formato deste ensino, muitos desejando que este seja de caráter apenas eletivo e não obrigatório. Os resultados indicaram ainda a existência de muitos exemplos de estratégias e ferramentas de ensino em R/E e saúde que podem servir como fonte e embasar novas iniciativas educacionais. Porém, há a necessidade de se investigar melhor a consistência e efetividade deste ensino, uma vez que são poucas as pesquisas que buscam avaliar as metodologias utilizadas e as intervenções realizadas em longo prazo. É necessária ainda a expansão de pesquisas e deste ensino para diferentes contextos e categorias profissionais, para que os profissionais de saúde possam desenvolver uma prática clínica mais abrangente, integral e humanizada.

Palavras-chave: Espiritualidade, Religião, Atenção Primária, Formação, Ensino.

GRAMACHO, Larissa Tristão. **The Religion/Spirituality on training and practice of primary health care professionals: an integrative review.** Master Dissertation - Postgraduate Program in Interdisciplinary Studies on the University, Institute of Humanities, Arts and Sciences, Federal University of Bahia, Salvador, 2019.

ABSTRACT

Many sociologists of religion have realized that, contrary to popular belief, what has been decreasing over time is not personal belief but religious institutional practice. With the growing interest and number of scientific publications in the field of religion/spirituality (R/E) and health in the last 20 years, there are numerous studies that have identified a positive relationship between R/E and health, both physical and mental. There is also evidence that many patients want these issues to be included in their primary health care. However, there are still few professionals who approach this theme in the meeting with the patient, mainly because they are not prepared for it. Although most American schools have R/E and health education in medical undergraduate curricula, and many R/E and health courses and disciplines have been offered in primary care training, especially in family medicine, this education is still precarious and flawed. In this sense, the present study was conducted from an integrative literature review and divided into two articles, aiming to investigate the insertion of R/E in the training and practice of primary health care professionals. The first article presented as a result that primary care professionals approach R/E sporadically and broadly, and that there are many challenges to the insertion of this theme in the clinical meeting. On the other hand, there is a large participation of professionals of this level of attention both in the provision of spiritual care and in the scientific production of the area. Among the PHC specialties, family physicians are the most favorable to the insertion of the theme in patient care and medical education, and also the ones who most seek to know the spiritual/religious beliefs of their patients, as well as the residency or specialization program that most promotes training focused on this theme. The second article brought as result that the teaching of R/E in PHC courses and residences usually had a very similar content curriculum and was taught by broad teams, in an interdisciplinary and multiprofessional manner, at different times, since the final stage of internship and clerkship from medical courses to specializations and residences at the postgraduate level. Although PHC students are in favor of the topic of R/E and health, and its insertion in medical curricula, there are contradictions regarding the format of this teaching, many wishing it to be only elective and not mandatory. Results also indicated the existence of many examples of strategies and teaching tools in R/E and health that can serve as a source and support new educational initiatives. However, there is a need to better investigate the consistency and effectiveness of this teaching, since there is little research that seeks to evaluate the methodologies used and the interventions performed in a longitudinal way. It is also necessary to expand research and teaching to different contexts and professional categories, so that health professionals can develop a more comprehensive, holistic and humanizing clinical practice.

Keywords: Spirituality, Religion, Primary Health Care, Training, Teaching.

INTRODUÇÃO

Apesar dos conceitos de religião e espiritualidade serem encontrados de forma associada na literatura, ambos têm definições e significados diferentes. De acordo com Koenig, Mccullough e Larson (2001), a religião corresponde a um sistema organizado de crenças, práticas, símbolos e rituais ligados ao sagrado; enquanto que a espiritualidade corresponde à busca pessoal por significado e sentido de vida, que pode ou não levar ou surgir a partir de filiação religiosa.

Nesse sentido, muitos sociologistas da religião têm percebido que o que vem diminuindo com o tempo não é a crença pessoal, como se acreditou que ocorreria com o avanço da ciência, mas sim a prática institucional religiosa. Para eles, as crenças religiosas parecem ser resistentes à modernidade e o sagrado não pode ser diminuído pelo pensamento científico. Segundo eles ainda, a fé é baseada na emoção e não numa crença cega, sendo constituída através da experiência no mundo, e, como toda experiência interna do sujeito, não pode ser deslegitimada (BERGER et al., 2008 apud DEIN et al., 2011).

Esta afirmação é comprovada pelo fato de a maioria das pessoas revelarem ter uma vida espiritual e 90% da população geral acreditarem em um Ser Maior (GALLUP, 1990 apud MUELLER, PLEVAK e RUMMANS, 2001). Uma pesquisa nos EUA constatou que 73% dos americanos têm certeza da existência de Deus e que os jovens de 18 a 29 anos são os que têm maior probabilidade de acreditarem na existência dele. (GALLUP, 2006 apud KOENIG, 2007b).

Quanto ao Brasil, este é um dos países que possui uma das populações mais religiosas do mundo, semelhante ou talvez maior ao envolvimento religioso verificado nos EUA (KOENIG, 2007b). A maior parte da população brasileira (83%) considera a religião um aspecto muito importante das suas vidas, sendo que 37% frequentam serviços religiosos pelo menos uma vez por semana e 95% afirmam ser filiados a alguma religião (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010). Assim, de acordo com Koenig (2007b), tanto a América do Norte quanto a do Sul são constituídas por uma população bastante religiosa.

No âmbito científico, desde a década de 1980, vem se percebendo um aumento do interesse pela pesquisa em religiosidade/espiritualidade e saúde, principalmente por epidemiologistas americanos, que passaram a investigar a relação entre práticas religiosas/espirituais e indicadores de saúde (SANTOS, 2009). Esse aumento do interesse e do número de publicações científicas na área se intensificou ainda mais nos últimos 20

anos (DEIN et al., 2010), e os estudos identificaram, em sua grande maioria, que as crenças religiosas e suas práticas estão relacionadas a melhor saúde física, melhor saúde mental e menos necessidade de serviços de saúde (KOENIG, 2002; GUIMARÃES e AVEZUM, 2007; MOREIRA-ALMEIDA, KOENIG e LUCCHETTI, 2014).

Nesse sentido, muitas pesquisas demonstraram que a R/E influencia positivamente o estabelecimento de hábitos mais saudáveis de vida, os índices de bem-estar e qualidade de vida, a melhora e recuperação da saúde, a prevenção de doenças, a expectativa de vida e menor mortalidade (MUELLER, PLEVAK e RUMMANS, 2001; KOENIG, 2002), demonstrando ainda que a R/E serve muitas vezes como *coping* positivo no enfrentamento de doenças e situações estressantes e de sofrimento (PARGAMENT et al., 1998). As crenças religiosas também influenciam a vida do sujeito (STROPPA e MOREIRA-ALMEIDA, 2009), a tomada de decisões médicas, a adesão ao tratamento, problemas éticos e de valores, influenciando até mesmo questões de sobrevivência (LUCCHETTI et al., 2011) e conflitantes do fim da vida de um paciente, como a doação de órgãos e a retirada de alimentação ou suporte ventilatório (SANTOS, 2009).

Porém, embora em menor número, algumas pesquisas também identificaram uma influência negativa da R/E sobre a saúde, principalmente quando as crenças e práticas religiosas são utilizadas para justificar comportamentos negativos de saúde e substituir os cuidados médicos e a procura por serviços de saúde, e também quando são fonte de interpretações rígidas e limitantes, que acabam restringindo e isolando socialmente a pessoa. Muitos estudos estão sendo realizados no sentido de melhor compreender quando a R/E é benéfica e quando não é, bem como de determinar quais as religiões e características de relações com a espiritualidade que melhoram ou pioram a saúde. Entretanto, no geral, as principais religiões e tradições espirituais bem estabelecidas e com lideranças responsáveis tendem a promover experiências humanas mais positivas do que negativas (KOENIG, 2000 e 2001b).

Pesquisas também indicam que as pessoas têm uma tendência a se tornarem mais religiosas quando se encontram doentes, tanto física como mentalmente (KOENIG, 2007b), e que a espiritualidade/religiosidade é uma área importante para a maioria das pessoas (KING e BUSHWICK, 1994; OYAMA e KOENIG, 1998; KOENIG, 2002; DEIN et al., 2011). Há evidências ainda de que muitos pacientes desejam que seus médicos orem com eles e abordem direta, ou indiretamente, através da referência a um profissional religioso (pastoral), as suas necessidades espirituais no cuidado em saúde

quando se encontram muito doentes ou com doenças terminais (KING e BUSHWICK, 1994; OYAMA e KOENIG, 1998; MACCLEAN, 2003).

Por outro lado, o desejo de ter questões religiosas/espirituais ligadas à saúde abordadas pelos médicos e profissionais de saúde pelos pacientes ainda é bastante controversa. A maioria dos estudos indica que os pacientes desejam que suas crenças sejam conhecidas e levadas em consideração durante o seu tratamento/cuidado em saúde, porém muitos pacientes não desejam estabelecer um diálogo ou iniciar uma discussão sobre R/E com seus médicos (MAUGANS e WADLAND, 1991; KING e BUSHWICK, 1994; OYAMA e KOENIG, 1998), ou desejam que tais questões sejam abordadas apenas em determinadas situações – quando estão em estágio terminal ou gravemente doentes (EHMAN et al., 1999; MCCORD et al., 2004).

Em relação ao cuidado oferecido ao paciente, percebe-se que, embora haja inúmeras evidências da relação benéfica entre a espiritualidade/religiosidade e a saúde, e da importância que esta relação tem para os pacientes, bem como para o seu cuidado e tratamento, ainda há pouca inserção desta temática nas práticas de saúde desenvolvidas nos diferentes tipos de serviços assistenciais. Muitos médicos questionam a inclusão de questões de religiosidade/espiritualidade no atendimento clínico (KOENIG, 2001a), seja por não reconhecer a importância destes assuntos para o cuidado médico, seja por acreditar não ser de sua competência a abordagem destas questões (SANTOS, 2009). Da mesma forma, muitos enfermeiros não sabem como abordar a R/E com o paciente e tem dificuldades para tal, além de não compreenderem o próprio conceito de espiritualidade (MENEZES, 2017).

Outras pesquisas indicam também que muitos profissionais de saúde se sentem desconfortáveis no acesso e cuidado de questões espirituais (BRUSH e DALY, 2000), se mostrando muito resistentes tanto em integrar esta variável ao cuidado em saúde e no encontro clínico com o paciente (WILSON et al., 2000), quanto em realizar o referenciamento destes a representantes religiosos (ELLIS et al., 2013). Estas barreiras estão ligadas a uma falha no ensino de religiosidade e espiritualidade nas graduações em saúde ao redor do mundo (LUCCHETTI et al., 2012), que estão mais presentes nos momentos teóricos do que nos práticos (CORTEZ, 2010).

Assim, mesmo diante da crescente inserção da R/E nos currículos de faculdades médicas, principalmente norte-americanos (KOENIG, 2001a), e da maior parte das escolas médicas dos EUA possibilitarem o estudo de espiritualidade e saúde, ensinando sobre como realizar um histórico espiritual do paciente e como lidar com conflitos

religiosos (PUCHALSKI, 2006 apud LUCCHETTI et al., 2012), esta relação permanece como uma questão secundária. A maior parte das escolas americanas aborda esta temática apenas nos primeiros anos da graduação em saúde, quando os alunos ainda não têm contato com pacientes, nem experiência na prática clínica (KOENIG et al., 2010).

No Brasil, esta realidade é ainda mais agravante, uma vez que são poucos os cursos de saúde que incluem esta temática no ensino, e, conseqüentemente, menos ainda o número de profissionais que abordem questões de R/E ligadas à saúde no cuidado clínico. Pesquisas indicam que, apesar de mais da metade dos diretores de faculdades médicas brasileiras concordarem ser importante a inserção da espiritualidade/religiosidade no cuidado de pacientes, devendo ser conhecida pelos estudantes, poucas escolas oferecem cursos específicos neste tema (LUCCHETTI et al., 2012). Da mesma forma, outros estudos indicam que, mesmo havendo tolerância ao tema de religião, a maioria dos docentes de graduação da USP, uma das maiores e mais renomadas universidades do país, trata o assunto de forma desinteressada, considerando-o irrelevante e muito controverso para ser tratado no meio acadêmico (PAIVA, 1999).

No que tange à relação entre a R/E e a APS, esta, que corresponde ao nível assistencial em saúde que está mais próximo da população e da comunidade (STARFIELD, 2002), deve estar preparada para acolher a todos os usuários e referenciá-los na rede de cuidados em saúde (SANTOS e NUNES, 2014). Também denominada como Atenção Básica, este nível assistencial deve coordenar toda a rede de atenção à saúde (ALMEIDA, 2014), através de ações de prevenção, promoção e reabilitação, que busquem oferecer um cuidado integral, voltado para as necessidades da população, a partir da valorização da singularidade dos sujeitos e da sua inserção cultural (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, algumas pesquisas têm identificado o desejo de muitos pacientes de que alguma discussão sobre questões relacionadas à religião fosse introduzida nos seus cuidados primários de saúde, evidenciando ainda que a satisfação do paciente é maior na medida em que a religião é incorporada aos seus cuidados primários (WILKINSON et al., 2008). Sabe-se também que tanto a mulher quanto o homem que têm um alto nível de religiosidade apresentam uma tendência maior a utilizarem os serviços preventivos de saúde (BENJAMINS e BROWN, 2004).

O estudo de Kim, Strecher e Ryff (2014), realizado nos Estados Unidos, também encontrou que a população que tem um propósito de vida alto utiliza mais os serviços preventivos de saúde e, conseqüentemente, geram menos custo para o sistema de saúde,

já que a atenção básica tem menores custos do que os outros níveis de atenção. O propósito de vida, para eles, significa um componente do bem-estar, um sentido, direcionamento e objetivo para a existência.

Da mesma maneira, já é reconhecida no meio científico e da saúde, a utilização de outros recursos como complementares ao cuidado pelos usuários dos serviços de atenção primária. Uma pesquisa nacional realizada nos Estados Unidos em 2001 revelou que, dentre as pessoas que utilizam serviços médicos convencionais, 23% também faziam uso de tratamentos complementares ou alternativos (EISENBERG et al., 2001 apud HORNIK-LURIE et al., 2013). Assim, os pacientes da atenção básica, que sofrem de problemas emocionais têm uma predisposição a utilizarem terapias não convencionais em acréscimo ao tratamento médico convencional (HORNIK-LURIE et al., 2013).

Contudo, ainda há muita resistência destes profissionais em integrar a R/E no cuidado em saúde e no encontro clínico com o paciente (WILSON et al., 2000), seja por um despreparo para lidar com tais questões, como pela falta de compreensão do seu papel na realização deste cuidado (KOENIG, 2002). Isso faz com que muitos pacientes religiosos prefiram procurar ajuda na sua comunidade religiosa e serem cuidados por pessoas que compartilhem das mesmas tradições e cultura religiosa que a sua (BELAIRE, YOUNG e ELDER, 2005). Muitos deles questionam o preparo e a capacidade dos profissionais de saúde seculares, e da saúde secularizada como um todo, de tratar ou lidar com as suas preocupações religiosas e/ou espirituais (YOUNG et al., 2002 apud LAWRENCE et al., 2013).

Assim, a ausência de um preparo dos profissionais de saúde para compreender alguns fenômenos religiosos pode gerar uma má interpretação e estigmatização destes em quadros psicopatologizantes (ALVES E SEMINOTTI, 2009), que pode resultar em erro de diagnóstico, frequentemente com sérias consequências (ANDREWS e BOYLE, 2012). O desconhecimento das crenças e cultura dos pacientes compromete também a utilização de algumas intervenções e práticas em saúde, como a psicoterapia, na cultura árabe (DWAIRY et al., 1996 apud ALQAHTANI e SALMON, 2008), além de se tornar um empecilho ao diálogo com lideranças religiosas, como no Brasil (ALVES e SEMINOTTI, 2009).

Neste âmbito, de preparação dos profissionais de cuidados primários para atender a demanda em R/E dos seus pacientes, a Associação Americana de Médicos de Família apresenta algumas Orientações Educacionais Essenciais sobre a ética médica, que têm diretrizes para orientar os esforços educacionais de ensino deste tema (KING e CRISP,

2005). Porém, apesar de a maioria das Residências de Medicina de Família norte-americanas já terem o ensino de R/E e saúde, apenas 31% dos programas apresentam um currículo específico para tal (KING e CRISP, 2005), o que indica a necessidade de haver uma maior expansão e efetivação deste ensino.

Assim, diante do importante papel que a APS tem, especialmente a Medicina de Família e Comunidade, para a transformação e mudança da prática e do ensino em medicina, bem como para a construção de novos paradigmas em saúde (ANDERSON, DEMARZO e RODRIGUES, 2007), e da grande participação dos médicos deste nível de atenção na produção científica da área de R/E e saúde (LUCCHETTI e GRANERO, 2010), percebe-se a necessidade de se investigar mais profundamente a relação entre a APS e a R/E. O fato de os médicos de família terem níveis de religiosidade/espiritualidade semelhantes aos da população geral (DAALEMAN e FREY, 1999), e de serem mais religiosos/espirituais do que médicos de outras especialidades (FRANK, DELL e CHOPP apud CURLIN et al., 2005) faz com que a APS seja um importante contexto de investigação e de inserção da R/E em saúde.

Nesse sentido, o presente trabalho foi pensado a partir da experiência e vivência da autora tanto em relação ao tema da religião/espiritualidade quanto à prática profissional, especialmente a clínica. A autora se considera espírita e faz parte ativamente do movimento espírita, atuando em trabalhos desenvolvidos por centros espíritas desde a adolescência. Criada por pais espíritas, que também têm uma vivência e forte ligação com a espiritualidade, ela sempre esteve conectada à sua espiritualidade e buscou orientar suas escolhas de vida a partir dela, incluindo a escolha pela profissão de psicóloga.

Desde o início da graduação em psicologia, ela, ao contrário de muitas pessoas, ao invés de ver uma dissonância entre os conhecimentos da ciência e da religião, via uma ligação e aproximação cada vez maior. Durante sua prática clínica e atuação já como profissional, ela se deparou diversas vezes com demandas religiosas/espirituais dos seus pacientes e do público em geral que atendia. No CRAS, ela percebeu a importância que as mulheres davam e traziam a todo instante em suas falas da religião, e o quanto os seus discursos, escolhas e interpretações de mundo estavam permeados de questões religiosas (como passagens bíblicas, etc).

Na prática clínica, de consultório, também foi percebido a presença de temas espirituais/religiosos nos discursos e sonhos dos pacientes, e, muitas vezes, só foi possível acessar os pacientes mais religiosos a partir do discurso religioso também. Foi necessário buscar compreender as crenças, passagens, e rituais da religião do paciente e se apropriar

deste discurso para conseguir fazer o paciente refletir, e assim, iniciar um vínculo terapêutico. Com o público do CAPS, e dos serviços de saúde mental, essa realidade se tornou ainda mais proeminente, e muitos módulos da pós-graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial que fiz trouxeram a R/E dentro dos casos citados e estudados, especialmente o módulo de Clínica Ampliada. Até mesmo para a Psicologia Analítica e a Transpessoal, este tema é de imprescindível relevância, por se perceber a importância e dimensão que tem na vida humana em geral.

Já o tema da Atenção Primária à Saúde foi pensado a partir da vivência da autora e da importância deste nível assistencial para o sistema de saúde como um todo. Assim, o presente trabalho almejou investigar a prática e o ensino desta temática no contexto dos cuidados primários de saúde, através de uma revisão de literatura, que possibilitasse compreender as formas como a R/E são inseridas nestes cuidados e nos currículos educacionais de saúde. Para tal, foi realizado um estudo de revisão integrativa, envolvendo pesquisas nacionais e internacionais, que foram compilados em dois artigos, um com enfoque na prática clínica, objetivando investigar como a R/E é inserida na prática clínica de profissionais de cuidados primários à saúde; e outro no contexto educacional, dos profissionais de cuidados primários, que buscou investigar como a R/E está sendo inserida nos currículos de formação em APS. Dentre os principais tópicos abordados estão, a opinião de profissionais e estudantes de APS sobre a inserção da R/E nos currículos e práticas de cuidados primários de saúde, as formas como a R/E é inserida na prática clínica, os exemplos de abordagem da R/E nos cuidados primários, a frequência com que são realizadas tais práticas, exemplos de intervenções educacionais já realizadas, métodos e ferramentas utilizadas no ensino de R/E e saúde, formas de avaliação deste ensino, bem como os desafios para a inserção desta temática tanto no contexto clínico quanto no educacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Patty Fidellis. **Mapeamento e análise dos modelos de atenção primária à saúde nos países da América do Sul.** Atenção Primária à Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Isags; 2014.

ALQAHTANI, Mohammed M.; SALMON, Peter. Cultural influences in the aetiological beliefs of saudi arabian primary care patients about their symptoms: the association of

religious and psychological beliefs. **Journal of religion and health**, v. 47, n. 3, p. 302-313, 2008.

ALVES, Miriam Cristiane; SEMINOTTI, Nedio. Atenção à saúde em uma comunidade tradicional de terreiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. suppl. 1, p. 85-91, 2009.

ANDERSON, Maria Inez P. ; DEMARZO, Marcelo Marcos P. ; RODRIGUES, Ricardo D. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.3, n.11, p.157-172, 2007.

ANDREWS, Margaret M.; BOYLE, Joyceen S. (6^a Ed.). **Transcultural concepts in nursing care**. Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

BELAIRE, Christine; YOUNG, J. Scott; ELDER, Anastasia. Inclusion of religious behaviors and attitudes in counseling: Expectations of conservative Christians. **Counseling and Values**, v. 49, n. 2, p. 82, 2005.

BENJAMINS, Maureen Reindl; BROWN, Carolyn. Religion and preventative health care utilization among the elderly. **Social Science & Medicine**, v. 58, n. 1, p. 109-118, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14572925>>. Acesso em: 02/02/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Série E. Legislação em Saúde).

BRUSH, B. L.; DALY, P. R. Assessing spirituality in primary care practice: is there time?. **Clinical excellence for nurse practitioners: the international journal of NPACE**, v. 4, n. 2, p. 67-71, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11075046>>. Acesso em: 02/02/2016.

CORTEZ, Elaine A. et al. O dito e o feito sobre religiosidade e espiritualidade na disciplina de enfermagem em saúde mental. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], nov. 2010. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1034>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

CURLIN, Farr A. et al. Religious Characteristics of U.S. Physicians. **Journal of General Internal Medicine**, v.20, p.629–634, 2005.

DAALEMAN, Timothy P.; FREY, Bruce. Spiritual and religious beliefs and practices of family physicians: A national survey. **The Journal of Family Practice**, v. 48, n. 2, p. 98-104, 1999.

DEIN Simon; COOK Christopher C.H.; KOENIG Harold. Religion, spirituality, and mental health: current controversies and future directions. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v.200, n.10, p.852-855, 2010.

DEIN, Simon; LEWIS, Christopher Alan; LOEWENTHAL, Kate M. Psychiatrists views on the place of religion in psychiatry: An introduction to this special issue of Mental Health, Religion & Culture. Rev. **Mental Health, Religion & Culture**, v.14, n.1, p.1-8, 2011.

EHMAN, John W. et al. Do patients want their physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they are gravely ill? **Archives of Internal Medicine**, v.159, p.1803-1806, 1999.

ELLIS, Mark R. et al. The spiritual needs and resources of hospitalized primary care patients. **Journal of religion and health**, v. 52, n. 4, p. 1306-1318, 2013.

GUIMARÃES, Hélio P.; AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**, n.34, supl.1, p.88-94, 2007.

HORNIK-LURIE, Tzipi et al. Use of unconventional therapies by primary care patients—Religious resources vs. complementary or alternative medicine services. **Complementary therapies in medicine**, v. 21, n. 5, p. 517-524, 2013.

KIM, Eric S.; STRECHER, Victor J.; RYFF, Carol D. Purpose in life and use of preventive health care services. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 111, n. 46, p. 16331-16336, 2014.

KING Dana E., CRISP J. Spirituality and healthcare education in family practice residency programs. **Family Medicine**, n.37, v.6, p.399-403, 2005.

KING, Dana E.; BUSHWICK, Bruce. Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith and healing and prayer. **Journal of Family Practice**, v.39, p.349-352, 1994.

KOENIG, Harold G.; MCCULLOUGH, Michael; LARSON, David. **Handbook of Religion and Health**. New York: Oxford University Press; 2001.

KOENIG, Harold G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 34, supl. 1, p. 5-7, 2007a.

KOENIG, Harold G. Religião, Espiritualidade e Transtornos psicóticos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, supl. 1. p. 95-104, 2007b.

KOENIG, Harold G. Religion and medicine II : religion, mental health and related behaviors. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v.31, n.1, p.97-109, 2001b.

KOENIG, Harold G. Religion, spirituality, and medicine: application to clinical practice. **JAMA**, v.284, n.13, 2000.

KOENIG, Harold G. Religion, spirituality, and medicine: how are they related and what does it mean? **Mayo Clinic Proceedings**, v.76, p.1189-1191, 2001a.

KOENIG, Harold G. **Spirituality in patient care**: why, how, when, and what. Pensilvânia: Templeton Foundation Press, 2002, 123p.

KOENIG, Harold G; HOOTEN, Elizabeth G; LINDSAY-CALKINS, Erin; MEADOR, Keith G. – Spirituality in medical school curricula: findings from a National Survey. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v.40, n.4, p.391-398, 2010.

LAWRENCE, Ryan E. et al. Primary care physicians' and psychiatrists' willingness to refer to religious mental health providers. **International Journal of Social Psychiatry**, p. 627–636, 2013.

LUCCHETTI, Giancarlo; GRANERO, Alessandra L. Spirituality and Health's Most Productive Researchers: The Role of Primary Care Physicians. **Family Medicine**, v. 42, n. 9, p. 656-657, 2010.

LUCCHETTI, Giancarlo et al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. **Journal of Rehabilitation Medicine**. v.43, p. 316–322, 2011.

LUCCHETTI, Giancarlo et al.. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. **BioMedCentral Medical Education**, v.12, n.78, p.1-8, 2012.

MCCORD, Gary et al. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. **The Annals of Family Medicine**, v.2, p.356-361, 2004.

MACLEAN, Charles D. et al. Patient preference for physician discussion and practice of spirituality. **Journal of General Internal Medicine**, v. 18, n. 1, p. 38-43, 2003.

MAUGANS, Todd A.; WADLAND, William C. Religion and family medicine: a survey of physicians and patients. **The Journal of Family Practice**, v.32, p.210-213, 1991.

MENEZES, Tânia M. de O. Spiritual dimension of care in health and Nursing. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.31, n.2, 2017.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; KOENIG, Harold G.; LUCCHETTI, Giancarlo. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.36, p.176-182, 2014.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; PINSKY, Ilana; ZALESKI, Marcos; LARANJEIRA, Ronaldo. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.37, p.12-15, 2010.

MUELLER, Paul S.; PLEVAK, David J.; RUMMANS, Teresa A. - Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. **Mayo Clinic Proceedings**, v.76, n.12, p.1189-1191, 2001.

OYAMA, Oliver.; KOENIG, Harold G. Religious beliefs and practices in family medicine. **Archives of Family Medicine**, v.7, p.431-435, 1998.

PAIVA, Geraldo José de. Representação Social da Religião em Docentes-Pesquisadores Universitários. São Paulo: **Psicologia USP**, v.10, n.2, 1999.

PARGAMENT, Kenneth I.; SMITH, Bruce W.; KOENIG, Harold G.; PEREZ, Lisa. Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v.37, n.4, p. 710-724, 1998.

SANTOS, Franklin Santana. Espiritualidade e saúde mental: espiritualidade na prática clínica. **Zen Review** [Internet], 2009. Disponível em: <<http://www.hoje.org.br/arq/artigos/Espiritual4.pdf>>. Acesso em: 11/01/2016.

SANTOS, George Amaral; NUNES, Mônica de Oliveira. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho? **Physis** (Rio J.), v. 24, n. 1, p. 105-125, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STROPPA, Andre; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Espiritualidade & Saúde Mental - Importância e impacto da espiritualidade na saúde mental. **Zen review**, 2009.

WILKINSON, Joanne E. et al. Prayer for health and primary care: Results from the 2002 National Health Interview Survey. **Family medicine**, v. 40, n. 9, p. 638, 2008.

WILSON, K. et al. Prayer in medicine: a survey of primary care physicians. **Journal of the Mississippi State Medical Association**, v. 41, n. 12, p. 817-822, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11125643>>. Acesso em: 02/02/2016.

ARTIGO 1

O ENSINO DE R/E NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE CUIDADOS
PRIMÁRIOS À SAÚDELarissa Tristão Gramacho¹Marcus Welby-Borges²

RESUMO: Introdução: O interesse pela área de R/E e saúde vem crescendo principalmente nos últimos anos. Percebe-se um aumento do número de cursos de graduação em medicina que estão inserindo o ensino deste tema em seus currículos. Há também um aumento de treinamento e formação nesta área em cursos de pós-graduação, especialmente nos programas de medicina de família e comunidade. **Objetivo:** investigar na literatura, através de uma revisão integrativa, a inserção de R/E nos currículos de formação em cuidados primários de saúde. **Metodologia:** utilizou-se como fonte de pesquisa 5 bases de dados: PubMed, BVS, Scopus, Web of Science e Scielo. A melhor estratégia de busca encontrada foi (*spiritual* OR religio**) AND (“*primary care*” OR “*primary health*” OR “*family doctor*” OR “*family medicine*” OR “*family physician*” OR “*general practitioner*” OR “*generalist*”). Os artigos selecionados foram divididos em 4 categorias para uma melhor análise e discussão dos resultados. **Resultados:** Foram selecionados ao todo 11 artigos para compor a amostra final, que foram divididos em Propostas teóricas (2 artigos); Opinião sobre o ensino de R/E e saúde (3 artigos); Pesquisas de intervenção (2 artigos); e Pesquisas avaliativas (4 artigos). Muitas intervenções educacionais foram propostas para o ensino de R/E e saúde na formação em cuidados primários, assim como já foram descritas diversas ferramentas e estratégias para tal. De uma forma geral, os cursos focavam o ensino de conteúdos, habilidades e competências importantes para a abordagem da R/E no cuidado ao paciente, que se baseavam em recomendações e diretrizes de entidades governamentais e na literatura conhecida. Porém, ainda é necessária a realização de mais pesquisas avaliativas, bem como o aperfeiçoamento dos desenhos e instrumentos utilizados, no intuito de verificar a efetividade destes currículos para a transformação da prática clínica. **Considerações Finais:** O ensino de R/E nos currículos de cursos de cuidados primários, especialmente, nos de medicina de família está crescendo, o que tem tornado esta especialidade uma das mais importantes no desenvolvimento da área. Contudo, este ensino ainda é mais predominante nos EUA do que em outros países, devendo, portanto, ser expandido para outras realidades e contextos, como o Brasil, onde a APS exerce um papel central no sistema de saúde e no processo de humanização do cuidado.

Palavras-chave: Espiritualidade, Religião, Atenção Primária à Saúde, Ensino, Formação.

¹ Mestranda do PPG/EISU – Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, Instituto de Humanidades Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador-BA.

² Orientador, professor Adjunto do Departamento de Biointeração, Instituto de Ciências da Saúde (ICS) e PPG/EISU, UFBA, Salvador-BA.

ABSTRACT: Introduction: Interest in the area of R/S and health has been growing mainly in recent years. There is an increase in the number of undergraduate medical courses that are inserting the teaching of this subject in their curricula. There is also an increase in training and postgraduate training in this area, especially in family and community medicine programs. **Objective:** To investigate in the literature, through an integrative review, the insertion of R/S in training curricula in primary health care. **Methodology:** 5 databases were used as research source: PubMed, BVS, Scopus, Web of Science and Scielo. The best search strategy found was (spiritual * OR religion *) AND (“primary care” OR “primary health” OR “family doctor” OR “family medicine” OR “family physician” OR “general practitioner” OR “generalist”) . The selected articles were divided into 4 categories for better analysis and discussion of the results. **Results:** A total of 11 articles were selected to compose the final sample, which were divided into theoretical proposals (2 articles); Opinion on R/S and health education (3 articles); Intervention Research (2 articles); and Evaluative research (4 articles). Many educational interventions have been proposed for the teaching of R/S and health in primary care training, as well as several tools and strategies for this have been described. Overall, the courses focused on teaching the content, skills, and competencies that are important for addressing R/S in patient care, which were based on recommendations and guidelines from government agencies and well-known literature. However, further evaluative research is still needed, as well as the improvement of the designs and instruments used, in order to verify the effectiveness of these curricula for the transformation of clinical practice. **Conclusion:** R/S teaching in primary care curricula, especially in family medicine, is growing, which has made this specialty one of the most important in the area's development. However, this teaching is still more prevalent in the US than in other countries and should therefore be expanded to other realities and contexts, such as Brazil, where PHC plays a central role in the health system and the humanization process of care.

Keywords : Spirituality, Religion, Primary Health Care, Teaching, Training.

INTRODUÇÃO

A religião e a espiritualidade (R/E) têm uma ligação histórica bastante forte com a medicina, que começou a ser cindida quando, no início do século XX, a medicina se voltou para o cientificismo e buscou se desenvolver a partir das premissas ditadas pela ciência (KOENIG, 2012). Com o passar dos anos, principalmente a partir da década de 1960, juntamente com os movimentos mais humanizados de reformas da saúde e do modelo biomédico vigente, estudos e profissionais de saúde começaram a rever a importância da R/E, considerando-se o movimento de humanizar o cuidado e voltar a centrar a atenção no paciente (PUCHALSKI, 2006).

Assim, estudos epidemiológicos começaram a ser desenvolvidos para investigar o impacto da R/E na saúde dos pacientes, e várias pesquisas têm demonstrado a influência desta dimensão para as decisões médicas (KOENIG, 2002), sendo considerada ainda

como um dos principais fatores de coping no processo de adoecimento (PARGAMENT et al., 1998). Muitas pesquisas também mostram os impactos positivos da R/E tanto para a saúde física (GUIMARÃES e AVEZUM, 2007), como para a mental (MOREIRA-ALMEIDA, KOENIG e LUCCHETTI, 2014), indicando a sua ligação ao estabelecimento de hábitos de vida mais saudáveis, bem como a melhores indicadores de saúde como um todo (KOENIG, 2002).

Atualmente, há uma ampliação do interesse e do número de pesquisas sobre este assunto, o que gerou a criação de um novo campo de investigação científica – a área de Espiritualidade e Saúde, que se mostra muito promissora e vem ganhando cada vez mais espaço, tanto em nível internacional como nacional (MOREIRA-ALMEIDA, 2010). Concomitantemente, e, conseqüentemente, está crescendo a preocupação com a formação e preparação de médicos e profissionais de saúde para lidar com questões relacionadas a R/E nas suas práticas de cuidado. Dessa forma, vemos aumentar consideravelmente o número de cursos de saúde, principalmente de medicina, que vêm oferecendo algum tipo de preparo e treinamento relacionado a essa temática (PUCHALSKI 2006).

Apesar de essa ser uma realidade praticamente restrita aos EUA, outros países como Inglaterra e Brasil vêm ampliando o ensino de R/E nos cursos de saúde e de medicina, e outros ainda, como o Japão, vêm se preocupando com o tema da morte e inserindo a educação deste tema cada vez mais cedo, ainda nos currículos de estudos escolares. O incentivo de que as pessoas, inclusive os jovens, reflitam e pensem sobre a morte abre campo para que, no futuro, a R/E e saúde ganhe mais espaço no âmbito educacional tanto no Brasil quanto em outros países (LUCCHETTI, LUCCHETTI e PUCHALSKI, 2012).

No que tange à APS (Atenção Primária à Saúde), esta, como porta de entrada para o acesso aos sistemas de saúde, tendo a função de inová-los e reestruturá-los, bem como de criar e reformular novos modos de produção em saúde, para ofertar um cuidado mais integral e humanizado à população (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2012), deve incluir nos seus cuidados a dimensão religiosa/espiritual. Algumas pesquisas, nesse sentido, indicam que os profissionais de cuidados primários tendem a estar mais abertos e propensos a abordarem as crenças religiosas/espirituais dos seus pacientes (MONROE et al., 2003; LUCKHAUPT et al., 2005), e que já conseguem integrar a R/E em sua prática clínica (MCLEOD e WRIGHT, 2008; TANYI, MCKEZIE e CHAPEK, 2009). Porém, apesar destes avanços, ainda são poucos os profissionais que realizam tal prática (HOLMES, RABOW e DIBBLE, 2006; LEE-POY et al., 2016), muito devido à falta de

conhecimento, de tempo e de treinamento, além do medo e do desconforto em abordar este tema – dificuldades que estão ligadas a uma falta de formação e treinamento adequados para tal (LUCCHETTI et al., 2012).

No âmbito educacional, o ensino de R/E e saúde já é recomendado pela Associação de Faculdades Médicas Americanas para as graduações de medicina dos EUA (Association of American Medical Colleges, 1999 apud BARNETT e FORTIN VI, 2006). Contudo, a nível de pós-graduação, este ensino é um requisito apenas para os cursos de psiquiatria. Ainda assim, a Academia Americana de Medicina de Família (American Academy of Family Physicians), prevê a inclusão da espiritualidade e religião no treinamento médico, através de recomendações sobre ética, que incluem diretrizes sobre como lidar com as questões espirituais dos pacientes (KING e CRISP, 2005).

Assim, mesmo já existindo cursos de residência e formação em cuidados primários de saúde que incluem o ensino de R/E (KING e CRISP, 2005), ainda são muitos os questionamentos que permanecem acerca da melhor forma e momento para inserir este ensino nos currículos educacionais de saúde (GUCK e KAVAN, 2006), bem como são poucas as pesquisas de avaliação destes currículos, para se investigar a efetividade e eficácia deste ensino e aprendizagem (ANANDARAJAH et al., 2016).

Dessa forma, o presente trabalho apresenta como objetivo, compreender o ensino/educação em R/E no contexto da APS, buscando-se investigar os cursos e programas que já incluem a abordagem desse tema nos seus currículos, assim como identificar os métodos e ferramentas utilizados para o ensino dessa temática e investigar a opinião e aprendizados dos alunos em relação às experiências de ensino já existentes. O estudo apresenta uma breve caracterização da APS, do ensino médico e da história do ensino em R/E, para embasamento sobre o tema, e, em seguida, a metodologia e os resultados desta investigação.

TÓPICO 1: CARACTERIZAÇÃO E DEFINIÇÃO DE APS

A APS é um modelo assistencial de saúde, que, a partir da Declaração de Alma Ata, no Casaquistão, em 1978, passou a ser incentivada pela OMS como o modelo para a reformulação dos sistemas de saúde dos países, com o objetivo de oferecer saúde para todos (COELHO, 2010). A OMS, juntamente com os princípios de solidariedade e ética profissional, estabeleceu que os sistemas de saúde deveriam ser dirigidos por valores de

dignidade humana e equidade, direcionados para a proteção e promoção da saúde, centrados nas pessoas, e orientados para a atenção primária (STARFIELD, 2002).

Diferentemente da atenção secundária – caracterizada por serviços de consulta e de curta duração, e da atenção terciária – ofertada em hospitais, através do manejo da enfermidade a longo prazo, a atenção primária é voltada para os problemas mais comuns da população, sendo oferecida, geralmente, em unidades comunitárias de saúde como consultórios, centros de saúde, escolas e nos próprios lares/domicílios. Estes serviços de cuidados primários são também menos intensivos e menos hierárquicos em sua organização, correspondendo ao primeiro contato na busca por atendimento, o que permite ser, portanto, mais adaptável e capaz de dar resolutividade às necessidades sociais de saúde, que estão sempre em mudança (STARFIELD, 2002).

Entretanto, a APS assume diferentes formatos nas diferentes localidades onde é implementada, de acordo com a filosofia, a história e a premissa que orientou a organização dos sistemas de saúde dos países. Nos EUA, por exemplo, onde desde o início da estruturação dos seus serviços de saúde houve uma grande ênfase no papel dos hospitais, os cuidados primários podem ser ofertados em hospitais. Já no Brasil, a APS conseguiu ser ofertada de forma mais ampliada, e não oferecer seus serviços nestes estabelecimentos (COELHO, 2010).

O papel e o lugar dos médicos na dispensação de cuidados primários de saúde se articulam de forma diferente nos diversos países, pois também está ligado à história da medicina e da saúde. Segundo Starfield (2002), a maioria dos países tem uma configuração de APS centrada no médico e poucos funcionam com equipe interdisciplinar. Mesmo em países onde a APS ocupa um lugar central na organização do sistema de saúde, como na Inglaterra e em Cuba, o cuidado é ofertado quase que exclusivamente por médicos (GIOVANELLA, 2006).

O Brasil, nesse sentido, diferente de outros países, apresenta como um ponto positivo e bastante significativo o trabalho multiprofissional de equipes nos serviços de APS (BRASIL, 2012). As equipes que compõem estes serviços correspondem à Equipe de Saúde da Família, que é a estratégia prioritária de atenção à saúde; Equipe de Atenção Básica, que é composta de acordo com as necessidades e características do município, de forma semelhante à primeira, para atender às diretrizes propostas para a APS, tendo em vista o foco na Estratégia Saúde da Família (ESF); e Equipe de Saúde Bucal, que pode compor as equipes que atuam na APS.

Fazem parte da equipe mínima de Saúde da Família, o médico, preferencialmente da especialidade de medicina de família e comunidade; o enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; o auxiliar e/ou técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde, podendo ainda fazer parte da equipe o agente de combate às endemias e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. Além destas equipes, existem as equipes multiprofissionais de apoio à Saúde da Família, denominadas Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), composta por diferentes categorias profissionais da saúde, que atuam de forma complementar e integrada para dar suporte aos profissionais das equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica (BRASIL, 2017). Contudo, apesar destas diretrizes, o médico ainda ocupa um lugar central e de poder, tanto na elaboração dos cuidados e do plano terapêutico, quanto na remuneração salarial, devido a uma cultura de supervalorização destes profissionais (STARFIELD, 2002).

Quanto à categoria médica, é possível evidenciar uma mudança proporcionada por este nível assistencial quanto à maior valorização, ou revalorização dos médicos generalistas e/ou de família. De acordo com Starfield (2002), a especialização e fragmentação médica imposta pela tendência tecnicista do mundo contemporâneo industrializado do século XX, colocou o médico generalista em uma posição inferior às demais especialidades médicas, sendo mais evidente em determinados países do que em outros. Com a mudança do olhar em saúde para a prevenção, promoção e determinantes sociais do processo saúde-doença, pressupostos da APS, os médicos generalistas e de família passaram a ser novamente procurados na oferta de cuidados.

TÓPICO 2: O ENSINO MÉDICO

2.1: O ENSINO EM SAÚDE/ MEDICINA E O PAPEL DA APS

De acordo com Pushalski (2006), no início do século XX, os médicos visitavam principalmente pacientes em casa e o foco do cuidado era holístico, com grande ênfase no paciente. Em meados deste século, porém, avanços científicos e tecnológicos mudaram dramaticamente a prática da medicina. O foco mudou para um modelo de atenção centrado na doença, com uma importância cada vez menor na relação médico-paciente.

A medicina se tornou mais especializada, com o papel do médico passando a ser um diagnosticador e agente de tratamento e cura de doenças.

A educação médica, nesse sentido, também refletiu essas mudanças. Durante a segunda metade do século XX, a educação médica estava quase exclusivamente voltada para a ciência da medicina. Porém, já na década de 1990, a educação médica começou a passar por algumas mudanças significativas, em grande parte devido à pressão pública (PUSHALSKI, 2006).

Com a mudança da carga global de doenças para doenças crônicas, o papel do médico passou a ser novamente repensado. O foco na cura das doenças começa a dar lugar ao papel dos profissionais de saúde de proporcionar alívio e conforto aos pacientes, aspecto que (re)surge como essencial para o cuidado. Cuidado este que também passa a ser ampliado e pensado a partir de uma maior complexidade e integralidade, para dar conta de toda a diversidade e dimensões que envolvem o humano – seja física, espiritual, social ou cultural (ANANDARAJAH, 2008). Houve também um movimento de abertura para o estudo dos determinantes sociais de saúde, a introdução de disciplinas mais humanas e sociais nos currículos de medicina (como história da saúde pública, etc), e o ensino da prática médica numa visão mais abrangente, familiar e multiprofissional.

No Brasil, tanto a prática como o ensino médico refletiram as inquietações e mudanças que estavam ocorrendo no exterior, passando também por profundas modificações, que permanecem como apelo e luta ainda nos dias atuais. De acordo com Almeida-Filho (2011, 2013), o país enfrenta hoje uma grande crise na saúde, cuja questão fundamental é a deformação da educação – tanto humana, como profissional e acadêmica dos profissionais de saúde. Esta deformação tem implicações diretamente ligadas à assistência médica que é oferecida no país.

Segundo Almeida-Filho (2013), o modelo de educação superior em saúde no Brasil que ainda predomina, infelizmente, retrata o modelo de prática hospitalocêntrica e privatizante, apenas treinando técnicos competentes, porém, pouco comprometidos com as políticas públicas de saúde. Os cursos de saúde em geral, mais especificamente os de medicina, tendem a ter um viés bastante individualista e especializado, não tendo espaços nos currículos para outras abordagens e estudos mais gerais e abrangentes, necessários para promover uma visão mais ampla e integradora do cuidado. Isso traz, conseqüentemente, uma menor interdisciplinaridade e maior especialização dos currículos, e dificulta o trabalho em equipe, ao segmentar o conhecimento (ALMEIDA-FILHO, 2011).

Nesse sentido, o perfil dos egressos destes cursos, em sua maioria, é marcado pela falta de comprometimento com o SUS e com as questões relativas à gestão deste sistema, pouca compreensão da necessidade do trabalho multiprofissional em equipe, fraca formação humanística e distanciamento dos valores de promoção da saúde das pessoas. Consequentemente, os profissionais médicos que atuam no SUS e no mercado de trabalho como um todo, mostram-se carentes de uma visão crítica da sociedade e da saúde, despreparados e imaturos, portanto, para lidar com as principais patologias prevalentes no país, além de se revelarem resistentes às mudanças, tendendo a defender o padrão vigente, por estarem distanciados do conhecimento crítico referentes a aspectos políticos, sociais e culturais, pontos estruturantes do marco teórico da Determinação Social da Saúde (ALMEIDA-FILHO, 2011 e 2013).

Tal marco traz os conceitos de promoção da saúde e de Atenção Primária à Saúde articulados, que demandam modelos de formação profissional mais coerentes com a prática, com mais aprofundamento científico, objetividade prática, respeito à subjetividade e responsabilidade social, conceitos estes que recuperam o humanismo e estimulam a capacidade crítica dos estudantes (ALMEIDA-FILHO, 2013). Como forma de substituir este padrão reducionista da educação profissional para um mais humanista e orientado para a saúde e a atenção primária, o SUS estimulou, através de movimentos sociais, iniciativas de programas educacionais para as universidades, com o intuito de reformar o ensino superior com vistas a melhorar e capacitar a força de trabalho em saúde no Brasil (ALMEIDA-FILHO, 2011).

Nesse contexto, a Medicina de Família e Comunidade se apresenta como importante especialidade médica para a transformação e mudança da prática e do ensino em medicina. Com práticas e princípios centrados na pessoa, e não na doença, na relação médico-paciente e na relação deste sujeito com a família e a comunidade em que vive, esta especialidade clínica aborda o processo saúde-doença como um fenômeno complexo, no qual interagem fatores de ordem biológica, psicológica, socioambiental e espiritual. Esta especialidade, assim, tem um papel transformador para a construção de novos paradigmas em saúde, contribuindo e impulsionando a ressignificação das bases estruturantes tanto da profissão médica quanto dos sistemas nacionais de saúde ao redor do mundo. Consequentemente, esta especialidade possibilita e promove uma maior efetividade das práticas médicas, do desenvolvimento de pesquisas e da formação de recursos humanos (ANDERSON, DEMARZO e RODRIGUES, 2007).

Nesse sentido, é necessário um maior investimento em cursos desta especialidade e também da sua inserção de forma mais consolidada nos cursos de graduação em medicina, já que a APS atualmente se apresenta como foco dos sistemas de saúde, reorganizando os seus serviços e ressignificando toda a lógica de cuidados. Se faz importante, portanto, que todos os médicos tenham minimamente em sua formação profissional o conhecimento básico e a vivência prática da medicina/saúde familiar e comunitária, uma vez que a maioria dos médicos de outras especialidades atuarão no sistema de saúde como referência para o encaminhamento e/ou parecer de casos vindos dos médicos de família e/ou comunidade, ou os utilizarão como referência para a continuidade do cuidado e acompanhamento clínico (ANDERSON, DEMARZO e RODRIGUES, 2007).

2.2: O ENSINO DE R/E EM SAÚDE/MEDICINA

2.2.1 Panorama do ensino de R/E em medicina:

O primeiro curso de espiritualidade e saúde foi desenvolvido por Puchalski (2006), em 1992, como uma disciplina eletiva na Escola de Medicina da Universidade George Washington. Nesta época, quase não existiam cursos que abordavam as tradições religiosas e o cuidado em saúde, e apenas um examinava a espiritualidade e saúde. Em 1996, este curso passou a ser incorporado ao currículo exigido desta escola. A partir de então, houve um grande crescimento de escolas de medicina que passaram a incorporar cursos de espiritualidade e saúde em seus currículos, muito motivados pelo crescimento das pesquisas na área e pelas diretrizes éticas e profissionais sobre cuidados holísticos e centrados no paciente (LUCCHETTI, LUCCHETTI e PUCHALSKI, 2012).

Em um ano, o número de escolas americanas que oferecia cursos de espiritualidade em medicina aumentou de 3, em 1993, para 17, em 1994 (PUCHALSKI e LARSON, 1998; FORTIN VI e BARNETT 2004). Dez anos depois, o número já correspondia a 84, e atualmente, mais de 100 escolas médicas americanas já desenvolvem cursos e/ou tópicos sobre o tema, muitos destes dentro do currículo obrigatório (PUCHALSKI, 2006; LUCCHETTI, LUCCHETTI e PUCHALSKI, 2012). Atualmente, mais de 100 escolas de medicina norte-americanas têm algum tipo de treinamento nesta área, o que foi motivado especialmente pelo programa patrocinado pela Fundação John Templeton, intitulado Programa de Educação Médica e Espiritualidade, dirigido pelo Instituto de Espiritualidade e Saúde da Universidade George Washington (GWish). Este programa de prêmios foi criado em 1996 pela própria Christina Puchalski e por outro

professor doutor renomado nesta área de estudos, David Larson, através do qual, as escolas e faculdades de medicina e residência – em Medicina Interna, de Família e Psiquiatria -, que tivessem maiores pontuações receberiam bolsas de financiamento para desenvolverem currículos em espiritualidade e saúde (PUCHALSKI, 2006).

Inicialmente, os tópicos ligados à temática se voltavam para o efeito da R/E na saúde, obtenção da história espiritual do paciente, aspectos éticos da espiritualidade, religião e saúde e o impacto das crenças religiosas e espirituais na tomada de decisões em saúde (LUCCHETTI, LUCCHETTI e PUCHALSKI, 2012). Os cursos eram, em sua maioria oferecidos de forma eletiva e poucos como obrigatórios, e alguns ainda eram integrados a cursos já existentes no currículo médico, que geralmente abordavam a relação médico-paciente. Estes cursos tinham tópicos ligados à espiritualidade com duração de mais de um ano, geralmente sendo oferecidos nos dois primeiros anos do curso de medicina, podendo estender-se até os anos clínicos (PUCHALSKI, 2006).

De 1993 até 2006, houve muitos avanços significativos nos cursos ofertados nos EUA. Estes passaram a ser mais acadêmicos, com maior complexidade de discussão sobre os casos e a utilização de métodos de ensino criativos como o uso de literatura, filmes, poesia e artes, registro no diário e rondas com capelães. Houve ainda a inclusão de uma seção de história espiritual nos formulários de registro de dados (no computador), a integração de capelães como co-mentores em grupos de discussão longitudinais e a realização de almoços regulares interdisciplinares para a discussão de casos (PUSHALSKI, 2006).

Infelizmente, essa realidade bastante positiva e proeminente de inserção da R/E nos currículos de saúde é mais restrita aos EUA. No Reino Unido, por exemplo, a proporção de escolas médicas que ofertem cursos em espiritualidade e saúde está entre 31% e 59% (NEELY e MINFORD, 2008). Uma pesquisa nacional realizada no Reino Unido mostrou que, das 32 faculdades de medicina existentes na época, 10 – das 17 que responderam-, apresentavam algum tipo de ensino em espiritualidade e medicina nos seus currículos. Destas, 50% incluíam a temática no ensino compulsório, o que é consideravelmente baixo quando comparado à oferta de ensino sobre medicina complementar e alternativa, que ocorria em 88% das faculdades participantes. O ensino de espiritualidade e saúde foi ofertado como um elemento curricular obrigatório em 20% das faculdades e como um componente opcional em 50%, ou como ambos em 30%. As escolas que ofereciam este ensino abrangiam diversos tópicos, principalmente a ligação entre espiritualidade e saúde (80%), as diferentes religiões e culturas (70%), obtenção da

história espiritual (40%) e aconselhamento espiritual (30%). Assim, a história espiritual, principal ferramenta a ser aprendida na oferta do cuidado espiritual, que poderia ser utilizada pelos médicos durante a sua prática de rotina, como extensão da história social do paciente, ainda parece ser pouco ensinada nas escolas médicas do Reino Unido (NEELY e MINFORD, 2008) que, contraditoriamente, se apresenta como segundo país em número de publicações em R/E e saúde (LUCCHETTI e LUCCHETTI, 2014).

No Brasil, por sua vez, o estudo de Lucchetti e colaboradores (2012) revelou que das 86 escolas médicas (aproximadamente 47%) participantes da pesquisa – de um total de 180 existentes no país – apenas 9 tinham um curso específico em espiritualidade e saúde, sendo 4 como curso obrigatório/requerido e 5 como curso eletivo. Além deste resultado, a pesquisa indicou que 14 instituições tinham uma palestra/aula sobre o tema que era ministrado em algum momento ao longo do currículo; e 12 universidades, apesar de não terem um curso ou aula específica, tinham um membro que integrava a temática em outro curso ou aula. Um dado interessante encontrado pelos autores foi a prevalência dos cursos obrigatórios em escolas médicas privadas e religiosas – Católica e Evangélica Protestante, que geralmente abordavam mais a teologia e a relação entre cultura e religião. Por outro lado, os cursos eletivos eram ministrados em instituições públicas e abordavam as relações entre espiritualidade e saúde de uma forma mais ecumênica. Outros resultados apontaram ainda que destes cursos, apenas 2 tinham treinamento na prática clínica e 3 ensinavam o manejo da história espiritual. Estando o Brasil na quinta posição em publicações científicas na área (LUCCHETTI e LUCCHETTI, 2014), estes dados indicam uma contradição entre as pesquisas desenvolvidas nas universidades e o ensino médico, que parece não acompanhar o desenvolvimento científico o que torna o ensino defasado diante da realidade mundial.

2.2.2 Recomendações sobre a inserção de R/E nos currículos médicos/de saúde:

Em uma publicação de 1998, Puchalski afirmou que os cursos em R/E e saúde, embora fossem oferecidos de diferentes maneiras e refletissem as filosofias e currículos das escolas individuais, compartilhavam coletivamente algumas diretrizes, dentre elas: a inclusão do acesso à história espiritual do paciente como parte da sua história de rotina/social; o papel da espiritualidade no cuidado à saúde; casos ilustrativos de pacientes cujas crenças afetam negativamente sua saúde e formas de responder a esses casos; o papel de capelães e outros conselheiros espirituais, que são vistos como membros integrantes das equipes de cuidados; a comunicação efetiva e compassiva sobre as crenças

e escolhas de tratamento e cuidado de pacientes em fase terminal e com doença crônica; o encorajamento de que os estudantes explorem suas próprias crenças e como estas influenciam a sua prática de cuidado; o ensino de aspectos importantes das maiores tradições religiosas e culturais, bem como as habilidades de coping e a forma como estas afetam as escolhas em saúde (PUCHALSKI e LARSON, 1998).

Neste mesmo ano, a autora realizou uma Conferência de Consenso com a Associação de Faculdades Médicas Americanas (Association of American Medical Colleges), e o Instituto GWish (George Washington Institute for Spirituality and Health), da qual participaram educadores e diretores de escolas médicas americanas, que, ao final, desenvolveram algumas metas de aprendizado para o ensino de cursos na área, tais como: a conscientização da necessidade de incorporar a consciência de espiritualidade no cuidado de pacientes em uma ampla variedade de contextos clínicos; o reconhecimento de que a própria espiritualidade dos estudantes pode afetar a maneira como estes se relacionam e ofertam o cuidado ao paciente; e a conscientização da necessidade de responder não somente às necessidades físicas, mas também às necessidades emocionais, socioculturais e espirituais que ocorrem na vida dos pacientes (PUCHALSKI, 2006).

Dentre os objetivos que o grupo elencou, estavam: a habilidade de colher a história espiritual do paciente; a compreensão de que a dimensão espiritual da vida de uma pessoa abre caminho para cuidado compassivo; a habilidade de aplicar a compreensão das crenças e comportamentos espirituais e culturais de um paciente a contextos clínicos apropriados; o conhecimento das pesquisas sobre o impacto da espiritualidade no cuidado de saúde e da identidade, crenças e práticas culturais dos pacientes na sua saúde, bem como as interações destes com os provedores de cuidados; a compreensão e o respeito do papel do clero e de outros líderes espirituais e curandeiros baseados na cultura e no/do cuidado à saúde, bem como as formas de se comunicar e/ou colaborar com eles; a compreensão da própria espiritualidade dos alunos e como ela pode ser nutrida como parte de seu crescimento profissional e promoção de seu bem-estar (PUCHALSKI, 2006).

Muitos ainda se perguntam, porém, qual seria o melhor momento e a melhor forma para inserir a R/E no ensino e nos currículos de saúde (GUCK e KAVAN, 2006). Estudos mostram que diversos diretores, professores e estudantes, apesar de concordarem com o ensino de espiritualidade e saúde, acreditam que esta temática deve ser inserida nos currículos apenas como conteúdo optativo, e não de forma obrigatória (AGUIAR, CAZELLA e COSTA, 2017; LUCCHETTI et al., 2012). Da mesma maneira, muitas escolas introduzem esta temática apenas nos primeiros anos da graduação em medicina,

fazendo com que ela seja abordada apenas como conteúdo teórico, não havendo prática e treinamento para o desenvolvimento de habilidades específicas em R/E (CORTEZ et al., 2010; KOENIG et al., 2010).

Nesse sentido, o Relatório de Objetivos para as Escolas Médicas da Associação Americana de Faculdades Médicas, propõe que o ensino de espiritualidade e saúde seja integrado em todo o currículo da escola médica, de forma obrigatória, através de currículos graduais, com ensino básico nos primeiros anos e mais sofisticado e especializado durante a residência. Os cursos devem ser interdisciplinares e aliados a programas de educação pastoral, devendo ainda ter planos de sustentabilidade com componentes eficazes de avaliação (PUCHALSKI, 2006). Desta forma, acredita-se que irá diminuir a lacuna existente entre as publicações e o ensino e prática em R/E e saúde, e também minimizar a falha existente no ensino da temática ao redor do mundo (LUCCHETTI et al., 2012).

METODOLOGIA

Com base no que foi exposto até aqui, foi realizada uma revisão bibliográfica integrativa, com vistas a compreender melhor como está a inserção da R/E nos cursos de saúde, com o foco voltado para a formação em cuidados primários de saúde. Assim, foram selecionados artigos que abordassem o ensino de R/E e saúde no contexto da APS – que pode abranger desde a graduação médica em especialidades características deste nível assistencial (medicina de família, medicina comunitária, medicina interna e medicina geral), até a formação de pós-graduação e cursos de treinamento de profissionais já formados nestas especialidades.

Para tal, efetuou-se uma busca nas principais bases de dados em saúde: PubMed, Scopus, Web of Science, BVS e Scielo, com os descritores: (*spiritual* OR religio**) AND (*“primary care” OR “primary health” OR “family doctor” OR “family medicine” OR “family physician” OR “general practitioner” OR “generalist”*). Não foi utilizado nenhum descritor relativo à educação porque ao fazê-lo associado aos descritores, limitava significativamente os resultados da busca. Além disso, foi realizada uma busca na revista de Medicina de Família (*Family Medicine*) e no currículo lattes dos principais autores da temática, assim como das referências utilizadas pelos próprios artigos

encontrados. A pergunta norteadora da pesquisa foi: “como a R/E está sendo inserida nos currículos de formação em APS?”.

A busca foi realizada no período de novembro a dezembro de 2017, sendo obtidos aproximadamente 12000 artigos na busca total, dos quais foram selecionados 4 artigos – 1 da Pubmed, 1 da Web of Science, 1 da Scopus, 1 da Scielo. Foram acrescentados à amostra final 3 artigos da Revista Family Medicine e 4 artigos a partir da busca no currículo dos autores e nas referências dos artigos, totalizando 11 artigos selecionados. Foram incluídos artigos que de alguma forma traziam práticas, metodologias, técnicas e/ou ferramentas de ensino/formas de ensino-aprendizagem, momento de inserção deste tema no currículo e na formação, teorias que embasam o ensino da temática R/E e formas de avaliação, todos voltados para a formação em cuidados primários de saúde. Neste sentido, foram excluídos artigos que não contemplassem as especialidades características da APS – medicina de família e medicina de comunidade, e que não focassem questões educacionais nem especificasse o contexto dos cuidados primários de saúde. Uma vez que a medicina interna e a geral podem ser praticadas no contexto da APS, foram incluídos artigos que abordassem a formação destes profissionais, porém apenas quando especificado que eram no contexto dos cuidados primários de saúde. Os resultados encontrados foram analisados de acordo com o objetivo principal do trabalho, e permitiram a criação de 4 categorias, para melhor análise dos conteúdos dos artigos que compunham a amostra: propostas teóricas (2 artigos); opinião sobre o ensino de R/E e saúde (3 artigos); pesquisas de intervenção (2 artigos) – que abrange cursos, workshops e disciplinas criadas; e pesquisas avaliativas (4 artigos) – que avaliam as implementações realizadas. Estas categorias foram criadas a partir dos tópicos mais abordados nos artigos selecionados.

RESULTADOS

3.1 Propostas teóricas:

Dois artigos compõem esta primeira categoria: Anandarajah, 2008 e Anandarajah et al., 2010; o primeiro sobre uma proposição teórica para a educação em R/E e o segundo sobre as competências e habilidades a serem ensinadas e desenvolvidas nas formações em cuidados primários.

Em 2008, Anandarajah, a maior autora em termos de publicações sobre o ensino de R/E em cursos de Medicina de Família, propôs dois modelos teóricos para serem utilizados na educação em R/E. Estes modelos foram desenvolvidos por ela, com base na teoria de Maslow e nos seus longos anos de experiência clínica e de desenvolvimento de currículos em docência, principalmente no contexto da medicina de família. Apesar destes modelos terem surgido através do trabalho neste âmbito, eles podem ser utilizados de forma abrangente, servindo tanto para a educação como para a saúde, por ter uma abordagem multidimensional e multidisciplinar, aplicável a todo ser humano, independente do sistema de crenças ou da cultura, seja religioso, quanto secular.

Segundo a autora, o modelo 3 H (head, heart and hands) – cabeça, coração e mãos) oferece uma definição ampla e multidimensional de espiritualidade, aplicável para diversas culturas e sistemas de crenças, possibilitando um vocabulário comum que envolva questões ligadas à espiritualidade. O modelo dos 3H está ligado à experiência espiritual humana, compreendendo aspectos cognitivos (cabeça) – que incluem a busca por significado e propósito, bem como valores e crenças pessoais; aspectos emocionais ou experienciais/vivenciais (coração) – que correspondem à necessidade de todo ser humano de amor, paz, resiliência e conexão; e comportamentais (mãos) – relacionada à expressão externa destas crenças e necessidades, através de escolhas, comportamentos, rituais e práticas. Nesse sentido, este modelo fornece uma estrutura para a compreensão de temas espirituais comuns, que estão presentes nas narrativas e ações dos pacientes, sendo útil para a realização da avaliação espiritual durante o encontro clínico (ANANDARAJAH, 2008).

Já o modelo BMSEST (body, mind, spirit, environment, social, transcendent) – corpo, mente, espírito, meio ambiente, social, transcendente) abarca uma visão sobre o transcendente que serve aos secularistas e ateus. O transcendente, nesta compreensão, corresponde aos valores e necessidades sociais que transcendem o indivíduo, e os fatores espirituais são considerados fenômenos humanos, contidos inteiramente no ser humano. Este modelo corresponde às diferentes áreas ou dimensões da vida onde o sofrimento humano pode ocorrer ou estar mais evidente. O modelo BMSEST, neste sentido, oferece uma estrutura conceitual para o papel da espiritualidade no contexto maior de assistência à saúde, útil tanto para clínicos, como também para educadores e pesquisadores (ANANDARAJAH, 2008).

Em outro momento, Anandarajah, com a ajuda de colaboradores (2010), fizeram uma compilação de competências para serem aprendidas e incorporadas no cuidado

espiritual de pacientes, voltada especificamente para o treinamento de medicina familiar e a residência em atenção primária. Para tal, segundo as autoras, os currículos não devem trazer doutrinas, práticas e tradições exaustivamente, mas propiciar conhecimento para os residentes, que devem estar familiarizados com os sistemas de crenças presentes na população atendida.

Neste sentido, dentre as competências de conhecimento estão o desenvolvimento da sensibilidade às diferentes formas através das quais a espiritualidade influencia os comportamentos de saúde e as experiências de saúde e doença, da capacidade de reconhecer e identificar a variedade de tradições espirituais, e de explorar as crenças que podem estar ligadas às decisões no cuidado. Os alunos devem ainda saber quando solicitar a ajuda de provedores de cuidado espiritual, reconhecendo-os como membros integrantes da equipe de cuidados em saúde e, por fim, devem ter um conhecimento geral sobre as pesquisas empíricas já desenvolvidas acerca da R/E e suas relações com a saúde (ANANDARAJAH et al., 2010).

Com relação às habilidades, foram citados o reconhecimento do melhor momento para abordar as questões espirituais, uma vez que os pacientes podem não estar receptivos durante as visitas de rotina, sendo mais favorável em situações de sofrimento, adoecimento e proximidade com a morte, e ao se investigar sobre o *coping*; realizar perguntas com finais abertos, além de reconhecer o conteúdo espiritual nas histórias dos pacientes e acompanhar as pistas dadas através de comportamentos verbais e não-verbais para obter mais informações. O cuidado espiritual pode incluir ainda o aconselhamento espiritual, estudos de grupo ou suporte em grupo sobre a temática, orações, meditação e exercícios espirituais (ANANDARAJAH et al., 2010).

Já em relação às competências de atitudes, foram apontados o respeito, o não julgamento, a empatia, a intuição e a intenção de curar, que possibilitam a compreensão e a compaixão. A consciência da própria espiritualidade, que implica no reconhecimento das próprias crenças e inclinações e a forma como estas influenciam as suas relações, é um pré-requisito para desenvolver tais atitudes. Esta consciência, segundo as autoras, é facilitada pelas próprias práticas de cuidado espiritual dos médicos, que envolvem o cuidado do corpo, da mente e do espírito (ANANDARAJAH et al., 2010).

3.2 Opinião sobre o ensino de R/E e saúde / e descrição de ferramentas utilizadas:

Esta categoria contém 3 artigos – um que descreve o ensino de R/E e saúde nos programas de residência em medicina de família nos EUA (KING e CRISP, 2005); outro

que aborda a utilização de uma técnica específica de forma inovadora (LEDFOORD et al., 2014) e outro que aborda a opinião de estudantes de pós-graduação em medicina de família sobre o ensino de R/E no currículo (AGUIAR, CAZELLA e COSTA, 2017).

A pesquisa de King e Crisp (2005), realizada com 138 programas de residência em medicina de família dos Estados Unidos, teve o intuito de conhecer o ensino em espiritualidade e religião que está sendo oferecido, investigando também os métodos utilizados para tal, bem como os facilitadores e barreiras para este ensino. Dos 101 programas respondentes, os diretores da maior parte deles (92%) disseram que o ensino de espiritualidade e religião, no que se refere à saúde, era importante para o treinamento de residência em medicina de família e mais da metade (86%) dos entrevistados relataram o uso das atuais Orientações Educacionais Essenciais da Academia Americana de Médicos de Família (*American Academy of Family Physicians*) sobre Ética Médica (que têm orientações voltadas para questões de espiritualidade e religião) para orientar seus esforços de ensino sobre o tema.

Entretanto, apenas 31% dos programas tinham um currículo específico para orientar o ensino de espiritualidade aos seus residentes. Destes, a maioria utilizou o método de palestras/aulas teóricas (67%), e quase metade deles ofereceu este ensino durante as etapas de preceptorial clínica (49%) e rondas a pacientes internados (44%), além de serem realizadas rondas com capelães (25%) e seminários (18%). O ensino de espiritualidade também foi relatado durante a participação em disciplinas eletivas, e o número estimado de horas dedicadas ao tema variou de 0 a 40 horas por ano para todos os 3 anos de residência, cuja média foi equivalente a 6 horas (KING e CRISP, 2005).

O fator mais facilitador para se ter um currículo em espiritualidade, ocorrido em 84% dos programas com currículo estruturado, foi a presença de docentes com interesse específico, especialização e treinamento na área/tema. Dessa forma, dentre os aspectos facilitadores, o mais citado foi a presença de pessoal de apoio ou treinado (39%), seguido por atitudes positivas em relação ao assunto (38%). Já em relação às barreiras, os participantes apontaram a falta de tempo (52%) como a que mais dificulta a implementação de esforços no ensino do tema, a falta de pessoal qualificado também foi vista como uma barreira significativa (31%), além de atitudes como o medo e desconforto com o tema (32%), falta de prioridade (14%) e de pessoal disponível (12%) (KING e CRISP, 2005).

Ledford e colaboradores (2014), por sua vez, descreveram o uso da técnica do Exame Clínico Objetivo Estruturado – OSCE focado em R/E, com o objetivo de ensinar

os alunos, que eram médicos e residentes de medicina de família, a se engajarem em conversas sobre R/E com seus pacientes utilizando esse instrumento. Esta é uma abordagem que tem sido implementada na educação médica por mais de 30 anos, constituindo-se como um importante avaliador de diferentes habilidades clínicas. O objetivo principal do ensino do OSCE é capacitar os estudantes a conversarem sobre temas pessoais, que envolvem valores, com seus pacientes, o que pode suscitar medos e ansiedades em ambos. Esta é realizada através de reflexões escritas, e em grupos.

Os autores propuseram uma inovação do uso do OSCE com o intuito de fornecer um modelo para preparar médicos para discussões sobre R/E com os pacientes. A inovação foi implementada em uma residência de medicina de família em um hospital comunitário do subúrbio da Virgínia, EUA, de onde participaram 27 médicos e residentes e 1 estudante de medicina. Esta inovação permitiu aos alunos a oportunidade de explorar seus pontos de vista sobre seu papel nas discussões clínicas de R/E e uma reflexão crítica sobre a R/E como parte do contexto biopsicossocial dos pacientes. Os alunos também refletiram sobre estratégias que usaram no OSCE, porém esta inovação não abordou estratégias específicas para a discussão em R/E, apenas permitiu que os alunos praticassem competências em níveis de habilidades diferentes, como a escuta atenta, presença compassiva e a oferta de cuidados espiritualmente integrados (LEDFOORD et al., 2014).

Já a pesquisa realizada por Aguiar, Cazella e Costa (2017), com médicos atuantes no SUS que eram alunos de um curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS, através da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, no Brasil, teve como objetivo investigar a opinião desses sobre o ensino do tema religiosidade/espiritualidade na graduação, bem como suas experiências formativas, as percepções dos profissionais sobre a temática da R/E na prática clínica e os índices de religiosidade desses acadêmicos. O estudo revelou que apenas uma pequena parte dos participantes (13,7%) afirmou ter tido algum contato com o tema, previamente, durante a graduação, apesar de grande parte deles (70,2%) considerarem importante a inclusão desta temática no currículo médico. Os participantes consideraram importante a inclusão da R/E como tema de estudos na formação médica por perceberem o cuidado espiritual tão importante quanto o cuidado clínico.

Por outro lado, a maior parte dos médicos do estudo (cerca de 60%) tendiam a não querer esta temática como conteúdo regular, dentro de disciplinas obrigatórias das graduações de medicina. Quanto à religiosidade dos participantes da pesquisa, esta

mostrou que os médicos de cuidados primários são bastante religiosos: 86,3% acreditavam em Deus, 26,4% frequentavam regularmente algum templo ou instituição religiosa, e apenas 10,1% eram ateus, agnósticos e não seguiam nenhuma denominação religiosa. A pesquisa revelou ainda que a habilidade a ser desenvolvida e considerada mais importante pelos participantes foi a coleta da história espiritual do paciente e a estratégia de ensino apontada como mais adequada para a avaliação dos alunos sobre o tema foi o portfólio reflexivo (AGUIAR, CAZELLA e COSTA, 2017).

3.3 Pesquisas de Intervenção:

Esta categoria é composta por 2 artigos, que descrevem intervenções educacionais e curriculares realizadas: Anandarajah, Long e Smith, 2001; e Feldstein et al., 2008.

Anandarajah, Long e Smith (2001) narraram uma intervenção educacional que realizaram no curso de residência em medicina de família da Escola de Medicina da Universidade de Brown, cujo objetivo foi expandir a educação destes alunos, através da criação de um currículo em espiritualidade. Seus objetivos específicos eram auxiliar os residentes a melhor compreender e cuidar de si mesmos, entender como a espiritualidade afeta a saúde, apreciar as necessidades espirituais de pacientes com histórias e origens culturais e espirituais diversas, desenvolver habilidades de avaliação espiritual, melhorar e manter habilidades gerais de cuidado espiritual (como compaixão, presença e escuta) e compreender o papel dos capelães clínicos na equipe de saúde. O currículo continha oito componentes, indo desde aulas e conferências, a discussão em grupo, atividades de auto-experimentação (ligadas à própria espiritualidade), e rondas/visitas a pacientes com capelães. A equipe responsável por estas atividades era multidisciplinar e o primeiro feedback que tiveram, após um ano de implementação, foi positivo. Os alunos (número) consideraram o programa como relevante e prático, apreciando especialmente a natureza interativa das sessões de luto e tutorial e a exposição prática em rodadas com capelães.

Neste mesmo sentido, Feldstein e colaboradores (2008) introduziram um currículo em espiritualidade e alfabetização multicultural na Escola de Medicina da Universidade de Stanford, nos EUA, buscando integrar espiritualidade e cultura com cuidados de final de vida. Este currículo abarcou temas como a abordagem transcultural das necessidades espirituais, a espiritualidade no final da vida, o impacto dos valores culturais no fim da vida, as formas como as necessidades culturais e espirituais interagem no final da vida, e a interface entre a cultura médica e a cultura do paciente. Com quatro horas de instrução em sala de aula, leituras dirigidas, exercícios clínicos e trabalho final, o currículo é

oferecido a grupos de 8 a 10 estudantes de medicina durante o seu estágio de Medicina Familiar de 4 semanas. O curso foi ministrado a cerca de 500 estudantes de ampla diversidade religiosa, étnica e cultural, por uma equipe também abrangente e multidisciplinar, que incluiu um médico de emergência – que era agora (no momento do estudo) capelão de um hospital judeu, uma educadora de medicina familiar e etnogerontóloga, que antes era uma freira católica, e um educador de medicina familiar com formação em psicologia e budismo.

Este curso também possibilitou e permitiu que os alunos refletissem sobre a sua própria vida e que identificassem o que é espiritual ou profundamente significativo para eles, através da partilha de suas reflexões e histórias, no desenvolvimento de uma compreensão da espiritualidade como um fenômeno humano multidimensional. Assim, de acordo com os autores (alguns dos quais são os próprios professores e articuladores do curso), apesar de desafiadora, a integração da espiritualidade, cultura e cuidados no final da vida tem sido positiva e os próprios alunos têm ajudado a moldar o currículo, a partir da proposição de um modelo mais prático e significativo (FELDSTEIN et al., 2008).

3.4 Pesquisas de Avaliação:

Esta categoria consta de 4 artigos que abordam avaliações realizadas em programas e cursos que introduziram a R/E nos seus currículos: Barnett e Fortin VI, 2006; Anandarajah e Mitchell, 2007; Anandarajah, Mitchell e Stumpff, 2007; Anandarajah et al., 2016.

O estudo de Barnett e Fortin VI (2006) teve por objetivo realizar um workshop sobre espiritualidade e medicina para alunos de medicina na fase pré-clínica (segundo ano) e residentes de medicina interna de cuidados primários, bem como determinar a relevância deste ensino para os alunos. O workshop foi criado a partir de uma avaliação de necessidades realizada em 2000, que constatou a ausência da temática no currículo didático do programa. Foram realizadas ainda buscas na literatura, sugestões de especialistas e exemplos de currículos relatados para o desenvolvimento de estratégias educacionais para abordar este tema. A oficina para os estudantes de medicina tinha duração de 2 horas e fazia parte do curso obrigatório de encontro médico-paciente, enquanto que a oficina dos residentes tinha duração de 1 hora e meia e era oferecida durante a rotação obrigatória do ambulatório.

Cada oficina comportava cerca de 20 alunos e foi repetido até que todos os 105 alunos do segundo ano e todos os 60 residentes de atenção primária no ano de 2000 a

2001 tivessem completado o treinamento. Foram utilizadas a mesma apresentação em PowerPoint e anotações para todos os workshops, e os alunos receberam um folheto com palavras-chave e um cartão de bolso de avaliação espiritual. Dentre os conteúdos ensinados estavam: uma breve revisão inicial da entrevista médica com a inclusão da avaliação espiritual como parte da história social e o cuidado da pessoa; a explicação das diferenças e semelhanças entre religião e espiritualidade e a importância de se abordar conceitos mais abrangentes, com significados religiosos e não-religiosos; a demografia da espiritualidade e da religião na América e as aparentes diferenças nos níveis de R/E entre o público e os médicos; evidências científicas que mostram a importância da R/E para muitos pacientes e que mostram as relações, geralmente positivas, entre a R/E e melhores indicadores de saúde; a influência negativa da religião e a influência desta nas tomadas de decisões médicas; limites na avaliação espiritual e barreiras médicas para tal. Também foi explicado o papel dos capelães na oferta do cuidado espiritual aos pacientes e, no final da oficina, era feita uma técnica de dramatização/encenação do tipo “*rolling playing*”, no qual os estudantes realizavam a avaliação espiritual uns dos outros, através do FICA *Spiritual History Tool* (Fé e crença; Importância e influência; Comunidade; Ação no tratamento – ferramenta para acessar a história espiritual dos pacientes desenvolvida por Puchalski) e depois discutiam a experiência em grupo (BARNETT e FORTIN VI, 2006).

A avaliação do workshop foi realizada sob um conjunto de objetivos curriculares e aplicada antes e após sua conclusão. A avaliação foi composta de 6 declarações – sobre atitudes em relação à espiritualidade e à medicina, percepção de competência em levantar uma história espiritual, conhecimento percebido dos recursos da assistência pastoral e conforto no trabalho com os capelães do hospital. Os alunos avaliaram a sua concordância através de uma escala Linkert de 5 pontos, tendo ainda um espaço para citarem as partes mais úteis do currículo e as questões que permaneceram como dúvidas e questionamentos após a participação no workshop (BARNETT e FORTIN VI, 2006).

Quanto aos resultados, participaram da pesquisa 54 dos 105 alunos de medicina (68%) e 58 dos 60 médicos internistas e residentes de cuidados primários da escola (94%). Segundo os autores, não houve diferença significativa entre as taxas de respostas de ambos. Todos os participantes aumentaram as pontuações em relação à conveniência em perguntar sobre as crenças em R/E no encontro médico, a percepção de competência ao tomar uma história espiritual e o conhecimento percebido dos recursos de cuidado pastoral disponíveis. Contudo, apenas os estudantes de medicina, mas não os residentes,

aumentaram o conforto em trabalhar com outras pessoas na equipe de saúde que enfatizam a espiritualidade dos pacientes, tais como os capelães. Dentre os componentes mais úteis citados, estavam: o conhecimento adquirido (ou seja, as informações sobre os recursos de encaminhamento pastoral, a história espiritual e a demografia da espiritualidade nos Estados Unidos); a oportunidade de discutir e refletir sobre este assunto em um ambiente seguro; e a habilidade de obter uma história espiritual. O item menos citado como útil foram as pesquisas relacionadas à R/E e as questões mais comuns que permaneceram após o workshop dizem respeito à adequação (por exemplo, "É papel do médico?" "Para quais pacientes é apropriado?") e anamnese espiritual (por exemplo, quando e como perguntar, para que o paciente se sinta confortável) (BARNETT e FORTIN VI, 2006).

No artigo de Anandarajah e Mitchell (2007), elas descrevem a experiência inicial de 4 anos de oferta de um seminário eletivo de 17hs que desenvolveram, implementaram e avaliaram na Escola Médica de Brown (EUA). O objetivo das autoras era melhorar o conhecimento e as habilidades dos alunos quanto à espiritualidade e o cuidado ao paciente. Inicialmente a disciplina foi oferecida por 2 anos a estudantes médicos de quarto ano, e, em seguida, aberta para residentes, professores e funcionários. Ao longo destes 4 anos, 18 estudantes de quarto ano completaram este seminário sênior eletivo, que era oferecido junto com outros seminários sênior durante o último mês do quarto ano; e no terceiro ano da experiência, 15 residentes de medicina de família, professores e funcionários também completaram a eletiva. As líderes do curso eram as próprias autoras, uma médica de família hindu e uma capelã de cuidados intensivos de educação pastoral clínica católica-romana, que selecionaram o conteúdo e montaram a eletiva a partir de revisões de literatura, experiência clínica e participação em eventos, como conferências nacionais sobre o tema. Outros profissionais também eram convidados para ministrar o curso, e eram selecionados com base em sua experiência, reputação e currículo, o que incluiu médicos, capelães e PhDs de diferentes especialidades, culturas e crenças.

A avaliação deste curso foi realizada através de um questionário pré e pós-curso, com escala Linkert contendo 7 itens de conhecimento, 4 itens de habilidades e espaço para comentários em texto livre. Foi utilizado ainda o teste t pareado para demonstrar mudanças médias nos escores de antes e depois, e um estudo de caso pré e pós-curso, com perguntas que exigem respostas curtas, em estilo de ensaio, para avaliar a profundidade de compreensão dos alunos em relação às questões espirituais envolvidas no caso. Além do conhecimento e habilidades, as autoras mediram ainda a satisfação dos alunos com o

curso, através de formulários de avaliação individual da sessão – com 6 itens de 5 pontos, e formulários de avaliação do curso médico padrão – com 9 itens de 6 pontos. Uma análise qualitativa também foi realizada, utilizando-se o método de imersão/cristalização para a análise dos comentários escritos dos alunos (ANANDARAJAH e MITCHELL, 2007).

Os resultados mostraram que houve uma melhora em todas as questões de conhecimento e habilidades dos questionários pré e pós-curso dos estudantes já desde o primeiro ano de implementação. As melhorias mais significativas foram em relação ao conhecimento de evidências, de recursos para o cuidado espiritual, do papel dos capelães, e a habilidade de reconhecer o sofrimento espiritual dos pacientes. Por fim, o estudo revelou que a disciplina foi considerada útil e positiva pelos próprios alunos participantes do curso (ANANDARAJAH e MITCHELL, 2007).

Em outro estudo realizado por Anandarajah, Mitchell e Stumpff, em 2007, os autores avaliaram uma sessão requerida de ensino em espiritualidade e medicina, integrado ao estágio obrigatório (clerkship) clínico em medicina de família em um período de 6 anos, de uma universidade, que eles mesmos desenvolveram e implementaram. O nome das sessões de aulas foi “Introdução à Espiritualidade e Medicina”, que tinha duração de 90 minutos e era ministrada por um médico e por um capelão clínico em pequenos grupos. Durante 6 anos, esta sessão foi apresentada a cerca de 490 estudantes, em todo bloco de estágio (clerkship).

Baseado no feedback de estudantes, o conteúdo da sessão evoluiu de uma abordagem didática para uma abordagem primordialmente interativa, focada nas experiências dos próprios alunos com os pacientes, juntamente com abordagens práticas e culturalmente sensíveis para avaliar e atender as necessidades espirituais dos pacientes relacionadas ao cuidado médico. O conteúdo incluiu as histórias dos próprios pacientes e dos estudantes relacionadas à espiritualidade; discussões relativas aos significados das palavras espiritualidade e religião; abordagens para uma avaliação espiritual culturalmente sensível; opções terapêuticas, incluindo o cuidado espiritual geral (escuta, compaixão e presença) e o especializado; papéis dos médicos e capelães; ética e limites (fronteiras); importância de auto-compreensão/entendimento e auto-cuidado; e o modelo “hospice” para espiritualidade no cuidado da pessoa como um todo (cuidado integral à pessoa) (ANANDARAJAH, MITCHELL e STUMPPFF, 2007).

A avaliação do programa foi feita através de um questionário auto-avaliativo de 21 itens com escala Linkert de 5 pontos sobre as atitudes, conhecimento e habilidades relativas ao cuidado espiritual e do paciente. Este questionário foi distribuído a todos os

estudantes no início e no final do estágio (clerkship), que teve duração de 6 semanas. Os resultados mostraram que 88.5% dos estudantes haviam pensado sobre espiritualidade e medicina, porém somente 23.1% haviam tido ensino prévio sobre o tema. Enquanto as atitudes dos alunos foram classificadas como positivas na linha de base, sem se modificarem após a sessão de aulas, as questões de habilidades foram classificadas como baixas em todo o período. Já quanto ao conhecimento, o geral foi tido como bom na linha de base, enquanto que o específico apresentava uma lacuna. Os resultados indicaram ainda que 85% dos participantes sentiram que a sessão estava bem balanceada, 82% sentiram que foi um adicional útil para a sua educação médica e 96% pensaram que a sessão deveria continuar a ser ensinada/ministrada (ANANDARAJAH, MITCHELL e STUMPPFF, 2007).

Segundo os autores, a pesquisa mostrou que a sessão de ensino sobre espiritualidade e medicina foi integrada com sucesso ao núcleo de estágio clínico, sendo aceita por um corpo estudantil diversificado e resultou em um maior conhecimento do assunto. Como forma de melhorar o treinamento de habilidades e avaliação, eles sugeriram a adição de cuidados diretos com o paciente e entrevistas padronizadas com estes (ANANDARAJAH, MITCHELL e STUMPPFF, 2007).

Em outra pesquisa realizada por Anandarajah e colaboradores (2016), estes fizeram o primeiro estudo de avaliação longitudinal de 10 anos sobre os efeitos imediatos e de longo prazo de um currículo de residência multifacetado em cuidado espiritual, que foi criado a partir de revisões de literatura, experiências anteriores e avaliação de necessidades. A pesquisa foi realizada com 26 médicos, residentes de medicina de família da Nova Inglaterra, 13 da turma de 2001, que não receberam o currículo obrigatório, e 13 da turma de 2003 que receberam, utilizando-se o método de entrevistas individuais semi-estruturadas, que foram gravadas e transcritas para a análise. O grupo de intervenção – composto pela turma de 2003, foi entrevistado em 3 períodos – uma em 2001, quando ainda não tinham sido submetidos ao currículo, outra em 2003 logo após receberem a intervenção (acesso ao currículo) e outra 8 anos após, em 2011, já como médicos praticantes.

No estudo acima referido, foram utilizados múltiplos métodos pedagógicos como: didática interativa, discussões em grupos pequenos, cuidado clínico direto e atividades experienciais e de reflexão. O conteúdo implementado em 2001 foi consistente com as recentes recomendações consensuais para as competências essenciais do cuidado espiritual, e incluiu: breve revisão da literatura; avaliação espiritual culturalmente

sensível; papel dos capelães na equipe de saúde; discussão dos cenários desafiadores dos pacientes (incluindo limites e ética), cuidado compassivo, autoconsciência espiritual e autocuidado. O currículo foi ministrado por uma equipe multidisciplinar e exigiu 24 horas – 7-9 horas / ano. Para a análise de dados, foi utilizado um processo de várias etapas, com base em uma abordagem fundamentada na investigação qualitativa. A equipe de pesquisa incluiu um educador médico de família, um doutor com expertise em ciências humanas e saúde espiritual, um estudante de medicina e um assistente de pesquisa (ANANDARAJAH et al., 2016).

Ao todo foram analisadas 49 entrevistas, que mostraram algumas semelhanças e divergências entre ambos os grupos. De uma forma geral, todos os médicos valorizaram a importância da R/E no cuidado e quase todos descreveram experiências ricas de cuidado espiritual, principalmente relacionadas ao fim da vida, à diversidade cultural e a atitudes compassivas/de compaixão. Quanto aos aspectos ligados aos efeitos curriculares, os médicos que receberam a intervenção demonstraram melhoras progressivas na abordagem clínica e ao mesmo tempo diminuição das preocupações relacionadas ao cuidado espiritual, além de serem capazes de utilizar abordagens mais diferenciadas e adaptadas aos pacientes. Já os médicos que foram estudantes da turma de 2001, ou seja, que não receberam a intervenção, tiveram mais dificuldades com as habilidades do cuidado espiritual, se preocupando mais com tais questões, e utilizaram técnicas mais comuns nas suas entrevistas (ANANDARAJAH et al., 2016).

Já quanto aos conteúdos trabalhados, os médicos apontaram como elementos curriculares de alto impacto a avaliação espiritual centrada no paciente, as rondas com capelães, as oficinas de autocuidado espiritual e a estrutura multicultural do cuidado espiritual. O estudo também revelou um efeito significativo no crescimento pessoal e profissional dos residentes, que, mesmo após 8 anos, foram capazes de se lembrar e apontar estes efeitos, profundamente positivos, especialmente na época em que passavam por um período relativamente vulnerável do seu desenvolvimento como médicos. Assim, a autora e seus colaboradores concluíram que um currículo longitudinal e multifacetado de residência, que inclui a temática de R/E e saúde, pode ter efeitos positivos duradouros tanto na formação médica profissional como no desenvolvimento e crescimento pessoal (ANANDARAJAH et al., 2016).

DISCUSSÃO

A presente revisão mostrou que o ensino de R/E nos programas de residência e de formação em cuidados primários de saúde, mais especificamente em medicina de família, vêm aumentando ao longo do tempo, se consolidando de forma mais efetiva nos currículos destes cursos, como parte do currículo requerido/obrigatório (ANANDARAJAH, LONG e SMITH, 2001; FELDSTEIN et al., 2008; BARNETT e FORTIN VI, 2006; ANANDARAJAH, MITCHELL e STUMPF, 2007; ANANDARAJAH et al., 2016). Este aumento está em consonância com o crescimento do interesse na área de R/E e saúde e do número de cursos de graduação em medicina que já ofertam este ensino em sua formação acadêmica, principalmente nos EUA (PUCHALSKI, 2006; LUCCHETTI, LUCCHETTI e PUCHALSKI, 2012). Percebe-se que, fora a psiquiatria, que é a única especialidade que requer o treinamento em R/E e saúde como parte obrigatória da formação (KING e CRISP, 2005; LOBOPRABHU e LOMAX, 2010), os cuidados primários, junto com os cuidados paliativos, são a especialização que mais oferece cursos e treinamentos na área (AGUIAR, CAZELLA e COSTA, 2017), e a que tem mais pesquisadores que colaboram e publicam na área de R/E e saúde (LUCCHETTI e GRANERO, 2010). Estudos também indicam que os médicos de família têm maiores níveis de religião/espiritualidade do que médicos de outras especialidades (FRANK, DELL e CHOPP apud CURLIN et al., 2005).

A maioria das intervenções educacionais realizadas nos estudos inclusos nesta revisão utilizaram as diretrizes apresentadas pela Academia Americana de Médicos de Família (*American Academy of Family Physicians – AAFP*), que trazem em suas Orientações Educacionais Essenciais sobre ética médica, questões ligadas à R/E e ao seu manejo junto aos pacientes (KING e CRISP, 2005; ANANDARAJAH et al., 2016). Outras instituições também oferecem diretrizes para a inserção da R/E nos currículos educacionais, como a Associação Americana de Faculdades Médicas (*Association of American Medical Colleges*), que propõe a integração deste ensino tanto na formação inicial, nos cursos de graduação em medicina, como nas especializações, nos programas de residência (PUCHALSKI, 2006). Isso mostra uma preocupação dos educadores de cuidados primários de oferecer um treinamento e ensino responsável, coerente e condizente com a ética médica e com as pesquisas científicas que vêm sendo realizadas na área.

No Brasil, esta realidade ainda está longe de ser alcançada, uma vez que aproximadamente 9 escolas médicas, de um total de 180 existentes no país, têm cursos específicos em R/E e saúde. Menor ainda é o número de escolas que oferecem este ensino de forma obrigatória – apenas 4 escolas médicas. Estes cursos obrigatórios geralmente são ofertados por escolas médicas privadas e religiosas – Católica e Protestante, e abordam mais a teologia e a relação entre a cultura e religião, enquanto os cursos eletivos são ofertados por instituições públicas, e abordam as relações entre espiritualidade e saúde de forma mais ecumênica (LUCCHETTI et al., 2012).

Em relação à opinião dos alunos dos cursos de formação em cuidados primários de escolas americanas, os estudos indicaram que estes são favoráveis ao tema da R/E e saúde, assim como da sua inserção nos currículos de medicina (KING e CRISP, 2005; AGUIAR, CAZELLA e COSTA, 2017). Porém, boa parte dos alunos brasileiros desejava que este ensino ocorresse apenas de forma eletiva e não como parte do conteúdo obrigatório dos cursos (AGUIAR, CAZELLA e COSTA, 2017). Estes achados são correspondentes aos encontrados em outra pesquisa brasileira, que indicaram que apenas uma pequena parte dos alunos desejavam o ensino de R/E e saúde de forma obrigatória, uma grande parte desejava que este ensino fosse eletivo e outra parte desejava que este tema fosse introduzido e combinado com outras disciplinas e ensinados apenas em eventos, cursos e estágios extra-curriculares (LUCCHETTI et al., 2013). Estas opiniões podem ser decorrentes de uma formação ainda muito voltada para questões biológicas em detrimento das sociais e humanas e do currículo saturado que os cursos de medicina apresentam (ALMEIDA-FILHO, 2011), além do não reconhecimento do papel dos médicos como agentes provedores de cuidado espiritual (AGUIAR, CAZELLA e COSTA, 2017).

Quanto às competências, habilidades e atitudes a serem desenvolvidas pelos profissionais de cuidados primários para a abordagem da R/E no encontro com o paciente, estas foram compiladas por Anandarajah e colaboradores (2010), a partir da literatura produzida sobre o tema e das suas experiências como profissionais e educadores. Dentre as mais descritas pelos autores estavam: realizar a coleta da história espiritual do paciente – citado também por Aguiar, Cazella e Costa (2017) e Barnett e Fortin VI (2006); reconhecer e identificar as diferentes tradições espirituais e crenças presentes na população atendida, bem como as necessidades espirituais de pacientes com histórias e origens culturais e espirituais diversas – citados também nos estudos de Anandarajah, Long e Smith (2001), Barnett e Fortin VI (2006), e Feldstein e colaboradores (2008);

conhecer as pesquisas na área de R/E e a influência desta sobre a saúde, assim como a diferença entre religião e espiritualidade, os recursos de encaminhamento pastoral e a demografia da espiritualidade nos Estados Unidos – também descritos por Anandarajah, Long e Smith (2001), Barnett e Fortin VI (2006), e Anandarajah, Mitchell e Stumpff (2007); reconhecer o melhor momento para abordar as questões de R/E, realizar avaliação espiritual, e discutir os cenários desafiadores, limites e ética profissional – citados por Anandarajah, Long e Smith (2001), Anandarajah, Mitchell e Stumpff (2007), e Anandarajah e colaboradores (2016); desenvolver uma autoconsciência da própria espiritualidade e de habilidades gerais de cuidado espiritual, como compaixão, presença e escuta – descritos por Anandarajah, Long e Smith (2001), Anandarajah, Mitchell e Stumpff (2007), Feldstein e colaboradores (2008) e Anandarajah e colaboradores (2016); e compreender o papel dos capelães clínicos na equipe de saúde – presente nos estudos de Anandarajah, Long e Smith (2001), Barnett e Fortin VI (2006), Anandarajah, Mitchell e Stumpff (2007), e Anandarajah e colaboradores (2016).

Percebe-se, assim, que os temas e conteúdos abordados nestas intervenções educacionais e citados pelos autores estão em consonância com as recomendações propostas na Conferência de Consenso pelos educadores e diretores de escolas médicas americanas junto à Associação de Faculdades Médicas Americanas e o Instituto GWish (PUCHALSKI, 2006). Além destes, Puchalski (2006) cita a importância de se conhecer o papel da espiritualidade em uma ampla variedade de contextos clínicos, que vão desde o nascimento até a morte; a conscientização da necessidade de responder às necessidades espirituais dos pacientes; e identificar os recursos espirituais de força e resiliência espiritual, que podem ajudar o paciente a lidar com o adoecimento, sofrimento e estresse. Koenig e colaboradores (2010), a partir de um estudo nacional nos EUA, citaram como temas também recorrentes nos currículos de medicina a oração com pacientes e Lucchetti e colaboradores (2012), em uma pesquisa brasileira, citaram pensamentos sobre a existência de Deus, a dor e o sofrimento numa visão transcendente, os mistérios da fé, espiritualidade como instrumento do cuidado humanizado, estudos sobre experiências de quase-morte, o paradigma quantum da física, tanatologia numa perspectiva da psicologia transpessoal, dentre outros. Percebe-se ainda que o ensino de R/E e saúde é feito de diversas formas, a partir de diferentes tópicos e assuntos abordados, o que pode ser positivo por um lado, por abranger diferentes áreas do conhecimento, e, por outro, negativo por dificultar uma aprendizagem mais concisa e unificada, que possibilite o

desenvolvimento de competências e habilidades mínimas e comuns para o atendimento em R/E e saúde.

Neste sentido, os modelos propostos por Anandarajah e colaboradores (2008), 3 H e BMSEST se mostraram inovadores para a educação em R/E, por serem baseados no conhecimento já descrito na literatura e oferecer uma estrutura comum para a compreensão de temas espirituais presentes na vida dos pacientes. Estes modelos parecem ser úteis para o treinamento de médicos na realização da avaliação espiritual e para a abordagem da R/E durante o encontro clínico com o paciente, pois oferece um vocabulário comum que permite ao paciente revelar a sua visão de mundo, independentemente da sua religião ou crença. Porém, não foram encontrados estudos nos quais estes modelos tenham sido implementados, e, portanto, não se sabe os efeitos reais destes modelos no ensino em R/E e saúde. Se faz necessário compreender se e como este modelo auxilia os alunos e profissionais de cuidados primários a integrarem a dimensão espiritual em sua prática clínica, bem como se estes modelos os auxiliam a diminuir os medos e barreiras – como o desconforto e o sentimento de não responsabilidade, para o acesso desta dimensão no cuidado.

Em relação às intervenções educacionais realizadas e propostas pelos autores, estas utilizaram de diferentes metodologias, que iam desde palestras, aulas teóricas, seminários e conferências (ANANDARAJAH, LONG e SMITH, 2001; ANANDARAJAH e MITCHELL, 2007; KING e CRISP, 2005), a rondas a pacientes internados com a presença de capelães (KING e CRISP, 2005; ANANDARAJAH, LONG e SMITH, 2001), discussões em grupo e atividades de auto-experimentação e reflexão (ANANDARAJAH, LONG e SMITH, 2001; ANANDARAJAH et al., 2016), e disciplinas eletivas (KING e CRISP, 2005). Foram utilizados ainda leituras dirigidas, com atividades de exercício clínico (FELDSTEIN et al., 2008), Power Point e a técnica de dramatização *rolling playing* (BARNETT e FORTIN VI, 2006), portfólio reflexivo (AGUIAR, CAZELLA e COSTA, 2017) e a técnica do OSCE adaptada para o ensino de R/E e saúde (LEDFOORD et al., 2014).

Esta variedade de métodos e ferramentas de ensino é apontada em outras pesquisas, que indicam a importância de que estas sejam adequadas ao contexto educacional, aos professores e suas especialidades e experiências, bem como ao ensino propriamente dito, que deve ser amplo e abrangente, multidisciplinar e interdisciplinar, para dar conta da complexidade do tema abordado. Seguindo este raciocínio, então, os alunos inexperientes demandariam um ensino mais didático, enquanto que os alunos em

treinamento clínico precisariam aprender a prática, no próprio serviço/setting de saúde (LOBOPRABHU e LOMAX, 2010). Além destas ferramentas, outros autores propõem a utilização da aprendizagem baseada em casos problemas e a apresentação de vinhetas clínicas durante as rotações clínicas; bem como métodos mais criativos e abrangentes, como o uso de filmes, literatura, poesia e arte sobre a temática, atividades online, meditação, reuniões para compartilhar experiências pessoais e discussão com professores visitantes (PUCHALSKI, 2006; LUCCHETTI et al., 2012).

Já em relação ao momento no currículo onde a temática foi introduzida e o número de horas dedicadas a este ensino, ambos variaram de acordo com o público e o programa: estágio em Medicina de Família para estudantes de medicina, com duração de 4hs (FELDSTEIN et al., 2008); fase pré-clínica para estudantes de medicina do segundo ano, com duração de 2hs, como parte do currículo requerido/obrigatório, e na fase de rotação ambulatorial obrigatória para residentes de medicina interna de cuidados primários, com duração de 1h e meia (BARNETT e FORTIN VI, 2006); estágio obrigatório clínico em medicina de família, com duração de 1h e meia (ANANDARAJAH, MITCHELL e STUMPF, 2007); durante o último mês do quarto ano de estudantes de medicina de caráter eletivo, com duração aproximada de 2hs – totalizando 17hs de curso (ANANDARAJAH e MITCHELL, 2007) e em diferentes momentos da formação médica, não especificados, com duração aproximada de 24hs – 7-9hs por ano (ANANDARAJAH et al., 2016). De uma forma geral, King e Crisp (2005) indicaram que os programas de residência em medicina de família dos EUA introduziam este tema na etapa de preceptoria clínica, com uma média de duração de 6hs por ano.

Estes achados estão de acordo com a literatura, que indica que 92% das escolas americanas de medicina ensinam R/E e saúde na fase pré-clínica, ou seja, nos dois primeiros anos, enquanto que 61% destas também (ou somente) oferecem este ensino no estágio clínico. Esta pesquisa nacional revelou ainda que 73% das escolas médicas dos EUA tinham este ensino como parte de disciplinas obrigatórias de outros tópicos, como introdução à medicina clínica, cuidado paliativo, ética médica e competências culturais, 34% tinham cursos eletivos específicos sobre o tema e 45% ensinavam a temática como parte de cursos eletivos em outros tópicos (KOENIG et al., 2010). Já no Reino Unido, 5 de 10 escolas médicas oferecem o ensino de R/E e saúde através de cursos optativos e apenas 2 escolas têm cursos compulsórios (obrigatórios) sobre a temática (NEELY e MINFORD, 2008).

Diante desta realidade, o treinamento em R/E e saúde ofertado nos cursos de cuidados primários à saúde parecem estar avançando em termos de efetivação deste ensino nos currículos das escolas médicas, por estar sendo implementado de forma obrigatória, nas fases pré-clínica e de estágio. Tendo em vista que muitos cursos oferecem este ensino apenas em um determinado momento – no início ou no final, e ao pouco contato de médicos já formados com a temática (KOENIG et al., 2010), é interessante que os currículos sejam adaptados para um treinamento tanto teórico como prático de seus estudantes, mesmo que através de técnicas de encenação, como o *rolling playing* – técnica muito utilizada principalmente para a aprendizagem de colheita da história espiritual do paciente (LAMBIE et al., 2015).

Nas pesquisas que informaram quanto à equipe de intervenção, o ensino de R/E e saúde foi implementado geralmente por uma equipe multidisciplinar (ANANDARAJAH, LONG e SMITH, 2001; ANANDARAJAH et al., 2016) e culturalmente diversa quanto à etnia, religião e cultura (FELDSTEIN et al., 2008; ANANDARAJAH e MITCHELL, 2007), tendo a presença de pelo menos um médico e um capelão (ANANDARAJAH e MITCHELL, 2007; ANANDARAJAH, MITCHELL e STUMPF, 2007; FELDSTEIN et al., 2008). Esse conjunto de experiências indica que o ensino sendo ofertado por equipes multiprofissionais e de ampla diversidade religiosa e cultural é interessante e importante por permitir uma maior abertura ao tema, e para evitar que se caia em proselitismo religioso, um dos maiores medos dos profissionais de saúde e grande empecilho para a efetivação deste ensino e prática (DAL-FARRA e GEREMIA, 2010; LUCCHETTI et al., 2012). Esta diversidade também pode auxiliar na superação do medo de haver prejuízo do vínculo terapêutico por divergências entre as crenças dos médicos e pacientes, ao ser ensinado uma forma comum de se trabalhar e compreender a espiritualidade (ISSAC, HAY e LUBETKIN, 2016). Uma vez que o cuidado deve ser ofertado com foco no paciente, independente das crenças dos profissionais de saúde, esta multiplicidade é ainda significativa para o contexto trabalhado, já que a APS abarca uma variedade de profissionais e deve ofertar um cuidado também amplo e integral, centrado na pessoa (BRASIL, 2012).

Quanto à opinião dos estudantes quanto às intervenções educacionais realizadas, estes avaliaram os cursos de R/E e saúde de forma positiva, considerando-as bastante relevantes e úteis em seus aprendizados (ANANDARAJAH, LONG e SMITH, 2001; ANANDARAJAH e MITCHELL, 2007; ANANDARAJAH, MITCHELL e STUMPF, 2007; ANANDARAJAH et al., 2016; FELDSTEIN et al., 2008). As pesquisas mostraram

um aumento e melhora do escopo de habilidades e competências dos participantes após receberem o ensino de R/E e saúde (ANANDARAJAH e MITCHELL, 2007; ANANDARAJAH, MITCHELL e STUMPPFF, 2007; ANANDARAJAH et al., 2016; BARNETT e FORTIN VI, 2006;), principalmente em relação à conveniência em perguntar sobre as crenças em R/E no encontro médico, ao levantamento da história espiritual do paciente e ao conhecimento dos recursos de cuidado pastoral disponíveis (BARNETT e FORTIN VI, 2006). Houve ainda um aumento do conhecimento de evidências científicas em R/E e saúde e de recursos para o cuidado espiritual, bem como sobre o papel dos capelães neste cuidado; e o aumento/melhora da habilidade de reconhecer o sofrimento espiritual dos pacientes (ANANDARAJAH e MITCHELL, 2007) e de abordar este tema na prática clínica (ANANDARAJAH et al., 2016).

Esses achados mostraram, conforme indicado na literatura, que o treinamento de profissionais de cuidados primários se mostra efetivo e que o ensino de R/E e saúde é um dos principais fatores que os ajudam a superar as dificuldades e medos em relação a abordar tal dimensão durante o encontro clínico (ANANDARAJAH e STUMPPFF, 2004; ISAAC, HAY e LUBETKIN, 2016). Por outro lado, um estudo de Anandarajah e Stumpff (2004) revelou que apesar de 53% dos alunos pesquisados, que estavam iniciando o seu estágio obrigatório em medicina de família, terem conhecimento sobre as pesquisas na área de espiritualidade e saúde, apenas 14% se sentiu apto a reconhecer as preocupações espirituais no paciente. Dessa forma, se faz importante compreender o quão duradoura é esta aprendizagem e o quanto este ensino contribui de fato para a mudança de atitudes e da prática dos profissionais de cuidados primários, aumentando a frequência com que a R/E é abordada no encontro com o paciente, e tornando esta abordagem um quesito permanente do seu cuidado em saúde. É importante também compreender se e como a participação nestes cursos de R/E e saúde contribui para uma maior autopercepção de responsabilidade como provedor do cuidado espiritual e para um maior contato com a sua própria espiritualidade.

Neste sentido, a pesquisa de Anandarajah e colaboradores (2016) demonstrou que um currículo longitudinal pode contribuir tanto para a diminuição das barreiras dos médicos para acessar as necessidades espirituais dos pacientes, como trazer impactos imediatos e em longo prazo sobre as habilidades dos médicos e o seu desenvolvimento profissional. Esse achado indica que, quanto maior forem o tempo e os momentos de ensino de R/E nos currículos de saúde, maior são os efeitos positivos deste ensino e mais

bem preparados estarão os profissionais, que, conseqüentemente, terão uma maior probabilidade de levarem o que aprenderam para a sua prática profissional.

Por fim, quanto aos itens e aos instrumentos de avaliação, a maioria das pesquisas utilizou-se de escalas Linkert para avaliar os conhecimentos, as habilidades e atitudes dos alunos, variando enquanto conteúdo e quantidade de itens (ANDANDARAJAH, LONG e SMITH, 2001; ANANDARAJAH e MITCHELL, 2007; ANANDARAJAH, MITCHELL e STUMPPFF, 2007). O estudo de Anandarajah e colaboradores (2016) foi o único a não utilizar escalas, por ter sido realizado em formato de entrevistas, que foram analisadas a partir de uma metodologia qualitativa de multietapas. As informações obtidas através de escrita livre dos participantes (de forma aberta) foram avaliadas a partir do método comparativo de análise de dados qualitativos (ANDANDARAJAH, LONG e SMITH, 2001) e do método de imersão/cristalização para identificar temas e subtemas (ANANDARAJAH e MITCHELL, 2007; ANANDARAJAH et al., 2016). A variedade de instrumentos e formas de avaliação dos trabalhos ao mesmo tempo que pode ser um ponto positivo, por possibilitar que diferentes aspectos do ensino sejam avaliados, de forma quantitativa e qualitativa, mas também podem ser um ponto negativo, por não possibilitar uma padronização e possibilidade de avaliação em maior escala (nacional, por exemplo). Outro ponto relevante para a discussão é que tais avaliações foram feitas basicamente pela mesma autora – Anandarajah, junto a outros e, por isso, apresentam semelhanças nas formas de avaliação e métodos utilizados. As avaliações sendo feitas pelos próprios professores/instrutores e o feedback sendo dado pelos próprios alunos pode diminuir a imparcialidade destes e indicar uma opinião favorável pela influência do pertencimento estudantil/profissional e pela aproximação e interesse com o tema. Assim, a ausência de critérios e padrões de avaliação definidos aparece como um fator que dificulta a criação de modelos guia para a inserção do ensino de R/E na formação médica, bem como para a tentativa de se ampliar este ensino a outras instituições, programas/especialidades e formações em saúde.

Quanto às limitações do presente trabalho, estas estão relacionadas principalmente à metodologia utilizada, uma vez que muitas das pesquisas não emergiram nas bases de dados selecionadas. A não utilização de descritores relacionados à educação pode ser um viés também, apesar de não ter sido utilizado por restringir significativamente os resultados, e por ter tido artigos que, apesar de contemplar o proposto no estudo, não surgiram quando acrescentados tais descritores.

Por fim, sugere-se a necessidade do desenvolvimento de mais pesquisas avaliativas e o aperfeiçoamento destas para que seja possível determinar a persistência das melhorias nas atitudes, conhecimento e habilidades dos estudantes ao longo do tempo; bem como sobre a efetividade deste ensino na realização e transformação da prática profissional. Urge ainda que pesquisas sejam realizadas no intuito de identificar como melhor integrar este tópico no currículo amplo de graduação em medicina e residência (BARNETT e FORTIN VI, 2006), e de como expandir e aperfeiçoar este ensino para outras realidades/contextos e profissões. É necessário o estabelecimento de critérios e padrões para que os cursos de R/E e saúde possam ser avaliados, e para que todos os estudantes tenham uma aprendizagem minimamente comum, sobre os principais conteúdos, habilidades e competências para a abordagem desta dimensão na prática clínica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de haver muitos exemplos de estratégias e ferramentas de ensino, falta ainda a realização de mais pesquisas avaliativas consistentes para uma melhor e maior efetivação da inserção do ensino de R/E nas graduações e residências em cuidados primários. Ainda assim, já é possível implementar mudanças nos currículos e abordar a R/E nos cursos de Medicina de Família, através dos vários exemplos presentes na literatura que servem para embasar os primeiros passos e novas iniciativas nesta direção.

Também já foram definidos alguns temas e conteúdos comuns que devem estar presentes neste ensino, que, por sua vez, deve ser inserido nos currículos formais, dentro do quadro regular de disciplinas, para que seja garantido a todos os profissionais de saúde, especialmente a categoria médica. Sugere-se que esta temática deva ser inserida como conteúdo obrigatório nas formações em saúde para que os profissionais aprendam a lidar com tais questões na prática clínica.

Este ensino deve ocorrer de forma multiprofissional e interdisciplinar, para abarcar a complexidade e diversidade das religiões e formas de lidar com a dimensão da espiritualidade, bem como em diferentes momentos da formação profissional, abrangendo desde o início das graduações até as etapas de estágio e prática clínica, ao final, e no nível de pós-graduação, nas residências e especialidades em saúde,

principalmente na de cuidados primários e saúde da família, pelas características que estas têm, de proximidade à vida das famílias e comunidades.

Sugere-se, com este trabalho, a expansão do ensino em R/E e saúde para outros contextos e realidades, como o Brasil, onde já há uma grande produção de pesquisas na área, porém, com poucas faculdades que apresentam um ensino efetivo e consolidado em R/E e saúde. A dificuldade existente no Brasil de inserir tal tema nos currículos médicos vem de diferentes aspectos, inclusive pela própria história da medicina e da falta de interesse nos aspectos humanísticos desta classe profissional. Muitas tentativas de humanização da medicina e do próprio sistema de saúde brasileiro têm sido implementadas, porém ainda há muito que fazer. Neste sentido, estratégias inovadoras para a humanização do cuidado e da formação em saúde apontam para a importância de se incorporar a dimensão espiritual, como forma de melhor preparar estes profissionais para lidar com as demandas dos pacientes, em direção à realização de uma prática mais integral e coerente com a realidade dos brasileiros.

Assim, a humanização em saúde será mais efetiva na medida em que os diversos aspectos e dimensões humanas forem contemplados no cuidado ao paciente e na formação profissional. Nesse sentido, integrar os aspectos religiosos/espirituais na prática e formação em saúde surge como uma forma de buscar alternativas educacionais compatíveis com a prática clínica do médico brasileiro, que tenham como objetivo a formação humanística, integral e crítica destes profissionais. Por fim, recomenda-se que a comunidade acadêmica nacional desenvolva propostas pedagógicas eficazes, que sejam condizentes com a atuação médica no SUS, especialmente em relação ao contexto de Saúde da Família, que é o foco central da atenção em saúde e estratégia fundamental para o cuidado ofertado à população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Paulo Rogério; CAZELLA, Silvio César; COSTA, Marcia Rosa. A Religiosidade/Espiritualidade dos Médicos de Família: Avaliação de Alunos da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 310-319, jun. 2017.

ALMEIDA-FILHO, Naomar de. Higher Education and Health Care in Brazil. **Lancet**, n.377, v.9781, p.1898-1900, 2011.

ALMEIDA-FILHO, N. M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 18, p. 1677-1682, 2013.

ANANDARAJAH G. The 3H and BMSEST models for spirituality in multicultural whole person medicine. **Annals Family Medicine**, n.6, p.448–458, 2008.

ANANDARAJAH, Gowri; LONG, Richard; SMITH, Marcia. **Integrating Spirituality into the Family Residency Curriculum**. *Academic Medicine*, n.5, v.76, 2001.

ANANDARAJAH, Gowri; MITCHELL Maureen. A spirituality and medicine elective for senior medical students: 4 years' experience, evaluation and expansion to the family medicine residency. **Family Medicine**, v. 39, n. 5, p.313-315, mai, 2007.

ANANDARAJAH, Gowri; MITCHELL Maureen ; STUMPPFF, Jeffrey. Evaluation of a Required Spirituality and Medicine Teaching Session in the Family Medicine Clerkship. **Family Medicine**, n.5, v.39, 2007.

ANANDARAJAH, Gowri et al. Toward competency-based curricula in patient-centered spiritual care: Recommended competencies for family medicine resident education. **Academic Medicine**, v.85, n.12, p.1897–1904, 2010.

ANANDARAJAH, Gowri et al. A 10-Year Longitudinal Study of Effects of a Multifaceted Residency Spiritual Care Curriculum: Clinical Ability, Professional Formation, End-of-Life and Culture. **Journal of Pain and Symptom Management**. 2016

ANANDARAJAH, Gowri; STUMPPFF, Jeffrey. Integrating spirituality into medical practice: a survey of FM clerkship students. **Family Medicine**, v.36, n.3, p.160-161, 2004.

ANDERSON, Maria Inez P.; DEMARZO, Marcelo Marcos P.; RODRIGUES, Ricardo D. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.3, n.11, p.157-172, 2007.

BARNETT, Katherine G.; FORTIN, Auguste H. Spirituality and medicine. A workshop for medical students and residents. **Journal of General Internal Medicine**, v. 21, n. 5, p. 481–485, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>, Acesso em: 04 ago. 2019.

COELHO, Ivan B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: de novo a questão dos

modelos. In: CAMPOS, Gastão W. de S.; GUERRERO, André V. P. (Orgs.). **Manual de práticas em Atenção Básica**: saúde ampliada e compartilhada. 2a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. 411 pp.

CORTEZ, Elaine A. et al. O dito e o feito sobre religiosidade e espiritualidade na disciplina de enfermagem em saúde mental. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], nov. 2010. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1034>>, Acesso em: 18 nov. 2016.

CURLIN, Farr A. et al. Religious Characteristics of U.S. Physicians. **Journal of General Internal Medicine**, v.20, p.629–634, 2005.

DAL-FARRA, Rossano A.; GEREMIA, César. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 4, p. 587-597, 2010.

FELDSTEIN, Chaplain Bruce D. et al. Integrating Spirituality and Culture with End-of-Life Care in Medical Education. **Clinical Gerontologist**, n.31, v.4, p.71-82, 2008.

FORTIN VI, Auguste H.; BARNETT, Katherine G. Medical school curricula in spirituality and medicine. **JAMA**, v.291, n.23, 2004.

GIOVANELLA, LA. Atenção primária nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. De Saúde Pública**, RJ, 22(5) 951-963, maio 2006.

GUCK, Thomas P.; KAVAN, Michael G. Medical student beliefs: spirituality's relationship to health and place in the medical school curriculum. **Medical Teacher**, v. 28, n. 8, 2006, pp. 702–707.

GUIMARÃES, Hélio P.; AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**, n.34, supl.1, p.88-94, 2007.

HOLMES, Seth M.; RABOW, Michael W.; DIBBLE, Suzanne L. Screening the soul: Communication regarding spiritual concerns among primary care physicians and seriously ill patients approaching the end of life. **American Journal of Hospice & Palliative Medicine**, v. 23, n. 1, p. 25–33, fev. 2006.

ISAAC, Kathleen S.; HAY, Jennifer L.; LUBETKIN, Erica I. Incorporating Spirituality in Primary Care. **Journal of Religion and Health**, v. 55, n. 3, p. 1065–1077, Jun. 2016.

KING Dana E., CRISP J. Spirituality and healthcare education in family practice residency programs. **Family Medicine**, n.37, v.6, p.399-403, 2005.

KOENIG, Harold G. **Spirituality in patient care**: why, how, when, and what. Pensilvânia: Templeton Foundation Press, 2002, 123p.

KOENIG, Harold G. et al. Spirituality in Medical School Curricula: Findings from a National Survey. **INT'L J. Psychiatry in Medicine**, v. 40, n. 4, p. 391-398, 2010.

KOENIG, Harold G. **Medicina, religião e saúde**: o encontro da ciência e da espiritualidade. Abreu I, Tradutor. Porto Alegre: L&PM; 2012

LAMBIE D. et al. How spirituality is understood and taught in New Zealand medical schools. **Palliat Support Care**, v.13, n.1, p.53-58, 2015.

LEDFORD, Christy J. W. et al. Differences in physician communication when patients ask versus tell about religion/spirituality: A pilot study. **Family Medicine**, v. 47, n. 2, p. 138-142, 2015.

LEE-POY, Michael et al. Asking patients about their religious and spiritual beliefs: Cross-sectional study of family physicians. **Can Fam Physician**, v.62, n. 9, p.555-561, Set. 2016.

LOBOPRABHU, Sheila; LOMAX, James. The role of spirituality in medical school and psychiatry residency education. **International Journal of Applied Psychoanalytic Studies**, v. 7, n. 2, p. 180-192, 2010.

LUCCHETTI, Giancarlo; GRANERO, Alessandra L. Spirituality and Health's Most Productive Researchers: The Role of Primary Care Physicians. **Family Medicine**, v. 42, n. 9, p. 656-657, 2010.

LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra L. G.; PUCHALSKI, Christina M. Spirituality in medical education: global reality? **J Relig Health**, v. 51, n. 1, p. 3-19, 2012.

LUCCHETTI, Giancarlo et al. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. **BioMedCentral Medical Education**, v. 12, n. 78, p. 1-8, 2012.

LUCCHETTI Giancalo et al. Medical students, spirituality and religiosity--results from the multicenter study SBAME. **BMC Med Educ**, v.13, p.162, 2013.

LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra L. G. Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research (1999-2013). **INT'L. J. Psychiatry in Medicine**, v.48, n.3, p.199-215, 2014.

LUCKHAUPT, Sara 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. **Academic Medicine**, v. 80, n. 6, p. 560- 570, jun. 2005.

MCLEOD, Deborah L.; WRIGHT, Lorraine M. Living the as-yet unanswered: spiritual care practices in family systems nursing. **Journal of Family Nursing**, v. 14, n. 1, p. 118-141, Fev. 2008.

MONROE, Michael H. et al. Primary care physician preferences regarding spiritual behavior in medical practice. **Arch Intern Med.**, v. 163, n. 22, p. 2751–2756, dez. 2003.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. O crescente impacto das publicações em espiritualidade e saúde e o papel da Revista de Psiquiatria Clínica. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v.37, supl.2, p. 41-42, 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; KOENIG, Harold G.; LUCCHETTI, Giancarlo. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.36, p.176-182, 2014.

NEELY, David; MINFORD, Eunice J. Current status of teaching on spirituality in UK medical schools. **Medical Education**, n.42, p.176–182, 2008.

PARGAMENT, Kenneth I.; SMITH, Bruce W.; KOENIG, Harold G.; PEREZ, Lisa. Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v.37, n.4, p. 710-724, 1998.

PUCHALSKI, Christina. Spirituality and Medicine: Curricula in Medical Education. *Journal of Cancer Education*, n.21, v.1, p.14-18, 2006.

PUCHALSKI, Christina ; LARSON, David. Developing curricula in spirituality and medicine. **Academic Medicine**, n.73, p.970-974, 1998.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TANYI, Ruth A.; MCKENZIE, Monica; CHAPEK, Cynthia. How family practice physicians, nurse practitioners, and physician assistants incorporate spiritual care in practice. **J Am Acad Nurse Pract.**, v. 21, n. 12, p. 690-697, dez. 2009.

ARTIGO 2

A RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE (R/E) NA PRÁTICA CLÍNICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Larissa Tristão Gramacho¹

Marcus Welby-Borges²

RESUMO: Introdução: Uma vasta literatura tem apontado a influência da R/E na saúde dos indivíduos e a importância desta para os pacientes. Evidências também indicam haver uma demanda pela inserção da R/E nos cuidados primários de pacientes e, por outro lado, um despreparo dos profissionais para atender tal necessidade. **Objetivo:** investigar na literatura, através de uma revisão integrativa, a relação entre R/E e APS, com foco na prática de cuidados primários. **Metodologia:** utilizou-se como fonte de pesquisa 5 bases de dados: PubMed, BVS, Scopus, Web of Science e Scielo. A melhor estratégia de busca encontrada foi (*spiritual* OR religio**) AND (*“primary care” OR “primary health” OR “family doctor” OR “family medicine” OR “family physician” OR “general practitioner” OR “generalist”*). A sistematização dos resultados foi realizada a partir das características principais dos artigos e da categorização destes. A análise de dados permitiu a criação de 5 categorias. **Resultados:** Foram selecionados ao todo 18 artigos para compor a amostra final. A grande maioria eram estudos empíricos, realizados em instituições ou hospitais universitários dos EUA, a partir de banco de dados, que utilizavam questionários e/ou escalas como instrumentos de coleta de dados, tendo como participantes médicos e/ou residentes. De uma forma geral, boa parte dos médicos e residentes de cuidados primários acreditavam que deveriam conhecer as crenças dos seus pacientes e se sentiam minimamente confortáveis em fazê-lo. A especialidade de medicina de família se destacou quanto à oferta deste cuidado e a R/E dos médicos influenciou a atitude e opinião destes. **Considerações Finais:** Apesar da baixa frequência em abordar a R/E nas práticas de cuidados primários e dos muitos desafios à inserção desta temática no encontro clínico e na educação médica, percebe-se uma efetiva e crescente participação dos profissionais de APS tanto na oferta do cuidado espiritual quanto na produção científica da área.

Palavras-chave: Espiritualidade, Religião, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: Introduction: A large number of studies has pointed out the influence of S/R on individuals health and the importance of spirituality and/or religion (S/R) for

¹ Mestranda do PPG/EISU – Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, Instituto de Humanidades Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador-BA.

² Orientador, professor Adjunto do Departamento de Biointeração, Instituto de Ciências da Saúde (ICS) e PPG/EISU, UFBA, Salvador-BA.

patients. Evidence also indicates a demand for the insertion of S/R into patients primary care and, on the other hand, a lack of professional capacitation to meet this need. **Objective:** to investigate, through an integrative review, the relationship between S/R and Primary Health Care (PHC), focusing on the primary care practice. **Methodology:** PubMed, BVS, Scopus, Web of Science and Scielo were used as research sources. The best search strategy found was (*spiritual* OR religio**) AND (“*primary care*” OR “*primary health*” OR “*family doctor*” OR “*family medicine*” OR “*family physician*” OR “*general practitioner*” OR “*generalist*”). The systematization of the results was carried out from the articles main characteristics and the categorization of these results. Data analysis allowed the creation of 5 categories. **Results:** A total of 18 articles were selected to compose the final sample. The vast majority were empirical studies, conducted in university institutions and/or hospitals in the United States, from a database, which used questionnaires and/or scales as instruments, and had physicians and residents as participants. Overall, many primary care physicians and residents believed that they should know the beliefs of their patients and felt minimally comfortable doing so. The specialty of family medicine stood out on this care and the doctors’ own S/R influenced their attitude and opinion regarding this issue. **Final Considerations:** Despite the low attendance of S/R in primary care practices and the many challenges to the insertion of this theme in the clinical encounter and in medical education, a great participation of PHC professionals is seen in both the provision of spiritual care and in the scientific production area.

Keywords: Spirituality, Religion, Primary Health Care

INTRODUÇÃO

A religião e a espiritualidade constituem-se como um dos mais significativos fatores culturais que originam as estruturas e dão sentido e significado às experiências, valores e comportamentos humanos (LUKOFF et al., 1995 apud MUELLER, PLEVAK e RUMMANS, 2001). Apesar de serem constructos diferentes, ambos aparecem geralmente de forma associada na literatura, devido à espiritualidade ser um conceito muito amplo e de difícil mensuração. Esta corresponde à busca pessoal por significado e sentido de vida, pelo sagrado e transcendente, que pode ou não levar ou surgir a partir de rituais e filiação religiosa. A religião, por sua vez, corresponde a um sistema organizado de crenças, práticas, símbolos e rituais ligados ao sagrado e transcendente (KOENIG, MCCULLOUGH e LARSON, 2001).

A espiritualidade passou a integrar o conceito multidisciplinar de saúde em 1999, a partir da promulgação de uma emenda à resolução constitucional da Organização Mundial da Saúde – OMS (WHO, 1999). Atualmente, a saúde e a R/E configuram uma área reconhecida pela APA (Associação Americana de Psiquiatria), e tem se tornado um

campo promissor de estudos e publicações científicas (GUIMARÃES e AVEZUM, 2007; MOREIRA-ALMEIDA, 2007).

Este campo tem demonstrado, principalmente ao longo das duas últimas décadas (MOREIRA-ALMEIDA e LUCCHETTI, 2016), inúmeras evidências acerca da influência positiva da R/E tanto na saúde física e biológica (GUIMARÃES e AVEZUM, 2007), quanto na mental e psicológica dos indivíduos (MOREIRA-ALMEIDA, KOENIG e LUCCHETTI, 2014). Há evidências também da influência da R/E na tomada de decisões médicas, na escolha e adesão ao tratamento, e nas questões éticas e conflitantes ligadas ao final da vida (KOENIG, 2002; SANTOS, 2009; MIQUELETTO et al., 2017).

Ainda neste contexto, há um reconhecimento acerca da importância que esta dimensão tem para os pacientes, tanto na forma de se compreender e dar sentido à doença, como na forma de lidar e enfrentar o adoecimento e a morte, bem como situações de estresse e sofrimento (MOREIRA-ALMEIDA e STROPPIA, 2009). Estudos indicam que os pacientes consideram a saúde espiritual tão importante quanto a saúde física (MUELLER, PLEVAK e RUMMANS, 2001) e desejam que suas necessidades espirituais sejam conhecidas e abordadas por estes profissionais, principalmente dentro dos seus cuidados primários (WILKINSON et al., 2008).

Estes são ofertados pela Atenção Primária à Saúde (APS), que corresponde à assistência essencial em saúde, voltada para o atendimento da maioria das necessidades das famílias – através de recursos e tecnologias de baixo custo, para ser acessível à toda a população (WHO, 1978). Este nível assistencial corresponde ao primeiro contato das famílias e indivíduos na procura por atendimento, por estar mais próximo da vida diária das pessoas e da comunidade (STARFIELD, 2002). No Brasil, também denominada como Atenção Básica, tem a Saúde da Família como foco, devendo coordenar toda a rede de atenção à saúde (ALMEIDA, 2014), através de ações de prevenção, promoção e reabilitação, que busquem oferecer um cuidado integral, a partir da valorização da singularidade dos sujeitos e da sua inserção cultural (BRASIL, 2012).

No que tange à relação entre a APS e a R/E, pesquisas revelam que tanto a mulher quanto o homem que têm um alto nível de religiosidade apresentam uma maior tendência a utilizarem os serviços preventivos de saúde (BENJAMINS e BROWN, 2004), bem como a população que apresenta um propósito de vida elevado, o que gera menos gastos para o sistema de saúde, já que esta tem menores custos do que os outros níveis de atenção (KIM, STRECHER e RYFF, 2014). A satisfação dos pacientes atendidos pelos serviços

de APS também está ligada à R/E, sendo maior à medida em que esta dimensão é incorporada nos seus cuidados primários em saúde (WILKINSON et al., 2008).

Quanto ao Brasil, a discussão sobre R/E e saúde se insere no contexto de reflexões sobre as práticas médicas e sobre a humanização do SUS (Sistema Único de Saúde). Diante de práticas clínicas rígidas e engessadas no modelo biomédico fragmentado, percebeu-se a necessidade de melhoria do cuidado ofertado nos serviços de saúde. Assim, deu-se início ao processo de humanização do cuidado à saúde, cuja proposta é a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos na produção de saúde, e, conseqüentemente também, na produção de subjetividade, através da autonomia e protagonismo dos seus atores e autores (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, a clínica ampliada surge como uma forma de superar o modelo hegemônico saturado, em direção a uma abertura para a oferta de um cuidado mais humanizado e integral. Pautada na produção de vida e de sujeitos, este novo modo de fazer clínico/clínica tira o foco da doença e do combate aos seus sintomas, e coloca-o sobre os usuários e seu modo de viver mesmo diante/com do adoecimento. A clínica ampliada, neste processo, integra diferentes saberes na construção de novas práticas em saúde, que dêem conta da multiplicidade e diversidade da realidade brasileira, bem como da complexidade que envolve este campo (BRASIL, 2009).

Uma vez que a proposta de abordar a R/E no cuidado em saúde parte de uma abordagem de cuidado centrada no paciente, a APS, nesta perspectiva ampliada, se torna um locus de atuação importante para tal, considerando-se que seu foco também é o sujeito e não a doença ou os sintomas. Nesse sentido, pensar a clínica ampliada no Brasil, especialmente na APS, requer também refletir acerca da R/E e saúde, bem como das suas formas de inserção neste contexto e as ferramentas utilizadas para tal. Diante da proximidade da APS à vida dos pacientes e das suas famílias, e da importância que a R/E tem para estes (KOENIG, 2002), se faz necessário refletir acerca das relações entre esta dimensão e este nível assistencial.

Assim, o presente trabalho teve como objetivo investigar como a R/E é inserida na prática clínica de profissionais de cuidados primários à saúde, através de uma revisão integrativa. Buscou-se refletir ainda sobre as formas como a R/E é inserida na prática clínica, quais as ações e exemplos já descritos na literatura, quais as ferramentas utilizadas para se abordar esta dimensão, bem como os desafios encontrados para tal. Nesse ínterim, algumas reflexões sobre o contexto brasileiro serão tecidas, buscando fazer uma aproximação destas discussões à realidade do país.

METODOLOGIA

Este trabalho se propõe a realizar uma revisão integrativa, caracterizada como ampla, por permitir a inclusão de diferentes metodologias, experimentais e não-experimentais, e servir a variados propósitos, desde a sintetização de evidências e teorias, até a conceituação e explicação de um dado fenômeno. Esta metodologia possibilita um entendimento holístico do objeto, através da compreensão do contexto, dos processos e dos elementos subjetivos ligados ao tópico estudado (WHITTEMORE e KNAFL, 2005).

Uma vez que a revisão integrativa propõe a utilização de mais de uma fonte de pesquisa e estratégia de busca (WHITTEMORE e KNAFL, 2005), foram utilizadas como fontes de dados as seguintes bases: a PubMed, por ser a maior base de dados internacional na área da saúde; a BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), por ser a maior base de dados em saúde da América Latina e Caribe, que apresenta um portal para cada país da rede, incluindo o Brasil; a Scielo, por ser a maior base em nível nacional; a Web of Science e a Scopus, por terem uma grande relevância no meio científico em geral.

A melhor estratégia de busca encontrada foi (*spiritual* OR religio**) AND (“*primary care*” OR “*primary health*” OR “*family doctor*” OR “*family medicine*” OR “*family physician*” OR “*general practitioner*” OR “*generalist*”). Os descritores não foram utilizados em português uma vez que não apresentaram diferenças nas bases de dados em que eram reconhecidas (BVS e SCIELO). A seleção de artigos foi feita durante o mês de maio de 2017, e a pergunta norteadora foi: “como a R/E está inserida no cuidado da Atenção Primária à Saúde?”.

Para a seleção dos artigos, os critérios de inclusão foram definidos para permitir a admissão daqueles que abordassem a R/E e a APS ou os cuidados primários em saúde, com foco nos profissionais deste nível de atenção. A saber, foram incluídos artigos que focassem a opinião e/ou a prática de profissionais de especialidades características da APS e/ou que desenvolvessem práticas de cuidados primários em saúde. Como os cuidados primários são desenvolvidos em outros países em diferentes contextos e serviços, foram incluídas pesquisas realizadas em hospitais, porém somente aquelas que trouxessem os cuidados primários ou os profissionais que desenvolvessem tais cuidados como tema principal do trabalho.

Nesse sentido, foram excluídos artigos que abordassem outras especialidades de profissionais, não característicos da APS; que trouxessem a R/E apenas como variável de estudo; que tivessem o foco em *coping* religioso; que abordassem a visão exclusiva de

pacientes; que trouxessem outros tipos de cuidado (como geral e paliativo) e não definidos ou especificados como primários. Por fim, foram excluídos artigos que, mesmo trazendo o descritor *primary care* no título ou nas palavras-chave, não utilizaram este descritor ao longo do texto, e não atenderam ao objetivo do trabalho.

Assim, o processo seletivo dos artigos (conforme descrito na figura 1, abaixo) permitiu a seleção de 18 artigos para compor a amostra final – 16 oriundos da PubMed e 2 da Web of Science. Não houve seleção a partir da Scielo, Scopus nem da BVS porque todos os artigos selecionados também se repetiram na PubMed.

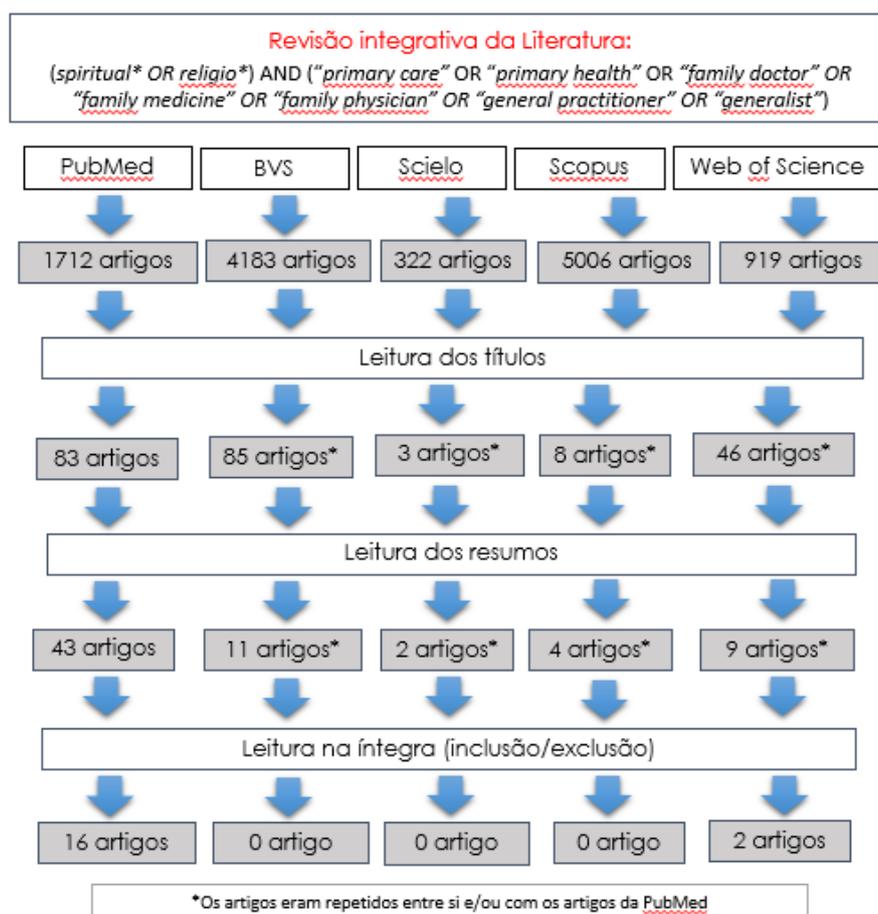


Figura 1. Quadro de seleção dos artigos

Embora tenham sido seguidas as orientações publicadas por diversos autores sobre revisões integrativas (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008; WHITTEMORE e KNAFL, 2005), este estudo apresenta algumas limitações quanto à metodologia. Essas limitações envolvem a seleção dos artigos e estratégia de busca nas bases de dados utilizadas, que não foram suficientes para abarcar toda a gama de produção acerca da prática em APS. Alguns dos autores, por exemplo, publicaram outros artigos relevantes sobre a temática, que não apareceram como resultados das buscas realizadas.

Considerando-se que foram utilizadas essas bases de dados e que foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão para os artigos que compuseram esse estudo, os artigos identificados com a temática que não apareceram nas buscas não foram integrados ao escopo de trabalhos a serem analisados. No entanto, esses artigos foram utilizados na discussão dos resultados.

A sistematização dos resultados foi realizada em duas etapas: a primeira foi feita a partir das características principais dos artigos: autores, ano de publicação, tipo de estudo e método de coleta de dados, participantes da pesquisa e local do estudo – que se refere ao país e contexto/local onde foi desenvolvida a pesquisa. Na segunda etapa, foram criadas as seguintes categorias de análise, a partir dos principais resultados das pesquisas: 1. “Opiniões relacionadas à R/E”, 2. “Opinião sobre a inserção da R/E no encontro clínico”, 3. “Influência da R/E em decisões e comportamentos médicos”, 4. Abordagem da R/E no contexto clínico, 5. “Fatores positivos, desafios e soluções para a inserção/abordagem da R/E no encontro clínico”. Estas categorias foram criadas a partir do objetivo das pesquisas encontradas e dos resultados apresentados, com base nos principais pontos discutidos na literatura.

RESULTADOS

1. Caracterização dos artigos

Dos artigos analisados (n=18), a grande maioria eram estudos empíricos, com dados primários, exceto um, que era teórico, caracterizando-se como revisão bibliográfica. Dos estudos empíricos (n=17), diversos utilizaram questionários (n=9) para coleta de dados, outros utilizaram questionários combinados com escalas (n=3) ou com exame clínico estruturado – OSCE (n=1), entrevistas (n=3) e apenas um artigo (n=1) utilizou somente escalas.

Em relação aos autores dos artigos, os mais frequentes foram Farr A. Curlin e Jonh D. Yoon (com 7 artigos cada), seguidos por Kenneth A. Rasinski. (com 6), Ryan E. Lawrence (com 4) e Harold G. Koenig (com 3). Foi possível observar que estes autores colaboraram entre si em diversos estudos, o que parece indicar uma articulação entre eles e os diferentes grupos de pesquisa.

Quanto ao ano de publicação (Figura 2), os artigos dataram de 2003 a 2016, tendo pelo menos uma publicação por ano, exceto em 2004, 2007 e 2010 (que não tiveram

nenhuma). Os anos com maior número de publicações foram os de 2013 (n=3) e 2005 (n=3). No geral, neste período, foram publicados de 1 a 3 artigos por ano, aproximadamente.

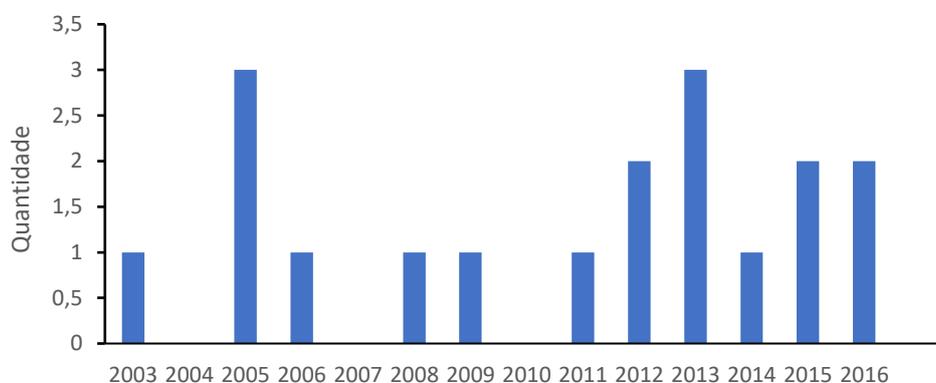


Figura 2. Número de artigos por ano de publicação

Os participantes das pesquisas eram em sua grande maioria médicos e/ou residentes de medicina (n=12). Algumas pesquisas foram feitas com médicos ou enfermeiros e seus pacientes e familiares (n=3), e outras com diferentes profissionais de saúde – médicos, enfermeiros e assistentes (n=2). Dentre as especialidades mais citadas estavam a Saúde/Medicina de Família, seguida pela Psiquiatria, Medicina Interna e Medicina Geral.

Com relação aos artigos de pesquisa empírica (n=17), quase todos foram realizados nos EUA (n=14), apenas dois no Canadá (n=2), e um não foi possível identificar o país (n=1). Os locais onde foram selecionados os participantes e a coleta de dados variaram entre instituições, clínicas e/ou hospitais de ensino (n=5); bancos de dados da internet (n=9), tendo destaque para o *American Medical Association Physician Masterfile*, que foi o mais utilizado; hospital comunitário (n=1); clínicas de cuidados primários (n=1); e contexto não especificado (n=1). (Figura 3).

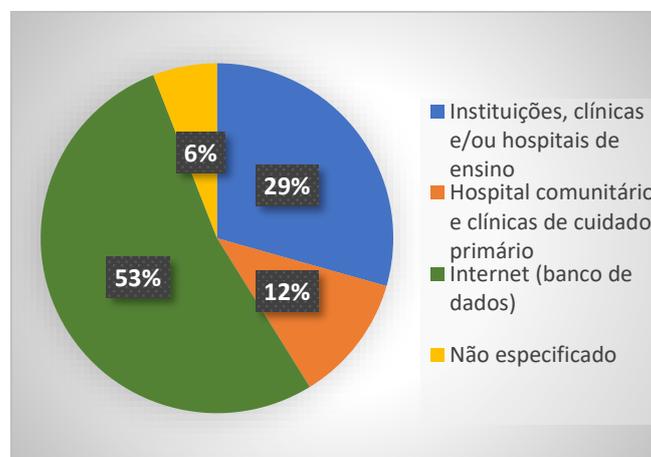


Figura 3. Porcentagem de pesquisas realizadas por contexto/local do estudo

2. Categorização dos artigos

Os artigos selecionados foram agrupados em cinco categorias conforme os quadros 1 a 5. Cada categoria foi composta por três a cinco artigos, e a última teve três artigos que pertenciam também a outras categorias, devido à sua abrangência e amplitude de informações.

2.1 OPINIÕES RELACIONADAS À R/E:

Quadro 1. Opiniões relacionadas à R/E

Estudo/Categoria	Autores	Ano	Tipo e Método	Participantes	Local
“A Spiritual Problem? Primary Care Physicians’ and Psychiatrists’ Interpretations of Medically Unexplained Symptoms”	Jiwon Helen Shin; John D. Yoon; Kenneth A. Rasinski; Harold G. Koenig; Keith G. Meador; Farr A. Curlin	2012	Estudo empírico; Questionário	512 psiquiatras e 1504 médicos de cuidados primários, cuja única especialidade fosse em medicina interna, prática geral ou medicina de família	EUA (American Medical Association Physician Masterfile – banco de dados nacional)
“Physicians’ Beliefs About Faith-Based Treatments for Alcoholism”	Ryan E. Lawrence; Kenneth A. Rasinski; John D. Yoon; Harold G. Koenig; Keith G. Meador; Farr A. Curlin	2012	Estudo empírico; Questionário	512 psiquiatras e 1504 médicos de cuidados primários, cuja única especialidade fosse em medicina interna, prática geral ou medicina de família	EUA (American Medical Association Physician Masterfile – banco de dados nacional)
“Providing Guidance to patients: physicians views about the relative responsibilities of doctors and religious communities”	Alexander H. Sheppe ; Roscoe F. Nicholson III ; Kenneth A. Rasinski ; John D. Yoon e Farr A. Curlin.	2013	Estudo Empírico - Questionário	1504 médicos generalistas dos EUA com especialidade em medicina interna, medicina/prática familiar ou prática geral	EUA (American Medical Association Physician Masterfile – banco de dados nacional)
“Religion, sense of calling, and the practice of medicine: findings from a national survey of primary care physicians and psychiatrists”	John D. Yoon; Jiwon H. Shin; Andy L. Nian and Farr A. Curlin	2015	Estudo Empírico - Questionário	512 psiquiatras e 1504 médicos de cuidados primários, cuja única especialidade fosse em medicina interna, prática geral ou medicina de família	EUA (American Medical Association Physician Masterfile – banco de dados nacional)

A primeira categoria (Quadro 1) inclui estudos sobre visões e opiniões de profissionais de especialidades de APS que estejam de alguma forma ligadas à prática profissional e à R/E. Nesta categoria, houve apenas profissionais médicos, de

especialidade em medicina de família, medicina interna, medicina geral e psiquiatria. Os temas dos artigos que compõe esta categoria são: a interpretação de sintomas médicos ambíguos, a eficácia de programas baseados na fé, a responsabilidade de médicos e de comunidades religiosas no cuidado espiritual ao paciente e o sentido de chamado de médicos de cuidados primários e psiquiatras. Foi possível a inclusão de 4 artigos para esta categoria: Shin et al., 2012; Lawrence et al., 2012; Sheppe et al., 2013; e Yoon et al., 2015. A maioria desses comparava a opinião/visão de médicos de atenção primária com a de psiquiatras, exceto o trabalho de Sheppe et al., 2013.

Neste sentido, a pesquisa de Shin e colaboradores (2012), sobre sintomas médicos inexplicados/ambíguos (MUS), indicou que um terço dos 2.016 médicos de atenção primária e psiquiatras pesquisados acreditavam que a origem de tais sintomas era espiritual e dois terços acreditavam que os pacientes se beneficiariam ao se prestar mais atenção à vida espiritual destes. Entretanto, os médicos de atenção primária se mostraram mais propensos a interpretar as causas do MUS como decorrentes de problemas espirituais do que os psiquiatras. Por outro lado, os psiquiatras eram mais confiantes na ciência para explicar o MUS e oferecer um tratamento medicamentoso eficaz do que os médicos de cuidados primários.

A pesquisa nacional de Lawrence e colaboradores (2012) sobre a opinião de médicos de atenção primária e psiquiatras acerca da eficácia de tratamentos baseados na fé para o alcoolismo, por sua vez, indicou que os médicos de atenção primária tendiam a conhecer e acreditar menos na eficácia do programa dos Alcoólicos Anônimos (57%), de tratamentos farmacológicos realizados por especialista (22%) e de programas de reabilitação residencial (38%) do que os psiquiatras (47% destes acreditavam na eficácia dos programas de reabilitação, 31% nos tratamentos farmacológicos e 64% no programa Alcoólicos Anônimos), talvez pela menor aproximação e treinamento na área de saúde mental. Esta pesquisa revelou ainda que a maioria dos médicos de cuidados primários (85%) e psiquiatras (81%) acreditava na importância do componente espiritual para o sucesso dos programas de 12 passos – principal programa dos Alcoólicos Anônimos para o tratamento da dependência de álcool, sendo também favoráveis a encaminhar os pacientes para programas baseados na fé.

Já o estudo realizado por Sheppe e colaboradores (2013), sobre as responsabilidades atribuídas a médicos e comunidades religiosas na orientação de pacientes acerca da escolha por tratamento, revelou que os médicos de cuidados primários (com especialização em medicina interna, medicina/prática familiar ou prática geral, sem uma

segunda especialidade médica) acreditavam que ambos tinham responsabilidade para tal, uma vez que todas as opções médicas tivessem sido apresentadas. Entretanto, o grau de responsabilidade variou conforme a situação clínica proposta: os médicos acreditavam que tinham mais responsabilidade quando o paciente enfrentava um diagnóstico ou uma crise médica assustadora e experienciava ansiedade ou depressão. Já os casos que foram atribuídos a uma maior responsabilidade por parte das comunidades religiosas foram as situações de decisão médica moralmente complexas, seguida pela morte iminente do paciente. As respostas dos médicos, porém, diferiram quanto à idade, etnia, afiliação religiosa do médico e importância da religião em suas vidas. Desta forma, quanto mais velho fosse o médico, de etnia hispânica ou latina, de religião evangélica protestante e que tem a religião como um ou o aspecto mais importante da sua vida, maior era a tendência do médico de atribuir uma alta responsabilidade às comunidades religiosas.

Por fim, Yoon e colaboradores (2015), em uma pesquisa sobre o sentido de chamado dos médicos de atenção primária e psiquiatras, encontraram que boa parte deles (83% dos primeiros e 81% dos segundos) tendia a sentir a prática da medicina como um chamado, e que esta sensação era mais forte ou intensa à medida que ambos eram mais religiosos ou espirituais.

Em resumo, as pesquisas que compuseram esta categoria demonstraram que tanto os médicos de APS como os psiquiatras concordavam quanto à importância da R/E para a saúde dos pacientes (SHIN et al., 2012) e o sucesso de programas de tratamento baseados na fé (LAWRENCE et al., 2012), além de sentirem a prática médica como um chamado (YOON et al., 2015). Entretanto, os médicos de APS acreditavam que eram mais responsáveis por orientar as escolhas de tratamento dos pacientes do que as comunidades religiosas (SHEPPE et al., 2013), e tendiam a acreditar mais na origem espiritual do MUS do que os psiquiatras (SHIN et al., 2012). Estes, por sua vez, concordavam que a ciência poderia explicar os sintomas do MUS e oferecer tratamentos (SHIN et al., 2012), e acreditavam na eficácia dos tratamentos médicos/medicamentosos e de programas baseados na fé para o alcoolismo, mais do que os médicos de cuidados primários (LAWRENCE et al., 2012).

2.2 OPINIÃO SOBRE A INSERÇÃO DA R/E NO ENCONTRO CLÍNICO:

Quadro 2. Opinião sobre a inserção da R/E no encontro clínico

Estudo/Categoria	Autores	Ano	Tipo e Método	Participantes	Local
“Primary Care Physician Preferences regarding spiritual behavior in Medical Practice”	Michael Monroe; Deborah Bynum; Beth Susi, Nancy Phifer; Linda Schultz; Mark Franco; Charles MacLean; Sam Cykert; e Joanne Garrett	2003	Estudo empírico; Questionário (físico) e Escala de Bem-Estar Espiritual	768 Médicos e residentes de medicina interna e prática de família	EUA (6 hospitais de ensino localizados na Carolina do Norte, Vermonte e Florida)
“Beliefs of Primary Care Residents Regarding Spirituality and Religion in Clinical Encounters with Patients: A Study at a Midwestern U.S. Teaching Institution”	Sara E. Luckhaupt; Michael S. Yi; Caroline V. Mueller; Joseph M. Mrus; Amy H. Peterman; Christina M. Puchalski; Joel Tsevat	2005	Estudo empírico; Questionário e escalas (Spiritual Well-being Scale, the Duke Religion Index, e Brief RCOPE)	247 residentes de cuidados primários com especialidades em medicina de família, medicina interna pediatria e medicina interna combinada com pediatria	EUA (Grande instituição de ensino do centro-oeste dos EUA)
“Are Residents Willing to Discuss Spirituality with Patients?”	Aaron Saguil; Annette L. Fitzpatrick; e Gary Clark	2011	Estudo empírico; Questionário e escala de Bem-estar espiritual	363 residentes do segundo ou terceiro ano de programas exclusivos de medicina de família	EUA (US Census Bureau 2010 e American Academy of Family Physicians –banco de dados)

Na segunda categoria estão os artigos que abordam a opinião de profissionais de APS sobre a inserção da R/E no encontro com o paciente. Foram incluídos nesta categoria 3 estudos – Monroe et al., 2003; Luckhaupt et al., 2005; Saguil, Fitzpatrick e Clark, 2011.

No estudo de Monroe e colaboradores (2003), 84,5% dos médicos e residentes de medicina interna e medicina de família de 6 instituições estadunidenses afirmaram que eles deveriam estar cientes sobre as crenças religiosas/espirituais de seus pacientes e mais da metade deles se mostraram favoráveis a participarem de orações caso fossem especificamente solicitados pelo paciente para tal. Porém, menos que um terço (menos de 256 médicos) deles acreditava que deveriam perguntar sobre tais crenças durante um encontro clínico de rotina, e muito menos rezar em silêncio para o paciente ou orar juntamente com ele durante uma visita de rotina.

Ao se comparar as especialidades, médicos de família tendiam a querer estar cientes sobre as crenças dos seus pacientes mais do que médicos internistas em todos os contextos

(settings) clínicos, estando mais favoráveis também a orar silenciosamente para seus pacientes hospitalizados e que estavam perto da morte. Os médicos de família também tendiam a ter recebido algum treinamento para abordar questões espirituais/religiosas com o paciente durante a residência mais do que os de medicina interna (MONROE et al., 2003).

Na pesquisa de Luckhaupt e colaboradores (2005), realizada com residentes de APS (com especialidades em medicina interna, medicina de família e pediatria) de uma grande instituição norte-americana, 90% (203) dos entrevistados concordaram que os médicos deveriam conhecer as crenças dos pacientes. Porém, apenas 46% dos participantes concordaram que deveriam desempenhar um papel na vida religiosa/espiritual do paciente e 36% que deveriam perguntar sobre tais crenças durante o encontro clínico. Este número aumentava significativamente nos casos de proximidade com a morte, nos quais 77% dos médicos concordavam em perguntar sobre as crenças dos pacientes. O estudo revelou ainda que os residentes do programa de medicina de família tinham uma maior propensão em concordarem com a inserção da R/E através de perguntas sobre as crenças dos pacientes durante o encontro clínico do que os residentes de medicina interna e pediatria.

A concordância em se inserir ações em R/E no encontro clínico, especialmente através de orações silenciosas ou em voz alta, foi associada positivamente às características religiosas/espirituais dos próprios entrevistados, principalmente aos seus níveis de enfrentamento religioso positivo para lidar com o estresse gerado pela residência. O oposto também foi observado – residentes com um enfrentamento religioso negativo tendiam a não desenvolver atividades religiosas/espirituais com seus pacientes, como a oração, exceto em casos de pacientes que estivessem em estado terminal. Contudo, todos os residentes que apresentaram um alto grau de enfrentamento religioso, seja positivo ou negativo, acreditavam ser importante para o paciente o médico ter crenças espirituais fortes (LUCKHAUPT et al., 2005).

No estudo desenvolvido por Saguil, Fitzpatrick e Clark (2011), por sua vez, quase a totalidade dos residentes de medicina familiar dos EUA (96,4%) concordou em discutir a espiritualidade com seus pacientes após a solicitação destes para tal. Isso pode estar associado ao conhecimento sobre fé, à própria espiritualidade dos residentes (auto-avaliada), bem como às instruções dos programas de residência para que realizem esta discussão. Foi encontrado ainda que, apesar de muitos participantes (61,7%) terem recebido algum tipo de instrução em espiritualidade durante a graduação em medicina,

menos da metade deles (43,8%) foi capaz de recordar tais informações ao longo da residência.

Em síntese, os estudos desta categoria apresentaram contradições quanto à inserção da R/E no encontro clínico. De uma forma geral, a maioria dos médicos e residentes de cuidados primários acreditava que deveria conhecer as crenças religiosas/espirituais dos seus pacientes (MONROE et al., 2003; LUCKHAUPT et al., 2005). Contudo, estes profissionais geralmente concordavam em inserir a R/E mais diretamente no cuidado, seja através de discussões sobre a temática (SAGUIL, FITZPATRICK e CLARK, 2011), como de orações (MONROE et al., 2003), apenas nos casos de solicitação pelos pacientes. Menos da metade dos médicos concordava que deveriam perguntar sobre tais crenças e realizar ou participar de orações por iniciativa própria (MONROE et al., 2003; LUCKHAUPT et al., 2005).

Comparativamente, os médicos e residentes de família tendiam a querer estar cientes sobre as crenças dos pacientes, bem como a perguntar sobre R/E e a orar silenciosamente por estes mais do que médicos e residentes de outras especialidades (MONROE et al., 2003; LUCKHAUPT et al., 2005). Os médicos de família também tendiam a ter tido algum contato com a temática previamente (MONROE et al., 2003; SAGUIL, FITZPATRICK e CLARK, 2011).

2.3 INFLUÊNCIA DA R/E NAS DECISÕES E COMPORTAMENTOS DOS MÉDICOS:

Quadro 3. Influência da R/E nas decisões e comportamentos dos médicos

Estudo/Categoria	Autores	Ano	Tipo e Método	Participantes	Local
“Religion and anxiety treatments in primary care patients”	Ryan E. Lawrence; Kenneth A. Rasinski; John D. Yoon; e Farr A Curlin	2013	Estudo empírico; Questionário	512 psiquiatras e 1504 médicos de cuidados primários, cuja única especialidade fosse em medicina interna, prática geral ou medicina de família	EUA (American Medical Association Physician Masterfile – banco de dados nacional)
“Religion and beliefs about treating medically unexplained symptoms: a survey of primary care physicians and psychiatrists”	Ryan E. Lawrence; Kenneth A. Rasinski; John D. Yoon; e Farr A Curlin	2013	Estudo empírico; Questionário	512 psiquiatras e 1504 médicos de cuidados primários, cuja única especialidade fosse em medicina interna, prática geral ou medicina de família	EUA (American Medical Association Physician Masterfile – banco de dados nacional)

"Primary care physicians' and psychiatrists' willingness to refer to religious mental health providers"	Ryan E. Lawrence; Kenneth A. Rasinski; John D. Yoon; e Farr A Curlin	2014	Estudo empírico; Questionário	512 psiquiatras e 1504 médicos de cuidados primários, cuja única especialidade fosse em medicina interna, prática geral ou medicina de família	EUA (American Medical Association Physician Masterfile – banco de dados nacional)
"Differences in physician communication when patients ask versus tell about R/E : a pilot study"	Christy J.W. Ledford; Mollie R. Canzona; Dean A. Seehusen; Lauren A. Cafferty; Monica E. Schmidt; Joseph C. Huang; Melinda M. Villagran	2015	Estudo empírico – Questionário e exame clínico estruturado e objetivo (OSCE)	27 médicos de família e médicos residentes de medicina de família	País não identificado (hospital comunitário de medicina de família)

Nesta categoria, estão 4 artigos que abordam a influência da R/E nos comportamentos e decisões dos médicos de cuidados primários: Lawrence et al., 2013a; Lawrence et al., 2013b; Lawrence et al., 2014; Ledford et al., 2015. Nesta categoria também só houve profissionais médicos abordados e médicos residentes.

Lawrence e colaboradores (2013a), em uma pesquisa sobre o tratamento de ansiedade, identificaram uma tendência de médicos de cuidados primários de encorajar pacientes ansiosos a terem um maior envolvimento com comunidades religiosas. Neste estudo, apesar da maioria dos médicos, tanto de atenção primária (40%) como de psiquiatras (50%), serem mais interessados em referenciar os pacientes para um conselheiro licenciado em saúde mental ou um psicólogo, os médicos de atenção primária tendiam mais a incentivar a utilização de recursos religiosos quando eles mesmos eram mais religiosos.

Da mesma forma, os autores, em uma outra pesquisa sobre o tratamento de pacientes com sintomas médicos inexplicados, encontraram que os médicos de atenção primária, diferente dos psiquiatras, são mais propensos a recomendar um envolvimento comunitário religioso como tratamento quando têm uma maior frequência a serviços religiosos e quando os pacientes também se mostram mais religiosos (LAWRENCE et al., 2013b).

Em outro estudo, sobre a vontade de médicos de atenção primária e psiquiatras de referenciar os pacientes a provedores religiosos de saúde mental, estes mesmos autores

perceberam que os primeiros eram menos propensos do que os segundos a conhecerem e referenciar um paciente deprimido ou ansioso para provedores locais cristãos de saúde mental. Apesar disso, havia uma maior tendência dos médicos de cuidados primários de direcionar seus pacientes a provedores que tivessem as mesmas crenças ou religião que estes. Percebeu-se ainda que os médicos de APS que eram mais religiosos, mais precisamente cristãos, tendiam a conhecer mais profissionais religiosos de saúde mental locais do que os não religiosos, sendo também mais propensos a referenciar seus pacientes a eles (LAWRENCE et al., 2014).

Ledford e colaboradores (2015), por sua vez, verificaram que os médicos e residentes de medicina de família tendiam a dar mensagens sintéticas e fechadas, de menos apoio/suporte, quando o paciente perguntava sobre R/E, diferente de quando estes traziam informações e iniciavam conversas sobre o tema – nestes casos os médicos tendiam a ser mais abertos e acolhedores.

Assim, os estudos incluídos na terceira categoria constataram que a R/E influenciou o comportamento e a tomada de decisões dos médicos de cuidados primários. Quanto mais religioso fosse o médico de atenção primária, maior era a tendência dele recomendar um maior envolvimento comunitário religioso para os pacientes ansiosos e com MUS (LAWRENCE et al., 2013a, 2013b). Da mesma forma, quando os médicos de APS tinham uma maior frequência a serviços religiosos, eles eram mais propensos a conhecer e referenciar seus pacientes a provedores religiosos de saúde mental (LAWRENCE et al., 2014), incentivando ainda a utilização de recursos religiosos quando os pacientes também eram mais religiosos (LAWRENCE et al., 2013a, 2013b). Em relação à atitude do paciente, os médicos e residentes de medicina de família apresentavam respostas mais contidas e restritas diante de perguntas sobre R/E feitas pelos pacientes, e, por outro lado, respostas mais abertas e acolhedoras quando estes iniciavam uma conversa sobre o tema (LEDFOORD et al., 2015).

2.4 ABORDAGEM DA R/E NO CONTEXTO CLÍNICO:

Quadro 4. Abordagem da R/E no contexto clínico

Estudo/Categoria	Autores	Ano	Tipo e Método	Participantes	Local
“Screening the soul: Communication regarding spiritual concerns among primary care physicians and seriously ill patients approaching the end of life”	Seth M. Holmes; Michael W. Rabow; e Suzanne L. Dibble	2006	Estudo empírico – Questionário	65 pacientes não-internados com doenças terminais e 67 médicos de cuidados primários com prática médica geral diversa	EUA (centro universitário médico urbano de uma cidade multicultural na Costa Oeste)
“Living the As-Yet Unanswered Spiritual Care Practices in Family Systems Nursing”	Deborah L. McLeod e Lorraine M. Wright	2008	Estudo empírico - (hermenêutico); Fitos de vídeos e entrevistas por telefone (gravadas em áudio)	3 famílias com graves problemas de saúde e seus enfermeiros	Canadá (FNU - clínica da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Calgary denominada Family Nursing Unit de Alberta)
“How family practice physicians, nurse practitioners, and physician assistants incorporate spiritual care in practice”	Ruth A. Tanyi; Monica McKenzie; e Cynthia Chapek	2009	Estudo empírico (qualitativo fenomenológico); Entrevistas semi-estruturadas	10 provedores de APS com especialidade em medicina de família: 3 médicos, 5 enfermeiros e 2 assistentes médicos	EUA (3 grandes clínicas da área de St. Paul, em Minneapolis)
“Asking patients about their religious and spiritual beliefs Cross-sectional study of family physicians”	Michael Lee-Poy; Moira Stewart; Bridget L. Ryan; e Judith Belle Brown	2016	Estudo empírico – Questionário (correspondência)	155 médicos de família e de prática geral (em atuação)	Canadá (Associação Médica e Universidade de Médicos e Cirurgiões de Ontário) – banco de dados
“Incorporating Spirituality in Primary Care”	Kathleen S. Isaac; Jennifer L. Hay; e Erica I. Lubetkin	2016	Estudo teórico de revisão bibliográfica	Não se aplica	Não se aplica

A quarta categoria integra artigos que trazem a prática e a frequência da abordagem da R/E no contexto clínico, e/ou ações e estratégias para tal, sendo composta por 5 artigos: Holmes, Rabow e Bibble, 2006; McLeod e Wright, 2008; Tanyi, McKenzie e Chapek, 2009; Lee-Poy et al., 2016 e Isaac, Hay e Lubetkin, 2016. Nesta categoria, as pesquisas trouxeram como participantes os pacientes, familiares, médicos e enfermeiros.

O estudo de Holmes, Rabow e Bibble (2006) apontou que, apesar dos médicos de cuidados primários (68%) acreditarem na importância do atendimento espiritual no encontro ambulatorial, e dos pacientes ambulatoriais em estado grave (62%) de um centro médico estadunidense acreditarem na importância destes médicos conhecerem as suas preocupações/questões espirituais, 60% dos pacientes não queriam que seus médicos tivessem uma “discussão espiritual” com eles e apenas 11% deles afirmaram ter sido perguntados por um médico de APS se queriam discutir questões concernentes à espiritualidade. A pesquisa revelou ainda que apenas 12% dos pacientes afirmaram terem sido perguntados sobre a importância da espiritualidade para eles, 15% foram perguntados se faziam parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual e 14% foram oferecidos uma referência de serviços de capelania. Segundo os autores, a não inserção da R/E no atendimento clínico se deve pela crença dos médicos (21%) e pacientes (37%) de não fazer parte do trabalho médico discutir tais questões, além da falta de tempo, apontada por 82% dos médicos e do sentimento de não competência apontada por 37% deles.

Entretanto, houve diferenças na conduta médica de acordo com o gênero do médico e do paciente. Os pacientes do sexo masculino tendiam a ser mais frequentemente encaminhados a serviços de capelania e as médicas do sexo feminino tendiam mais a abordar tais questões durante o encontro clínico, perguntando com mais frequência sobre a participação em comunidade espiritual e até mesmo rezando por seus pacientes. A pesquisa indicou ainda que as participantes (médicas e pacientes) do sexo feminino tendiam a considerar as questões espirituais mais importantes do que os participantes masculinos. Houve também diferenças quanto à idade e experiência dos médicos, indicando que aqueles mais experientes tendiam a dar maior atenção a tais questões do que os menos experientes, o que pode ser indicador, segundo os autores, de que esta competência pode ser aprendida ao longo do tempo (HOLMES, RABOW e DIBBLE, 2006).

O estudo de McLeod e Wright (2008) trouxe exemplos de ferramentas a serem utilizadas na abordagem da R/E, e foi realizado a partir de vídeos (fitas) gravadas dos atendimentos de três famílias que estão estavam experienciando graves problemas de saúde e os respectivos enfermeiros da clínica FNU (Family Nursing Unit). A pesquisa indicou que a coleta de histórias de doença e fé dos pacientes, bem como a escuta acolhedora com abertura para o silêncio, são ferramentas importantes na oferta do cuidado espiritual. Foram apontadas também a ressignificação das experiências passadas a partir

de compreensões e perspectivas espirituais, e de uma abertura para reinterpretar o sagrado – utilizando-se da imaginação e metáfora.

No estudo de Tanyi, McKezie e Chapek (2009), dos dez participantes, que eram provedores de cuidados primários (médicos, enfermeiros e assistentes médicos de família), nove identificaram a espiritualidade como um aspecto importante do cuidado ao paciente e perceberam como de sua responsabilidade a identificação e avaliação das necessidades espirituais destes (com exceção de um participante que considerava importante apenas se fosse importante para o paciente). Porém, apenas uma pequena parte relatou abordar diretamente as questões espirituais durante o atendimento do paciente. Poucos participantes acreditavam também que era de responsabilidade do paciente solicitar este atendimento mais específico, expressando a sua angústia espiritual.

Por outro lado, todos os participantes afirmaram ter realizado tal prática de forma indireta, através de presença ativa, escuta acolhedora, atenção positiva e atitude genuína, além de mente aberta, linguagem corporal amigável e contato olho no olho enquanto o paciente falava das suas preocupações espirituais. Dentre as ações em R/E mais diretas estavam o encorajamento ao paciente para a utilização de práticas e recursos espirituais que já lhe foram úteis e benéficos no passado, o incentivo para frequentar à igreja (quando os pacientes já realizavam esta prática) e o estímulo ao estabelecimento de conversas com autoridades religiosas (TANYI, MCKEZIE e CHAPEK, 2009).

Nesse mesmo sentido, o estudo de Lee-Poy e colaboradores (2016) sobre a frequência e o conforto em acessar a vida espiritual de pacientes também mostrou que apesar de 65% dos médicos de família pesquisados acreditarem ser importante perguntar sobre as crenças religiosas/espirituais dos seus pacientes, apenas 4,4% deles perguntavam com frequência (ou seja “na maioria das vezes”) sobre a R/E dos pacientes. Um pouco mais da metade dos médicos de família do estudo (51,8%) perguntavam somente “às vezes”. Este estudo revelou ainda que quase a totalidade dos médicos se sentiu minimamente confortável ao realizar tal prática (94,9%), e que os níveis de conforto deles estavam diretamente ligados à importância dada em perguntar sobre este aspecto. Assim, os médicos de família eram mais propensos a perguntar sobre as crenças dos pacientes quanto mais se sentiam à vontade para perguntar e, conseqüentemente, quanto mais importância davam para tal.

Por fim, Isaac, Hay e Lubetkin (2016), através de uma revisão de literatura, identificaram como exemplos de inserção da espiritualidade no cuidado primário, o estabelecimento de diálogos com o paciente que enfatizem o seu bem-estar, a prevenção

a partir da promoção de comportamentos mais saudáveis, através de conversas sobre a forma como as suas crenças espirituais facilitam ou inibem um comportamento de saúde e de mensagens positivas com princípios espirituais amplos. Outros exemplos são a coleta da história espiritual do paciente, que implica em conhecer os diferentes aspectos da experiência espiritual destes, incluindo os antecedentes religiosos e o papel das suas crenças na forma de lidar com o adoecimento e decisões médicas. Esta coleta pode ser feita através de diferentes ferramentas já construídas para tal, como a FICA (PUCHALSKI, 2014; PUCHALSKI e ROMER, 2000 apud ISAAC, HAY e LUBETKIN, 2016), o HOPE (ANANDARAJAH, 2005 apud ISAAC, HAY e LUBETKIN, 2016) e o SPIRIT (MAUGANS, 1996 apud ISAAC, HAY e LUBETKIN, 2016), todos projetados para o contexto da atenção primária.

Dessa forma, os artigos desta categoria revelaram que médicos de cuidados primários concordam quanto à importância de se abordar a R/E no encontro clínico, porém têm baixa regularidade na realização de tal prática (HOLMES, RABOW e DIBBLE, 2006; LEE-POY et al., 2016). Em relação ao conforto, os médicos de família se sentem minimamente confortáveis em perguntar sobre as crenças dos pacientes, sentindo-se mais confortáveis quanto mais acreditam na importância de fazê-lo (LEE-POY et al., 2016). Outro aspecto importante observado é que as mulheres tendem a dar mais importância à R/E e as médicas tendem a abordar mais tais questões com seus pacientes (HOLMES, RABOW e DIBBLE, 2006), assim como os médicos que eram mais experientes (LEE-POY et al., 2016).

Quanto às ações em R/E mais descritas pelos estudos desta categoria, estavam: a coleta da história espiritual do paciente (MCLEOD e WRIGHT, 2008; ISAAC, HAY e LUBETKIN, 2016), a escuta acolhedora (MCLEOD e WRIGHT, 2008; TANYI, MCKEZIE e CHAPEK, 2009), e o diálogo, que estimule uma ressignificação e reinterpretção do adoecimento e de experiências anteriores, através de mensagens espirituais amplas, que ajudem no estabelecimento do seu bem-estar (MCLEOD e WRIGHT, 2008; ISAAC, HAY e LUBETKIN, 2016).

2.5 FATORES POSITIVOS, DESAFIOS E SOLUÇÕES PARA A ABORDAGEM DA R/E:

Quadro 5. Fatores positivos, desafios e soluções para a abordagem da R/E

Estudo/Categoria	Autores	Ano	Tipo e Método	Participantes	Local
“Primary Care Physician Preferences regarding spiritual behavior in Medical Practice”	Michael Monroe; Deborah Bynum; Beth Susi, Nancy Phifer; Linda Schultz; Mark Franco; Charles MacLean; Sam Cykert; e Joanne Garrett	2003	Estudo empírico – Questionário (físico) e Escala de Bem-Estar Espiritual	768 Médicos e residentes de medicina interna e prática de família	EUA (6 hospitais de ensino localizados na Carolina do Norte, Vermonte e Florida)
“Concordant Spiritual Orientations as a Factor in Physician –Patient Spiritual Discussions: A Qualitative Study”	Mark R. Ellis e James D. Campbell	2005	Estudo empírico – Entrevistas exploratórias semi-estruturadas	10 médicos de famílias e 10 pacientes desses médicos (com doenças crônicas ou terminais)	EUA – Missouri (não foi especificado o local para seleção e coleta de dados)
“Spiritual Beliefs and Barriers Among Managed Care Practitioners”	Jeanne Mccauley; Mollie W. Jenckes; Margaret J. Tarpley; Harold G. Koenig; Lisa R. Yanek; e Diane M. Becker	2005	Estudo empírico; Escalas (Duke University-Religious Index scale; Spirituality in Patient-Care; the Spiritual Barriers Scale)	123 provedores de saúde da equipe médica (85% de médicos e 15% de técnicos de enfermagem e assistentes médicos) de especialidades de cuidados primários – medicina interna, prática de família, pediatria e ginecologia/obstetrícia	EUA – (Johns Hopkins Community Physicians – hospital com 18 ambulatórios de cuidados primários afiliado à Escola de Medicina de Johns-Hopkins de Maryland)
“Asking patients about their religious and spiritual beliefs Cross-sectional study of family physicians”	Michael Lee-Poy; Moira Stewart; Bridget L. Ryan; e Judith Belle Brown	2016	Estudo empírico – Questionário (correspondência)	155 médicos de família e de prática geral (em atuação)	Canadá (Associação Médica de Ontário e pela Universidade de Médicos e Cirurgiões de Ontário)
“Incorporating Spirituality in Primary Care”	Kathleen S. Isaac; Jennifer L. Hay; e Erica I. Lubetkin	2016	Estudo teórico de revisão bibliográfica	Não se aplica	Não se aplica

Na última categoria foram incluídos 5 estudos sobre os desafios e soluções para a inserção da R/E na prática clínica: Monroe et al., 2003; Ellis e Campbell, 2005; Mccauley et al., 2005; Lee-Poy et al., 2016; e Isaac, Hay e Lubetkin, 2016. Os estudos de Monroe et al., 2003; Lee-Poy et al., 2016; e Isaac, Hay e Lubetkin, 2016 também integram outras

categorias devido a amplitude destes. Esta categoria trouxe como participantes médicos, residentes de medicina, enfermeiros, técnicos de enfermagem e pacientes.

De acordo com a pesquisa de Ellis e Campbell (2005), médicos e pacientes tendem a perceber a espiritualidade como um dos aspectos da relação médico-paciente, cujo diálogo sobre tais questões pode ser facilitado pela concordância entre eles das mesmas crenças religiosas/espirituais. Entretanto, quando médicos e pacientes discordam sobre tais questões, barreiras se interpõem nesta relação para a discussão e abordagem. Dentre as barreiras citadas estão as diferenças entre os sistemas de crenças e a falta de consciência ou inclinação espiritual dos médicos, bem como o estilo médico inflexível e dogmático.

O estudo de Monroe e colaboradores (2003), por sua vez, revelou que o fator mais preponderante para se iniciar um contato e um comportamento espiritual/religioso com o paciente foi a própria espiritualidade/religião dos médicos. Já a barreira mais significativa apontada pelos médicos da pesquisa foi a dificuldade em identificar os pacientes que eram receptivos a tal discussão, e a preocupação dos médicos em acabar projetando as suas próprias crenças nos pacientes durante os encontros clínicos.

Nesse sentido, dentre as barreiras citadas na pesquisa de Mccauley e colaboradores (2005), estavam a falta de tempo e de treinamento como as mais significativas, seguidas pela priorização das questões médicas e do desconforto destes. Depois, a incerteza na identificação dos pacientes interessados em tal abordagem, o medo da projeção de suas próprias crenças sobre o paciente, e por fim, o medo da administração. Da mesma forma, a maioria dos médicos do estudo de Holmes, Rabow e Dibble (2006) afirmou que a falta de tempo consistia no maior empecilho para tal prática, seguida da falta de competência e da crença de não fazer parte do trabalho do médico.

A falta de tempo também foi apontada como a principal barreira no acesso e cuidado espiritual dos pacientes pela maioria dos médicos do estudo de Lee-Poy e colaboradores (2016), seguida pela falta de treinamento, apontada por quase 20% dos médicos de família, e pelo desconforto e experiências mal sucedidas do passado, apontados por aproximadamente dez entrevistados como motivos para não perguntarem novamente. Uma vez que o treinamento estava associado aos níveis de conforto, a falta deste apareceu como barreira por diminuir o conforto dos médicos no acesso à vida religiosa/espiritual dos pacientes.

Como dificuldades e barreiras para a incorporação da espiritualidade na APS, segundo Isaac, Hay e Lubetkin (2016), a ausência desta temática como parte da programação curricular obrigatória da formação e treinamento clínico, e a consequente

insegurança dos médicos para tal, aparecem como as que mais se destacam. Há ainda o desconforto devido às próprias crenças e experiências espirituais dos provedores de saúde e o medo de interferir ou prejudicar o vínculo terapêutico em casos de divergências de crenças, assim como a falta de tempo e dificuldade na identificação dos pacientes que desejam falar sobre tais questões. Por fim, são citadas a preocupação com as respostas ofensivas dos pacientes e a crença de não ser parte do papel do médico abordar as preocupações espirituais do paciente.

Como forma de solucionar tais barreiras, foi citada a realização de uma abordagem diplomática, intercultural, centrada no paciente e pautada na abertura e no cuidado do paciente. É importante se basear em uma perspectiva centrada em Deus acima de dogmas ou doutrinas para o fomento das discussões espirituais durante o encontro clínico (ELLIS e CAMPBELL, 2005). Lee-Poy e colaboradores (2016) sugerem a introdução de módulos multidisciplinares de ensino e educação no início dos currículos médicos. Por fim, a possibilidade de parcerias entre as instituições religiosas/espirituais e os profissionais de cuidados primários possibilita que tais instituições possam servir como locais para o desenvolvimento de programas de saúde ou serem colaboradores ativos na promoção do bem-estar, podendo sediar ou patrocinar eventos de saúde (ISAAC, HAY e LUBETKIN, 2016).

Assim, os artigos que compõem a última categoria trouxeram, como fatores que influenciavam positivamente a abordagem da R/E no encontro clínico, a concordância entre as crenças religiosas/espirituais de médicos e pacientes (ELLIS e CAMPBELL, 2005), e a própria R/E dos médicos (MONROE et al., 2003). Em relação aos principais desafios para tal abordagem, foram citadas: a falta de tempo, a dificuldade em identificar os pacientes interessados nesta discussão, a falta de treinamento e preparo, a divergência entre as crenças religiosas/espirituais de médicos e pacientes, o medo de prejudicar o vínculo terapêutico e acabar projetando as próprias crenças sobre estes e, por fim, a crença de não fazer parte do trabalho médico (ELLIS e CAMPBELL, 2005; MCCAULEY et al., 2005; LEE-POY et al., 2016; ISAAC, HAY e LUBETKIN, 2016; MONROE et al., 2003). O treinamento de profissionais e a oferta de disciplinas obrigatórias sobre a temática no início dos currículos médicos, bem como a conscientização dos médicos acerca da sua própria espiritualidade constituem as principais soluções apontadas pelos estudos com vistas à superação destes desafios (ELLIS e CAMPBELL, 2005; LEE-POY et al., 2016; ISAAC, HAY e LUBETKIN, 2016).

DISCUSSÃO

Diante do exposto acima, percebe-se o crescimento de pesquisas que investigam o contexto dos cuidados primários e a prática clínica em R/E. Os médicos desta especialidade, principalmente, os de medicina de família se mostraram favoráveis e abertos ao tema, conforme indicado na literatura (CURLIN et al., 2005).

De uma forma ampla, os artigos selecionados indicaram haver uma concordância entre médicos, residentes e provedores de cuidados primários sobre a importância da espiritualidade para o cuidado do paciente e o benefício para a saúde destes (LUCKHAUPT et al., 2005; TANYI, MCKEZIE e CHAPEK, 2009; SHIN et al., 2012). A literatura evidencia que, em geral, os profissionais de saúde já reconhecem a importância desta dimensão para o paciente, que deve ser integrada ao cuidado em saúde, por influenciar direta e indiretamente tanto a saúde física e mental quanto as decisões médicas e adesão ao tratamento (MUELLER, PLEVAK e RUMMANS, 2001; KOENIG, 2002; GUIMARÃES e AVEZUM, 2007; MOREIRA-ALMEIDA, 2009; SANTOS, 2009; LUCCHETTI et al., 2011b).

Contudo, apesar da identificação da necessidade de conhecerem as crenças religiosas e espirituais dos seus pacientes (MONROE et al., 2003; LUCKHAUPT et al., 2005; LEE-POY et al., 2016), foram poucos os médicos e residentes de APS que concordaram em perguntar sobre tais crenças durante um encontro clínico, sendo ainda menor a concordância em rezar em silêncio para ou junto ao paciente (MONROE et al., 2003; LUCKHAUPT et al., 2005), indicando ser baixa a frequência com que tais práticas são realizadas nesse contexto (HOLMES, RABOW e BIBBLE, 2006; LEE-POY et al., 2016).

Estes dados são compatíveis com outros estudos, que também indicaram ser baixa a frequência com que os médicos abordam a R/E no encontro clínico, sendo também baixo o encaminhamento para provedores religiosos/capelães de saúde (MAUGANS e WADLAND, 1991; KOENIG, 2002). Isso pode estar ligado a uma falta de preparo e treinamento dos profissionais e à crença de não fazer parte do seu trabalho, barreiras estas muito apontadas nos estudos inclusos tanto nesta revisão (MCCAULEY et al., 2005; HOLMES, RABOW e BIBBLE, 2006; LEE-POY et al., 2016) quanto na literatura em geral (KOENIG, 2002; SANTOS 2009; LUCCHETTI et al., 2010).

Neste sentido, vários médicos de cuidados primários não se percebem como responsáveis pela oferta do cuidado espiritual, principalmente quanto à discussão ou diálogo acerca destas questões (HOLMES, RABOW e BIBBLE, 2006). Provavelmente,

esse aspecto faz com que a maioria dos profissionais de saúde aborde a R/E apenas de forma indireta, através de presença ativa, de escuta acolhedora (MCLEOD e WRIGHT, 2008) e de uma atenção positiva e genuína no contato com o paciente (TANYI, MCKEZIE e CHAPEK, 2009). Estes achados podem estar relacionados ao receio dos médicos de cometerem um “proselitismo religioso irrefletido” (DAL-FARRA e GEREMIA, 2010, p.588), e acabar projetando as suas próprias crenças nos pacientes, o que também foi observado neste trabalho de revisão (MONROE et al., 2003; MCCAULEY et al., 2005). A literatura indica ainda, que há o receio de serem repreendidos pelos pacientes que, apesar de quererem que seus médicos conheçam as suas crenças, não desejam que estes discutam sobre o assunto durante o encontro clínico (KOENIG, 2002).

A falta de clareza e compreensão acerca do desejo dos pacientes pode justificar as diferenças de atitudes de médicos e residentes de família encontradas nos artigos, que apresentavam uma atitude mais aberta e dialógica quando os pacientes iniciavam uma conversa, em detrimento de quando estes apenas faziam perguntas sobre o tema, casos em que as respostas tendiam a ser mais sintéticas e de menos suporte (LEDFORD et al., 2015). Estudos também indicaram que os médicos e residentes de cuidados primários eram mais favoráveis para dialogar sobre as crenças e até mesmo participar de orações com os pacientes quando estes faziam solicitação para tal (MONROE et al., 2003; SAGUIL, FITZPATRICK e CLARK, 2011), revelando que estes provedores também consideravam de responsabilidade do paciente a solicitação do atendimento às suas demandas espirituais (TANYI, MCKEZIE e CHAPEK, 2009).

Outro fator descrito nos artigos, geralmente associado à frequência em se perguntar sobre as crenças dos pacientes, foi o nível de conforto dos médicos que estava relacionado à importância que estes davam à R/E e a treinamentos ou intimidade com a temática. Isso indica que este conforto pode ser adquirido através de aprendizagem e educação/formação (LEE-POY et al., 2016).

Por outro lado, o fator que mais influenciou a abordagem da R/E na prática clínica foi a própria relação dos médicos de cuidados primários com a temática e a concordância entre as suas crenças e a dos pacientes (ELLIS e CAMPBELL, 2005; MONROE et al., 2003). Assim, quanto mais religioso/espiritual o médico ou o residente de cuidados primários, maior era a tendência de sentir a prática médica como um chamado (YOON et al., 2015) e de atribuir mais responsabilidade às comunidades religiosas na orientação aos pacientes pela escolha do tratamento (SHEPPE et al., 2013). Maior também era a

concordância e tendência de inserir a R/E durante o encontro clínico, seja na investigação e conhecimento do paciente – através de perguntas sobre as suas crenças (LUCKHAUPT et al., 2005), seja nas decisões e tratamentos médicos – através de recomendações de maior envolvimento religioso (LAWRENCE et al., 2013a, 2013b).

Neste sentido, há na literatura vários estudos que corroboram estes achados. De acordo com Curlin e colaboradores (2007), os médicos que têm uma religiosidade intrínseca mais alta são mais propensos a reportarem os problemas ligados à R/E dos pacientes, a acreditarem na alta influência da R/E na saúde, e a interpretar esta influência de uma forma mais positiva do que negativa. Da mesma forma, Daaleman e Frey (1998) encontraram que os médicos que tinham um grau de religiosidade mais elevado demonstravam uma tendência crescente em referenciar os pacientes a representantes religiosos (clero).

Em relação ao comportamento dos provedores de saúde, houve diferenças nas atitudes e interpretações/crenças destes quanto ao gênero, idade, etnia e nível de experiência clínica. As médicas do sexo feminino tendiam a perguntar e orar mais por seus pacientes, e estes quando eram do sexo masculino tendiam a ser encaminhados a capelães com maior frequência do que as do sexo oposto (HOLMES, RABOW e BIBBLE, 2006). Da mesma forma, os médicos que eram de maior idade e de origem hispânica/latina também atribuíam mais responsabilidade às comunidades religiosas na orientação das decisões clínicas (de tratamento) dos pacientes (SHEPPE et al., 2013), e aqueles que eram mais experientes clinicamente davam maior importância e atenção às questões religiosas/espirituais (HOLMES, RABOW e BIBBLE, 2006).

Estudos nacionais e internacionais também confirmam estes achados ao indicarem que as pessoas do sexo feminino (HALMAN e DRAULANS, 2006 apud MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010) e os idosos tendem a ser mais religiosos/espirituais do que a população em geral (KOENIG, 2002; LUCCHETTI et al, 2011a). Da mesma forma, sabe-se que a religiosidade é muito importante para a população de origem latina e que países como o México e Porto Rico, por exemplo, apresentam altas taxas de frequência religiosa (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010). A literatura também indica que os médicos mais experientes, ou seja, principalmente com mais de 15 anos de prática, tendem a referenciar mais seus pacientes a provedores religiosos de saúde (DAALEMAN e FREY, 1998). A maior importância dada à R/E pelos médicos mais experientes e mais velhos pode indicar uma maior constatação por parte destes acerca da predominância desta temática na vida

diária e nas necessidades de saúde dos seus pacientes, bem como um maior contato com a própria espiritualidade, que geralmente ocorre quando o indivíduo atinge a meia idade.

Dentro dos exemplos de inserção da R/E na prática clínica, foram citados como principais o diálogo e a obtenção da história espiritual do paciente (TANYI, MCKEZIE e CHAPEK, 2009). Para isso, são utilizadas conversas voltadas para a compreensão de como as suas crenças influenciam os seus comportamentos de saúde e a forma como compreendem e lidam com o adoecimento, bem como de mensagens religiosas/espirituais positivas e abrangentes, que permitam a resignificação de experiências passadas, além de uma reinterpretação e ampliação do olhar sobre o sagrado e experiências religiosas/espirituais (ISAAC, HAY e LUBETKIN, 2016; MCLEOD e WRIGHT, 2008).

A literatura indica que levantar a história espiritual do paciente é uma das ações mais importantes, pois ajuda o médico a compreender as crenças de seus pacientes e como estas influenciam nas suas escolhas sobre o tratamento médico, bem como sobre a forma como lidam e compreendem o processo de adoecimento, além de servir para proporcionar informações úteis sobre os sistemas de apoio que o paciente tem e os recursos que podem auxiliar em seu tratamento. Outros exemplos de ações que podem ser realizadas pelos médicos na oferta do cuidado espiritual são a realização da avaliação espiritual, a partir do levantamento da história espiritual do paciente, cujo objetivo é identificar quais são as necessidades espirituais destes que necessitam de acompanhamento, e orar com e/ou por ele, algo que ainda é muito controverso e debatido pelos estudos (KOENIG, 2002). Segundo Koenig (2002), independente da forma como estas informações são obtidas, o que importa é que o médico as colete de forma respeitosa e sensível.

Comparando-se os médicos de APS com psiquiatras, os primeiros se mostraram mais propensos a dar uma explicação/justificativa espiritual às causas/origens dos sintomas inexplicáveis, sendo menos confiantes na ciência para explicar e tratar tais sintomas (SHIN et al., 2012). Os primeiros também tenderam a incentivar um maior envolvimento e a utilização de recursos religiosos para os pacientes ansiosos, mais do que os segundos (LAWRENCE et al., 2013a). Esse aspecto pode indicar que os médicos de APS sejam mais religiosos/espirituais do que os psiquiatras, e estejam mais dispostos a ofertar tal cuidado, por estarem mais próximo da comunidade e da família e por compreenderem o cuidado como integral. Alguns estudos corroboram esta possibilidade ao indicarem que médicos de família são tão religiosos quanto a população geral (DAALEMAN e FREY, 1999) e que eles concordam em incorporar questões importantes de R/E na prática clínica diária (MAUGANS e WADLAND, 1991).

Por outro lado, os médicos de atenção primária tendiam a conhecer menos provedores religiosos de saúde mental e programas baseados na fé para o tratamento de álcool do que os psiquiatras, mostrando-se ainda menos propensos em acreditar na eficácia destes tratamentos e a encaminharem os pacientes para tais provedores (LAWRENCE et al., 2012; LAWRENCE et al., 2014). Isso pode ser justificado pela maior aproximação dos psiquiatras com a área de R/E devido à relação mais direta entre esta e a saúde mental, bem como pelo maior treinamento em R/E desta especialidade, seja em nível de graduação como de pós-graduação (PUCHALSKI, 1998 apud KING e CRISP, 2005).

Já quanto aos programas/especializações de residência, também de forma comparativa, os residentes de programas de medicina de família se mostraram mais abertos à R/E do que médicos internistas e pediatras a concordarem em perguntar sobre as crenças religiosas/espirituais dos pacientes durante o encontro clínico (LUCKHAUPT et al., 2005; MONROE et al., 2003). Além da vontade de estarem mais cientes sobre tais crenças, eles eram mais propensos também a inserir a R/E através de ações/atitudes no encontro clínico, como a oração silenciosa para pacientes que estivessem internados ou em processo de morte (MONROE et al., 2003). Luckhaupt e colaboradores (2005) citam dados da Academia Americana de Prática de Família que corroboram estes achados e indicam que os programas de medicina de família tendem a focar mais na aprendizagem sobre as crenças religiosas/espirituais dos pacientes e na coleta da sua história espiritual do que outros programas de APS, como os de medicina interna e pediatria. Provavelmente porque, de acordo com alguns estudos, os médicos de família são mais religiosos/espirituais do que médicos de outras especialidades (FRANK, DELL e CHOPP apud CURLIN et al., 2005).

Por outro lado, foram poucos os residentes e alunos de programas de medicina de família que tiveram contato ou receberam alguma instrução em R/E durante a graduação (SAGUIL, FITZPATRICK e CLARK, 2011). Isso indica que, apesar de muitos cursos de medicina nos EUA já apresentarem o ensino de R/E e saúde, este ainda não é abrangente e consolidado como uma disciplina requerida nos currículos médicos, e, provavelmente, não está sendo inserido de forma apropriada e eficaz. Conforme indicam vários estudos, este ensino geralmente ocorre de forma eletiva e ainda muito no início da graduação em medicina, o que pode gerar falhas neste ensino (KOENIG et al., 2010; LUCCHETTI et al., 2012).

No que tange aos desafios, a literatura indica que médicos e profissionais de saúde como um todo compartilham das principais dificuldades apontadas pelos médicos de

atenção primária, que consistiram na falta de tempo e de conhecimento, e no despreparo e desconforto em abordar a R/E na prática clínica (KOENIG, 2002; SANTOS 2009; LUCCHETTI et al., 2010). Segundo alguns autores, o despreparo dos profissionais de saúde pode, muitas vezes, resultar em erro de diagnóstico, frequentemente com sérias consequências (MOREIRA-ALMEIDA e CARDEÑA, 2011). Quanto ao desconforto em relação a esta temática, uma relação análoga pode ser feita entre a R/E de um paciente e as questões relacionadas à sua vida sexual e uso de drogas, assuntos também delicados de serem abordados (MUELLER, PLEVAK e RUMMANS, 2001) e que, mesmo quando os pacientes não têm uma vida sexual ativa, esta é sempre abordada nos processos de triagem (DEIN, LEWIS e LOEWENTHAL, 2011). Assim, o desconforto em abordar a R/E dos pacientes pode ser apenas uma justificativa/desculpa que encobre outras questões que estão por trás e são mais profundas, como o preconceito com a temática e a falta de percepção da importância que esta tem para a saúde, bem como o não reconhecimento da necessidade de se conhecer as crenças dos pacientes.

De acordo com a literatura, estas dificuldades, de uma forma geral, estão ligadas à ausência de formação e capacitação para o atendimento da demanda em R/E durante o encontro clínico. Segundo alguns estudos brasileiros, apesar de haver uma concordância e tolerância sobre o assunto no meio acadêmico, professores e diretores de faculdades médicas no país têm resistência em ensinar e oferecer cursos específicos sobre esta temática (PAIVA, 1999; LUCCHETTI et al, 2012). Esta resistência se deve à crença histórica e ideológica, que vem sendo revista, de que a religião e a ciência são e sempre foram antagônicas e incompatíveis entre si (MOREIRA-ALMEIDA, 2009), e, conseqüentemente, ao medo de submeter a ciência ao campo religioso (DAL-FARRA e GEREMIA, 2010).

Como soluções a estas barreiras, foram apontados os treinamentos dos profissionais de saúde e a oferta da temática como conteúdo obrigatório dos currículos médicos (ELLIS e CAMPBELL, 2005; LEE-POY et al., 2016; ISAAC, HAY e LUBETKIN, 2016). De acordo com a literatura, há um aumento de grupos de pesquisas sobre o tema, bem como do número de cursos e treinamentos mais voltados para a abordagem da R/E na prática clínica, principalmente, para a coleta da história espiritual dos pacientes (LUCCHETTI et al., 2010). Tem havido, também, um crescimento de disciplinas em R/E oferecidas em cursos de graduação no Brasil, seja de forma eletiva como obrigatória, como também a vinculação do tema ao conteúdo de outras disciplinas (MOREIRA-ALMEIDA e LUCCHETTI, 2016). Foi citada ainda, como uma das principais soluções, a

conscientização dos médicos acerca da sua própria espiritualidade e da sua relação com o sagrado (ELLIS e CAMPBELL, 2005; LEE-POY et al., 2016; ISAAC, HAY e LUBETKIN, 2016). Neste sentido, Koenig (2002) revela que não somente as crenças dos pacientes influenciam as suas condições de saúde e tratamento, como também as crenças dos profissionais interferem no encontro clínico, tanto num sentido positivo, quando o profissional consegue desenvolver a empatia e se abrir para a compreensão do outro, como num sentido negativo, através do preconceito.

Desta forma, é importante que os profissionais de saúde aprendam a lidar com a R/E dos seus pacientes, bem como com a sua própria R/E e os sentimentos e comportamentos resultantes desta relação (MOREIRA-ALMEIDA e STROPPIA, 2009). Para tal, é fundamental que estes profissionais, em especial os psiquiatras, saibam diferenciar os eventos místicos, as crenças religiosas e as experiências espirituais daquelas que são psicóticas, para oferecer um cuidado mais condizente e coerente com as necessidades reais dos pacientes (KOENIG, 2007). No contexto brasileiro, a discussão sobre a R/E na APS perpassa as discussões sobre a clínica ampliada e o processo de humanização do SUS. Diferente dos EUA, onde os hospitais ocupam lugar central no sistema de saúde e servem como local de realização de cuidados primários, no Brasil, estes cuidados são ofertados em locais diferenciados e mais próximos da população. Com foco na desospitalização da saúde, no sentido de se investir e focar mais na saúde e não nas doenças, e, portanto, na prevenção de doenças e promoção da saúde, a clínica ampliada se mostra cada vez mais necessária e importante tanto para a consolidação deste nível assistencial como para a humanização de todo o sistema de saúde do país.

Um aspecto limitante das pesquisas que compuseram a amostra deste artigo foi a restrição basicamente a uma única categoria profissional – a de médicos. Foram raros os estudos que também trouxeram os enfermeiros como participantes, sendo esta uma categoria extremamente importante para o cuidado e sempre presente na APS, muitas vezes, até mesmo, mais do que os médicos. Sabe-se que estes profissionais têm uma vasta contribuição para a literatura científica na área de R/E e saúde.

Diante de todos esses aspectos, recomenda-se que os profissionais de saúde sejam capazes de inserir a dimensão da religião/espiritualidade nos seus cuidados, como forma de ampliar o seu trabalho e torná-lo mais efetivo e eficaz na solução das principais demandas de saúde da população. Esta abordagem também se faz necessária para se evitar estigmatizar e mal interpretar fenômenos religiosos em psicopatologias, o que dificulta o diálogo entre profissionais de saúde e lideranças religiosas locais, como também com os

próprios pacientes que, muitas vezes, preferem ir em busca de um cuidado apenas espiritual ao se depararem com o preconceito e julgamento dos profissionais de saúde (ALVES E SEMINOTTI, 2009).

Assim, a clínica ampliada na APS, por envolver o trabalho transdisciplinar e multiprofissional, em direção a novas possibilidades, a uma abertura de novos caminhos terapêuticos, que articulem as intervenções biológicas aos seus impactos subjetivos na produção de saúde (CUNHA, 2004), deve ser capaz de abordar e atender às questões e demandas espirituais da população em relação à sua saúde e bem-estar. Para tal, é necessário que esta inserção seja realizada também no contexto educacional, de formação dos profissionais de saúde, para que estes sejam mais bem capacitados e estejam mais preparados para lidar com a realidade religiosa/espiritual de saúde dos seus pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da baixa frequência em abordar a R/E nas práticas de cuidados primários, e dos muitos desafios à inserção desta temática no encontro clínico, percebe-se uma grande participação dos profissionais deste nível de atenção tanto na oferta do cuidado espiritual quanto na produção científica da área (LUCCHETTI e GRANERO, 2010). Dentre as especialidades deste nível de atenção, os médicos de família são os que mais procuram conhecer as crenças espirituais/religiosas dos seus pacientes, sendo também o programa de residência ou de especialização que mais promove treinamentos e capacitação voltados para esta temática.

Dada a importância da APS para o cuidado em saúde, e da R/E para a saúde do paciente, e diante da aproximação de médicos de família com o tema, é necessário que a relação entre ambas seja melhor investigada neste contexto, principalmente no que tange à atuação profissional e à formação em saúde. Faz-se necessário ainda o desenvolvimento de mecanismos eficazes e adequados eticamente para a integração da R/E nos diferentes momentos de formação e atuação profissional:

- ✓ Na prática clínica: por meio da coleta da história espiritual durante a anamnese e no encontro clínico, utilizando-se diferentes instrumentos para tal, como o FICA, SPIRITual History, FAITH, HOPE, e Royal College of Psychiatrists, que devem ser utilizados de acordo com o tempo, contexto e individualidade do profissional (LUCCHETTI, BASSI e LUCCHETTI, 2013);

- ✓ Na educação: observando-se os diferentes momentos a serem introduzidos à temática e considerando-se que os alunos iniciantes necessitam de um ensino mais didático, enquanto os mais experientes, já em estágios clínicos, devem treinar essas habilidades no setting terapêutico, durante os atendimentos (LOBOPRABHU e LOMAX, 2010);
- ✓ Nas políticas públicas em saúde: abordando e discutindo a temática, como ocorre entre as políticas de uso e abuso de drogas, especialmente relacionadas ao tabagismo, em parceria com instituições, grupos e clínicas religiosas (PORTES e GUIMARÃES, 2012).

Por fim, também se faz necessária a expansão de pesquisas para melhor conhecimento da abrangência e diversidade cultural e geográfica das relações entre R/E e saúde dos pacientes (MOREIRA-ALMEIDA e LUCCHETTI, 2016), como forma de construir uma prática e ensino de R/E em saúde que seja mais contextualizada e coerente com as realidades locais e com as subjetividades dos seus protagonistas.

No que compete ao Brasil, nenhuma pesquisa emergiu nas buscas de artigos que abordasse a prática de cuidados primários em relação à R/E, o que evidencia a carência de pesquisas neste campo, principalmente no contexto da APS. Em relação à humanização do SUS, pensar a clínica num contexto mais abrangente, amplo, transdisciplinar e multiprofissional, requer também pensar a espiritualidade e religião nas suas relações com a saúde, já que esta é uma dimensão essencial para o ser humano, especialmente para os brasileiros.

Diante dos aspectos apresentados neste trabalho, verifica-se que a preparação de profissionais de saúde, especialmente de atenção primária, é um aspecto de grande relevância que precisa ser valorizado por parte das escolas de saúde, com vistas a um cuidado espiritual em saúde que atenda aos anseios da população. Estratégias que promovam uma formação mais abrangente, multidisciplinar, que leve em consideração a subjetividade dos estudantes e profissionais, e, conseqüentemente, as suas próprias relações com a temática podem se constituir num passo importante para integração das relações entre R/E e saúde e podem promover avanços significativos nas estratégias de abordagem e tratamento clínicos.

Assim, são muitos os desafios que se apresentam para a inserção da R/E no cuidado à saúde, e muito ainda deve ser discutido e pensado acerca das ações a serem realizadas pelos profissionais de saúde, no que tange aos limites e fronteiras com a ética

profissional. Pensar o que significa o “cuidado espiritual” e quais as ações que estão inseridas neste cuidado requer um conhecimento básico acerca das principais informações e questões refletidas na área de R/E e saúde, o que só pode ser feito através da educação e ensino deste tema nas graduações e pós-graduações em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Patty Fidellis. **Mapeamento e análise dos modelos de atenção primária à saúde nos países da América do Sul**. Atenção Primária à Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Isags; 2014.

ALVES, Miriam Cristiane; SEMINOTTI, Nedio. Atenção à saúde em uma comunidade tradicional de terreiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, supl. 1, p. 85-91, 2009.

BENJAMINS, Maureen R.; BROWN, Carolyn. Religion and preventative health care utilization among the elderly. **Social Science & Medicine**, v. 58, n. 1, p. 109-118, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14572925>>, Acesso em: 02 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a clínica ampliada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 18 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, DF, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Série E. Legislação em Saúde).

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. 2004. 182p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

CURLIN Farr A. et al. Physicians' observations and interpretations of the influence of religion and spirituality on health. **Arch Intern Med**, v. 167, n.7, p. 649-654, abr 2007.

DAALEMAN, Timothy P.; FREY, Bruce. Prevalence and patterns of physician referral to clergy and pastoral care providers. **Arch Fam Med**, v. 7, p. 548-553, 1998.

DAALEMAN, Timothy P.; FREY, Bruce. Spiritual and religious beliefs and practices of family physicians: A national survey. **The Journal of Family Practice**, v. 48, n. 2, p. 98-104, 1999.

DAL-FARRA, Rossano A.; GEREMIA, César. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 4, p. 587-597, 2010.

DEIN, Simon; LEWIS, Christopher A.; LOEWENTHAL, Kate M. Psychiatrists views on the place of religion in psychiatry: An introduction to this special issue of Mental Health, Religion & Culture. **Rev. Mental Health, Religion & Culture**, v.14, n.1, p.1-8, 2011.

ELLIS, Mark R.; CAMPBELL, James D. Concordant spiritual orientations as a factor in physician-patient spiritual discussions: A qualitative study. **Journal of Religion and Health**, v. 44, p. 39-53, 2005.

GUIMARÃES, Hélio P.; AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**, n.34, supl.1, p.88-94, 2007.

HOLMES, Seth M.; RABOW, Michael W.; DIBBLE, Suzanne L. Screening the soul: Communication regarding spiritual concerns among primary care physicians and seriously ill patients approaching the end of life. **American Journal of Hospice & Palliative Medicine**, v. 23, n. 1, p. 25-33, fev. 2006.

ISAAC, Kathleen S.; HAY, Jennifer L.; LUBETKIN, Erica I. Incorporating Spirituality in Primary Care. **Journal of Religion and Health**, v. 55, n. 3, p. 1065-1077, Jun. 2016.

KIM, Eric S.; STRECHER, Victor J.; RYFF, Carol D. Purpose in life and use of preventive health care services. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 111, n. 46, p. 16331-16336, 2014.

KING Dana E., CRISP J. Spirituality and healthcare education in family practice residency programs. **Family Medecine**, n.37, v.6, p.399-403, 2005.

KOENIG, Harold G.; MCCULLOUGH, Michael; LARSON, David. **Handbook of Religion and Health**. New York: Oxford University Press; 2001.

KOENIG, Harold G. **Spirituality in patient care: why, how, when, and what**. Pensilvânia: Templeton Foundation Press, 2002, 123p.

KOENIG, Harold G. et al. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 95-104, 2007.

KOENIG, Harold G. et al. Spirituality in Medical School Curricula: Findings from a National Survey. *INT'L J. Psychiatry in Medicine*, v. 40, n. 4, p. 391-398, 2010.

LAWRENCE, Ryan E. et al. Physicians' beliefs about faith-based treatments for alcoholism. *Psychiatric Services*, v. 63, n. 6, p. 597–604, jun 2012.

LAWRENCE, Ryan E. et al. Religion and anxiety treatments in primary care patients. *Anxiety, Stress & Coping*, v. 26, n.5, p.526-538, 2013a.

LAWRENCE, Ryan E. et al. Religion and beliefs about treating medically unexplained symptoms: a survey of primary care physicians And psychiatrists. *J. Psychiatry in Medicine*, v. 45, n. 1, p. 31-44, 2013b.

LAWRENCE, Ryan E. et al. Primary Care Physicians' and Psychiatrists' Willingness to Refer to Religious Mental Health Providers. *International Journal of Social Psychiatry*, v. 60, p. 627–36, 2014.

LEDFORD, Christy J. W. et al. Differences in physician communication when patients ask versus tell about religion/spirituality: A pilot study. *Family Medicine*, v. 47, n. 2, p. 138-142, 2015.

LEE-POY, Michael et al. Asking patients about their religious and spiritual beliefs: Cross-sectional study of family physicians. *Can Fam Physician*, v.62, n. 9, p.555-561, Set. 2016.

LOBOPRABHU, Sheila; LOMAX, James. The role of spirituality in medical school and psychiatry residency education. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, v. 7, n. 2, p. 180-192, 2010.

LUCCHETTI, Giancarlo et al. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, v.8, n.2, p.154-158, 2010.

LUCCHETTI, Giancarlo; GRANERO, Alessandra L. Spirituality and Health's Most Productive Researchers: The Role of Primary Care Physicians. *Family Medicine*, v. 42, n. 9, p. 656-657, 2010.

LUCCHETTI, Giancarlo et al. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 14, n. 1, p. 159-167, 2011a.

LUCCHETTI, Giancarlo et al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. *J Rehabil Med.*, v. 43, p. 316–322, 2011b.

LUCCHETTI, Giancarlo et al. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. **BioMedCentral Medical Education**, v. 12, n. 78, p. 1-8, 2012.

LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra L. G.; PUCHALSKI, Christina M. Spirituality in medical education: global reality? **J Relig Health**, v. 51, n. 1, p. 3-19, 2012.

LUCCHETTI, Giancarlo; BASSI, Rodrigo M.; LUCCHETTI, Alessandra L G. Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments. Nova York: **Explore**, v. 9, n. 3, p. 159-170, 2013.

LUCKHAUPT, Sara 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. **Academic Medicine**, v. 80, n. 6, p. 560- 570, jun. 2005.

MAUGANS, Todd A.; WADLAND, William C. Religion and family medicine: a survey of physicians and patients. **Journal of Family Practice**, v. 32, n. 2, p. 210-213, Fev. 1991.

MCCAULEY, Jeanne et al. Spiritual beliefs and barriers among managed care practitioners. **Journal of Religion and Health**, v. 44, n. 2, p. 137–146, 2005.

MCLEOD, Deborah L.; WRIGHT, Lorraine M. Living the as-yet unanswered: spiritual care practices in family systems nursing. **Journal of Family Nursing**, v. 14, n. 1, p. 118-141, Fev. 2008.

MENDES, Karina D. S.; SILVEIRA, Renata C. de C. P.; GALVAO, Cristina M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008.

MIQUELETTO, Marcelo et al. Espiritualidade de famílias com um ente querido em situação de final de vida. **Revista Cuidarte**, v. 8, n. 2, p. 1616-1627, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.391>>, Acesso em: 10 jun 2018.

MONROE, Michael H. et al. Primary care physician preferences regarding spiritual behavior in medical practice. **Arch Intern Med.**, v. 163, n. 22, p. 2751–2756, dez. 2003.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Spirituality and health: past and future of a controversial and challenging relationship. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v.34, supl.1, p. 3-4, 2007.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Mitos históricos sobre a relação entre ciência e religião. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 36, n. 6, p. 256–257, 2009.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; STROPPA, Andre. Espiritualidade e Saúde Mental: importância e impacto da espiritualidade na saúde mental. **Zen review**, v. 2, n. 1, p. 2-6, 2009.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander et al. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.37, n. 1, p.12-15, jan. 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; CARDEÑA, Etzel. Differential diagnosis between non pathological psychotic and spiritual experiences and mental disorders: a contribution from Latin American studies to the ICD-11. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, supl. 1, p. S21-S28, mai. 2011.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; KOENIG, Harold G.; LUCCHETTI, Giancarlo. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.36, p.176-182, 2014.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LUCCHETTI, Giancarlo. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. São Paulo: **Ciência e Cultura**, v. 68, n. 1, p. 54-57, mar. 2016.

MUELLER, Paul S.; PLEVAK, David J.; RUMMANS, Teresa A. - Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. **Mayo Clinic Proceedings**, v.76, n.12, p.1189-1191, 2001.

PAIVA, Geraldo José de. Representação Social da Religião em Docentes-Pesquisadores Universitários. São Paulo: **Psicologia USP**, v.10, n.2, 1999.

PORTES, Leonardo H.; GUIMARÃES, Maria Beatriz L. Espiritualidade, religiosidade e religião e as políticas públicas de saúde em relação ao tabagismo. **Rev. APS**, v. 15, n. 1, p. 101-112, jan/mar 2012.

SAGUIL, A., FITZPATRICK, A. L., & CLARK, G. Are residents willing to discuss spirituality with patients? **Journal of Religion and Health**, v.50, n.2, p.279-288, 2011.

SANTOS, Franklin Santana. Espiritualidade e saúde mental: espiritualidade na prática clínica. **Zen Review**, p. 2-7, 2009. Disponível em: <www.espiritualidades.com.br>S_autores>, Acesso em: 05 nov. 2016.

SHEPPE, Alexander H. et al. Providing guidance to patients: Physicians' views about the relative responsibilities of doctors and religious communities. **Southern Medical Journal**, v. 106, n. 7, p. 399-406, 2013.

SHIN, Jiwon H. et al. A spiritual problem? Primary care physicians' and psychiatrists' interpretations of medically unexplained symptoms. **J Gen Intern Med**, v. 28, n. 3, p. 392-398, 2012.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TANYI, Ruth A.; MCKENZIE, Monica; CHAPEK, Cynthia. How family practice physicians, nurse practitioners, and physician assistants incorporate spiritual care in practice. **J Am Acad Nurse Pract**., v. 21, n. 12, p. 690-697, dez. 2009.

WHITTEMORE, Robin.; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005.

WHO, **World Health Organization**. Amendments to the Constitution. April, 7th; 1999.

WHO. **Declaration of Alma Ata**. International conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 Geneva: WHO, 1978. Disponível em: <www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf>, Acesso em: 20 jul. 2016.

WILKINSON, Joanne E. et al. Prayer for health and primary care: Results from the 2002 National Health Interview Survey. **Family medicine**, v. 40, n. 9, p. 638, 2008.

YOON, John D. et al. Religion, sense of calling, and the practice of medicine: findings from a national survey of primary care physicians and psychiatrists. **South Med J.**, v. 108, n. 3, p. 189-195, 2015.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

Verificou-se, com este trabalho, que há um crescimento de pesquisas que investigam a R/E no contexto dos cuidados primários de saúde. Diferentes estudos já foram publicados e diversos estão sendo desenvolvidos com o objetivo de investigar a inserção da R/E na prática clínica de profissionais que realizam os cuidados primários de saúde, e nos currículos de formação nesta especialidade, com destaque para a medicina de família, que vem contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento das pesquisas e currículos na área de R/E e saúde, assim como para a transformação da prática clínica.

As pesquisas têm apresentado uma metodologia cada vez mais concisa e forte em termos de rigor metodológico e controle de vieses, com a utilização de métodos quantitativos de randomização, questionários padronizados e escalas, principalmente no âmbito de investigação da prática clínica. É interessante observar que, apesar de os profissionais de atenção primária terem demonstrado interesse em conhecer as crenças dos pacientes, por acreditarem na sua importância para a saúde e para os próprios pacientes, eles, especialmente os médicos, mostraram resistência em abordar este tema durante o encontro clínico, concordando em fazê-lo apenas nos casos solicitados pelos pacientes.

Essa aparente contradição indica que os profissionais de APS ainda não se reconhecem como responsáveis pelo cuidado espiritual, e que as ações que envolvem este cuidado devem ser melhor investigadas e compreendidas. Torna-se importante compreender o que e como estes profissionais acreditam que vão conhecer as crenças dos pacientes, bem como as ações que eles acreditam que façam parte do cuidado espiritual e que podem e devem desempenhar. Muitas práticas do cuidado espiritual, como orar pelo e com pacientes, são controversos na literatura e ainda devem ser aprofundadas no debate sobre a prática clínica e as limitações éticas em saúde.

Nesse sentido, foram citados o diálogo aberto, com presença e escuta ativa, e o levantamento da história espiritual do paciente como as principais formas de abordar a R/E no encontro clínico. Contudo, nenhuma destas foi específica para o contexto da APS. Diante das especificidades deste nível de atenção em saúde, é necessário que se pense em formas de se abordar a R/E e ações do cuidado espiritual que sejam adequadas e condizentes com as práticas desenvolvidas neste nível, para além da prática clínica tradicional. As visitas domiciliares, bem como a realização da clínica ampliada e de ações

de prevenção e promoção da saúde, características da APS no Brasil, são exemplos de contextos onde devem ser pensadas formas de lidar e abordar questões ligadas a R/E e saúde.

Nesse mesmo sentido, práticas do cuidado espiritual desenvolvidas em outros contextos, como o encaminhamento de pacientes a capelães, que geralmente ocorrem em hospitais, onde também são ofertados os cuidados primários de saúde nos EUA, devem ser repensados diante da realidade de outros países, cuja APS não conta com a presença de capelães e membros religiosos. Assim, apesar de ser sugerido o encaminhamento de pacientes para capelães, esta ação não é muito compatível com as configurações de atenção primária, especialmente as ambulatoriais. Outro ponto relevante é a presença de capelães nos hospitais apenas para dar suporte às famílias que precisam ou solicitam, geralmente para lidar com o luto e o processo de morrer dos entes familiares, mas não como membros e parte da equipe de cuidados, pois, geralmente também, não têm formação e treinamento específicos para tal, como ocorre nos EUA.

O encaminhamento a capelães também deve ser repensado para realidades culturais diferentes, como a Bahia, por exemplo, onde as religiões de matriz afrodescendentes são muito predominantes, e cujos membros destas religiões podem não se sentir confortáveis em conversar com capelães ou outro membro religioso que não seja da sua religião. Em lugares de grande diversidade cultural e religiosa como o Brasil é difícil pensar em um membro religioso comum que possa exercer a função do “provedor de saúde religioso” ou capelão dos EUA.

No âmbito educacional, diversos cursos e disciplinas em R/E e saúde têm sido implementados na formação em cuidados primários, seja em nível de graduação, na fase final de estágio e internato, seja como pós-graduação, em residências e cursos de especialização. Tais intervenções têm características, formatos e desenhos diversos, porém apresentam um currículo de conteúdos bastante similar, que são oferecidos, geralmente, de forma eletiva e não obrigatória. Estes conteúdos estão em consonância com os principais pontos recomendados pela Academia Americana de Médicos de Família (*American Academy of Family Physicians – AAFP*) e pelos educadores e diretores de escolas médicas americanas que participaram da na Conferência de Consenso, junto à Associação de Faculdades Médicas Americanas e o Instituto GWish para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e competências em R/E e saúde. Dentre os principais conteúdos recomendados estão:

- realizar a coleta da história espiritual do paciente;

- reconhecer e identificar as diferentes tradições espirituais e crenças presentes na população atendida;
- identificar as necessidades espirituais de pacientes e quando estas precisam de acompanhamento através da avaliação espiritual;
- conhecer as pesquisas na área de R/E e a influência desta sobre a saúde, assim como a diferença entre religião e espiritualidade, os recursos de encaminhamento pastoral e a demografia da espiritualidade;
- discutir os cenários desafiadores, limites e ética profissional;
- desenvolver uma autoconsciência da própria espiritualidade;
- desenvolver habilidades gerais de cuidado espiritual, como compaixão, presença e escuta;
- e compreender o papel dos capelães clínicos na equipe de saúde.

Estas pesquisas têm sido avaliadas de forma positiva pelos estudantes, e têm demonstrado um aumento no escopo de habilidades e competências dos participantes. Entretanto, apesar de já haver pesquisas avaliativas sobre tais intervenções, estas, em sua maioria, avaliam apenas a opinião dos alunos, ou a mudança de atitudes/comportamentos imediatos à participação nos cursos. São poucos os estudos avaliativos com desenhos mais consistentes e longitudinais, que buscam investigar os efeitos reais da aprendizagem em R/E e saúde, e o quanto e como estes afetam a prática destes profissionais.

No que tange aos aspectos metodológicos, o ensino de um tema tão complexo e multifacetado, que integra elementos teóricos e aspectos práticos da formação médica, requer o uso de metodologias de ensino apropriadas para tal, que estimulem os alunos a considerarem a sua própria espiritualidade. Nesse sentido, assim como em outras especializações e escolas médicas, as metodologias de ensino utilizadas nos cursos de medicina de família têm se mostrado ativas, dando mais importância aos alunos, às suas partilhas e trocas, permitindo-lhes construir seus aprendizados de forma significativa e reflexiva. Por outro lado, a diversidade destes métodos enfatiza a ausência de um formato curricular único e padronizado, e a necessidade da integração de várias formas de educação.

Assim, defende-se, neste trabalho, o ensino de R/E e saúde em todos os cursos e formações em saúde, de caráter universal, amplo, multidisciplinar, e abordado por profissionais de diferentes categorias e vivências religiosas/espirituais. Ensinar R/E e

saúde, nesta perspectiva, não significa ensinar sobre religião, mas proporcionar o conhecimento sobre as pesquisas desenvolvidas sobre a relação da R/E e saúde, sobre os aspectos positivos e negativos desta influência, sobre como o profissional de saúde deve lidar com este tema na sua prática clínica e como ele deve abordar este tema junto ao paciente. Sugere-se como a melhor forma de abordar a R/E do paciente, a realização da coleta da história espiritual do paciente, geralmente feita durante a própria triagem e anamnese.

É importante frisar que, num país como o Brasil, onde, apesar de ser definido como um Estado laico pela Constituição, há uma grande influência e participação de determinados grupos religiosos na política e na sociedade como um todo, a abordagem de R/E e saúde deve ser muito refletida, discutida e planejada, para se evitar cair em discursos dogmáticos e doutrinários. Antigamente, e ainda hoje em menor escala, as escolas tinham dentro de seus currículos o ensino religioso, que basicamente ensinavam o catolicismo e cultuavam práticas e rituais desta religião. No campo político atual, vemos, no Brasil, crescer a força da chamada Bancada Evangélica – uma frente parlamentar do Congresso Nacional brasileiro composta por políticos evangélicos de partidos políticos distintos, que se utiliza de um discurso religioso para defender ações bastante controversas, influenciando decisões políticas e educacionais.

Dessa forma, concordamos com o princípio da laicidade e que o Estado se mantenha laico, ou seja, sem o domínio das religiões ou de uma determinada religião sobre as decisões políticas e educacionais, principalmente para garantir que uma religião não tenha mais poder sobre outra, garantindo a liberdade e o pluralismo religioso. Porém, defender a laicidade do Estado e da educação não significa retirar a possibilidade do diálogo sobre religião do espaço público, uma vez que esta influencia a vida humana e está presente no dia-a-dia das pessoas. O diálogo sobre a religião se faz importante justamente para se evitar posições dogmáticas e fundamentalistas, pautando-se nas diferentes visões de mundo e na amplitude de manifestação da espiritualidade.

Na saúde, o diálogo sobre religião/espiritualidade e saúde se faz ainda mais necessário, uma vez que esta influencia, como já mencionado neste trabalho e comprovado por diferentes pesquisas, a interpretação e forma de lidar com o próprio adoecimento, o estabelecimento de determinados hábitos de saúde, além de influenciar também na recuperação e escolha de tratamento. Se faz importante, neste contexto, discernir aqueles profissionais que estão aptos a realizar um trabalho e ensino universal, amplo e holístico, daqueles que se utilizam deste discurso para realizar proselitismo

religioso. Não falar sobre e não inserir a R/E na formação em saúde pode, contraditoriamente, favorecer esses movimentos e atuações de grupos religiosos ortodoxos e fanáticos.

Aponta-se, portanto, como necessário para tal, a expansão deste ensino para outros países, contextos e serviços de saúde, bem como para diferentes categorias profissionais, como a enfermagem, a psicologia, a assistência social, dentre outras, que são essenciais para a oferta de um cuidado amplo, integral e interdisciplinar, e que fazem parte das equipes de saúde, inclusive de APS. Sugere-se o desenvolvimento e aprofundamento de novas pesquisas que busquem avaliar as questões metodológicas do ensino de R/E e saúde na formação e prática de cuidados primários, na tentativa de se compreender os efeitos longitudinais destes currículos nas práticas de saúde, especialmente a clínica.

Recomenda-se a realização de pesquisas futuras para investigar a persistência das melhorias nas atitudes, conhecimento e habilidades dos estudantes ao longo do tempo; bem como identificar como melhor integrar este tópico no currículo amplo das graduações em saúde. Recomenda-se ainda a unificação do ensino em R/E e saúde, através da criação de um currículo padronizado, que, ao mesmo tempo, permita a utilização de diferentes ferramentas de ensino, e seja ministrado por diferentes profissionais, para garantir que este ensino seja multiprofissional e interdisciplinar.

Desta forma, o presente trabalho contribui para a reflexão sobre a inserção da R/E na prática clínica e na formação de profissionais de APS, podendo contribuir para o desenvolvimento de novas pesquisas e estratégias educacionais, bem como para a construção de um currículo minimamente comum sobre a temática. Ao apresentar os principais conteúdos utilizados para a criação de um currículo em R/E e saúde, as principais estratégias de ensino e as principais ações e abordagens da R/E na prática clínica, este estudo oferece um arcabouço teórico para a reflexão e transformação do ensino e da prática clínica em cuidados primários de saúde.

Assim, estratégias que promovam uma formação mais abrangente, multidisciplinar, que leve em consideração a subjetividade dos estudantes e profissionais, e, conseqüentemente, as suas próprias relações com a temática podem se constituir num passo importante para a integração das relações entre R/E e saúde e podem promover avanços significativos nas estratégias de abordagem e tratamento clínicos.