



Artigo Original

RELAÇÃO ENTRE CRENÇAS ESPIRITUAIS/RELIGIOSAS E BEM-ESTAR ESPIRITUAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

RELATIONSHIP BETWEEN SPIRITUAL/RELIGIOUS BELIEFS AND SPIRITUAL WELL-BEING OF THE NURSING TEAM

RELACIÓN ENTRE CREENCIAS ESPIRITUALES/RELIGIOSAS Y BIENESTAR ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

Lívia Helena Pereira da Silva¹, Ramon Moraes Penha², Maria Júlia Paes da Silva³

Pesquisa quantitativa de caráter exploratório objetivou verificar a relação entre crenças espirituais/religiosas e bem-estar espiritual da equipe de Enfermagem do HU/USP e descrever se há diferença significativa entre seus setores. Foram aplicados os instrumentos: DUREL e EBEE em 118 indivíduos. Evidenciou-se que 93,2% (n=110) dos participantes referiram pertencer a alguma religião e 55,9% (n=66) praticar alguma atividade religiosa individual diariamente. Na EBEE, 83,4% (n=98) dos pesquisados apresentou média de 32,28 (sd=10,958), considerada baixa. Para as subescalas de Bem-Estar Existencial, 76,7% (n=90) dos participantes tiveram média de 15,5 e para Bem-Estar Religioso 78,3% (n=92) mantiveram a média de 14,5, também consideradas baixas. Não foi observada variação entre os setores pesquisados. Conclui-se que este estudo serve de alerta para o estresse espiritual sofrido por esses profissionais no ambiente hospitalar. Entende também suas limitações, uma vez que não há estudos semelhantes que possam dar subsídios de comparação para análise de resultados.

Descritores: Religião; Espiritualidade; Enfermagem.

This exploratory quantitative study aimed at verifying the relationship between spiritual/religious beliefs and spiritual well-being of the Nursing team at HU/USP and describes whether there are significant differences between their sectors. The following tools were applied: Durel and EBEE in 118 individuals. It was shown that 93.2% (n=110) of the participants reported to belong to a religion and 55.9% (n=66) practice a daily individual religious activity. In EBEE, 83.4% (n=98) of the participants had an average of 32.28 (sd = 10.958), considered low. For the subscales of Existential Well-Being, 76.7% (n=90) of participants had an average of 15.5 and for the Religious Well-Being 78.3% (n=92) maintained an average of 14.5, also considered low. There was no variation between sectors surveyed. In conclusion, this study serves as a warning to the spiritual stress suffered by these professionals in the hospital. There are also limitations, once there are no similar studies that could provide evidence to compare the result analyses.

Descriptors: Religion; Spirituality; Nursing.

Investigación exploratoria, cuantitativa, con objetivo de verificar la relación entre creencias espirituales/religiosas y bienestar espiritual del equipo de enfermería e describir diferencias significativas entre sus sectores. Se aplicaron los instrumentos DUREL y EBEE a 118 personas. Se señaló que 93,2% (n=110) de los participantes refirieron pertenecer a una religión y 55,9% (n=66) practicar alguna actividad religiosa diariamente. En EBEE, 83,4% (n=98) de los encuestados presentaron media de 32,28 (SD = 10,958), considerada baja. Para las sub escalas de Bienestar Existencial, 76,7% (n=90) de los participantes tuvieron media de 15,5, para Bienestar Religiosa, 78,3% (n=92) mantuvieron promedio de 14,5, también considerada baja. No hubo variación entre sectores encuestados. Este estudio sirve como advertencia a la tensión espiritual que sufren los profesionales en hospital. Se comprende también limitaciones, ya que no hay estudios similares que puedan hacer fornecer soportes a la comparación para análisis de los resultados.

Descritores: Religião; Espiritualidade; Enfermería.

¹Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade São Luis. Jaboticabal, SP, Brasil. E-mail: liviasilva@usp.br.

² Enfermeiro. Doutor em ciências pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: rvamus@usp.br

³Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: juliaps@usp.br.

INTRODUÇÃO

A relação entre espiritualidade e saúde, em especial na última década, tem atraído olhares de pesquisadores em todo o mundo. Pesquisadores americanos⁽¹⁾ demonstraram o forte impacto das crenças e práticas religiosas no auxílio do enfrentamento das mais diversas situações de desequilíbrio na saúde, bem como a provável associação entre envolvimento religioso e espiritual positivo e uma vida mais longa e saudável com um sistema imunológico mais eficaz⁽¹⁾.

Sendo o homem um ser Pluridimensional - físico, mental, social e espiritual - a sua assistência deve ser feita em todas essas esferas, pautada em um cuidado que possa satisfazer todas as necessidades básicas da existência humana. A dimensão espiritual é considerada fator integrativo que une os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do ser humano, que influencia os elementos preditores de qualidade de vida e bem-estar⁽²⁾.

Sob este aspecto, outro pesquisador da saúde mental humana⁽³⁾ afirma que, ao contrário do que possa parecer, o bem-estar tem maior associação com o autoconhecimento do que o estado de saúde, poder ou fama. Indica que o caminho do autoconhecimento é trilhado em quatro estágios, sendo eles: estágio Zero, ou Desconhecido, que tem a imaturidade e a gratificação imediata como característica básica; estágio 1 ou do *Adulto-Jovem* caracterizado pelo egocentrismo e os sentimentos de raiva, ansiedade e repugnância são expressivos; estágio 2 ou *Meta-Cognitivo* onde predomina a paciência e intencionalidade do pensamento, bem como maior atenção nos relacionamentos interpessoais e, por fim, estágio 3 ou de *Contemplação*, caracterizado pela serenidade, imparcialidade nos relacionamentos, criatividade e capacidade de refletir profundamente sobre o sentido da vida por meio de questões existenciais⁽³⁾.

A percepção espiritual da realidade dá ao indivíduo uma dimensão mais ampla de significados para os eventos da vida diária e reorganiza essas

experiências. Todavia, a falta de preparo dos profissionais de saúde para atender a esta nova demanda é apontada por pesquisadores como fator preponderante para identificação e acesso destas necessidades, em especial na medida em que estes são formados pautados no paradigma materialista-reducionista⁽⁴⁻⁵⁾.

Estudos demonstraram que 95% dos americanos crêem em alguma força superior e 93% gostariam que seus médicos abordassem questões relacionadas à religiosidade e espiritualidade se ficassem gravemente enfermos⁽⁶⁾; 77% dos pacientes internados apontaram que gostariam que seus valores espirituais fossem considerados pelos seus médicos e, dentre estes, 48% gostariam, inclusive, que seus médicos rezassem com eles⁽⁷⁻⁹⁾.

Parece ser muito difícil auxiliar alguém em questões espirituais sem antes conhecer a sua própria espiritualidade⁽¹⁰⁾. O entendimento errôneo dos conceitos de cuidado espiritual e cuidado religioso pode gerar "estresse" tanto para os profissionais, ao se confrontarem com diferentes crenças religiosas em seu cotidiano, que entram em conflito com sua própria crença levando, geralmente, a negligência desse cuidado; como para os pacientes, que podem sofrer "abuso religioso", o que infere em dilemas éticos importantes⁽¹¹⁾. Este fato pode ser caracterizado pelo ato de fazer alguém acreditar numa punição de Deus ou na danação eterna por ter falhado em alcançar uma vida adequada aos olhos de Deus. Prestar um cuidado espiritual deve implicar no auxílio ao paciente em compreender os atributos da Espiritualidade em sua vida: Sentido, Valores, Transcendência, Conexão e Vir-a-Ser⁽¹²⁾.

Para membros da equipe de Enfermagem que prestam cuidados intensivos à pacientes graves, a espiritualidade está intimamente relacionada a valores de religiosidade⁽¹³⁾. Este fato influencia significativamente o modo como a equipe percebe necessidades espirituais dos pacientes, uma vez que

estas são identificadas como sinônimos de necessidades religiosas. A presente pesquisa teve como objetivo verificar a relação entre crenças espirituais/religiosas e bem-estar espiritual da equipe de Enfermagem de diferentes unidades do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU/USP) e investigar se as diferentes realidades cotidianas do ambiente hospitalar têm influência nestas relações, uma vez que tem se evidenciado que essa relação influencia tanto na assistência prestada quanto na plenitude para com o trabalho que os profissionais exercem. Ressalva-se ainda, a escassez dos estudos relacionados a este tema no Brasil.

MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa quantitativa de caráter exploratório, realizada nas Unidades de Pronto Atendimento Adulto, Ambulatório, Centro Cirúrgico, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica e Maternidade do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU/USP).

Foram convidados a participar deste estudo os membros das equipes de Enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem) que trabalham nos locais previstos para realização do estudo. Os critérios de inclusão foram: desejar fazer parte do estudo; trabalhar na unidade a mais de seis meses; consentir, livre e esclarecidamente, que os dados fornecidos pudessem ser publicamente veiculados; e o critério de exclusão foi não atender os pressupostos dos critérios de inclusão.

Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados de modo individual, em local adequado, tanto para o entrevistado quanto para o entrevistador e sem tempo determinado. Inicialmente, após serem abordados e esclarecidos sobre os objetivos e métodos de investigação do estudo, conforme pressuposto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os resultados foram analisados por meio de procedimentos estatísticos descritivos (frequência, média, mediana e desvio padrão) e tiveram sua representação gráfica expostas a partir de tabelas.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa onde o estudo foi realizado, aprovado em 07 de agosto de 2009, sob o número de registro do CEP-HU/USP: 926/09. Os convidados preencheram um questionário de caracterização e os dois instrumentos que formam o estudo, que constam de uma escala de religiosidade - Duke Religious Index - DUREL e o instrumento da Escala de Bem-Estar Espiritual - EBEE.

Duke Religious Index (DUREL)

A *Duke Religious Index* (DUREL) foi criada nos Estados Unidos a partir de grandes estudos epidemiológicos da Universidade de Duke. Foi traduzida para o português por meio do método de *Back Translation*, e passou pelo crivo final da autorização fornecida pelo autor sênior da escala⁽¹⁴⁾. Os tradutores oficiais deste instrumento têm incentivado o uso da escala na população brasileira, uma vez que os estudos preliminares de validação têm apresentado consistência interna significativa e compatível com os dados norte-americanos, já que ambas as populações tem grande influência religiosa⁽¹⁵⁾.

A escala é composta de cinco itens estruturados de modo a investigar três dimensões de religiosidade que mais influenciam aspectos de saúde: religiosidade organizacional (RO), religiosidade não-organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI). Os dois primeiros itens, RO e RNO estão diretamente relacionados à saúde física, mental e suporte social, de modo que RO indica a frequência com que o indivíduo participa de atividades nas estruturas religiosas, variando de um ponto para '*mais de que uma vez por semana*' a seis pontos para '*Nunca*'. O item RNO aponta a frequência com que os sujeitos praticam atividades religiosas individuais tais

como prece ou meditação, variando de um ponto para 'mais de uma vez ao dia' a seis pontos para 'raramente ou nunca'. A RI é medida por meio das três últimas questões da escala, compostas por cinco itens cada uma e diz respeito ao quanto os indivíduos valorizam e integram a presença divina em suas vidas, variando de um ponto para 'totalmente verdade para mim' a cinco pontos para 'não é verdade'⁽¹⁵⁾.

Para obtenção dos escores é recomendado: para a subescala RO os itens um a seis devem ser invertidos. Na subescala RNO a inversão deve ocorrer do item dois a seis. Finalmente, na dimensão RI deve-se inverter os itens três a cinco. Os escores das três dimensões (RO, RNO e RI) são analisados separadamente e seus valores não são somados em um valor total⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Escala de Bem-Estar Espiritual (EBEE)

O instrumento, traduzido e validado para o português⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ a partir da *Spiritual Index of Well-Being Scale* (SIWBS), se propõe a avaliar a influência de valores de espiritualidade no Bem-Estar Espiritual dos indivíduos, estando estes relacionados com um senso de coerência para com os eventos naturais da vida, associados à positiva intencionalidade nas ações e capacidade de organizar e realizar atividades diárias pautadas em propósitos nobres e edificantes⁽¹⁶⁾.

A escala é subdividida em duas partes: uma referente ao Bem-Estar Religioso, identificada por itens que mencionam a palavra Deus, e outra que trata do Bem-Estar Existencial, caracterizada por itens que expressam situações cotidianas sem a referência Deus. Assim, o bem-estar religioso é considerado como uma comunhão e relação íntima com Deus ou Força Superior e o bem-estar existencial se relaciona com satisfação geral e sentido para a vida sem a presença de algo divino⁽¹⁶⁾. A ferramenta é composta de 20 itens, estabelecidos em sistema escalar de seis pontos,

variando de 'concordo totalmente' a 'discordo totalmente'.

Dos 20 itens, metade (10) são destinados à descrição de Bem-estar Religioso (BER) e metade (10) ao Bem-Estar Existencial (BEE). Ao final, as subescalas são somadas, resultando em um escore de medida geral de Bem-Estar Espiritual. A confiabilidade do instrumento apresenta parâmetros de 0,96 para Bem-Estar religioso, 0,86 para Bem-estar Existencial e 0,93 para Bem-estar Espiritual. De acordo com a consistência interna, o *alpha de Cronbach* é de 0,89 para Bem-estar Espiritual, 0,87 para Bem-estar Religioso e 0,78 para Bem-estar Existencial. Como ponto de corte para o escore geral tem-se os intervalos de 20 a 40 para baixo, 41 a 99 para moderado e 100 a 120 para alto; e para os escores das subescalas são considerados os intervalos de 10 a 20, 21 a 49 e 50 a 60, respectivamente, baixo, moderado e alto⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

RESULTADOS

A amostra final foi composta por 118 pessoas, destes, 87,3% (n=103) eram do sexo feminino e 12,7% (n=15) do sexo masculino. A idade dos sujeitos variou de 23 anos a 63 anos, com idade média de 41,86 anos, sendo que 17,6% (n=21) tinham entre 23 e 29 anos; 16,7% (n=18) entre 31 e 39 anos; 47,4% (n=56) entre 40 e 49 anos e 18,3% (n=22) tinham entre 50 e 63 anos. Do total de indivíduos, 93,2% (n=110) declaram ter alguma religião e 66,1% (n=73) destes afirmaram praticar a religião que professam. A religião Católica foi a de maior prevalência (48,3%), seguida pela Evangélica (25,3%) e Espírita (22,9%). Em relação ao setor pesquisado, houve maior participação da Unidade de Centro Cirúrgico com 25,4% (n=30), seguida pela Maternidade 18,6% (n=22), Clínica Médica 16,9% (n=20), Pronto Atendimento Adulto 14,4% (n=17), Ambulatório 13,6% (n=16) e Clínica Cirúrgica com 11% (n=13).

A tabela 1 demonstra a prática da religiosidade organizacional (RO) da população estudada.

A tabela 2 demonstra a frequência com que as pessoas praticam a religiosidade não-organizacional (RNO).

Tabela 1 - Frequência com que vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso. São Paulo, SP, Brasil, 2010

	N	%
Mais que uma vez por semana	21	17,8
Uma vez por semana	30	25,4
Duas a três vezes por mês	22	18,6
Algumas vezes por ano	30	25,4
Uma vez por ano ou menos	10	8,5
Nunca	5	4,2
Total	118	100,0

Tabela 2 - Frequência que dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais. São Paulo, SP, Brasil, 2010

	N	%
Mais que uma vez por dia	17	14,4
Diariamente	66	55,9
Duas ou mais vezes por semana	14	11,9
Uma vez por semana	9	7,6
Poucas vezes por mês	8	6,8
Raramente ou nunca	4	3,4
Total	118	100,0

Quanto à religiosidade intrínseca (RI) os resultados apontaram que 78% (n=92) da amostra refere sentir a presença de Deus em suas vidas. Em relação a influência das crenças religiosas na maneira de viver, 50% (n=59) da amostra afirmou ser '*Totalmente Verdade*' e 39,8% (n=47) indicou que esta afirmação '*Em Geral é Verdade*'. Quanto ao esforço para viver todos os aspectos da religião na vida, 43,2% (n=51) referiu que '*Em Geral é Verdade*' e se esforça para tal.

No que diz respeito à EBEE, o desempenho da amostra está expresso na Tabela 3.

A tabela 4 demonstra a relação entre os índices de Bem-Estar Espiritual e subescalas e a distribuição da amostra (N) em frequência de ida ao tempo religioso.

Os dados da Tabela 5 expressam a distribuição da amostra (N), de acordo com o setor hospitalar, nos índices da EBEE.

Tabela 3 - Estatística descritiva dos escores da EBEE (total e domínios) e coeficientes de Alfa de Cronbach. São Paulo, SP, Brasil, 2010

EBEE	Média (dp)	Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach
Bem-Estar Espiritual (total)	32,28 (10,958)	20	76	0,88
Bem-Estar Existencial	15,96 (6,501)	9	43	0,78
Bem-Estar Religioso	16,32(6,332)	11	42	0,72

Tabela 4 - Relação entre EBEE (total e domínios) e Religiosidade Organizacional (DUREL). São Paulo, SP, Brasil, 2010

	Mais de 1 vez por semana	1 vez por semana	2 a 3 vezes por ano	Algumas vezes por ano	1 vez por ano ou menos	Nunca
Bem-Estar Espiritual (total)						
20 - 40 (baixo)	18	25	17	26	9	5
41 - 99 (moderado)	3	5	5	4	1	0
Bem-Estar Religioso						
10 - 20 (baixo)	16	25	16	24	9	4
21 - 49 (moderado)	5	5	6	6	1	1
Bem-Estar Existencial						
10 - 20 (baixo)	15	21	18	25	9	5
21 - 49 (moderado)	6	9	4	5	1	0
Total	21	30	22	30	10	5

Tabela 5 - Relação dos escores da EBEE (total e domínios) e setores do HU/USP. São Paulo, SP, Brasil, 2010

	Maternidade	Centro Cirúrgico	Clínica Cirúrgica	Clínica Médica	Pronto Atendimento	Ambulatório
Bem-Estar Espiritual (total)						
20 - 40 (baixo)	21	23	12	18	13	13
41 - 99 (moderado)	1	7	1	2	4	3
Bem-Estar Religioso						
10 - 20 (baixo)	19	23	11	18	11	12
21 - 49 (moderado)	3	7	2	2	6	4
Bem-Estar Existencial						
10 - 20 (baixo)	15	22	11	16	15	13
21 - 49 (moderado)	7	8	2	4	2	3
Total	22	30	13	20	17	16

DISCUSSÃO

O estudo evidenciou (Tabela 1) que as pessoas mantêm regularidade na frequência de ida ao templo religioso, 61,8% vai mais de duas vezes ao mês em

algum templo. Com base nos dados expressos na Tabela 2, observa-se que há significativa frequência (70,3%) nas atividades religiosas individuais (meditação, prece, outros) diariamente. Assim, o comportamento da

amostra frente à DUREL deixa claro que as pessoas tendem a manter regularidade na frequência de participação em atividades nos templos religiosos, dedicam seu tempo a atividades religiosas individuais e procuram vivenciar suas crenças religiosas em sua vida cotidiana. Esse dado reflete a característica religiosa da população brasileira, como aponta os últimos dados divulgados no Censo Demográfico de 2000⁽¹⁹⁾, onde 92,6% referem professar alguma linha religiosa. Talvez essa influência cultural tenha direcionado os resultados relacionados à frequência, mas não foram refletidos quanto ao fator de proteção ou bem estar espiritual, conforme demonstrado nas análises subsequentes.

Ainda que os dados na Tabela 3 apontem para baixos escores em todas as subescalas

(EBEE \pm 32,28; BEE \pm 15,96 e BER \pm 16,32), é importante destacar que este é o primeiro trabalho que aplicou a EBEE em equipe de Enfermagem. Isto implica que não se tem dados para comparação com esta população.

Todavia, ao comparar estes dados com um estudo realizado com população de pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), onde pesquisadores⁽²⁰⁾ apontaram que, em relação à EBEE a amostra apresentou escore médio de 94,87 pontos (moderado), pode-se inferir que, indivíduos portadores de doença pulmonar crônica hospitalizados tendem a lançar mão de práticas religiosas, especialmente a oração, para enfrentamento da doença, podendo elevar seus escores a níveis considerados alto para Bem-Estar Espiritual, assim como a equipe de enfermagem lança mão dessas práticas como enfrentamento para o estresse espiritual.

Outro ponto pode ser levantado quando comparados os resultados encontrado neste trabalho com um estudo⁽¹⁷⁾ desenvolvido com estudantes de Graduação dos cursos de Medicina e Direito quando

após uma avaliação da saúde física e mental, os sujeitos foram considerados saudáveis e submetidos à Escala de Bem-Estar Espiritual. O estudo apontou que a média geral de 90,37 (moderado) e para as subescalas de BEE e BER de 45,61 (moderado) e 45,10 (moderado), respectivamente⁽¹⁷⁾. Aqui é possível observar que populações saudáveis diferentes, estudantes de duas graduações diversas e trabalhadores de enfermagem se comportaram de modo semelhante quando submetidos ao instrumento.

A Tabela 4 demonstrou que a frequência de ida ao templo religioso não está relacionada com maiores escores para Bem-Estar Espiritual, uma vez que nas subescalas houve prevalência de Baixo Bem-Estar. Estudo⁽²¹⁾ aponta que a relação da prece/oração representa um grande dilema quando associado à saúde das pessoas. Isto se dá pelo fato de que na realização da prece/oração uma série de elementos está presentes, tais como: frequência, conteúdo e contexto (*coping*, hábito etc.). Como exemplo, o aumento do número de vezes que uma pessoa reza pode indicar melhor suporte físico, psicológico e até mesmo espiritual; todavia, também pode sugerir foco no problema, transmissão de responsabilidades das soluções para divindades, etc. Ou seja, a alta frequência de ida ao templo religioso pode não estar associada a um melhor índice de Bem-Estar Espiritual, e sim a necessidade de fortalecimento e suporte que as pessoas encontram em seu relacionamento com um Ser Superior e que se dá com maior ênfase dentro dos templos religiosos.

Por meio dos dados da Tabela 5, nota-se que o ambiente hospitalar influencia negativamente o Bem-Estar Espiritual da equipe de Enfermagem, uma vez que, invariavelmente, em todos os setores os índices para Bem-Estar foram baixos. É possível lançar mão da hipótese de que o ambiente hospitalar é *per se* gerador de situações de estresse, e frente a estas situações os profissionais podem não conseguir enfrentar

eficazmente as situações geradoras de desconforto e angústia⁽²²⁾. Ou seja, neste estudo o uso de recursos religiosos pelos indivíduos como fonte de suporte emocional e espiritual não se mostra eficaz para minimizar ou eliminar o estresse espiritual enfrentado pela equipe de enfermagem em seu cotidiano.

CONCLUSÃO

Neste estudo a amostra foi composta por 118 indivíduos da equipe de Enfermagem de diversos setores do HU/USP. Embora a maioria pertença a alguma denominação religiosa (93,2%) e diariamente pratiquem alguma atividade religiosa individual (55,9%), os indicadores apontaram baixo escore de Bem-Estar, podendo indicar que: ou as práticas religiosas não tem sido suficientes para gerar nos profissionais um alto Bem-Estar Espiritual ou que o ambiente hospitalar exige dos profissionais uma maior atenção a essas questões espirituais e necessidade de cuidados. O estudo observou ainda que não houve variação entre os setores, ou seja, independente do local de trabalho os índices de Bem-Estar Espiritual foram baixos.

Conclui-se que esta primeira experiência no uso da DUREL e EBEE com uma equipe de Enfermagem serve de alerta para o estresse espiritual sofrido por esses profissionais no ambiente hospitalar, e que apenas esforços individuais podem não ser suficientes para superação de tal desgaste. Entende também suas limitações, uma vez que não há estudos semelhantes que possam dar subsídios de comparação para análise de resultados.

Propõe-se que novos estudos sejam realizados com esta população para a comparação de resultados, dada a importância da temática do cuidado com a saúde do trabalhador, que parece por vezes estar se esquecendo de ou descuidando de sua própria saúde.

A partir dos resultados obtidos os autores sugerem que pesquisas posteriores que versam sobre o

tema da influência da religiosidade em aspectos do Bem-Estar Espiritual levem em consideração o elemento prece, especialmente por ele ser o principal recurso utilizado pelas mais variadas vertentes religiosas, e ainda sofrer variações consideráveis quanto ao conteúdo, contexto e frequência com que é realizada.

REFERÊNCIAS

1. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of Religion and Health. New York: Oxford University Press; 2000.
2. Vasconcelos EM. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
3. Cloninger CR. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. World Psychiatry. 2006; 5(2):71-6.
4. Delaney C. The spirituality scale: development and psychometric testing of a holistic instrument to assess the human spiritual dimension. J Holist Nurs. 2005; 23(2):145-67.
5. Penha RM, Silva MJP. Conhecimento e percepção da importância do atendimento da dimensão espiritual pelos graduandos de enfermagem. Mundo Saúde. 2007; 31(2):238-45.
6. Hinshaw DB. Spiritual issues in surgical palliative care. Surg Clin North Am. 2005; 85(2):257-72.
7. Ehman J, Ott B, Short T, Ciampa R, Hansen-Flaschen J. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? Arch Intern Med. 1999;159:1803-6.
8. Steinhauer KE, Voils CI, Clipp EC, Bosworth HB, Christakis NA, Tulsky JA. "Are you at peace?" One item to probe spiritual concerns at the end of life. Arch Intern Med. 2006; 166(1):101-5.
9. King D, Bushwick B. Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. J Fam Pract. 1994; 39(4):349-52.

10. Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med.* 2000; 3(1):129-37.
11. Purcell BC. Spiritual abuse. *Am J Hosp Palliat Care.* 1998; 15(4):227-31.
12. Martsof DS, Mickley JR. The concept of spirituality in nursing theories: differing world-views and extent of focus. *J Adv Nurs.* 1998; 27(2):294-303.
13. Penha RM. A expressão da dimensão espiritual no cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.
14. Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Lotufo Neto F, Koenig HG. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. *Rev Psiquiatr Clín.* 2008; 35(1):31-2.
15. Storch EA, Roberti JW, Heidgerken AD, Storch JB, Lewin AB, Killiany EM. The duke religious index: a psychometric investigation. *Pastor Psychol.* 2004; 53(2):175-81.
16. Daaleman TP, Frey BB. The spirituality index of well-being: a new instrument for health-related quality-of-life research. *Ann Fam Med.* 2004; 5(2):499-503.
17. Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Rev Saúde Pública.* 2003; 37(4):440-5.
18. Marques LF. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrense [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2000.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico. Rio de Janeiro; 2000.
20. Silva MS, Kimura M, Stelmach R, Santos VLCC. qualidade de vida e bem-estar espiritual em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(n. esp. 2):1187-92.
21. Masters KS, Spielman GL. Prayer and health: review, meta-analysis and research agenda. *J Behav Med.* 2007; 30(4):329-38.
22. Moura KS, Araújo LM, Araújo LM, Valença CN, Germano RM. A vivência do enfermeiro em Terapia Intensiva: estudo fenomenológico. *Rev Rene.* 2011; 12(2):316-23.

Recebido: 21/11/2011

Aceito: 21/05/2012