

Daniele Silva da Silva

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
UFCSPA



Guia para o
Cuidado
Religioso e
Espiritual

Porto Alegre, 2026



Guia para o cuidado religioso e espiritual © 2026 by Daniele Silva da Silva is licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International. To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

Autoras:

Daniele Silva da Silva
Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), especialista em Psicologia Transpessoal pela UNIPAZ- Sul e Formação em Terapia do Esquema pela Wainer Psicologia Cognitiva. Também, é co-fundadora do Comitê de Psicologia Transpessoal da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul (SPRGS).

Márcia Rosa da Costa
Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e pedagoga também pela UFRGS. Atualmente é professora adjunta da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), onde ingressou em 2009. Foi Pró-Reitora de Graduação da UFCSPA, gestão 2017-2020. É professora do Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde (PPGENSAU) e atua no Núcleo Pedagógico do Projeto UNA-SUS/UFCSPA.

Diagramadora:

Amanda Pereira de Aquino
Estudante de Psicologia da Universidade do Vale do Sinos (UNISINOS).

Paula Regina de Vargas
Estudante de Psicologia da Universidade FEEVALE.



SUMÁRIO



Como surgiu o Guia para o Cuidado Religioso e Espiritual (R/E)?	5
Justificativa para o Cuidado R/E no SUS	7
Conceitos básicos para a compreensão do Cuidado R/E	10
Como fazer o Cuidado R/E?	12
Como realizar o Cuidado R/E na saúde mental?	16
Habilidades e competências do trabalhador de saúde no Cuidado R/E	20
Ateus e agnósticos	22
Conclusão	23
Referências	24
Sugestões de sites e redes sociais	28



COMO SURTIU O GUIA PARA O CUIDADO R/E NO SUS

O Guia para o Cuidado R/E no SUS, é o produto educacional desenvolvido pela pesquisadora Daniele Silva da Silva, como parte do seu mestrado profissional em Ensino na Saúde pela UFCSPA (Universidade Federal de Ciências da Saúde). Este guia tem como objetivo contribuir para a formação dos profissionais de saúde do SUS no Cuidado R/E, especialmente como Educação Permanente em Saúde. Propõe-se a introduzir o Cuidado R/E de forma objetiva e acessível aos profissionais de saúde do SUS. Ele pode ser utilizado como leitura individual ou para leitura na Educação Permanente em Saúde das equipes de saúde.

O Guia para o Cuidado R/E no SUS, surgiu da pesquisa intitulada “As Representações Sociais que Atravessam a Formação do Cuidado Espiritual: Tecendo Reflexões no Ensino na Saúde”. Através das observações e reflexões da pesquisadora como pessoa, estudante, profissional da psicologia e profissional da saúde do SUS, bem como a partir de vasta bibliografia no tema espiritualidade, religiosidade e saúde, entendeu-se a necessidade de se aprofundar no tema em questão, no que tange a sua educação, pelos motivos que veremos a seguir.

Dentre outras observações e reflexões da pesquisadora, esta percebeu que o Cuidado R/E não era oferecido aos usuários de saúde, apesar de várias associações de saúde internacionais (p.ex: OMS, NANDA-I, APA e WPA) e vários estudos na área orientarem sobre a importância do Cuidado R/E. Conforme apontam Moreira-Almeida e Lucchetti (2016), diversos estudos demonstram a importância da espiritualidade e religiosidade num contexto mundial, bem como para a população brasileira (Moreira-Almeida e Lucchetti, 2016). Além da importância da R/E para as pessoas, observa-se nestas mesmas pesquisas que as pessoas gostariam que o seu profissional de saúde considerasse sua R/E em seu atendimento de saúde (De Oliveira et al., 2018).

Cogitou-se, então, que isto acontecia, e ainda acontece, devido a lacunas existentes na formação dos profissionais de saúde no Cuidado R/E, desde a graduação até a Educação Continuada e a Educação Permanente em Saúde e que os motivos do porquê isto ocorria deveriam ser investigados. Analisar as representações sociais construídas pelos profissionais de saúde da equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros e psicólogos) da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Secundária à Saúde do SUS sobre a formação no Cuidado R/E, portanto, parecia ser um caminho para compreensão desta realidade.

Assim, partiu-se das seguintes perguntas: quais são as representações sociais construídas pela equipe de saúde multiprofissional do SUS sobre a formação na saúde no Cuidado R/E? Também, como desenvolver a Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde no Cuidado R/E com base nestas representações sociais?

A pesquisa foi um estudo exploratório e de natureza qualitativa. Teve como objetivo compreender as representações sociais dos profissionais de saúde do SUS quanto ao ensino do Cuidado R/E, já que este era entendido como hipótese para não se oferecer o Cuidado R/E na assistência em saúde. O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (CEP/UFCSPA), sob o protocolo CAAE n. 66401822.4.0000.5345, parecer n. 6.002.353.

O cenário escolhido para o desenvolvimento do estudo foi a região do Vale dos Sinos e do Vale do Caí, no Rio Grande do Sul. Participaram do estudo 42 profissionais da Enfermagem, da Psicologia e da Medicina, que atuaram ou atuam no SUS na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Secundária à Saúde, nos municípios de Dois Irmãos, Ivoti, Maratá, Pareci Novo, Portão, Novo Hamburgo, São José do Hortênsio, São Sebastião do Caí e Sapucaia do Sul. A amostra foi constituída, portanto, por servidores públicos estatutários, CLTs e contratados desses municípios. Foram contatados individualmente, desta forma não estando a pesquisa vinculada diretamente aos serviços de saúde dos municípios citados anteriormente. Os profissionais foram recrutados através do método de amostragem por conveniência e snowball (bola de neve), sendo convocados até a saturação dos dados.

Dos 42 participantes foram selecionados 34 participantes. Tendo em vista a saturação dos dados, priorizou-se os participantes que ainda estavam em atividade no SUS na região do Vale dos Sinos e Vale do Caí. Também foi excluído um participante que não enviou o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e um participante cujo arquivo que continha o TCLE foi apagado da pasta sem intenção.

Dos 34 profissionais da saúde entrevistados, 24 deles trabalham na Atenção Primária à Saúde e 10 profissionais de saúde trabalham na Atenção Secundária à Saúde. Dos 24 profissionais da Atenção Primária à Saúde, 14 eram enfermeiros, 6 eram psicólogos e 4 eram médicos, sendo 3 médicos da Unidade Básica da Saúde e 1 médica especialista em neurologia. Dos 10 profissionais de saúde que trabalham na Atenção Secundária à Saúde, 1 era enfermeira, 6 eram psicólogos e 3 eram médicos psiquiatras.

A idade entre os participantes variou dos 26 anos aos 70 anos. A maioria dos profissionais eram cristãos (católicos não praticantes, católicos praticantes, evangélicos e espíritas), sendo que um se identificou como espiritual, mas não religioso, um como ateu, dois como agnósticos e um como outro. O tempo de atuação na área da saúde variou de um ano a 40 anos. Destes profissionais, 13 estudaram em universidades privadas religiosas (PUCRS, Unisinos, Ulbra e Unilasalle), 10 estudaram em universidades privadas não religiosas (Feevale, Unijuí e UCS) e 11 estudaram em universidades federais (UFRGS, UFSM e UFS).

Os dados, portanto, foram gerados a partir de questionários sociodemográficos e entrevistas semiestruturadas. As entrevistas foram gravadas através do *Google Meeting*, com a permissão dos participantes. A análise das entrevistas ocorreu a partir da Análise Temática de Braun e Clarke. A teoria das representações sociais fundamentou a investigação.

Ao fim, o estudo pôde concluir que os profissionais de saúde do SUS não tiveram, em sua grande maioria, formação em Cuidado R/E na graduação em saúde, nem na Educação Continuada e na Educação Permanente em Saúde do SUS. Estes acreditam que isto ocorreu devido ao tema ser polêmico, por ser um tema pessoal, por ser pouco científico e por ter poucos estudos na área.

Como forma de colaborar para o Ensino na Saúde do Cuidado R/E, diminuindo a lacuna na formação dos profissionais de saúde do SUS quanto ao mesmo tema, desenvolveu-se o Guia para o Cuidado R/E. Espera-se, que este material educativo, possa ajudá-lo em seus estudos sobre o Cuidado R/E, permitindo-lhe maior segurança na sua prática profissional.

JUSTIFICATIVA PARA O CUIDADO R/E NO SUS

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde precisa ser vista como um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual e não meramente a ausência de doença (Assis; Leme, 2024). Observa-se, aqui, que a própria OMS ressalta que o cuidado em saúde necessita atentar-se para todas as dimensões do ser humano, incluindo-se a religiosa e espiritual. Quanto a isso, ainda, a própria Constituição Federal brasileira de 1988 coloca o atendimento integral em saúde como uma questão central nas políticas de saúde (Castilho; Cardoso, 2015). O atendimento integral em saúde tem como objetivo ir além de um modelo de cuidado fragmentado (Assis; Leme, 2024), que considera somente a dimensão física e/ou orgânica. Desta forma, o cuidado integral incluiria o Cuidado R/E.

Outro ponto que justifica o Cuidado R/E no SUS é a Política Nacional de Humanização em Saúde (PNH), que foi criada em 2003 e busca colocar em prática os princípios do SUS (integralidade, universalidade e equidade), tanto à nível de gestão, quanto de assistência. A PNH tem como intenção trazer práticas mais humanizadas em saúde, pois sabe-se que muitas vezes as ações de saúde, devido a vários motivos, vão perdendo a sensibilidade. O Humaniza SUS, como é conhecido popularmente, estimula também a transversalidade. Isto quer dizer que diferentes especialidades e práticas de saúde devem conversar entre si, de forma a acolher a vivência de saúde do usuário no cuidado em saúde (Brasil, 2015). Logo, entende-se a necessidade do Cuidado R/E no SUS, tanto pelo princípio da integralidade, que já foi referido, como por uma prática mais humanizada, que acolha as vivências/experiências e/ou crenças religiosas e espirituais.

Ainda, ressalta-se que todas as pessoas têm sua opinião sobre o que é saúde, tendo suas próprias vivências de saúde. Não existe, portanto, uma visão única de saúde. Neste sentido, o conhecimento de saúde dos técnicos de saúde é apenas uma das tantas perspectivas de saúde. Sendo assim, também, o cuidado em saúde diz respeito a todas as pessoas e não somente aos profissionais de saúde, de forma que aquele que está sendo assistido deve ser ativo no seu processo de saúde – o cuidado não deve produzir assujeitamento (Feuerwerker; Capazzolo, 2018). Nesta lógica, os valores religiosos e espirituais fazem parte da concepção de saúde de muitas pessoas e são utilizados como forma de lidar com o estresse (Mosqueiro; Oliveira; Moreira-Almeida, 2022). Eles são, portanto, recursos de saúde a serem considerados e valorizados para que as pessoas vivam melhor. Para se produzir saúde, são necessários muitos elementos (Feuerwerker; Capazzolo, 2018), incluindo-se a religiosidade e a espiritualidade. Além disso, o cuidado de saúde deve fazer sentido para a pessoa (Feuerwerker; Capazzolo, 2018).

Conforme aponta Moreira-Almeida e Lucchetti (2016), “95% dos brasileiros declaram ter religião, 83% consideram a religião muito importante para sua vida e 37% frequentam um serviço religioso pelo menos uma vez na semana”. Na cultura brasileira observa-se ainda o fenômeno do sincretismo, isto é, 10% dos brasileiros frequentam mais de uma religião (Moreira-Almeida; Lucchetti, 2016).

A importância da religião na vida dos brasileiros não é de agora. Desde 1872, quando o Brasil ainda era Império, através do primeiro censo realizado no país, constatou-se que majoritariamente a população era católica. Atualmente, revela-se uma realidade multifacetada, fragmentada e dinâmica no contexto religioso (Toniol, 2025). No Brasil, há uma estatística, portanto, de 56,7% de católicos, 26,9% de evangélicos e 1 % de umbandistas e candomblecistas, tendo havido um declínio no número de espíritas e aumento no número dos que se declaram sem religião (Toniol, 2025; IBGE, 2022). Ressalta-se que crianças com menos de 10 anos não foram ouvidas sobre sua denominação R/E, não estando incluídas no censo (Toniol, 2025).

Desta forma, de acordo com Braghetta e Leão (2021), realizar o Cuidado R/E é adotar práticas profissionais que são sensíveis à cultura. Logo, por ser a religiosidade e a espiritualidade parte da cultura brasileira, é importante que o Cuidado Religioso e Espiritual possa ser oferecido pelos profissionais de saúde, se do desejo do usuário de saúde.

Foi necessário, que a religião deixasse de ser a única explicação para as coisas, a fim de que se expandissem outros conhecimentos (Assis; Leme, 2024), em especial, como apontam Lemos e Reimer (2020), na área médica, onde o desenvolvimento da ciência trouxe a cura para várias doenças. Todavia, atualmente, percebe-se a necessidade de valorizar a religião como um conhecimento humano legítimo, que influencia vidas. Neste sentido, tanto a influência, que as pessoas representam muitas vezes seus processos de saúde-doença a partir da visão religiosa e espiritual. Neste sentido, portanto, a religião, a religiosidade e espiritualidade precisam ser estudadas pelas diversas áreas do conhecimento, principalmente, a área da saúde (Lemos; Reimer, 2020).

A pesquisa realizada por Da Silveira e Nunes (2013) aponta que os usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) traziam com frequência em seus atendimentos a sua religiosidade. Todavia, os técnicos de saúde mental tinham dificuldades de escutar as necessidades e experiências R/E dos usuários de saúde, pois entendiam que validá-las poderia ser um movimento de estigmatização da “loucura” pelo viés R/E. Em um estudo que relacionou religiosidade e espiritualidade na Atenção Primária à Saúde, percebeu-se que, para idosos, pessoas com doenças crônicas e para usuários de substâncias psicoativas, a dimensão R/E também aparecia com frequência no contexto de atendimento, demonstrando que este era um tema importante para a vida dessas pessoas e que, portanto, deveria ser abordado pelos profissionais de saúde (Araújo; Junior, 2021). Já em outro estudo realizado com idosos acompanhados por uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), observou-se que as estratégias R/E eram as principais formas de *coping*. Todavia, novamente, idosos que participaram do estudo relataram que a equipe de saúde teve dificuldade em escutar as suas necessidades R/E e de utilizá-las como um recurso terapêutico integrado a outras terapêuticas (Silva; Moreira-Almeida; Castro, 2018). Observa-se, portanto, nas pesquisas que a R/E de fato é um tema importante na vida dos usuários de saúde e que as pessoas gostariam que os profissionais de saúde as considerasse em seu atendimento de saúde (De Oliveira *et al.*, 2018).

No contexto especificamente do cuidado em saúde mental, as evidências científicas também tem demonstrado a importância da R/E. De acordo com Harold Koenig (2018), há uma forte relação entre alta religiosidade e/ou espiritualidade e menor sintomas depressivos. Além disso, observou-se que o quadro de depressão entrou em remissão mais rapidamente em pessoas religiosas e/ou “espirituais”. Outro dado importante é a prevenção ao suicídio. Já no luto, outro ponto a ser considerado na saúde mental, a experiência de perder alguém, pode levar a pessoa a buscar estratégias R/E.

Neste sentido, o apoio espiritual a pessoas enlutadas é de extrema importância, desde, logicamente, que a pessoa deseje (Almeida, 2015). Quanto à ansiedade, também se observa a importância da R/E. As crenças e práticas R/E podem acalmar pessoas ansiosas, diminuindo seus medos e preocupações, trazendo um senso de controle sobre o mundo ou, ainda, reduzindo a necessidade de controle (Koenig, 2018).

Há uma tendência a confundir o Estado Laico com um Estado Ateu. A ideia de Estado Laico tem sido um mantra para justificar o afastamento do debate R/E no campo público, chegando ao ponto muitas vezes de não se desejar que a fé daqueles que professam algum credo religioso seja manifestada em esferas coletivas. Em muitos lugares do mundo, esta premissa equivocada oprime a expressão da R/E de forma tão forte, que pessoas são perseguidas, presas e até mesmo mortas. A intolerância R/E não está de acordo com a ideia de cidadania e com os verdadeiros valores do Estado Laico, que tem como ponto central a neutralidade. Esta postura, que é inclusive antidemocrática, leva muitas pessoas a não expressarem suas fés em público ou até mesmo abandonarem suas crenças por medo de serem punidas, por vergonha, etc. O que de fato deve existir em um Estado Laico é a separação entre Estado e Igreja e/ou outros, mas não uma inimizade do Estado com a fé (Zaccariotto, 2017).

Esta discussão se faz necessária porque os atuais valores seculares e o Estado Laico são muitas vezes usados como argumento pelos profissionais de saúde para não se ofertar o Cuidado R/E no SUS, apesar da própria OMS ter incluído a religiosidade e a espiritualidade na sua visão de saúde. Como aponta Braghetta e Leão (2021), considerar o Cuidado R/E aumenta a qualidade do cuidado em saúde, melhorando a prestação de serviços no SUS, além de fortalecer o vínculo de confiança entre o técnico de saúde e o usuário de saúde.

Assim, a seguir veremos conceitos importantes para o acolhimento das experiências R/E dos usuários de saúde do SUS e como ofertar o Cuidado R/E em saúde.



CONCEITOS BÁSICOS PARA A COMPREENSÃO DO CUIDADO R/E

Não há um consenso entre os pesquisadores do tema sobre os conceitos religião, religiosidade e espiritualidade. Entretanto, têm-se como definições aceitas os seguintes conceitos, de acordo com Lucchetti *et al.* (2010):



Religião: é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos, os quais têm como objetivo facilitar o contato com o transcendente, desenvolver a cooperação e a vida em comunidade.

Religiosidade: é compreendida como a maneira com que a pessoa se vincula à religião, que pode ser frequentando uma instituição religiosa ou através de práticas privadas, como oração, meditação, leituras de livros sagrados, etc. Ainda, pode ocorrer da religiosidade do indivíduo se manifestar apenas através de práticas privadas, ou seja, sem que ele frequente uma instituição religiosa.

A **religiosidade** também pode ser definida em extrínseca e intrínseca, segundo Alport e Ross (1967 *apud* Alminhana, 2013). A religiosidade extrínseca visa ao utilitarismo da religião, isto é, serve para benefícios pessoais, sejam eles de *status*, reconhecimento, ganhos materiais, etc. Enquanto isso, a religiosidade intrínseca conduz a pessoa a aproximar-se cada vez mais da sua religiosidade procurando uma transformação pessoal. Na religiosidade intrínseca, portanto, a pessoa busca crescimento pessoal, internalizando crenças espirituais e religiosas a sua personalidade e modo de vida (Hufford, 2005).

A **espiritualidade** é uma busca pessoal pelo sentido da vida, através de uma conexão individual com o sagrado. A espiritualidade pode vir de práticas religiosas ou levar a práticas religiosas, bem como à formação de comunidades, apesar de inicialmente ser uma busca individual e não institucionalizada como foi dito (Dal-Farra; Geremia, 2010). No senso comum, ainda, pode se entender os termos “espiritualidade e/ou espiritual” como um mundo além da esfera física, o qual seria o responsável por experiências anômalas encontradas em várias tradições e/ou espirituais (Machado; Torres, 2019).

Ainda, existem pessoas que são religiosas e não espiritualizadas, pessoas que são religiosas e espiritualizadas e pessoas espiritualizadas que não são religiosas, demonstrando-se desta forma a complexidade dos conceitos (Hufford, 2005). Ressalta-se aqui, que a decepção das pessoas com as instituições religiosas (Zinnbauer *et al.* 1997) criou não somente a diferenciação de termos e conceitos, isto é, diferenciou-se religião, religiosidade e espiritualidade, que antes eram consideradas sinônimos, mas também criou o fenômeno chamado atualmente de “*spiritual, but not religious*”, ou seja, espiritual, mas não religioso. Este fenômeno fala da vivência do transcendente sem se estar vinculado a uma instituição religiosa (Fuller, 2001).

Outro conceito importante é o *coping* R/E (CRE), que é o uso de crenças e comportamentos R/E para enfrentar problemas, prevenir e aliviar emoções negativas geradas pelo estresse. Possibilita a resolução de conflitos internos e externos. Também, estimula emoções positivas. O CRE pode ser positivo ou negativo (Mosqueiro; Oliveira; Moreira-Almeida, 2022). Vejamos mais detalhadamente:

- CRE positivo: caracteriza-se por estratégias de enfrentamento que geram efeitos benéficos à pessoa, como por exemplo, buscar amor/proteção de Deus ou maior conexão com forças transcendentes, buscar ajuda/conforto em leituras religiosas, perdoar e ser perdoado, praticar orações visando seu bem-estar e dos outros, reavaliar os problemas como algo para seu crescimento pessoal, etc.;
- CRE negativo: caracteriza-se pelo uso de estratégias R/E que geram resultados prejudiciais para si e para outras pessoas, como intolerância religiosa, transferência exclusivamente para Deus da solução dos seus problemas, sentir insatisfação com Deus, sentir-se abandonado por Deus, duvidar que Deus se importa consigo, sentir rejeição dos membros da comunidade religiosa, etc. (Grotti; Santos, 2021). Todavia, estudos demonstram um maior uso de CRE positivo entre as pessoas (Grotti; Santos, 2021; Mosqueiro; Oliveira; Moreira-Almeida, 2022). Abaixo veja a fala de um dos maiores especialistas da área:



IMPORTANTE!

Ainda, dois aspectos ligados ao CRE são os conceitos de apego a Deus e os conflitos R/E.

- Apego a Deus: refere-se as experiências de apego na infância relacionadas a práticas R/E na vida adulta (Harmut; Esperandio, 2022).
- Conflitos R/E: são conflitos internos em relação aquilo que a pessoa considera sagrado (Oliveira; Gosmann; Heineck, 2022).
- Para maior aprofundamento do tema, veja a lista de sugestão de leituras ao final deste material.

COMO FAZER O CUIDADO R/E?

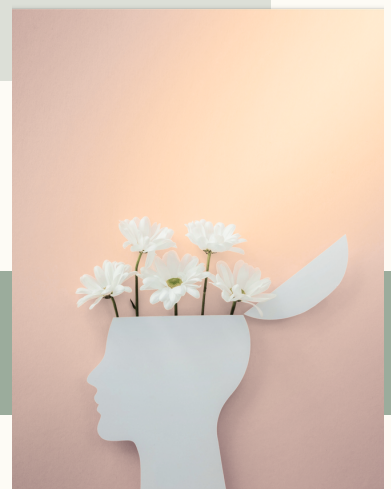
A abordagem do Cuidado R/E deve ser realizada por toda a equipe multiprofissional e não somente por uma profissão de saúde ou profissional especializado em assistência R/E, como os capelães, no caso dos hospitais (Pereira, 2021).

O primeiro princípio do Cuidado R/E é a comunicação adequada. Deve ser realizado de modo sensível, autêntico e empático, buscando oferecer acolhimento e esperança a partir das vivências religiosas e espirituais do usuário de saúde. Ocorre a partir do aprofundamento do vínculo do técnico de saúde com o usuário. O profissional que for ofertar o Cuidado R/E deve escutar, validar a religiosidade e espiritualidade do paciente, utilizando-se do acolhimento emocional para tal. Deve, também, identificar estratégias de CRE positivo, que podem aumentar a saúde do usuário de saúde (Pereira, 2021), estimulando a esperança, força e resiliência através da dimensão R/E (Braguetta; Leão, 2021). Um bom momento para se iniciar o Cuidado R/E é quando se questiona a história psicossocial do usuário de saúde, isto é, quando se abordam hábitos, lazeres e vínculos sociais. Outro momento que pode facilitar a conversa sobre a religiosidade e espiritualidade do usuário de saúde é quando este traz espontaneamente o tema para o atendimento (Mosqueiro; Oliveira; Moreira-Almeida, 2022). A presença de objetivos e adornos pessoais de cunho religioso, por exemplo, também podem ser utilizados como gancho para iniciar ou aprofundar a conversa sobre religiosidade e espiritualidade, pois estes fornecem informações relevantes sobre o usuário de saúde, na medida em que revelam crenças pessoais (Pereira, 2021).

O Cuidado R/E deve ser realizado em um ambiente tranquilo, que permita a privacidade do paciente, para que esse possa falar do tema, tendo em vista que é um tema sensível. Sugere-se que as informações coletadas sejam evoluídas no prontuário do paciente para que outros profissionais acessem as necessidades de saúde R/E do paciente e este não precise se repetir (Pereira, 2021).

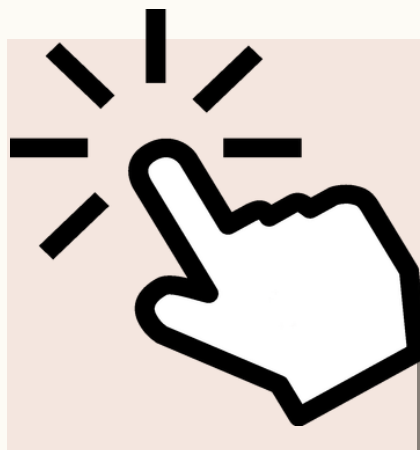
A forma mais adequada de integrar a religiosidade e espiritualidade na prática clínica é a coleta da história R/E. Ela tem por objetivo conhecer os aspectos centrais das crenças e comportamentos R/E do usuário de saúde, que pode auxiliar na formulação do plano terapêutico, auxiliando inclusive, no diagnóstico diferencial e na identificação de fatores protetores e de risco (Mosqueiro; Oliveira; Moreira-Almeida, 2022). Através da coleta da história R/E, ainda, pode-se auxiliar os usuários de saúde a reconhecer suas dificuldades R/E e emocionais, de forma a compreender como elas podem estar influenciando seu acompanhamento em saúde (Braguetta; Leão, 2021).

Existem alguns modelos de anamnese R/E que permitem o primeiro contato do profissional de saúde com a religiosidade e espiritualidade do paciente (Pereira, 2021), mas claro que aquele com maior experiência no Cuidado R/E pode se permitir ir além do roteiro e desenvolver seu estilo pessoal para o Cuidado R/E (Braguetta; Leão, 2021).



Os objetivos da anamnese R/E são: propiciar um espaço adequado para a abordagem do tema, conhecer a religiosidade e espiritualidade do usuário de saúde de forma a entender o seu sofrimento R/E e as suas forças R/E, oferecer a oportunidade de um cuidado amoroso, estimular o paciente a encontrar seus próprios recursos de CRE positivo para aceitação e conforto, identificar crenças que podem influenciar a tomada de decisão quanto aos cuidados de saúde e reconhecer aqueles usuários de saúde que precisarão ser encaminhados para serviços especializados em assistência R/E. Também é importante informar ao usuário de saúde e seus familiares que a coleta de informações R/E não tem a ver com condição de saúde do paciente, mas sim com a intenção de oferecer um cuidado humanizado (Pereira, 2021).

O protocolo mais utilizado é o questionário FICA, de Cristina Puchalski, que foi desenvolvido em 1996. Puchalski é uma médica norte-americana, responsável por pesquisas que visam à integração do Cuidado R/E às práticas de saúde. O acrônimo FICA resume as seguintes dimensões: Faith and belief, Importance, Community e Address in care. Tem por objetivo investigar como o paciente se relaciona com sua fé e suas crenças, qual a importância destas em sua vida, bem como o quanto gostaria que o profissional de saúde considerasse sua religiosidade e espiritualidade no seu acompanhamento. Também investiga se ele tem um vínculo com uma comunidade religiosa e como essa o apoia, bem como o paciente gostaria que a sua religiosidade e espiritualidade fosse integrada ao seu cuidado em saúde (Puchalski; Romer, 2000 *apud* Cunha *et al.*, 2022; Pereira, 2021). Vejamos um vídeo da Dr. Cristina Puchalski.



INSTRUMENTO: FICA

F	<u>Fé e crença</u> Você se considera uma pessoa religiosa ou espiritual/espiritualizada?	Se o usuário de saúde responde “sim”, o profissional de saúde deve continuar com outras perguntas. Se o usuário de saúde responde “não”, o profissional de saúde deve perguntar: “O que dá sentido/significado à sua vida?”. Os usuários de saúde podem responder assuntos relacionados à carreira, família ou natureza, por exemplo.
I	<u>Importância e influência</u> Qual importância a fé tem em sua vida? Suas crenças têm influenciado a forma como você cuida de si mesmo ou de sua doença? Qual o papel de suas crenças na recuperação de sua saúde?	-
C	<u>Comunidade</u> Você faz parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual? Ela é fonte de suporte para você? Como? Existe algum grupo de pessoas que você realmente ama e que são importantes para você?	Comunidades, como igrejas, templos, sinagogas, podem servir como forte sistema de suporte para alguns usuários de saúde.
A	<u>Abordagem no cuidado</u> Como você gostaria que eu abordasse esses aspectos no seu plano de tratamento?	-

14

Fonte: Puchalski e Romer apud Mosqueiro, Oliveira e Moreira-Almeida (2022).

O Cuidado R/E inicial pode ser feito em poucos minutos. Muitas vezes, apenas um *screening* breve pode dar conta dos principais aspectos a serem considerados em uma anamnese R/E. Também, os tópicos sugeridos anteriormente, através da anamnese espiritual FICA, podem ser coletados de forma indireta, isto é, a partir do relato espontâneo do usuário de saúde, cabendo ao trabalhador de saúde apenas aprofundá-lo.

Outro guia de entrevista que pode ser utilizado como recurso para um Cuidado R/E mais aprofundado, pode ser conferido a seguir:

GUIA DE ENTREVISTA PARA UMA ABORDAGEM APROFUNDADA DO CUIDADO R/E

I. História do desenvolvimento

1. Descreva a sua primeira experiência religiosa ou crença.
2. Você tem memórias religiosas da sua infância?
3. Descreva o seu treinamento ou educação religiosa.
4. Seus pais se comportam de maneira consistente em relação às crenças que eles expressam?
5. As suas crenças são semelhantes às dos seus pais? Elas se diferem? De que maneira?
6. Existiram outras pessoas importantes para as suas experiências religiosas? Quem?
7. Você teve alguma experiência religiosa que você sentiu que foi traumática?
8. Você teve alguma experiência em que você mudou a sua visão espiritual ou religiosa (p. ex., conversão)?
9. Você deseja desenvolver a sua espiritualidade? De que forma?

II. Comunidade

1. Você participa da vida religiosa de uma comunidade agora (igreja, sinagoga, etc.)?
2. Você mudou de igreja depois de adulto? Por quê?
3. Qual o suporte mais significativo que você já recebeu de uma comunidade religiosa?
4. Você tenta trazer outras pessoas para fazer parte de sua comunidade religiosa?

III. Deus

1. Você acredita na existência de Deus? O que leva você à essa crença?
2. Você não acredita na existência de Deus? O que leva você à essa crença?
3. Descreva as características de Deus.
4. Como acreditar em Deus afeta a sua experiência pessoal?
5. O que Deus é para você: uma força, uma pessoa ou uma ideia?
6. Como você experimenta Deus? Deus fala com você? Você já teve experiências especiais com Deus?

IV. Crenças

1. Qual a sua crença religiosa mais importante?
2. Quais das suas crenças religiosas você mais questiona ou dúvida?
3. Quais crenças religiosas você duvida menos?
4. Você está preocupado com o mal ou o sofrimento no mundo? O que os causa?
5. Para você, o que é vida com propósito?

V. Rituais e práticas

1. O que orar/rezar significa para você?
2. Se você ora/reza, você ora/reza para quê?
3. Com que frequência você ora/reza? Você ora/reza sozinho ou com terceiros?
4. Você se engaja em outras práticas religiosas privadas (p. ex., rituais ou estudo das escrituras)? Com que frequência?
5. Com que frequência você participa de serviços religiosos e espirituais?

VI. Experiências espirituais

1. Você teve experiências que poderia descrever como espirituais?
2. Essas experiências mudaram a direção de sua vida?
3. Você contou para outras pessoas sobre essas experiências?
4. Quão importante é a experiência espiritual para a sua vida diária?

COMO REALIZAR O CUIDADO R/E NA SAÚDE MENTAL?

O termo “anômalo” vem sendo utilizado para definir experiências psicóticas e/ou incomuns. Estas também vem sendo chamadas de experiências R/E (Raddatz *et al.*, 2019), por estarem muitas vezes ligadas a conteúdos R/E e por não serem consideradas necessariamente patológicas. As experiências de cunho psicótico, anômalas e experiências R/E são compreendidas como expressões da subjetividade e/ou da cultura (Raddatz *et al.*, 2019) da pessoa que as vivencia. Ressalta-se que há discussões se estas experiências são de fato psicóticas, como as entendemos, tendo em vista, que esta definição advém de uma hipótese materialista de compreensão de mundo: a mente ainda está longe de ser explicada (Scimago Institutions Rankings, 2009). Entretanto, neste guia, como forma de facilitar a comunicação e a partir do conhecimento científico atual, elas serão chamadas somente por experiências R/E.

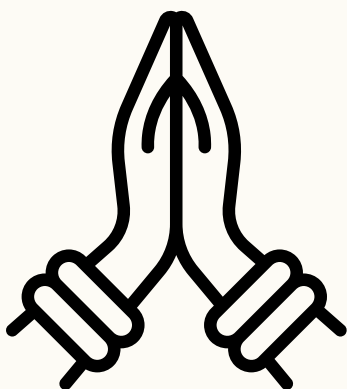
Muitas vezes é difícil realizar um diagnóstico diferencial entre um transtorno mental e uma experiência R/E. Ter visões atribuídas a entidades espirituais, como ver guias espirituais que trazem orientações sobre qual caminho seguir ou sentir-se chamado por Deus ou outra entidade espiritual para uma missão são necessariamente sintomas psicóticos patológicos ou somente experiências R/E? (Mosqueiro; Oliveira; Moreira-Almeida, 2022). Conforme coloca Alminhana (2013), a OMS realizou um levantamento sobre experiências psicóticas na população geral, isto é, na população que não apresenta diagnóstico de transtorno mental. Foram investigadas 256.445 pessoas em 52 países. Foi identificado que em média 12,5% da população mundial e 32% dos brasileiros relataram ter ao menos uma vivência psicótica, tendo estas ocorridas quando não estavam sonolentos, sonhando ou sob influência de álcool e/ou outras drogas. Em apenas 10% das pessoas entrevistadas essas vivências psicóticas estavam relacionadas de fato a um diagnóstico de psicose, portanto, a um transtorno mental.

Segundo Raddatz *et al.* (2019), as experiências de cunho psicótico que não configuram um transtorno mental, são muitas vezes ressignificadas dentro do contexto R/E (p. ex. através da mediunidade, do dom do Espírito Santo, etc.). Isto é muito importante, pois a cultura permite que pessoas que apresentam experiências de cunho psicótico, que não configuram um transtorno mental, possam dar sentido a elas de forma saudável através do contexto R/E.

No Brasil, por exemplo, como referem Mosqueiro, Oliveira e Moreira-Almeida (2022), experiências como ouvir vozes, ter visões, inserção de pensamentos ou sentimentos, que são percebidos como de origem externa (p. ex. de Deus ou outras entidades espirituais) ocorrem em diversas denominações religiosas. Entre elas, católicos carismáticos, evangélicos pentecostais, praticantes de umbanda e espíritas. Em um primeiro momento, estas experiências poderiam ser vistas somente como sintomas psicóticos patológicos pelo profissional de saúde. Entretanto, elas não pioram a saúde mental do indivíduo, pelo contrário, podem melhorar a saúde mental daqueles que as vivenciam, não trazendo os prejuízos que o transtorno mental traz para a vida de quem o desenvolve.



Claro, há o risco de se confundir estas vivências, de forma a patologizar experiências R/E e/ou normalizar sintomas de transtornos mentais que precisam de tratamento. Para tanto, desde 1994, foi incluído no DSM-IV, sendo mantido no DSM-V, a categoria “Problemas Religiosos e Espirituais”, como forma de tentar trazer uma avaliação mais precisa destas experiências, bem como foi desenvolvido nove critérios por Menezes Jr. e Moreira-Almeida (2008) para auxiliar profissionais da saúde a identificar sinais de transtorno mental em experiências R/E. Ademais, ainda entende-se que muitas experiências R/E, apesar de não serem consideradas transtorno mental, podem ser foco de atenção clínica, pois podem gerar sofrimento e busca por atendimento especializado em saúde mental. Vejamos abaixo:



PROBLEMAS RELIGIOSOS E ESPIRITUAIS

Problemas religiosos

- Perda ou questionamento da fé;
- Mudanças nas práticas, crenças e afiliação religiosa;
 - Intensificação de crenças
 - Experiências de conversão
- Novos movimentos religiosos e cultos;
- Doenças terminais com risco de vida.

PROBLEMAS ESPIRITUAIS

- Experiências místicas;
- Experiências de quase-morte;
- Experiências psíquicas;
- Experiência de abduções por alienígenas;
- Experiências relacionadas a prática espirituais e meditação;
- Experiência de possessão.

Fonte: Josephson e Peteet em Mosqueiro, Oliveira e Moreira-Almeida (2022).

Salienta-se que apesar dos “Problemas Religiosos e Espirituais” terem sido citados dentro do Cuidado R/E das experiências R/E, ele também pode ser utilizado na avaliação de crenças R/E de pessoas que não apresentam experiências R/E mas podem apresentar problemas clínicos devido a suas crenças. Assim, perda ou questionamento da fé, mudanças nas práticas, crenças e afiliação religiosa, novos movimentos religiosos, cultos e doenças terminais com risco de vida devem ser acolhidos e considerados como um possível problema de saúde.

De acordo com Stauner, Exline e Pargament (2016), as pessoas enfrentam diversas dificuldades religiosas, isto é, conflitos com o sagrado (Oliveira; Gosmann; Heineck, 2022), como já foi pontuado anteriormente, entre elas a confiança em Deus, conseguir conviver com a diversidade religiosa, lidar com dúvidas religiosas, lidar com o sobrenatural, viver conforme a moral religiosa, bem como encontrar sentido existencial. Estes conflitos estão ligados à saúde física e mental e necessitam da intervenção do profissional de saúde. Nestes casos, é importante destacar que aquele que presta o cuidado em saúde, deve estar atento a fatores de personalidade, influências sociais e ambientais, experiências traumáticas e situações culturais, que podem estar precipitando conflitos R/E.

Voltando para as experiências R/E, através do estudo de Menezes Jr. e Moreira-Almeida (2009), procurou-se desenvolver nove critérios que permitam ao profissional de saúde mental diferenciar as experiências R/E dos transtornos mentais:

1. Ausência de sofrimento psicológico: inicialmente a experiência pode causar angústia, mas quando é desenvolvido um sentido R/E para esta, o sofrimento tende a desaparecer. Ressalta-se aqui que a pessoa pode não se sentir incomodada com a experiência, não apresentando sofrimento psicológico;
2. Ausência de prejuízos sociais e ocupacionais: em um primeiro momento pode haver prejuízos ocupacionais e sociais, mas com o tempo, a pessoa tende a retomar sua funcionalidade. Quanto a isso, tanto a sua capacidade ocupacional como as suas relações sociais podem inclusive melhorarem, após a experiência ser integrada em sua vida;
3. A experiência ocorre de maneira episódica: tem curta duração e/ou acontece poucas vezes. Também, parece não haver um caráter invasivo sobre a consciência. Entretanto, quando a experiência apresenta uma característica de longa duração, a experiência pode ser interpretada como um estágio no desenvolvimento espiritual da pessoa;
4. Existe uma atitude crítica sobre a realidade objetiva da experiência: a pessoa reflete sobre a experiência que está vivenciando, de forma que se permite pensar diversas explicações para ela. A pessoa entende que sua experiência pode não ser compartilhada pelos outros, isto é, que é incomum. Há, portanto, flexibilidade cognitiva, aspecto importante para a saúde mental;
5. Existe compatibilidade da experiência com algum grupo cultural e/ou religioso: a experiência já foi descrita por alguma comunidade ou tradição cultural e/ou religiosa e/ou espiritual, mesmo que esta não seja a tradição local de onde a pessoa reside;
6. Ausência de comorbidades: não há sintomas de transtorno mental grave, mas pode haver sintomas de ansiedade e depressão. Pode haver o relato de alucinações auditivas e visuais, mas não há sintomas negativos (p. ex. embotamento afetivo) nem desorganização cognitiva;
7. A experiência é controlada: em um primeiro momento a pessoa pode não ter controle sobre a experiência, mas aprende a controlá-la ao longo do tempo. A pessoa é capaz de manter a experiência no local e em momentos adequados (p. ex. durante um ritual religioso);
8. A experiência gera crescimento pessoal: com o passar do tempo a experiência R/E traz crescimento para quem a experiencia, sendo integrada à personalidade e à vida do indivíduo;
9. A experiência é voltada para os outros: a experiência R/E é direcionada para o benefício de outras pessoas, não é autocentrada.

Para maior compreensão do diagnóstico diferencial R/E, ainda tem-se a dissertação da psicóloga Vanessa Ferreira Franco. Abaixo segue a referência:

* FRANCO, Vanessa Ferreira. Emergência espiritual: uma revisão sistemática do estado atual da pesquisa e seus desdobramentos clínicos e conceituais. São Paulo: PUCSP, 2020.

Como foi dito previamente, inúmeras vezes torna-se difícil diferenciar as experiências R/E dos sintomas psicóticos, isto é, do transtorno mental. Isto porque, inicialmente, muitas experiências R/E geralmente causam sofrimento psicológico, prejuízos sociais e ocupacionais. Também, diversas pessoas têm dificuldade de avaliar a realidade objetiva e não conseguem ter controle sobre a experiência. Nestes casos, como os manuais diagnósticos ainda carecem de maior acurácia para avaliação de situações mais sensíveis, é necessária a experiência do profissional de saúde para diferenciar experiências R/E saudáveis de um transtorno mental.

Todavia, ainda sugere-se que o profissional de saúde avalie “COMO” a pessoa interpreta sua experiência e não somente “O QUÊ” a pessoa diz experienciar, valorizando-se, portanto, o significado e/ou o sentido atribuídos a ela. Isto é necessário pois várias pessoas não referem ansiedade com experiências R/E, o que mostra que a experiência que se torna foco de atenção clínica deve ser avaliada caso a caso (Raddatz *et al.*, 2019).

Por fim, para auxiliar as pessoas que tem experiências R/E, é importante que haja apoio da rede social, a não estigmatização e o acolhimento das experiências. Salienta-se que estas atitudes são necessárias para que a pessoa integre a experiência R/E de forma saudável (Raddatz *et al.*, 2019).

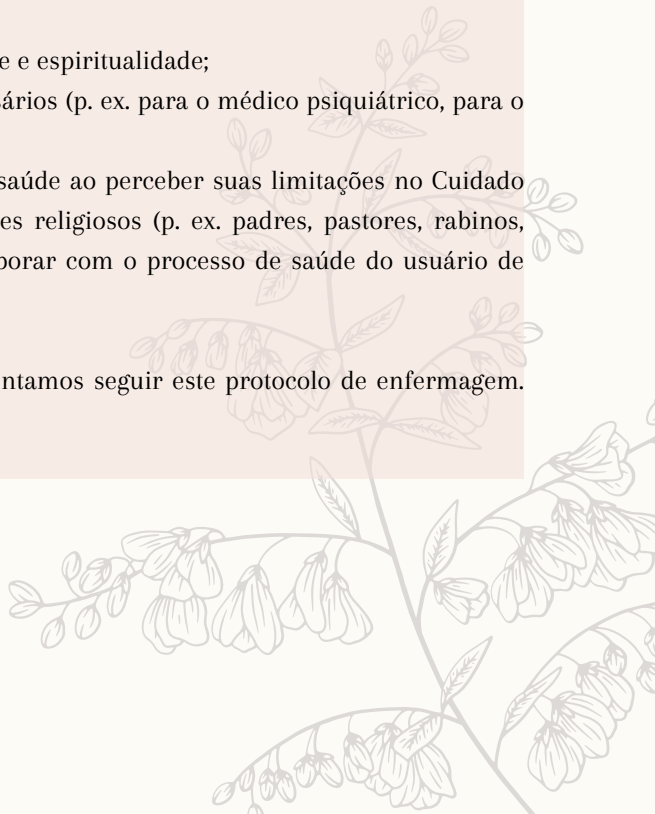
Links para estudo:



HABILIDADES E COMPETÊNCIAS DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO CUIDADO R/E

A postura do profissional de saúde que está ofertando o Cuidado R/E deve ser ética, empática e com algum conhecimento teórico e prático do acolhimento R/E. Os trabalhadores de saúde devem ir além das suas perspectivas pessoais a respeito da R/E, tendo o usuário de saúde como seu referencial. Em outras palavras, o atendimento do Cuidado R/E deve ser centrado no usuário de saúde e não nas crenças R/E do profissional de saúde. Desta maneira, há, portanto, algumas qualidades, conhecimentos, habilidades e competências que os profissionais de saúde devem desenvolver para o Cuidado R/E, entre elas:

- O conhecimento de diferentes expressões R/E: o trabalhador de saúde deve se informar sobre as crenças, comunidades e práticas R/E que são importantes para o usuário de saúde;
- Abertura e tolerância com crenças diferentes das suas: deve-se ter respeito com as diversas filiações religiosas, espirituais ou seculares;
- Autoconsciência sobre as suas crenças R/E ou não crença R/E: reforça-se isto pois as crenças R/E podem influenciar atitudes do profissional de saúde perante o usuário de saúde, suas percepções e a compreensão do processo de saúde (físico, psicológico, etc.), influenciando ainda o Cuidado R/E;
- Autenticidade, isto é, reconhecer quando desconhece a R/E do usuário de saúde (p. ex. quando se desconhece algum termo da expressão R/E do usuário de saúde, etc.). Nestes casos, pode-se perguntar ao usuário de saúde aquilo que é de seu desconhecimento. Também, mesmo que o profissional de saúde conheça a religiosidade e espiritualidade do usuário de saúde, muitas vezes é interessante perguntar como é a perspectiva deste sobre a sua religiosidade e espiritualidade, pois as mesmas práticas e afiliações religiosas podem ter sentidos diferentes para indivíduos diferentes;
- O profissional de saúde deve ser capaz de identificar o CRE positivo e o CRE negativo, pois ambos impactam o processo de saúde do usuário de saúde;
- O profissional de saúde deve conseguir explorar as crenças, o suporte comunitário e as práticas R/E do usuário de saúde, utilizando-os como recursos de saúde;
- Deve conseguir diferenciar experiências R/E saudáveis, que estão integradas positivamente à vida do usuário de saúde, daquelas que sejam sintomas psicopatológicos;
- O profissional de saúde deve conseguir aprofundar as experiências R/E e não evitar falar sobre o assunto, buscando que o usuário de saúde encontre um sentido para elas;
- Deve saber reconhecer questões legais e éticas relacionadas à religiosidade e espiritualidade;
- Deve saber identificar problemas R/E e fazer os encaminhamentos necessários (p. ex. para o médico psiquiátrico, para o atendimento psicológico, para o capelão etc.);
- O profissional de saúde deve solicitar auxílio de outros profissionais de saúde ao perceber suas limitações no Cuidado R/E. Nesta mesma perspectiva, também cabe solicitar auxílio para líderes religiosos (p. ex. padres, pastores, rabinos, irmãs, pais e mães de santo, etc.), tendo em vista que estes podem colaborar com o processo de saúde do usuário de saúde;
- Deve buscar formação no Cuidado R/E (Bubols et al., 2020).
- Para auxiliar na autoavaliação sobre seu trabalho com Cuidado R/E, orientamos seguir este protocolo de enfermagem. Ele pode ser perfeitamente utilizado por outras profissões de saúde:



HABILIDADES E COMPETÊNCIAS DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO CUIDADO R/E

Confira um *check list* para habilidades e competências do profissional de saúde no Cuidado R/E:

Dimensão	Competências Essenciais	Check list prático
Autoconhecimento	Reconhecer suas próprias crenças, valores e limites. Diferenciar espiritualidade de religiosidade.	☐ Reflito sobre minhas crenças pessoais ☐ Sei respeitar crenças diferentes das minhas
Avaliação espiritual	Identificar necessidades espirituais. Usar instrumentos (FICA, HOPE, SPIRIT).	☐ Incluo perguntas sobre espiritualidade na anamnese ☐ Sei reconhecer sofrimento ou recursos espirituais
Comunicação terapêutica	Escuta ativa, empatia, acolhimento do silêncio. Falar de espiritualidade sem impor crenças.	☐ Uso escuta ativa ☐ Evito julgamentos ☐ Sei quando encaminhar para capelania
Planejamento e intervenção	Integrar espiritualidade ao plano de cuidados. Apoiar práticas rituais do paciente.	☐ Incluo objetivos espirituais no plano de cuidados ☐ Facilito acesso a práticas significativas
Trabalho interdisciplinar	Colaborar com capelães, líderes religiosos, psicólogos.	☐ Conheço a rede de apoio espiritual disponível ☐ Encaminho quando necessário
Ética e cultura	Respeitar diversidade cultural/religiosa. Garantir autonomia do paciente.	☐ Respeito escolhas do paciente ☐ Nunca imponho minhas crenças
Educação e desenvolvimento	Buscar capacitação contínua em espiritualidade e saúde.	☐ Participo de treinamentos ☐ Atualizo-me em evidências sobre cuidado espiritual

Referência:

BALDACCHINO, D. R. Teaching on spiritual care: the perceived impact on qualified nurses. **Nurse Education in Practice**, v. 11, n. 1, p. 47-53, 2011.

ATEUS E AGNÓSTICOS

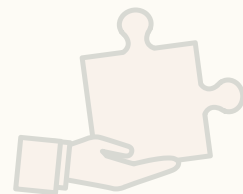
Apesar de muitas sociedades serem R/E, o número de pessoas sem religião vêm crescendo nos últimos tempos (Maraldi, 2022), por isso a necessidade de falarmos desta população neste guia. Além do mais, dizer-se ateu ou agnóstico pode gerar preconceitos e estigmas, desestimulando muitas pessoas não religiosas a não se assumirem como tal (Maraldi, 2022), ainda mais em uma sociedade religiosa e espiritualizada como a brasileira. Nesta perspectiva, é essencial que os profissionais de saúde possam estar disponíveis para acolher pessoas ateias ou agnósticas.

Fora isso, alguns ateus e agnósticos se consideram pessoas espiritualizadas. Entretanto, a sua espiritualidade é definida em termos seculares. Eles encontram significado para a existência em teorias científicas, como o evolucionismo ou na sua família, por exemplo. Há ainda aquelas pessoas que não referem nenhum propósito definido para suas vidas (Maraldi, 2022).

Provavelmente, alguns ateus e agnósticos rejeitariam o tema espiritualidade, por soar algo religioso. Todavia, referem que tem um significado e/ou sentido para a vida quando indagados sobre este ponto (Maraldi, 2022).

Maraldi (2022) enfatiza que há diferentes tipos de ateus e agnósticos. Entre estes, estão aqueles que são totalmente contrários a religião; os que compartilham de algumas dos ideais desses, mas estão mais preocupados com pautas como feminismo, direitos humanos, etc.; aqueles que tem por referência a abordagem científica para sua vida, mas não desconsideram totalmente a existência do transcendente; e outros. Portanto, é importante estar aberto para escutar a experiência dos ateus e agnósticos usuários de saúde.

Ressalta-se que pessoas que não se consideram R/E não necessariamente são mais vulneráveis a problemas de saúde. As pesquisas atuais têm demonstrado que o que importa em termos de saúde não é somente se a pessoa tem alguma R/E, mas sim o comprometimento com seu sistema de valores ou visão de mundo, seja este metafísico ou secular (Maraldi, 2022).



CONCLUSÃO

Como vimos, o estudo do Cuidado R/E por parte dos profissionais de saúde do SUS se faz necessário devido a população brasileira ser altamente religiosa e espiritualizada. Além do mais, estudos vêm sendo realizados na área desde a década de 1990, o que demonstra a importância da atualização dos profissionais de saúde quanto ao tema para melhor ofertar o cuidado em saúde.

Também, sabe-se da importância do estudo do Cuidado R/E, pois, como observamos, muitas experiências R/E podem ser confundidas com transtornos mentais, bem como muitos transtornos mentais podem não ser devidamente tratados devido a uma compreensão R/E do mesmo. Ainda, os conflitos R/E destacam-se no Cuidado R/E, isto é, são foco de atenção clínica em saúde, na medida em que estes geram sofrimento e prejuízos na qualidade de vida de muitas pessoas religiosas e espirituais.

Espera-se ter contribuído com este singelo material sobre o Cuidado R/E no SUS. Deseja-se que ele possa esclarecer dúvidas e incentivar o estudo sobre o tema R/E entre os profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, T. C. S. Espiritualidade e resiliência: enfrentamento em situações de luto. *Sacrilegens*, v. 12, n. 1, p. 72-91, 2015. Disponível em: <http://revista.sacrilegens.com>. Acesso em: 29 set. 2018.
- ALMINHANA, L. O. *A personalidade como critério para o diagnóstico diferencial entre experiências anômalas e transtornos mentais*. Tese (Doutorado em Saúde) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.
- ARAÚJO, R. L.; JUNIOR, A. L. G. A religiosidade e a espiritualidade na atenção primária à saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 1, p. e5418, 2021.
- ASSIS, C. R.; LEME, R. S. Direitos humanos, bioética e espiritualidade na atenção integral à saúde do paciente. *Unisanta Law and Social Science*, v. 13, n. 2, p. 152-168, 2024.
- AUGUST, Hartmut; ESPERANDIO, Mary Rute Gomes. Teoria do apego e apego a Deus no aconselhamento: estudo de caso. *Estudos teológicos*, v. 60, n. 1, p. 298-314, 2020.
- BALDACCHINO, D. R. Teaching on spiritual care: the perceived impact on qualified nurses. *Nurse Education in Practice*, v. 11, n. 1, p. 47-53, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Caderno Humaniza SUS, v. 5).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- CARDEÑA, E.; LYNN, S. J.; KRIPPNER, S. (org.). *As variedades da experiência anômala: análise das evidências científicas*. São Paulo: Atheneu, 2013.
- CARE, Uses in Spiritual. Teoria do Apego: sua influência na vida adulta e aplicação no cuidado espiritual. *Revista Cógito*, v. 1, n. 2, p. 152-176, 2019.
- CASTILHO, C. N. de; CARDOSO, P. T. Espiritualidade, religiosidade e religião nas políticas públicas de saúde: um olhar para a integralidade. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 3, n. 1, 2015.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Resolução nº 7*, de 06 de abril de 2023. Estabelece normas para o exercício profissional em relação ao caráter laico da prática psicológica. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-7-2023-estabelece-normas-para-o-exercicio-profissional-em-relacao-ao-carater-laico-da-pratica-psicologica?origin=instituicao>.
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. *Laicidade, religião, direitos humanos e políticas públicas*. Vol. 1. São Paulo: CRP-SP, 2016. Disponível em: http://www.crpssp.org.br/diverpsi/arquivos/ColecaoDiverpsi_Vol1.pdf.
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. *Na fronteira da psicologia com os saberes tradicionais: prática e técnicas*. Vol. 2. São Paulo: CRP-SP, 2016. Disponível em: http://www.crpssp.org.br/diverpsi/arquivos/ColecaoDiverpsi_Vol2.pdf.
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. *Psicologia, espiritualidade e epistemologias não-hegemônicas*. Vol. 3. São Paulo: CRP-SP, 2016. Disponível em: http://www.crpssp.org.br/diverpsi/arquivos/ColecaoDiverpsi_Vol3.pdf.

CUNHA, V. F. da; COMIN, F. S. A transcendência no cuidar: percepções de enfermeiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 22, n. 1, 2021.

CUNHA, V. F. da. *Religiosidade/Espiritualidade (R/E) e enfermagem: conhecimentos, experiências e práticas profissionais em um hospital geral*. 2022. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

CUNHA, V. F. da *et al.* Como podemos incluir a religiosidade/espiritualidade no cuidado à saúde? In: SCORSOLINI-COMIN, F. (org.). *Práticas de cuidado interprofissional em saúde mental*. Ribeirão Preto: Centro de Apoio Editorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2022.

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

DA SILVEIRA, L.; NUNES, M. de O. Para além e aquém de anjos, loucos ou demônios: CAPS e pentecostalismo em análise. *Revista Polis e Psique*, v. 3, n. 1, p. 119, 2013.

DE OLIVEIRA, F. H. A. *et al.* Psiquiatria e espiritualidade: em busca da formulação bio-psico-social-espiritual do caso – aplicações práticas. *HU Revista*, v. 44, n. 4, p. 447-454, 2018.

DE OLIVEIRA, João André Webber; GOSMANN, Natacha; HEINECK, Lauren. Terapias Cognitivo-Comportamentais no Manejo Clínico de Conflitos Religiosos e Espirituais: uma revisão sistemática. *Contextos Clínicos*, v. 15, n. 2, 10 out. 2022.

ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; FERNANDES, Marcio Luiz; HEFTI, René. Tentativa de suicídio, conflitos espirituais e cuidados em saúde mental: estudo de caso de pastor evangélico. *Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica*, v. 28, n. 2, 2022.

FEUERWERKER, L. C. M.; CAPAZZOLO, A. A. Atenção básica e formação em saúde. In: MENDONÇA, M. H. M. de; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (org.). *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 291-306.

FRANCO, Vanessa Ferreira. *Emergência espiritual: uma revisão sistemática do estado atual da pesquisa e seus desdobramentos clínicos e conceituais*. São Paulo: PUCSP, 2020.

FULLER, R. C. *Spiritual, but not religious: understanding unchurched America*. Oxford: Oxford University Press, 2001.

GROTTI, E. L. L.; SANTOS, M. S. Coping e resiliência no enfrentamento das enfermidades. In: PEREIRA, F. M. T. *et al.* *Tratado de espiritualidade e saúde: teoria e prática do cuidado em espiritualidade na área da saúde*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. p. 45-55.

HUFFORD, D. J. An analysis of the field of spirituality, religion, and health. *Metanexus*, 13 oct. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2022: religiões – resultados preliminares da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/3f1708b5d315aca50d5a7d8764469c45.pdf Acesso em: 27 maio 2026.

IRIGARAY, T. Q. *et al.* Avaliação psicológica multidimensional: inclusão da espiritualidade e da religiosidade na prática clínica. In: IRIGARAY, T. Q. *et al.* *Avaliação psicológica no contexto contemporâneo*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2020. p. 300-320.

IRIGARAY, T. Q. *et al.* Experiências anômalas: avaliação, diferenciação e manejo clínico. In: IRIGARAY, T. Q. *et al.* *Avaliação psicológica no contexto contemporâneo*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2020. p. 321-340.

KOENING, H. G. *Espiritualidade no cuidado com o paciente: por que, como, quando e o quê*. 3. ed. Tradução AME-SP. São Paulo: Editora Fé, 2018. p. 57-82.

LEMONS, C. T.; REIMER, I. R. Religião, espiritualidade e saúde: apresentação. *Rev Caminhos*, v. 18, n. 1, p. 4-12, 2020.

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

MACHADO, F.; TORRES, C. *A ciência dos religiosos: estudo exploratório dos usos e sentidos que religiosos fazem da ciência*. [S. l.: s. n.], 2019.

MENEZES JÚNIOR, Adair de; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. O diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e transtornos mentais de conteúdo religioso. *Archives of Clinical Psychiatry*, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 75-82, 2009.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LUCCHETTI, G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. *Ciência e Cultura*, v. 68, n. 1, p. 54-57, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21800/2317-66602016000100016>. Acesso em: 28 jul. 2021.

MOSQUEIRO, B. P.; OLIVEIRA, F. H. A. de; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade, espiritualidade e transtornos mentais. In: NARDI, A. E.; SILVA, A. G. da; QUEVEDO, J. (org.). *Tratado de psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2022. p. 28-42.

PEREIRA, F. M. T. et al. Coping e resiliência no enfrentamento das enfermidades. In: PEREIRA, F. M. T. et al. (ed.). *Tratado de espiritualidade e saúde: teoria e prática do cuidado em espiritualidade na área da saúde*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. p. 45-55.

RADDATZ, J. S.; MOTTA, R. F.; ALMINHANA, L. O. Religiosidade/espiritualidade na prática clínica: círculo vicioso entre demanda e ausência de treinamento. *Psico-USF*, v. 24, p. 699-709, 2019.

SENA, M. A. de B.; PERES, M. F. P. Espiritualidade e saúde: do conceito à prática. In: PEREIRA, F. M. T. et al. (ed.). *Tratado de espiritualidade e saúde: teoria e prática do cuidado em espiritualidade na área da saúde*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021. p. 3-9.

SILVA, M. C. M. da; MOREIRA-ALMEIDA, A.; CASTRO, E. A. B. de. Idosos cuidando de idosos: a espiritualidade como alívio das tensões. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, p. 2461-2468, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0370>. Acesso em: 28 jul. 2021.

STAUNER, N.; EXLINE, J. J.; PARGAMENT, K. I. Religious and spiritual struggles as concerns for health and well-being. *Horizonte – Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião*, v. 14, n. 41, p. 48-75, 2016.

TONIOL, Rodrigo. Censo de 2022 e religião no Brasil. *Horizontes Antropológicos*, n. 72, 2025.

ZACCARIOTTO, J. P. Estado laico, liberdade religiosa e cidadania. *Cadernos Jurídicos da Faculdade de Direito de Sorocaba*, v. 1, n. 1, p. 35-48, 2017.

ZANGARI, W.; MACHADO, F. R. *Cartilha virtual: psicologia e religião – histórico, subjetividade, saúde mental, manejo, ética profissional*. São Paulo: Inter Psi – Laboratório de Psicologia Anomalística e Processos Psicossociais, 2018. Disponível em: <https://interpsi.org/cartilha/>.

ZINNBAUER, B. J. et al. Religion and spirituality: unfuzzifying the fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion*, v. 36, n. 4, p. 549, 1997.



Sugestões de leitura

ALMINHANA, L. O. *A personalidade como critério para o diagnóstico diferencial entre experiências anômalas e transtornos mentais*. Tese (Doutorado em Saúde). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

ARAÚJO, R. L.; JUNIOR, A. L. G. A religiosidade e a espiritualidade na atenção primária à saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 1, p. e5418, 2021.

AUGUST, Hartmut; ESPERANDIO, Mary Rute Gomes. Teoria do Apego e apego a Deus no aconselhamento: estudo de caso. *Estudos teológicos*, v. 60, n. 1, p. 298-314, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Caderno Humaniza SUS, v. 5).

CARDEÑA, E.; LYNN, S. J.; KRIPPNER, S. (org.). *As variedades da experiência anômala: análise das evidências científicas*. São Paulo: Atheneu, 2013.

CARE, Uses in Spiritual. Teoria do Apego: sua influência na vida adulta e aplicação no cuidado espiritual. *Revista Cógito*, v. 1, n. 2, p. 152-176, 2019.

CASTILHO, C. N. de; CARDOSO, P. T. Espiritualidade, religiosidade e religião nas políticas públicas de saúde: um olhar para a integralidade. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 3, n. 1, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Resolução nº 7*, de 06 de abril de 2023. Estabelece normas para o exercício profissional em relação ao caráter laico da prática psicológica. 2023. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-7-2023-estabelece-normas-para-o-exercicio-profissional-em-relacao-ao-carater-laico-da-pratica-psicologica>.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. *Laicidade, religião, direitos humanos e políticas públicas*. Vol. 1. São Paulo: CRP-SP, 2016. Disponível em: http://www.crpssp.org.br/diverpsi/arquivos/ColecaoDiverpsi_Vol1.pdf.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. *Na fronteira da psicologia com os saberes tradicionais: prática e técnicas*. Vol. 2. São Paulo: CRP-SP, 2016. Disponível em: http://www.crpssp.org.br/diverpsi/arquivos/ColecaoDiverpsi_Vol2.pdf.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. *Psicologia, espiritualidade e epistemologias não hegemônicas*. Vol. 3. São Paulo: CRP-SP, 2016. Disponível em: http://www.crpssp.org.br/diverpsi/arquivos/ColecaoDiverpsi_Vol3.pdf.

CUNHA, V. F. da; COMIN, F. S. A transcendência no cuidar: percepções de enfermeiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 22, n. 1, 2021.

CUNHA, V. F. da. *Religiosidade/Espiritualidade (R/E) e enfermagem: conhecimentos, experiências e práticas profissionais em um hospital geral*. 2022. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

DE OLIVEIRA, F. H. A. *et al.* Psiquiatria e espiritualidade: em busca da formulação bio-psico-social-espiritual do caso – aplicações práticas. *HU Revista*, v. 44, n. 4, p. 447-454, 2018.

DE OLIVEIRA, João André Webber; GOSMANN, Natacha; HEINECK, Lauren. Terapias Cognitivo-Comportamentais no Manejo Clínico de Conflitos Religiosos e Espirituais: uma revisão sistemática. *Contextos Clínicos*, v. 15, n. 2, 10 out. 2022.

ESPORCATTE, R. et al. Espiritualidade: do conceito à anamnese espiritual e escalas para avaliação. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 2024.

FERREIRA, Flávia Germana de Sousa; FREITAS, Marta Helena de; HOCHDORN, Alexander. *Religiosidade e saúde mental nos centros de atenção psicossocial: clínica e percepções de psicólogos e psiquiatras*. Curitiba: Juruá, 2026.

GOMES, E. T.; BEZERRA, S. M. M da S. Espiritualidade, integralidade, humanização e transformação paradigmática no campo da saúde no Brasil. *Rev. Enferm. Dígít. Cuid. Promoção Saúde*, v. 5, n. 1, p. 65-69, 2020.

HOURAN, James; MARALDI, Everton de Oliveira; MASSULLO, Brandon; MOLNAR, Donald. *Evaluating anomalous experiences with respect and responsibility: a critical reflection*. Spirituality in Clinical Practice. Washington, DC: American Psychological Association, 2025.

KOENING, H. G. *Espiritualidade no cuidado com o paciente: por que, como, quando e o quê*. 3. ed. Tradução AME-SP. São Paulo: Editora Fé, 2018. p. 57-82.

SILVA, M. C. M. da; MOREIRA-ALMEIDA, A.; CASTRO, E. A. B. de. Idosos cuidando de idosos: a espiritualidade como alívio das tensões. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, p. 2461-2468, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0370>. Acesso em: 28 jul. 2021.

STAUNER, N.; EXLINE, J. J.; PARGAMENT, K. I. Religious and spiritual struggles as concerns for health and well-being. *Horizonte – Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião*, p. 48-75, 2016.

ZANGARI, W.; MACHADO, F. R. *Cartilha virtual: psicologia e religião – histórico, subjetividade, saúde mental, manejo, ética profissional*. São Paulo: Inter Psi – Laboratório de Psicologia Anomalística e Processos Psicossociais, 2018. Disponível em: <https://interpsi.org/cartilha/>.



Sugestões de sites e redes sociais

- Inter Psi – Laboratório de Psicologia Anomalística e Processos Psicossociais: <https://interpsi.org/>
- Instagram NUPES UFJF: https://www.instagram.com/nupes_ufjf/
- Instagram Luiz Viegas Júnior: <https://www.instagram.com/psi.luizviegasjunior>
- Instagram Idelta Psi: <https://www.instagram.com/ideltapsi>
- Instagram GT Psicologia e Religião: <https://www.instagram.com/gtpsicologiaereligiao>
- Instagram Inter Psi USP: <https://www.instagram.com/interpsiusp>
- YouTube – TV Nupes: TV Nupes
- SEM BRASIL- (Spiritual Emergence Network):
<https://www.instagram.com/p/DAjqmiHPboM/----->