



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde

ASSISTÊNCIA RELIGIOSA NA HOSPITALIZAÇÃO: UMA ABORDAGEM EXPLORATÓRIA DA ATENÇÃO ESPIRITUAL EM HOSPITAL PÚBLICO

Diovani Schreiber Pires

Orientador: Dr. Alcindo Antônio Ferla
Coorientadora: Bel. Izabel Alves Merlo

Porto Alegre 2009

DIOVANI SCHREIBER PIRES

**ASSISTÊNCIA RELIGIOSA NA HOSPITALIZAÇÃO: UMA ABORDAGEM
EXPLORATÓRIA DA ATENÇÃO ESPIRITUAL EM HOSPITAL PÚBLICO**

Este trabalho é parte integrante, e requisito indispensável para a conclusão, do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde realizado em parceria do Grupo Hospitalar Conceição com a Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Dr. Alcindo Antônio Ferla
Coorientadora: Bel. Izabel Alves Merlo

Porto Alegre
2009

Dedico este trabalho a todos os colegas do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde, turma 2008 de Porto Alegre, com os quais tive a oportunidade de conviver nestes últimos 13 meses em aulas, seminários e poucas e boas festas de confraternização.

Quanto mais numerosos os que sofrem, mais naturais parecem os seus sofrimentos. Quem deseja impedir que se molhem os peixes do mar? E os sofredores mesmos partilham dessa natureza contra si e deixam que lhes falte bondade entre si. É terrível que o homem se resigne tão facilmente com o existente, não só com as dores alheias, mas também com as suas próprias. Todos que meditaram sobre o mau estado das coisas recusaram a apelar à compaixão de uns pelos outros. Mas a compaixão dos oprimidos é indispensável. Ela é a esperança do mundo!

(Bertolt Brecht)

RESUMO

A assistência espiritual, prestada por entidades religiosas, tem o objetivo de atender o paciente naquilo que mobiliza as suas subjetividades. Estas, embora não compõem a construção explicativa da saúde e da doença com maior vigência nesses serviços, tendem a aflorar no momento em que o doente se defronta com uma realidade, a qual não é corriqueiramente enfrentada. Esta realidade, além de lhe fragilizar as forças físicas, coloca à prova seus mais profundos valores. Para os pacientes hospitalizados no Grupo Hospitalar Conceição, a estrutura disponibilizada para esta atividade não foi diferente até muito recentemente. Em meados do ano 2002 houve interferência da direção da instituição no sentido de tornar disponível a capela, até então exclusividade do credo católico, transformada em local ecumênico, acessível a qualquer entidade religiosa previamente credenciada. Essa situação ressalta a oportunidade da análise e o registro da abrangência e das diferentes expressões desta assistência dos diversos credos dentre os credenciados. O presente trabalho tem como objetivo principal a análise descritiva e documentação de uma atividade que ocorre na maioria dos hospitais, públicos e privados. O estudo do processo de assistência religiosa, com abordagem no sentido da integralidade na atenção aos usuários do Sistema Único de Saúde no GHC passa, então, a ser objeto da proposta de trabalho. Por certo não irá esgotar o assunto, senão apenas trazer à baila um início de discussão sobre o mesmo, que é pouco integrado nos “rounds” médicos. Documentar essas expressões de religiosidade pretende contribuir com as discussões sobre a relação da espiritualidade com a saúde, mas o projeto também pretende uma intervenção: a inclusão dos registros acerca da religiosidade na documentação dos usuários internados, de tal forma que esse aspecto possa ser considerado no desenho dos planos terapêuticos ofertados na instituição.

Palavras-Chave: Assistência religiosa, Serviço Religioso no Hospital

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS	Conselho Nacional de Saúde
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HNSC	Hospital Nossa Senhora da Conceição
HCC	Hospital da Criança Conceição
HCR	Hospital Cristo Redentor
HFE	Hospital Fêmeina
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS.....	11
3 CONTEXTUALIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
3.1 SITUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA RELIGIOSA NOS HOSPITAIS DO GHC	13
3.1.1 Apanhado Histórico.....	13
3.1.2 A assistência Religiosa Hoje	14
3.1.3 A assistência Religiosa e os Hospitais.....	16
3.2 A ASSISTÊNCIA RELIGIOSA E INTEGRALIDADE	18
3.2.1 A Fragmentação da Assistência na Saúde.....	18
3.2.2 A Necessidade de Assistência Integral	19
3.3 EFEITOS DA PRÁTICA RELIGIOSA NA SAÚDE	21
3.3.1 Hábitos de Vida Saudável	21
3.3.2 O Cérebro e a Oração.....	22
3.3.3 Longevidade	23
3.3.4 Tratamento das Doenças	24
3.4 UM NOVO OLHAR SOBRE O CUIDADO	25
4 PROPOSTA DO TRABALHO	28
4.1 METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO	29
4.2 ORÇAMENTO	30
4.3 CRONOGRAMA	31

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	33
APÊNDICES.....	35

1 INTRODUÇÃO

Podemos verificar, pela bibliografia consultada, que a assistência religiosa pode vir a ter, não só grande participação no tratamento, mas também participação na promoção da humanização do cuidado. O compartilhar de experiências junto a terapeutas religiosos, junto a profissionais experimentados na orientação de cuidadores religiosos e de muitos relatos já publicados em várias teses de mestrado e doutorado, direcionaram o trabalho que ora estamos propondo.

A assistência religiosa aos pacientes do Grupo Hospitalar Conceição, como de resto nos demais hospitais gerais e em especial nos hospitais públicos geridos pelo Sistema Único de Saúde, ainda que ministrada por voluntários não vinculados às instituições, tem contribuído como adjuvante na cura dos pacientes que utilizam seus serviços. Entretanto, essa costuma ser uma ação periférica no atendimento, que normalmente se restringe aos procedimentos validados pela racionalidade biomédica vigente nos serviços de saúde. Como marcador dessa afirmação, registra-se que no prontuário do paciente não existe qualquer espaço em que se possa vincular ao tratamento tradicional (medicalizado) qualquer outra forma alternativa de ajuda no cuidado. Não existe sequer uma documentação que favoreça o acompanhamento e o controle sobre a qualidade das atividades desenvolvidas.

O paciente, ao sentir-se fragilizado diante de diagnóstico desfavorável, recorre a formas de assistência não convencionais com as quais se identificam e, não raramente é ajudada em suas buscas por estas alternativas.

A proposta deste trabalho é analisar o processo de atendimento religioso que hoje é oferecido pelas diversas entidades religiosas aos pacientes internados no GHC. A partir deste estudo, poder responder como vem ocorrendo a interação das equipes de assistência religiosa com as equipes de assistência médica. Concomitantemente, coletar elementos para propor a implementação de fluxos administrativos que permitam a integração deste serviço ao prontuário do paciente. Com isso será possível atender com maior amplitude aos princípios fundamentais do SUS na atenção ao paciente internado.

O estudo do processo de assistência religiosa, com ênfase nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade na atenção aos usuários do Sistema Único de Saúde no GHC, é objeto da proposta deste trabalho, o qual

poderá servir como instrumento a ser avaliado por outras entidades públicas de assistência hospitalar.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar documentário sobre a assistência religiosa nos serviços do GHC e propor mecanismos e tecnologias para ampliar o reconhecimento dessa abordagem na organização do cuidado aos pacientes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as entidades religiosas que prestam assistência aos pacientes hospitalizados no GHC, e analisar a contribuição que oferecem aos mesmos;
- Verificar o grau de inter-relacionamento existente entre a assistência religiosa e a assistência convencional;
- Registrar e analisar o “modus operandi” dos grupos religiosos, bem como suas particularidades e similaridades com o fim de promover uma melhor estruturação dessas práticas;
- Propor fluxos administrativos e assistenciais que incluam o reconhecimento e a atuação da assistência religiosa na organização do cuidado aos usuários dos serviços do GHC.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Quando o assunto envolve religiosidade, em qualquer área de atuação, sua análise inspira uma grande capacidade de precisar conceitos e práticas abrangidas por parte daquele que escreve. Por outro lado também provoca a abertura à isenção naquele que lê o texto, uma vez que a religiosidade envolve um conjunto muito grande de conhecimentos e práticas. Não será diferente quando se trata de assistência religiosa em hospitais públicos. Cada um de nós tem conceitos próprios sobre a religiosidade, conforme nossa criação, nossos conceitos prévios, enfim nossa experiência relacionada ao assunto. Essa realidade é válida para pacientes internados nos serviços de saúde e, em particular, para suas necessidades de assistência religiosa e/ou espiritual. Sendo assim, além de reconhecer as práticas religiosas como integrantes do processo de saúde e doença e, antes disso, do próprio viver, parece oportuno ampliar o conhecimento disponível sobre a assistência religiosa e o cuidado em saúde, na perspectiva dos diferentes atores que protagonizam a cena do cuidado.

Neste projeto, já se avançou na direção de uma descrição mais precisa do objeto de reflexão: a assistência religiosa nos serviços do GHC. Os registros sobre a situação atual da assistência religiosa e o apanhado histórico mencionados adiante, foram frutos de relatos junto aos setores de pessoas encarregadas da administração dos hospitais, uma vez que a documentação formal sobre o assunto não se manteve em apenas um local, carecendo de maior investigação.

É possível identificar, fora do âmbito da biomedicina tradicional, um conjunto variado de profissionais que praticam outras técnicas corporais e de relaxamento, de grande perspectiva integradora. Em sua maioria são oriundas de outras culturas e fontes externas, tais como instrutores de yoga, praticantes de tai chi chuan, homeopatas, iridólogos, acupunturistas, terapeutas naturistas, praxiterapeutas, dentre outros. Estes, entretanto, não serão objetos de estudo neste trabalho.

Tendo em vista esta situação, para fins deste trabalho, estaremos considerando assistência religiosa, toda a assistência espiritual realizada por grupo religioso ou seus agentes, que não atuam dentro do sistema convencional de biomedicina. Eles devem ter vínculo com alguma entidade definida, à qual possam

ser referenciados. Nestes grupos encontram-se em geral os curadores tradicionais, tais como xamãs, raizeiros, espíritas, pais e mães de santo, rabinos, rezadores católicos e grupos de oração evangélicos.

3.1 SITUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA RELIGIOSA NOS HOSPITAIS DO GHC

3.1.1 Apanhado Histórico

A assistência religiosa no GHC vem ocorrendo praticamente desde a criação dos hospitais, uma vez que os hospitais Cristo Redentor, Nossa Senhora da Conceição e Criança Conceição, desde sua fundação, sempre foram gerenciados e mantidos por freiras católicas que, além de providenciar assistência religiosa administravam as áreas de higienização, nutrição e enfermagem. O hospital Fêmea, último a ser incorporado ao Grupo, no início dos anos 1970, e por se tratar de hospital eminentemente materno-infantil, igualmente, teve assistência religiosa embasada no credo cristão, desde sua origem.

A existência de uma capela, local para recolhimento em geral de familiares dos pacientes, e a peregrinação do Padre Chico (Francisco Gentgen) atendendo aos interessados pelos corredores dos hospitais, dava conta de um serviço que, via de regra, atendia à população usuária quase que na totalidade católica.

Aos pacientes de outras convicções religiosas, restava-lhes a solicitação de permissão para visita de seu representante religioso, o que em geral era atendido após autorização da administração. Face às dificuldades de deslocamento de religiosos, muitas vezes do interior do Estado, este serviço não ocorria.

Com o advento do novo milênio e também a necessidade de aposentadoria do pároco local, houve a oportunidade de uma das administrações, passar a estudar a questão religiosa com olhos de modernidade e atualização aos novos tempos. Foi criada uma comissão no ano 2001 com o intuito de analisar o assunto com vistas a oportunizar a todas as denominações religiosas um espaço garantido para suas manifestações de apoio espiritual a pacientes e familiares.

Em 24 de maio de 2002, marcada por cerimônia onde participaram representantes de várias denominações religiosas, passou a ser considerada

ecumênica a capela do hospital Nossa Senhora da Conceição, como início de um processo que deveria ser estendido às demais unidades do Grupo.

No hospital Cristo Redentor esta realidade somente ocorreu no ano de 2007, causando grande apreensão entre os interessados no assunto, pois o espaço até então existente para a realização de celebrações fora demolido durante uma das grandes reformas que atingiram o hospital. Contudo, o ecumenismo passou a ter lugar em seguida, para tranquilidade dos religiosos, pacientes e familiares. Já com novo espaço constituído, passou a ser o único dos hospitais do grupo que permite a realização em sua capela celebrações de entidades de matriz africana.

No hospital Fêmina esta realidade ainda não ocorreu, mas já existem movimentos em direção ao ecumenismo, como ocorreram nos demais hospitais.

Em meados do ano de 2005 houve a elaboração de um plano de ação no HNSC, onde estavam previstos vários regramentos com vistas à criação de um serviço de capelania hospitalar, inclusive com a proposta de contratação de 4 capelães que se revezariam nos quatro turnos. Entretanto este plano não foi levado a cabo em sua totalidade, mas algumas diretrizes de trabalho ainda hoje são frutos daquela iniciativa.

3.1.2 A assistência Religiosa Hoje

Dentro da estrutura organizacional do GHC, não existe formalmente um serviço de capelania hospitalar. O setor que cuida da organização desta atividade está vinculado à Administração do hospital, o qual abarca a todos os demais serviços de voluntariado atuantes. Portanto, não existe uma documentação específica sobre a organização e atuação dos religiosos. Os documentos encontrados em pesquisa realizada surgiram de propostas oriundas dos próprios religiosos e com ex-funcionários deste setor, uma vez que já houve em vários momentos, tentativas de organização formal da atividade.

Ocorre mensalmente reunião dos representantes das diversas entidades em um Fórum Religioso, onde são discutidos os problemas da assistência religiosa e são levantadas sugestões e propostas de trabalho, inclusive com programação conjunta.

Atualmente os HNSC e HCC dispõem de capela ecumênica, onde ocorrem diariamente os serviços de atendimento aos pacientes e seus familiares. Revezam-se na ocupação da capela as várias entidades dos diversos credos, conforme o calendário acertado entre si. As matrizes de orientação religiosas foram cadastradas, indicando os nomes das pessoas que estão credenciadas a representá-las, passando a ter espaço já previamente delimitado para uso da capela. Estão ainda autorizadas a circular por todo o hospital, levando sua fé e sua proposta de auxílio espiritual aos usuários dos serviços e familiares.

No hospital Cristo Redentor, igualmente, são utilizados os serviços de praticamente as mesmas entidades religiosas, com o acréscimo das religiões de matriz africana. Ocorrem ali todos os meses, reuniões entre os representantes das entidades religiosas, como forma de manterem a organização em fóruns de debates onde são levantados e solucionados problemas encontrados.

No Hospital Fêmina existe uma capela reservada a serviços religiosos, mas é utilizada apenas por um padre católico, que solicitou autorização para prestar serviço religioso. Para as demais matrizes religiosas, é autorizada a prestação do serviço quando solicitado pelo paciente ou seus familiares. Neste caso a assistência se dá diretamente no quarto do paciente.

No quadro 1 estão relacionadas matrizes religiosas inscritas oficialmente e que assistem os pacientes nos hospitais do Grupo. As equipes de assistência, entretanto, vinculadas a uma determinada denominação, podem ser oriundas de vários pontos da cidade e, inclusive do interior do Estado.

Quadro 1: MATRIZES E/OU ENTIDADES RELIGIOSAS QUE ATUAM NO GHC.

IGREJA OU DENOMINAÇÃO
COMUNIDADE EVANGÉLICA SEARA CACHOERINHA
IGREJA ASSEMBLEIA DE DEUS
IGREJA BATISTA PALAVRA VIVA
IGREJA CATÓLICA
IGREJA EVANGÉLICA DE CONFISSÃO LUTERANA NO BRASIL
IGREJA EVANGÉLICA LUTERANA DO BRASIL
IGREJA EVANGÉLICA NOVA JERUSALÉM
IGREJA UNIVERSAL DO REINO DE DEUS
MATRIZ AFRICANA
SEICHO-NO-IE DO BRASIL
SOCIEDADE ESPÍRITA SÃO TOMÉ

3.1.3 A assistência Religiosa e os Hospitais

Quando mencionamos “o hospital” para designar os serviços nos quais se pretende desenvolver o projeto, nos referirmos não somente à instituição e seu corpo institucional. Referimo-nos principalmente às pessoas que circulam no seu interior, seus modos de vida, seus sonhos, suas preocupações e suas convicções, o que nos impõe ver a instituição como um ente vivo e não apenas um conjunto de recursos físicos e tecnológicos.

Para ter maior proximidade com a realidade do dia-a-dia dos hospitais, houve a necessidade de se realizar entrevistas com funcionários das áreas da assistência, e também com alguns religiosos. Verificou-se a facilidade encontrada no relato de episódios conflituosos, que se repetem e ocorrem de maneira muito comum em todos os hospitais.

Nas relações existentes entre os diversos serviços que atendem aos pacientes e seus familiares, muitos conflitos e problemas adveem, não só pela diversidade de interesses em cada situação de atendimento, mas e principalmente pela grande quantidade de pessoas envolvidas. Essa diversidade e as tensões decorrentes são esperadas em uma instituição do porte do GHC, em particular quando o trabalho realizado no seu interior tem a natureza singular do cuidado à saúde.

Quanto aos serviços assistenciais e logísticos, como enfermagem, psicologia, serviço social, nutrição, medicina, higienização, vigilância, etc., verifica-se que seus profissionais veem a assistência religiosa com bastante discriminação, uma vez que esta não tem uma função formalmente definida nos protocolos de atendimento. Aliás, costumam ampliar as demandas para o trabalho assistencial (fluxos de pessoas, organização de horários e atividades, protagonismo ampliado do usuário etc.). Por outro lado os representantes das entidades religiosas, muitas vezes estimulam esta discriminação ao tratarem os procedimentos de cuidados biomédicos como concorrentes ao auxílio espiritual que julgam de maior necessidade naquela hora ao paciente.

Os maiores atritos ocorrem em função do grande afluxo de ministros religiosos circulando sem que se possa garantir a sua observação aos cuidados

mínimos de respeito aos protocolos de vigilância sanitária e de conhecimento das normas de acesso aos pacientes. São comuns, conforme relato da enfermeira Patrícia Notte de Collatto, das tentativas de cura por parte dos religiosos a pacientes prostrados, por meio de rituais que obrigam o paciente a levantar e ser tocado pela imposição de mãos. Igualmente relata ser muito frequente a retirada de curativo e compressa para unção, com óleo trazido da igreja e outras práticas de intervenção. Desta forma os agentes religiosos favorecem a contaminação do paciente bem como a sua própria. Não são incomuns as situações em que o paciente, muitas vezes sem condições de reação, não sabe como se livrar da presença de pessoas inconvenientes e indesejadas a lhe ministrar assistência estranha a sua fé. Entretanto, não há evidências objetivas do quanto esses fenômenos acontecem mesmo e quantos episódios dessa natureza são utilizados para justificar a resistência à incorporação dessas racionalidades nos serviços.

De parte dos próprios religiosos entrevistados, verificam-se algumas situações que só ocorrem por haver grande diversidade de denominações e religiões. Aquelas igrejas já estabelecidas e com um trabalho eminentemente de assistência religiosa ao paciente em função da doença, vêm muitas vezes serem confundidas com aquelas pequenas associações religiosas. Estas, carentes por incrementar sua membresia, aproveitam a oportunidade para abordar, não só familiares e pacientes, mas qualquer pessoa que venha a se refugiar na capela ecumênica para meditação individual. A própria enfermeira entrevistada relata sua experiência em ter sido abordada na capela por religiosos oferecendo-lhe assistência em sua igreja.

Aos pacientes que têm prática religiosa mais rigorosa, os conflitos muitas vezes se dão no dia-a-dia do leito, onde ocorre a necessidade de adaptação da dieta vinculada a sua fé, como no caso dos judeus praticantes, que têm restrições alimentares bastante conhecidas e normalmente são respeitados. Já nem sempre estas restrições são de conhecimento geral e, como é o caso de religiões de matriz africana, quando são exigidas adaptações ao cardápio, passam a ser tratados como inconvenientes pelo pessoal da nutrição. Outras situações bem conhecidas, mas não menos complicadas, são as restrições de fiéis Testemunhas de Jeová quanto à transfusão de sangue, dos indígenas no caso de parto gemelar e, também dos ciganos e outros grupos de etnias e culturas diferentes daquelas que estamos diariamente habituados a conviver.

Em função destas divergências, comuns em um ambiente hospitalar, vem ocorrendo nos últimos anos um grande movimento de parte dos profissionais, tanto da área biomédica como dos próprios líderes religiosos, no sentido de haver maior padronização no processo de assistência espiritual. Inclusive, durante alguns anos, a partir da implementação do projeto da capela ecumênica, foram ministrados cursos de capacitação aos religiosos com vistas a diminuir os conflitos e problemas que surgiram com a nova modalidade de assistência religiosa implementada.

3.2 A ASSISTÊNCIA RELIGIOSA E INTEGRALIDADE

3.2.1 A Fragmentação da Assistência na Saúde

O avanço tecnológico tem oportunizado para as ciências médicas avanços e possibilidades de cura inimagináveis anteriormente. Por outro lado aumentou o grau de especialização dos cuidados, a mediação técnica, a massificação e a mercantilização dos procedimentos.

As distâncias entre competência técnica e relacional e, entre eficiência do processo e consequências afetivas, políticas e éticas resultam num abismo que leva instituições de saúde a se afastarem do atendimento humanizado, desconsiderando os aspectos psicossociais, culturais e espirituais ou religiosos dos indivíduos. Na literatura recente, encontramos vários autores que tem identificado de maneira singular estas distâncias, a partir de suas reflexões sobre a realidade.

Segundo Edgar Morin (1999), vivemos hoje uma realidade multidimensional, de uma simultaneidade heterogênea identificável, mas ao estudarmos estas várias dimensões, o fazemos em partes, separadamente. Este estudo, que busca o entendimento do ser humano, aprofunda o conhecimento em partes do problema, não levando em conta a necessidade de se vislumbrar o todo de maneira sistêmica. Neste sentido cita Pascal (1999, p. 20), a partir da idéia de que só conheceremos as partes se conhecermos o todo em que se situam estas partes e, complementarmente, só conheceremos o todo se identificarmos as partes que compõem este todo. Portanto, todo e partes se inter-relacionam.

Por outro lado, a partir da necessidade de conhecimento das partes passou-se a um reducionismo que considera apenas os elementos que constituem, ignorando a análise sistêmica e as relações de cada parte com o seu conceito.

Para Morin (1999), o pensamento complexo nos permite entender melhor os problemas humanos. É a possibilidade de levar sempre em consideração a unidade fundamental, existente na humanidade, e a diversidade deste mesmo ser, no que se refere a sua singularidade cultural e regional, na preservação desta riqueza da humanidade. Existe por isso, a necessidade de uma reforma da maneira de pensar os problemas humanos.

Já em outra visão sobre o assunto ressalta Bernie S. Siegel (1989):

“,, a medicina tecnológica negligencia a relação mente-corpo. Mas isso não passa de uma aberração à vista de toda a história da arte de curar. Na medicina tribal e na prática ocidental (desde o começo na obra de Hipócrates), sempre se reconheceu a necessidade de agir por meio da mente do enfermo. Até o século 19, os autores de obras de medicina raramente deixavam de notar a influência dos desgostos, do desespero ou do desânimo no desencadear das doenças. E tampouco ignoravam os efeitos curativos da fé, da confiança e da paz de espírito. O contentamento sempre foi tido como uma condição para gozar boa saúde. Contudo, o médico moderno conquistou tanto poder sobre certas doenças, graças aos produtos farmacêuticos, que se esqueceu do potencial de força que há dentro do paciente. A consciência da força do espírito perdeu-se quando a medicina jogou fora todos os dados ‘amenos’, as informações que não são facilmente quantificáveis.” (Cap.3 – A doença a mente)

Nota-se, corriqueiramente, a fragmentação do atendimento. Não são raras, na prática, as formas de tratamento aos pacientes por suas doenças ou sintomas, como por exemplo, “O senhor Avaliou aquela úlcera de perna do 425.2 ?”

A realidade da fragmentação na assistência à saúde, tanto nos hospitais como também nos ambulatorios, evidencia cada vez mais a necessidade de amplitude da atenção nos serviços de saúde. O resgate da atenção ao cuidado integral, certamente merece da parte dos gestores, melhor identificação das várias faces que constituem os seres humanos, a partir do estudo das múltiplas necessidades. A informação sobre a prática religiosa dos pacientes que procuram os hospitais do GHC deve então merecer maior atenção e registro para poder contribuir na composição deste mosaico.

3.2.2 A Necessidade de Assistência Integral

A assistência religiosa em hospitais públicos no Brasil é assegurada pela lei 9.982, de 14 de julho de 2000 e em geral, é exercida por qualquer pessoa ligada a uma entidade religiosa, coordenada por ministros, padres ou pastores destas entidades, conforme suas disponibilidades e vocação identificadas. O

paciente, por sua vez, fragilizado pela doença e, em sua debilidade física, busca na assistência religiosa o consolo para aliviar sua condição penosa. Pela impossibilidade de opção na escolha da entidade que o venha assistir neste momento, torna-se incapaz de exigir qualquer atendimento diferente daquele existente no hospital.

Para justificar a existência da assistência religiosa em hospitais gerais, poderíamos apenas mencionar a existência histórica de grupos de assistência religiosa. Eles existem praticamente desde a criação dos hospitais, principalmente por serem instituições ligadas às entidades religiosas.

Por outro lado mais do que o acompanhamento espiritual independente, existe envolvido neste processo o próprio doente que quase sempre tem participação extremamente passiva, a ponto de ser chamado paciente.

Neste aspecto, procuramos trazer à cena algumas contribuições relatadas por Carlos J. Hernandez (2008), psiquiatra argentino, em sua tese de doutorado. Em seu trabalho salienta os importantes aspectos dos Grupos Multidisciplinares, dos Grupos Psicossociais e dos Grupos Comunidade.

Hernandez cita as inovações científicas ocorridas a partir do final da segunda guerra, quando surgem as idéias de Comunidades Terapêuticas de Maxwell Jones. Estas comunidades eram criadas como resposta a uma grande demanda de assistência psiquiátrica em função de traumas de guerra.

A Comunidade Terapêutica se define a partir da inclusão de todo o pessoal do hospital aos pacientes na discussão das estratégias terapêuticas. Esta discussão passa a ser um marco de um processo conversacional. O paciente passa a ser parte significativa nas estratégias terapêuticas.

A participação conjunta em diálogos dos pacientes, pessoal de assistência, terapeutas e voluntários, gera uma transparência nas relações entre os diversos atores que integram a instituição. Deste modo, as estratégias terapêuticas resultam de um consenso obtido no processo conversacional.

Quase simultaneamente ao desenvolvimento das comunidades terapêuticas surge no campo das ciências a Teoria dos Sistemas, que o biólogo Ludwig von Bertalanffy definiu na década de vinte do século passado. Ele define o sistema como um conjunto de elementos ou pessoas que se encontram relacionados uns com os outros, ao longo do tempo. Parte da idéia de que o todo é maior que o

somatório das partes, portanto, existe uma organização complexa que governa a relação entre as partes.

Dentro deste todo se dá a relação médico-paciente, terapeuta-paciente, cuidador-paciente, todos com causa e efeito de um processo circular. A compreensão deste fenômeno passa a modificar os critérios de objetividade com os quais se dirigia a investigação clínica tradicional.

3.3 EFEITOS DA PRÁTICA RELIGIOSA NA SAÚDE

Cada vez mais se tem noticiado a realização de pesquisas de base científica, estudando a relação entre a saúde das pessoas e suas práticas religiosas. Recentemente foi publicada na revista científica estadunidense *Proceedings of the National Academy of Sciences*, uma das pesquisas mais recentes sobre o tema, aqui no Brasil reportado pela revista *Época* (21 mar. 2009). Jordan Grafman, chefe do departamento de neurociência cognitiva do Instituto Nacional de Distúrbios Neurológicos e Derrame dos Estados Unidos, afirma neste artigo que “Somos predispostos biologicamente a ter crenças, entre elas a religiosa”. Igualmente na mesma revista, Andrew Newberg, neurocientista da Universidade da Pensilvânia, autor de outro importante estudo sobre o poder da meditação e da oração, relata as diferenças constatadas em estudos comparativos do cérebro das pessoas crentes e ateus. “A crença religiosa surgiu como um efeito colateral da maneira como nossa mente é organizada, da maneira como ela funciona naturalmente”, diz Justin Barrett, antropólogo e professor da Universidade de Oxford, na mesma publicação.

Nas instituições de saúde públicas ou privadas, passa a ser cada vez mais importante, diante destas evidências, o conhecimento científico. O registro e a divulgação de pesquisas realizadas e avalizadas por institutos de pesquisas idôneos, como também a identificação nos prontuários e protocolos médicos das possibilidades de auxílio a serem obtidas das práticas religiosas tem papel fundamental, quando a instituição tem o foco de sua atenção voltado para a integralidade.

3.3.1 Hábitos de Vida Saudável

Para se entender por que as pessoas ligadas a movimentos religiosos têm menor risco de exposição a doenças, como cita Koenig et al. (1999 apud Savioli, 2006, p. 44), não é muito difícil, se forem levadas em consideração algumas premissas.

Os líderes religiosos, de maneira geral, orientam seus fiéis desde o como ter alimentação saudável à necessidade da prática de exercícios físicos, sobre os perigos da obesidade, do tabagismo, do consumo de álcool, dos perigos do sexo extraconjugal e das doenças sexualmente transmissíveis e assim uma série de práticas, que acabam sendo lugar comum em toda a comunidade.

É comum, ainda, os líderes religiosos aconselharem aos fiéis à procura por assistência médica em casos de suspeitas de doenças, mas também a assistência preventiva. Inclusive, em muitas comunidades são criados e mantidos serviços de assistência médica, odontológica e psicológica para os mais carentes, facilitando assim o acesso.

A literatura indica que o envolvimento religioso fornece bem-estar para as pessoas, dando mais satisfação, mais esperança, mais felicidade. A prática religiosa oferece suporte social aos fiéis, suprimindo eventuais problemas de isolamento social, tão comum nas grandes metrópoles.

3.3.2 O Cérebro e a Oração

Vários estudos têm buscado em exames de última geração, a explicação para o que ocorre dentro do cérebro das pessoas no momento em que estas oram e meditam. Neste sentido salientamos o relato de caso por Azari et al. (2001 apud Savioli., 2006, p. 63),

“.... verificaram aumento no fluxo sanguíneo em áreas cerebrais durante a oração. Este estudo selecionou seis monges reconhecidamente convertidos ao catolicismo e de indiscutível espiritualidade e os compararam a outros seis indivíduos sem nenhuma convicção religiosa. Nos dois grupos foram realizadas tomografias computadorizadas com emissão de pósitrons, onde a substância marcada injetada concentra-se em áreas em atividade. O exame foi executado antes e depois da recitação do primeiro versículo do salmo 23 (*O Senhor é o meu pastor e nada me faltará*), da declamação de uma rima de alegria e da leitura de uma página de uma lista telefônica. A primeira situação seria religiosa, a segunda de alegria e a terceira de incomodação. Notaram os autores que durante o clímax da oração havia, nos religiosos, aumento do fluxo na área do núcleo motor suplementar (pré-NMS), na córtex pré-frontal dorso lateral (DLPC) e na área pré-cuneia direita.”

Conclui Savioli que é difícil admitir que estas alterações do metabolismo cerebral sejam especificamente consequentes à atividade religiosa, principalmente pela reduzida casuística deste trabalho. Fica, no entanto, a inferência para investigações futuras de que áreas cerebrais relacionadas ao sistema imune possam ser estimuladas com o poder da oração.

Muitos outros estudos têm sido publicados na literatura, como alternativas para reduzir a ansiedade com a utilização de técnicas como a meditação e a oração. Um estudo, porém, tem sido ainda alvo de muita polêmica e muitas discussões, principalmente entre os céticos. É o trabalho publicado por Randolph Byrd (1999 apud Savioli, 2006, p. 72), quando relatou pesquisa que comprova a eficácia da oração de intercessão, praticada por um grupo de intercessores à distância, sem que os pacientes soubessem. Os autores concluíram que houve menor uso de antibióticos, três vezes menos ocorrência de edema agudo dos pulmões, poucos pacientes necessitaram de intubação endotraqueal e houve reduzido número de mortes para os pacientes para os quais estavam recebendo orações, em relação ao grupo-controle. Outros estudos semelhantes também foram realizados e publicados em 1999 por Harris et al., corroborando os achados de Byrd.

Muito nesta área há que se estudar e comprovar, entretanto, para que se possa dar alguma resposta aceitável do ponto de vista científico. Fica, porém, a esperança de que o nosso cérebro, motor da vida, possa nos revelar muito mais do que apenas estudos comprobatórios.

3.3.3 Longevidade

É muito comum o relato de histórias que relacionam cura de doenças incuráveis, melhoras em estados graves de saúde quando já não se podia garantir qualquer esperança a pacientes terminais e, inclusive milagres associados à fé religiosa do paciente.

Por outro lado, cada vez mais têm ocorrido publicações de trabalhos científicos em bibliotecas de renome, bem como artigos em jornais e revistas especializadas em saúde relacionando a fé com os tratamentos médicos tradicionais.

Para ilustrar este fato, que vem cada vez mais ocorrendo no meio científico, vamos citar resumidamente, alguns trabalhos compilados pelo Dr. Roque M. Savioli, publicados em seu livro *Fronteiras da Ciência e da Fé*, onde é abordada a

relação entre a religiosidade do paciente e sua interferência nas doenças e qualidade de vida.

Estes trabalhos foram selecionados entre os trabalhos publicados pelo psiquiatra americano Dr. Harold G. Koenig em bibliotecas eletrônicas como a Medline e outras de igual credibilidade, os quais alcançaram maior pontuação quanto à análise da metodologia utilizada na pesquisa.

Vários estudos levantados puderam comprovar que o envolvimento religioso determina maior longevidade dentre os casos prospectados. Em um destes estudos publicado por William J. Strawbridge (1977 apud Savioli, 2006, p. 44), foram avaliados 5.286 casos durante 28 anos, de adultos com idade entre 21 e 65 anos. Esta avaliação pode comprovar que a probabilidade de morte reduziu em 23% para aquelas pessoas que frequentavam atividade religiosa mais de uma vez por semana.

Outro estudo publicado por Oman D. (1998 apud Savioli, 2006, p. 44), com duração de 5 anos de análise, examinou a mesma relação entre os que tinham frequência assídua em missas ou cultos cristãos. Dos 1931 adultos com idade acima de 55 anos analisados, observou-se que aqueles que praticavam sua fé religiosa estavam com 24% menos probabilidade de morte.

Várias outras pesquisas são relatadas, comprovando percentuais similares, que demonstram as menores probabilidades de morte em indivíduos, quanto maior a sua participação em atividades religiosas.

Entretanto, ressalta o Dr. Savioli (2006), não se pode afirmar que haverá aumento na expectativa de vida de uma pessoa que passa a ser praticante de atividades religiosas, mas que este envolvimento pode ser um preditor de saúde e longevidade.

3.3.4 Tratamento das Doenças

Da mesma maneira que acontece com a possibilidade de morte ser diminuída pela prática de atividade religiosa, Savioli levanta vários estudos que mostram as pessoas envolvidas em várias religiões conhecidas, com menores taxas de probabilidade de acometimento de doenças cardiovasculares e hipertensão arterial. Mesmo nos casos em que se observam estas doenças, é notória a possibilidade de melhor tratamento naqueles pacientes que têm uma vida religiosa,

uma vez que são pessoas com maior facilidade de passarem a ter uma vida regrada quanto aos cuidados alimentares e de educação física.

Nas doenças como o câncer, nota-se maior possibilidade de prevenção, uma vez que ela se dá pela melhora na qualidade de vida, ausência de tabagismo e alcoolismo, sexo seguro com pouco risco de doenças transmissíveis. Estes componentes, presentes na vida dos praticantes de alguma religião também passam a ser fator preponderante no tratamento das enfermidades.

Nos casos de depressão e ansiedade, a importância da atividade religiosa tem sido demonstrada em muitos estudos, seja pela prevenção aos riscos da doença, seja pela menor recorrência e efeitos, naqueles pacientes que têm a prática religiosa. O Dr. Harold G. Koenig, em 1993 publicou um interessante estudo que analisou a frequência ao serviço religioso, importância pessoal da religião e atividade religiosa privada e níveis de ansiedade. Os 3 mil adultos foram ajustados para sexo, doenças crônicas, eventos negativos da vida e posição sócio-econômica. Os resultados mostraram que o envolvimento religioso estava associado com a diminuição na ansiedade entre pacientes jovens (18-39 anos), mas não entre os mais velhos (60-79 anos). Em outro estudo (Kaczorowski, 1989), analisou os níveis de ansiedade de 114 pacientes com diagnóstico de câncer. Pacientes com elevados níveis de bem-estar espiritual tinham menores níveis de ansiedade, independentemente de sexo, idade, estado marital, diagnóstico, participação grupal e tempo de diagnóstico de câncer.

Já os pacientes terminais passam a se aproximar mais os valores espirituais, revelando-se mais sensíveis à grave situação que os cerca. Passa a ser evidente a necessidade de profissionais não só preparados para o atendimento biomédico, mas também em condições de mostrar compaixão e respeito à dignidade daqueles que ali se encontram fragilizados.

De toda sorte, nota-se que os pacientes com maior valorização das atividades religiosas, têm obtido melhores resultados em seus tratamentos de saúde.

3.4 UM NOVO OLHAR SOBRE O CUIDADO

O estudo das múltiplas dimensões que envolvem o cuidado de pessoas com problemas de saúde, leva invariavelmente à reflexão mais ampla e

abrangente do que simplesmente o estudo do cuidado com a doença em si. Esta reflexão recai sobre aspectos bastante subjetivos daquele que necessita de cuidado e também daquele que é especialista em cuidar.

No trabalho desenvolvido por Charles Dalcanale Tesser e Madel Therezinha Luz (2008), onde são discutidos aspectos da integralidade a partir de pesquisas sobre as racionalidades médicas, são abordados os distintos significados do cuidado para doentes e curadores. Inicialmente constata-se que para o doente não é problemática a questão da integralidade, mas que do ponto de vista do curador especializado esta questão passa a ser mais problemática na proporção direta de sua especialização.

A partir destas premissas, os autores citam a medicina homeopática, medicina chinesa e ayurvédica, que se caracterizam por abordagem dos problemas de saúde em perspectiva integradora. Suas cosmologias postulam a integralidade do sujeito humano como constituída de dimensões psicobiológica, social e espiritual e tem profundas repercussões tanto em suas doutrinas médicas quanto nos sistemas diagnósticos e terapêuticos. Isso leva a considerar a doença como fruto da ruptura de um equilíbrio interno e relacional ao mesmo tempo. Por outro lado, a biomedicina está bloqueada internamente pela sua própria conformação institucional e paradigmática e perdeu progressivamente, ou não desenvolveu sua capacidade de exercício clínico com alto teor de integralidade, tanto do ponto de vista dos doentes quanto do ponto de vista dos especialistas.

A integralidade dentro da racionalidade médica ficou dificultada a tal ponto que há tempos não se almeja uma integralidade centrada na relação doente-curador, em que o curador é uma só pessoa. A fragmentação e a especialização de seu saber e prática são tamanhas que a integralidade passou a ser projetada para o conjunto das ações institucionais, à famosa equipe multidisciplinar ou multiprofissional, que aparece então como uma necessidade incontornável para aumentar o seu "coeficiente de integralidade".

Desse modo, concluem os autores, fica clara a imperativa necessidade de reforçar e transformar as práticas clínicas intermediárias e mais exotéricas, em torno das quais se devem priorizar e centralizar a organização da atenção à saúde. A discussão indica que a construção da integralidade como um atributo das políticas e ações de saúde institucionais no SUS está na direção correta enquanto aposta na absoluta priorização da rede básica como local principal da

atenção à saúde, e na responsabilização de uma equipe local multiprofissional de referência pelo cuidado personalizado dos cidadãos. Sugerem, ainda que um investimento cuidadoso num movimento de legitimação de outras racionalidades médicas no SUS e sua oferta à população na rede básica é uma estratégia promissora de enriquecimento e ampliação do coeficiente de integralidade nas práticas do SUS.

Ora, considerando a assistência religiosa no GHC, hoje praticada de forma desvinculada e independente da assistência biomédica, podemos vislumbrar aí a existência de grande oportunidade para a aplicação de uma alternativa que, integrada e integradora na relação doente-curador, poderá se constituir em modelo de integralidade inovador no contexto do Sistema Único de Saúde.

4 PROPOSTA DO TRABALHO

A proposta consiste em estudar todo o processo de atendimento religioso que hoje é oferecido pelas diversas entidades religiosas aos pacientes internados no GHC. A partir deste estudo, poder avaliar como se dá a interação das equipes de assistência religiosa com as equipes de assistência médica. Consequentemente, as informações registradas sobre os grupos religiosos e sua maneira de atuar, irão fornecer elementos para propor a implementação de rotinas administrativas que permitam a integração deste serviço ao prontuário do paciente. Com isso pretende-se que seja possível atender com maior amplitude o princípio do SUS, da integralidade na atenção ao paciente internado.

Espera-se que o paciente, no momento de sua internação, tenha a possibilidade de usufruir de assistência religiosa e, neste caso, a opção de escolher entre as diversas ofertas de assistência, àquela que mais se identifica com sua crença. E também que possa optar pela recusa à assistência religiosa oferecida pela instituição, preservando-se de visitas inoportunas.

De outra parte, pretende-se que a entidade religiosa que presta esta assistência, possa dispor de informações para identificar aqueles pacientes e pessoas acompanhantes que estão dispostas e identificadas com seu credo, facilitando assim sua organização para o trabalho.

Pretende-se ainda que as demais equipes biomédicas de assistência possam, igualmente, identificar a real contribuição deste trabalho na recuperação do paciente no seu processo de tratamento.

Existe a necessidade de rastreamento, junto a organismos oficiais de pesquisa como o IBGE, com a finalidade de reconhecer as religiões que tem alguma ocorrência nas regiões de procedência dos pacientes atendidos pelo GHC. Com esta informação será possível avaliar se existem denominações religiosas que não participam da assistência religiosa, podendo-se ampliar o leque de opções aos pacientes. A identificação e o credenciamento, organizado e estruturado, de cada denominação religiosa, ofereceria a oportunidade para maior e melhor controle de atuação de seus ministrantes.

Desta forma os hospitais estariam aparelhados para identificar as entidades, os colaboradores voluntários e seu trabalho, e ofereceriam ao seu

paciente a possibilidade de mais um cuidado, hoje não sistematizado e desvinculado do atendimento hospitalar.

A partir da integração deste serviço à rotina do hospital, poderão ainda ser planejadas avaliações permanentes e programas de treinamentos, com o propósito de minimizar os conflitos existentes atualmente.

4.1 METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO

A partir dos objetivos estabelecidos para este trabalho, os métodos escolhidos serão de abordagem qualitativa, referenciada por Minayo e Sanches (1993) e também por Turato (2005). Pela classificação de Gil (2002), enquadra-se em pesquisa exploratória. Quanto aos meios empregados para a análise dos dados, segundo o mesmo autor, será um levantamento a partir de um questionário estruturado a ser respondido, em entrevista presencial, pelas equipes de assistência religiosa que atuam na assistência espiritual a pacientes hospitalizados no GHC. Para responder aos questionários, haverá a necessidade de consentimento livre e esclarecido dos envolvidos, através de formulário expresso encontrado no apêndice B, atendendo à resolução 196/96 do CNS.

Inicialmente haverá necessidade de verificar quais são os atores envolvidos no processo de assistência religiosa, hoje existente. Igualmente deverá ser registrado o modo de atuação de cada um, suas dificuldades e facilidades em desenvolver seu trabalho.

Como existem diversas entidades prestadoras de assistência envolvidas, refutamos como de extrema importância haver uma entrevista com cada um dos representantes hoje identificados. Cada entidade identificaria qual sua maneira de atuação dentro do ambiente hospitalar, em que horários e dias da semana ocorrem visitas, quais os elementos de abordagem utilizados e sua forma de apresentação da proposta de assistência.

A identificação da equipe, o tipo de formação e a própria supervisão que é dispensada aos membros das equipes passa a ser de extrema importância, na medida em que quem cuida do paciente, no nível espiritual e religioso, deve também haver-se em seu próprio cuidar. Esta prioridade pode ser bem entendida a partir do trabalho de Roseli M. K Oliveira (2005), que aborda com muita profundidade o tema do cuidado com quem ministra a palavra de Deus.

Com este levantamento acreditamos ser possível estabelecer quais os pontos em comum no desenvolvimento das atividades, permitindo-se a implementação de rotinas com a mesma linha de atuação.

A elaboração do questionário estruturado deve identificar nas entidades religiosas os requisitos encontrados no Apêndice A.

Da parte do hospital deverão ser entrevistados os representantes dos setores envolvidos em dar cobertura às entidades, como o serviço de Vigilância, as gerências de Administração e os responsáveis pelo Voluntariado, e ainda os serviços ligados diretamente à assistência ao paciente, subordinados à gerência de Pacientes Internos, como medicina especializada, enfermagem, nutrição, psicologia, assistência social, etc.

4.2 ORÇAMENTO

Abaixo, uma previsão orçamentária para execução do estudo:

Recursos Humanos	Valor em Reais R\$
- Digitação e Formatação	20,00
- Revisão ortográfica	30,00
- Filmagem e gravação	150,00
Total parcial:	200,00
Recursos materiais	
- Papel A4	40,00
- Tinta para impressora	55,00
- Transporte	40,00
- Mídia para gravação	40,00
- Cópias em papel	30,00
- Busca de artigos em banco de dados	15,00
Total parcial:	220,00
Total Geral:	420,00

Obs.: Os custos deste estudo são de responsabilidade do pesquisador.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do levantamento de rotinas ainda não estudadas, muitas conclusões podem decorrer, proporcionando resultados imprevisíveis. Por outro lado, considerando a existência de assistência religiosa, desde o início das atividades no Grupo Conceição e ainda a existência de serviços de capelania hospitalar na quase totalidade dos hospitais filantrópicos e particulares, é justificável o desenvolvimento de rotinas que venham qualificar o serviço também em hospitais públicos

Os resultados do estudo e a organização da atividade de assistência religiosa no GHC passam pela possibilidade de conhecer um pouco mais daquilo que, desde os primórdios da fundação dos hospitais, tem ocorrido dentro da instituição, sem que haja documentação nem formalização da atividade como instrumento adjuvante da cura ao paciente.

Com relação ao paciente, este deve ser o maior beneficiado no processo. Para ele poderá ser garantida assistência religiosa com a entidade com a qual ele está mais identificado, possibilitando um real benefício no tratamento.

Com o levantamento das entidades colaboradoras na assistência religiosa, poderá também ser avaliada a existência de outras entidades, ora não participantes, que sejam alvo da atenção de alguma parcela significativa dos pacientes.

O tema religiosidade, ainda que fora de moda nos dias atuais, sempre revela grandes peculiaridades para aqueles que o exercitam. Para nós que utilizamos este assunto como mote de trabalho de pesquisa, resultou extremamente gratificante, na medida em que pudemos vislumbrar aí um campo de pesquisa riquíssimo, dada sua diversidade e complexidade e, principalmente, pela grande carência de publicações científicas nesta área no ambiente hospitalar público.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BETTO, Frei, **Como deixar-se moldar pelo sistema**. Caros Amigos, setembro de 2000 - Disponível em: <http://www.geocities.com/tampo_8/politica/frei-betto-moldar.html>. Acesso em: 20 dez. 2008.

BRASIL, Lei 9.982, de 14 de julho de 2000. Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos civis e militares, **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 jul. 2000, seção 1, p. 3.

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. **A assistência espiritual junto a pacientes: Plano de ação da Capela Ecumênica Hospital Nossa Senhora da Conceição**, Porto Alegre, jul. 2005.

COLLATTO, Patrícia Notte de. **Retirada do curativo para unção**: tentativa de cura por parte de religiosos em pacientes hospitalizados no HNSC: depoimento [abr. 2009]. Entrevistador: Diovani Schreiber Pires. Porto Alegre: HNSC, 2009. Entrevista concedida ao Projeto Assistência Religiosa na hospitalização: uma abordagem exploratória da atenção espiritual em hospital público.

GIL, Antonio Carlos, **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo, Atlas, 2002.

HERNANDEZ, Carlos José, **La reflexión filosófica-teológica y el ejercicio clínico como actividades complementarias em la práctica psiquiátrica**. Posadas: Universidad Nacional de Misiones, 2008.

LUZ, Madel Terezinha. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre, v. 7, p. 109-128, 1995.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MORIN Edgar. Da necessidade de um pensamento complexo. In: MARTINS, Francisco M; SILVA, Juremir Machado da (Orgs.). **Para navegar no século XXI: tecnologias do imaginário e cibercultura**. Porto Alegre: Sulina, 1999.

OLIVEIRA, Roseli M. Kühnrich, **Cuidando de quem cuida**: um olhar de cuidados aos que ministram a palavra de Deus. São Leopoldo, Sinodal, 2005.

SAVIOLI, Roque Marcos. **Fronteiras da ciência e da fé**, São Paulo, Gaia, 2006.

SIEGEL, Bernie S. **Amor, medicina e milagres**. São Paulo: Best Seller, 1989.

SORG, Letícia. A fé que faz bem à saúde, **Revista Época**, São Paulo, 21 mar. 2009. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI64993-15224,00-A+FE+QUE+FAZ+BEM+A+SAUDE.html>>. Acesso em: 24 mar. 2009.

TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, fev. 2008 .

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, Jun. 2005.

VON BERTALANFFY, Ludwig, General system theory and psychiatry: an american handbook of psychiatry. New York: Silvano Arieti, 1974.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Matriz ou Entidade Religiosa: _____

Endereço da Sede: _____

Fone de Contato: _____

Responsável na Entidade: _____

Entrevistado: _____

Sexo: masculino () feminino () Idade: _____

Sua Formação: _____

Tempo de formado: _____

Formação na área Hospitalar: _____

- 1) Que materiais são utilizados pelo grupo para realizar seu trabalho:
(instrumentos musicais, livros, bíblias, panfletos, óleo, água benta)**

- 2) Qual a forma de atuação do seu grupo:**

**(visitação ao leito, celebração na capela, oração à distância, unção,
bênção ou passes no Leito, cânticos e rezas nos corredores, outros).**

- 3) Que trabalhos podem ser realizados conjuntamente com as equipes de
biomedicina;**

- 4) Que trabalhos podem ser realizados junto ao corpo funcional;**

- 5) Quais as necessidades de informações administrativas;**

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO Livre e ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Assistência Religiosa na Hospitalização

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa **Assistência Religiosa na Hospitalização**. Fui informado ainda, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e da forma da pesquisa.

Fui, igualmente, informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca da pesquisa;
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação da pesquisa;
- Da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- Do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- Que a minha participação na pesquisa não acarretará em ônus financeiro algum e não acarretará em riscos, prejuízos ou desconfortos de qualquer natureza;
- Que as informações coletadas serão utilizadas para fins de estudo, incluindo a possibilidade de publicações científicas e a implementação em rotinas internas;
- Do compromisso de acesso às informações de todas as etapas do trabalho bem como dos resultados dele.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é **Diovani Schreiber Pires** (Fone: 3357-2537), tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta Instituição, em ____/____/____.

Data: ____/____/____

Assinatura