

ATITUDES RELIGIOSAS DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE AO PACIENTE CRÍTICO

Glauciele Barbosa Pereira Medeiros¹

Paulo Emanuel Silva²

Ednice Fidelis Anisio³

RESUMO

O ser humano é dotado de sentimentos e emoções, o que o torna sensível ao sofrimento alheio. E o “ser enfermeiro” sente-se ainda mais desafiado, pois ele estará no papel de cuidador da pessoa que sofre. Diante desse contexto, pretendeu-se com este estudo verificar as atitudes religiosas dos profissionais de enfermagem que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva frente ao paciente crítico. Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa, teve como objetivos caracterizar a amostra quanto ao sexo, faixa etária, categoria profissional, tempo de atuação e religião e avaliar como os profissionais de enfermagem lidam com as questões religiosas ou espirituais frente ao paciente crítico. A amostra constituiu-se por 10 profissionais de enfermagem sendo a maioria técnicos de enfermagem e todas do sexo feminino; estão em uma faixa etária de 24 a 44 anos de idade e a religião predominante é a evangélica. Através dos dados, foi possível identificar o perfil religioso dos participantes e as formas como enfrentam as situações consideradas difíceis frente ao paciente crítico. Ficou clara a correlação entre o grau de profundidade de atuação do profissional frente ao paciente que necessita de uma atenção maior e o envolvimento em práticas religiosas como forma de bem-estar para o profissional e o paciente.

Palavras-Chave: Religião. Religiosidade. Espiritualidade. Saúde. Enfermagem.

¹ Enfermeira Graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança

² Enfermeiro; Especialista em Administração em Serviços de Saúde e de Enfermagem; Especialista em Metodologia em Ensino Superior; Mestre em Ciências das Religiões; Docente Facene

³ Colocar seus dados

INTRODUÇÃO

O ser humano é dotado de sentimentos e emoções, o que o torna sensível ao sofrimento alheio. E o “ser enfermeiro” sente-se ainda mais desafiado, pois ele estará no papel de cuidador da pessoa que sofre. O ato de cuidar do outro envolve atenção, responsabilidade, respeito, limite e até mesmo o medo; é a compreensão do outro em sua totalidade.

Para Boff^{1:33} “cuidar é mais que um ato; é uma atitude”. No entanto, vale ressaltar que antes de cuidar dos pacientes, os enfermeiros necessitam compreender a si próprios e suas necessidades. Ou seja, “Conhece-te a ti mesmo” como diz a expressão gravada no portal de entrada do oráculo de Apolo, na cidade de Delfos, o mais famoso templo da Grécia, ressaltada por Sócrates (469-399 a.C.)². Isto é, tenta conhecer o teu eu, para que assim possas entender um pouco da complexidade do outro.

De acordo com Menzies³, o serviço de enfermagem sofre impacto total, imediato e concentrado do estresse que advém do cuidado dos doentes, sendo que: o contato constante com pessoas fisicamente doentes ou lesados; a incerteza no restabelecimento do paciente; o cuidar e lidar constantemente com doenças incuráveis; o confronto com o sofrimento, a morte e a execução de tarefas repulsivas, acaba gerando conflito sentimental para a equipe.

Portanto, o conflito se estabelece não só pela dificuldade em assistir o homem como um todo dinâmico e integrado, mas também, pela necessidade de se proteger da ansiedade que todo contexto de trabalho que o ser doente suscita, principalmente quando se estabelece uma relação afetiva com o mesmo.

O cuidar envolve desafios que abordam parâmetros pessoais, profissionais, institucionais, religiosos ou inerentes à espiritualidade humana. Neste sentido, Boff¹ afirma que tal ato significa derrubar a ditadura da racionalidade fria e abstrata para dar lugar ao cuidado. E enfrentá-lo significa envolver-se e importar-se com os resultados das ações realizadas, especificamente quando o cuidado tem por constante a possibilidade da morte próxima, fato que o profissional de enfermagem na maioria das vezes vivencia no seu dia a dia a depender da clientela assistida por ele, requer do profissional um suporte que necessita ser desenvolvido.

Neste relacionamento, o enfermeiro busca um envolvimento emocional que vise funções terapêuticas onde ele reconhece o fato de que é um elemento

participante do relacionamento, mas ao mesmo tempo está consciente de seus sentimentos e de suas emoções que estão presentes naquela situação.

Ao avaliarmos o conceito que deve dirimir o atendimento do profissional para com o paciente, fica claro que: “o envolvimento deve ocorrer de forma madura, profissional, com limites a serem obedecidos” como especifica Travelbee⁴, pois vários são os fatores que podem afetar a capacidade do enfermeiro de se comprometer de forma madura e emocional, portanto, os requisitos prévios incluem o conhecimento e a aceitação de si mesmo como entidade distinta e a capacidade concomitante para perceber os outros como seres humanos únicos.

Neste meio termo existe uma variável que está presente em situações que envolvem a morte ou doenças graves, variável configurada na questão da religiosidade ou da espiritualidade inerente ao ser humano. Atkinson e Murray⁵ afirmam que as crenças religiosas de alguém fornecem força, tranquilidade interior e fé, com as quais se luta para contornar os problemas da vida. Assim o apoio espiritual pode fornecer uma base para que alguém viva a sua vida, o que inclui rituais, orações, exercícios espirituais, certos princípios, conduta diária, e assim por diante.

Lidar com questões espirituais representa um desafio para a enfermagem porque o profissional acabará se envolvendo emocionalmente com o paciente. Um enfermeiro terá mais sucesso em ajudar seus pacientes a alcançar resultados desejáveis de saúde depois de aprender a apoiar a espiritualidade destes e de suas famílias, tanto fisicamente como mentalmente⁶.

Na nossa contemporaneidade a enfermagem passa por uma fase de transição marcada pelo conflito entre velhos preceitos e novos valores. Kurciant⁷ em comentário a respeito do modo de atuação da enfermagem aponta que os efeitos do taylorismo, na fase remota, conduziu a profissão à prática fragmentada e impessoal no atendimento, é importante salientar que o termo taylorismo se refere ao modo tateiro dos operários executarem sua mão-de-obra no processo de produção.

Já Trevizan⁸ acrescenta que atuações desse tipo geraram a possibilidade de frustração do pessoal e a má qualidade da assistência. Pois os velhos preceitos representados principalmente pelos preconceitos em relação ao envolvimento emocional com o paciente constituem tanto pontos de referência quanto focos de oposição para uma geração nova que busca um equilíbrio entre a forma de ensinar e a forma de assistir o ser humano que permita também não se anular como pessoa

neste processo. Por outro lado é algo novo e angustiante, pois esta mudança implica na valorização e interpretação não só de órgãos e sistemas, mas também nas relações interpessoais. Isto implica em fugir um pouco da atuação instrumental e abrir caminho para a área da assistência cujo terreno é novo e desconhecido – o terreno das emoções e da espiritualidade.

Por acreditar que na condição de enfermeiros podemos ser não apenas cuidadores do físico, mas também do espiritual, o interesse no presente estudo surgiu pela necessidade de saber como os profissionais exercem seu lado religioso mediante as dificuldades do cotidiano, ou melhor, no ambiente de trabalho.

Por acreditarmos que o profissional de enfermagem vivencia a problemática levantada neste estudo em um ambiente cujos pacientes por eles atendidos estejam em condições na qual se necessita de um apoio psicológico e/ou espiritual mais acentuado, optamos por realizar este estudo com profissionais de enfermagem que trabalham em Centro de terapia Intensiva, para através dos dados levantados buscar meios, para instituímos mais o assunto abordado neste ambiente de trabalho.

OBJETIVOS

- Caracterizar a amostra do estudo quanto ao sexo, faixa etária, categoria profissional, tempo de atuação e religião.
- Avaliar como os profissionais de enfermagem lidam com as questões religiosas frente ao paciente crítico.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem quantitativa. Para Costa et al⁹, a pesquisa exploratória tem como objetivo identificar e construir hipóteses que possam ser úteis a estudos futuros. Gil¹⁰ afirma que este tipo de pesquisa favorecerá uma visão geral do tipo aproximativo, acerca de um determinado problema.

No que se refere à abordagem quantitativa podemos destacar o que argumenta Richardson *apud* Costa et al⁹ ao afirmar que esta abordagem como o próprio nome indica, caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto das modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão, etc.

A pesquisa foi realizada em um Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital privado, situado no município de João Pessoa, Estado da Paraíba. A escolha deste local deveu-se ao fato do mesmo possuir pacientes que estão em um estado de saúde mais debilitado requerendo do profissional uma assistência mais acentuada. E dessa forma, os entrevistados tiveram um respaldo maior para responder as questões inerentes aos objetivos desse estudo.

A população deste estudo foi constituída por todos os profissionais de enfermagem que trabalham no Centro de Terapia Intensiva (CTI) do Hospital privado Dom Rodrigo. Para Marconi e Lakatos¹¹, população é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum.

A amostra foi constituída por dez profissionais de enfermagem que concordaram em participar do estudo, assim que tomaram conhecimento do mesmo e seus objetivos. Para Gil¹⁰, este tipo de amostra não é composto de qualquer rigor estatístico, onde o pesquisador seleciona os elementos que terá acesso, admitindo que estes possam representar o universo.

Foram utilizados dois instrumentos: um roteiro de entrevista, que foi estruturado com questões referente as condições socioeconômica dos profissionais que aceitaram participar do estudo, e um questionário adaptado da Escala de Atitude Religiosa proposto por Panzini¹². Vale ressaltar que a coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa – (CEP), e foi encaminhado um ofício à direção do hospital comunicando a pretensão da pesquisa.

Este trabalho foi realizado com base nos aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 196/96 CNS/MS Art. II: Dos aspectos éticos que trata do envolvimento de seres humanos em pesquisa¹³, como também o que rege a Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem¹⁴, que trata do código de ética dos profissionais de enfermagem.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste tópico encontram-se apresentadas as características dos participantes do estudo, no que se refere aos dados socioeconômicos e às características religiosas.

Tabela 01 – Dados relacionados à caracterização da amostra

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	Nº	%
SEXO		
Masculino	00	0,0
Feminino	10	100,0
Total	10	100,00
FAIXA ETÁRIA		
< de 24 anos	01	10,0
24 – 33 anos	05	50,0
34 – 44 anos	03	30,0
> 44 anos	01	10,0
Total	10	100,00
PROFISSÃO		
Enfermeira	03	30,0
Téc. de Enfermagem	07	70,0
Total	10	100,00
PÓS-GRADUAÇÃO		
Sim	03	30,0
Não	07	70,0
Total	10	100,00
TEMPO DE ATIVIDADE		
< de 10 anos	07	70,0
> de 10 anos	02	20,0
Não lembra	01	10,0
Total	09	100,00

Fonte: pesquisa direta, João Pessoa, 2009.

De acordo com a Tabela 01, pode-se perceber que 100% da amostra são do sexo feminino. Quanto à faixa-etária, observa-se que 10% da amostra correspondem aos participantes com idade < de 24 anos; 50% correspondem aos participantes com

idade de 24 – 33 anos; 30% correspondem às idades entre 34 – 44 anos e 10% corresponde aos participantes com > 44 anos.

No que diz respeito à profissão; 30% da amostra correspondem à profissão de enfermeira e 70% corresponde à profissão de técnica de enfermagem. De acordo com aprimoramento nos estudos, qualificado como pós-graduação, 30% apresentaram este tipo de estudo e 70% apresentaram não possuir este tipo de estudo, e, quanto ao tempo de atividade profissional, 70% a amostra corresponde a um tempo de exercício < 10 anos; 20% correspondem a um tempo > de 10 anos de exercício enquanto que 10% referiram não se lembrar do tempo de atividade em exercício profissional. É importante salientar que o percentual de entrevistadas que afirmou ter pós-graduação pertence ao universo das enfermeiras, já o maior percentual apresentado afirmando não ter pós-graduação corresponde ao universo das técnicas de enfermagem, que por não possuírem graduação, conseqüentemente não poderão fazer pós-graduação.

Quanto às características dos entrevistados no que concerne ao sexo, os dados revelam uma predominância no sexo feminino, o que indica de acordo com Campos e Oguisso¹⁵, que ainda predomina na enfermagem a figura feminina como maioria entre a categoria. O autor enfatiza que, isso vem enraizado na história da enfermagem brasileira, haja vista que uma das primeiras que se destacou foi Ana Nery, a qual construiu sua história em cima da enfermagem.

Entretanto, o autor em foco afirma que, na história da enfermagem, há um retrocesso com a identificação da profissão como eminentemente feminina, não sendo incomum encontrar textos acadêmicos, publicitários, jornalísticos com imagem exclusivamente feminina ou que transmitam que a enfermagem como ação prática só é praticada por mulheres, relatando representações da enfermagem que definem a profissão como própria do universo feminino, isto interferiu valiosamente na formação da identidade profissional, pois

as primeiras enfermeiras eram selecionadas pelo sexo (feminino), cor (branca), idade (jovem), culta e de aparência saudável, o que caracteriza uma determinação para exercício de forma discriminatória, pois não admitiam homens e nem tão pouco mulheres negras^{15:87}.

O primeiro homem a cursar a enfermagem foi Benoni de Souza Lima, na Escola de Enfermagem da USP, em 1918; e a primeira mulher negra foi Josephina

de Melo, também na Escola de Enfermagem da USP, em 1943. A enfermagem no Brasil veio pela implantação da Cruz Vermelha Brasileira e foi instalada em fins de 1908, tendo como Presidente Oswaldo Cruz, com isso teve dez anos de uma profissão unicamente feminina que coibia os valores machistas de ingressarem na profissão do cuidado assistencial¹⁵.

No que se refere à faixa etária, pode-se perceber que trata-se de um grupo em plena fase de produção e reprodução. Tal situação é referida pelos indicadores demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE¹⁶, quando destaca o segmento etário de 15 a 64 anos como potencialmente produtivo.

Tabela 02

DADOS IDENTIFICAÇÃO	DE Nº	%
Total	10	100,00

Fonte: pesquisa direta, João Pessoa, 2009.

De acordo com a Tabela 02, pode-se evidenciar que 100% da amostra afirmam seguir um tipo de religião. Quanto à denominação praticada, 40% afirmam ser da religião católica e 60% refere acompanhar a religião evangélica.

Esses dados mostram que no Brasil impera as religiões que tiveram como raiz o cristianismo, cujo termo pode ser entendido como “o conjunto de igrejas, comunidades, seitas e grupo, assim como de ideias e concepções, que se referem às palavras daquele que costuma ser reconhecido como o fundador dessa religião: Jesus de Nazaré”^{17:60}.

Silva¹⁸ acrescenta que, esse fato ficou enraizado no imaginário popular, repercutindo na concepção de que o cristianismo teve uma origem sólida, no sentido de se compreender que o mesmo não “nasceu do nada”, devendo-se levar em consideração que, na autocompreensão cristã, Jesus também foi visto como fundador no sentido de pessoa sempre presente na comunidade, e dessa forma funda continuamente sua igreja.

Os gráficos a seguir, estão relacionados às respostas dos participantes, quanto às atitudes religiosas dos profissionais, vale ressaltar que as perguntas foram extraídas de uma escala de atitude religiosa, que foi adaptado para a população que fez parte desse estudo.

4.2 Atitudes religiosas dos profissionais entrevistados

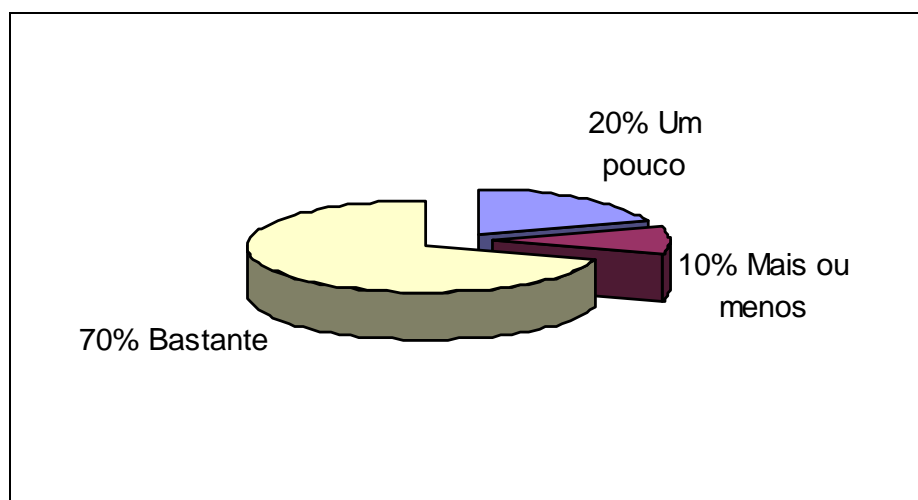


Gráfico 01: Distribuição da amostra (n 10), diante do questionamento: Ao sair para o trabalho você ora pedindo força para enfrentar o dia a dia?

De acordo com o Gráfico 01, no que diz respeito ao questionamento: ao sair para o trabalho você ora pedindo força para enfrentar o dia a dia? pode-se evidenciar que, 20% da amostra respondeu orar um pouco, 10% respondeu orar mais ou menos enquanto que 70% respondeu orar bastante.

No contexto das religiões, de acordo com Sanchez e Nappo¹⁹, existe um consenso de que as orações frequentes proporcionam bem estar, os autores acrescentam que, as religiões incentivam essa prática como um dos artifícios no controle de depressão sugerindo que, seus adeptos orem, no mínimo: ao acordar, pedindo proteção para o dia e antes de se deitar, agradecendo a proteção recebida.

Nesse sentido, de acordo com os pressupostos dos autores citados, para todas as religiões, a prece, ou oração, seria a forma de contato direto com Deus, como um diálogo entre pai e filho. Assim os autores em foco, enfatizam que, a oração também promove a fé; ameniza o peso de lutas solitárias e permite Sua intervenção protetora frente aos “espíritos do mal” ou o “diabo”.

Dessa forma, poderemos inferir que o enfrentamento das dificuldades, a partir da perspectiva espiritual apoiado na fé, acaba proporcionando afastamento natural de atitudes contrárias a moral difundida pela religião, além disso, o fato de se contar com a ajuda irrestrita de Deus gera um amparo constante, conforto e bem-estar.

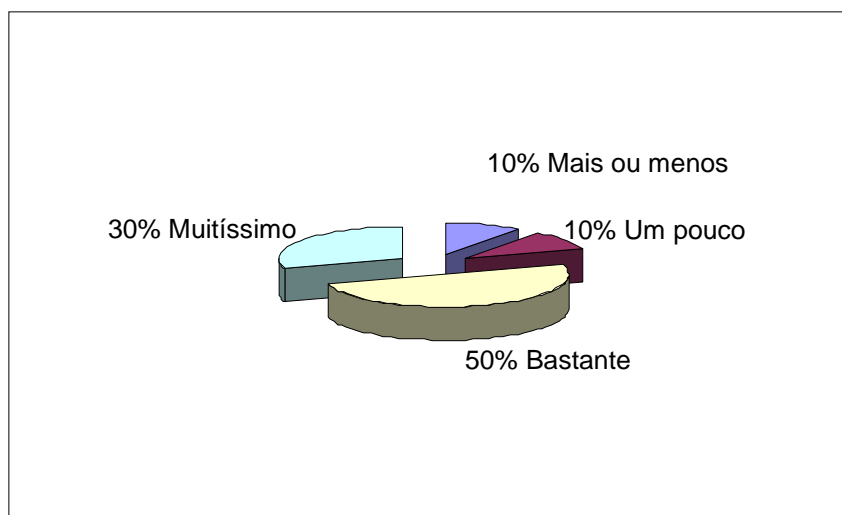


Gráfico 02: Distribuição da amostra (n 10), diante do questionamento: Você pede proteção de Deus para lidar com os pacientes?

No Gráfico 02, apresentam-se os percentuais das respostas dos participantes quando questionadas sobre pedir proteção de Deus para lidar com os pacientes, nesse sentido, pode-se evidenciar que, 10% da amostra respondeu pedir um pouco de proteção para lidar com os pacientes, 10% revelou pedir mais ou menos proteção de Deus para lidar com os pacientes, 50% descreveu pedir bastante proteção para Deus ao lidar com os pacientes enquanto que 30% respondeu pedir muitíssima proteção.

Os dados apresentados revelam que os entrevistados, estão em busca da presença de Deus, para ajudá-lo no dia a dia, o que nos faz reportar para o campo das representações sociais, em que estudiosos como Moser; Mulder; Trout²⁰ afirmam que, o significado da presença de Deus, pode estar aliado ao fato de que a

fé ou a crença em algo se torna verdadeiro, nesse sentido, pode-se inferir que as pessoas realmente acreditam que Deus está a seu lado como um ser quase visível. Acerca da concepção de crença, para os autores supracitados, pode-se ancorar na afirmativa de que uma crença é direcionada sempre a um determinado estado de coisas, dessa forma, a crença está imbuída de propriedades, e em virtude dessa propriedade, a crença é intencional e, de um modo mais abrangente ela tem significado.

Portanto, a partir do enfoque de que a crença possui uma característica intencional, Silva¹⁸ acrescenta que, as crenças podem ser vistas como representativas, já que funcionam como uma estratégia pelas quais se retratam o mundo e a forma como ele é visto, representando a configuração do contexto que direciona ao transcendente.

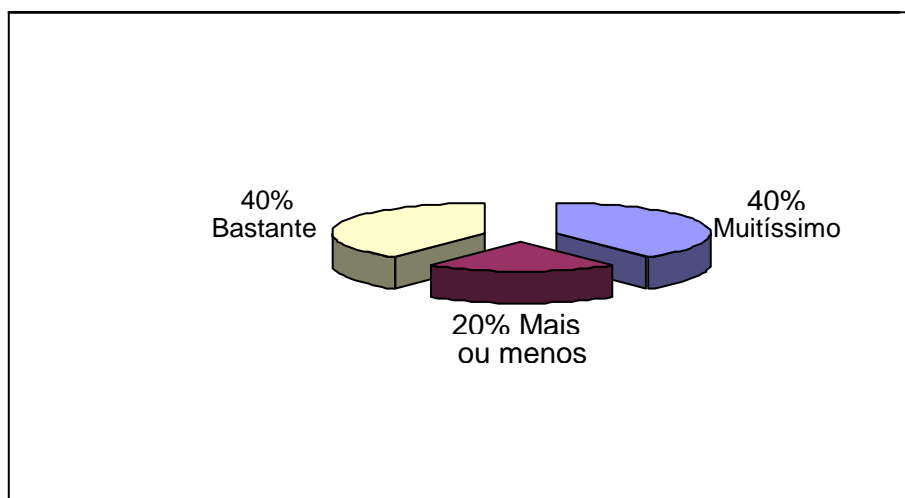


Gráfico 03: Distribuição da amostra (n. 10), diante do questionamento: Pede ajuda de Deus para saber agir diante das pessoas?

De acordo com o Gráfico 03, no que diz respeito a ajuda que os participantes pedem a Deus para tomar suas atitudes, pode-se perceber que, 20% responderam pedir mais ou menos ajuda para agir diante das pessoas; 40% da amostra responderam pedir bastante ajuda para saber agir diante das pessoas e 40% responderam pedir muitíssima ajuda.

A ajuda que os participantes pedem a Deus, representada nos dados acima, revelam ser bastante expressiva, no sentido da configuração de uma autoafirmação ou de um autofortalecimento. Alguns autores comungam dessa afirmação, quando inferem que “a compreensão e a observação da complexa relação entre mente,

corpo, espírito e processo de cura poderão ajudar a enfermeira a proporcionar suporte emocional ao paciente^{21:160}.

Os profissionais de saúde e em especial os(as) enfermeiros(as) devem lembrar que, o seu suporte emocional será lembrado e valorizado pelo paciente e por qualquer pessoa que observa seu trabalho, independentemente do nível de experiência técnica que o(a) enfermeiro(a) possa demonstrar. Assim, o uso de estratégias espirituais de enfrentamento pode aumentar o autofortalecimento, Isto implica dizer de acordo com Teixeira e Lefèvre²¹ que o cuidado holístico incorpora a facilidade de várias estratégias espirituais de enfrentamento para a proteção e a total integridade dos pacientes, na percepção tanto de pacientes como de cuidadores, os cuidados espirituais são bem-vindos e as enfermeiras deveriam ser sensíveis no oferecimento dessa prática. Esses argumentos podem explicar a necessidade dos entrevistados em está pedindo ajuda de Deus para saber agir diante das pessoas.

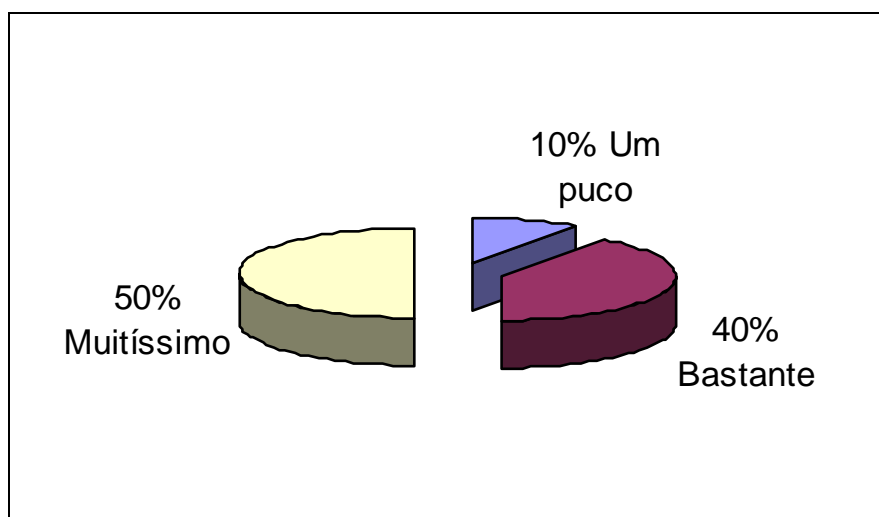


Gráfico 04: Distribuição da amostra (n 10), diante do questionamento: Procura ter uma ligação maior com Deus?

No Gráfico 04, pode-se evidenciar que, 10% dos entrevistados apresentaram ter um pouco de ligação com Deus; 40% da amostra revelaram ter bastante ligação com Deus e 50% responderam ter muitíssima ligação com Deus.

Diante dos percentuais apresentados, pode-se perceber que os participantes do estudo procuram ter uma ligação com o transcendente no sentido de se acreditar em algo superior. Nesse contexto, Teixeira e Lefèvre²¹, enfatizam que "crer em alguma coisa", fortalece a necessidade de "acreditar em Deus", para o

enfrentamento das adversidades, no entanto, torna-se necessário ter uma fé crescente e que esta fé esteja presente na vida diária e não apenas em situações de risco ou fraqueza.

Os autores, em uma investigação realizada sobre as perspectivas religiosas das enfermeiras, mostraram que 100% das entrevistadas afirmaram que a sua crença estava baseada num poder mais alto, e que o fortalecimento profissional por meio da religião se torna útil nas relações com o paciente.

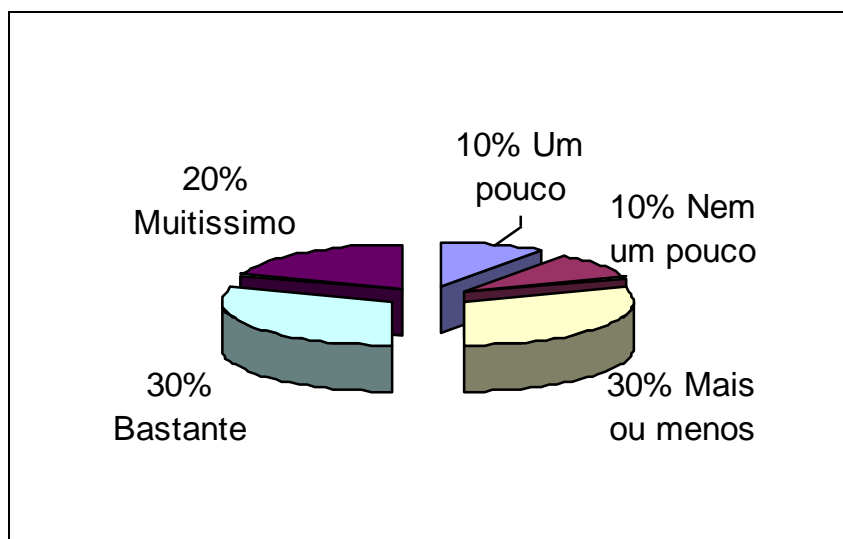


Gráfico 05: Distribuição da amostra (n 10), diante do questionamento: Procura ir a uma casa religiosa de oração?

Quando perguntados a cerca da procura por casas religiosas para oração, o Gráfico 05 demonstra que, 10% não frequentam casas religiosas; 10% responderam que vão um pouco a uma casa religiosa; 30% responderam ir mais ou menos; 30% da amostra respondeu ir bastante a uma casa religiosa e 20% responderam ir muitíssimo a uma casa religiosa.

Esses dados apontam percentuais bastante significativos, pois, aos somarmos os percentuais das respostas dos participantes que responderam mais ou menos, bastante e muitíssimo, teremos um total de 80% dos participantes que frequentam casas religiosas, valendo ressaltar que, no contexto das casas religiosas, as mesmas podem ser representadas por igrejas, sinagogas, casas de candomblé entre outros.

Sanchez e Nappo¹⁹, dizem que apesar de particular em conteúdo e intensidade, a fé é desenvolvida nos cultos religiosos, onde os líderes religiosos

defendem argumentos sobre seu potencial de cura, de bem-estar e de salvação. Assim, a fé é moldada pelo conteúdo do culto, sendo assim, entre evangélicos, é comum os cultos terem um tempo dedicado ao testemunho de fé, quando alguém que recebeu uma dádiva de Deus, por ação de sua fé, relata sua história. Independentemente da religião, a fé é tratada como elemento-chave da vida espiritual ou religiosa, razão pela qual os encontros em locais específicos, que podem ser denominados de instituições, casas ou locais para encontro de orações, assumem fundamental importância.

A reunião religiosa que congrega seus seguidores na instituição chama-se culto no evangelismo, missa no catolicismo e evangelho no espiritismo; apesar de diferentes nomes e dinâmicas, têm o objetivo de divulgar o conhecimento da religião.

Os cultos evangélicos neopentecostais e as missas da Renovação Carismática Católica são semelhantes, cujos elementos-chaves são o contato entre seus membros e os louvores. Os presentes são convidados a pronunciarem frases de encorajamento ao seu “vizinho de poltrona” e a realizarem preces de intervenção a outras pessoas.

No Espiritismo, as reuniões de evangelhos são dirigidas por um palestrante que expõe um tema, faz uma oração de agradecimento, pedido e/ou louvor e uma prece intercessória, chamada de “vibração”, todo o processo é silencioso, sem cânticos, sacramentos ou liturgias¹⁹.

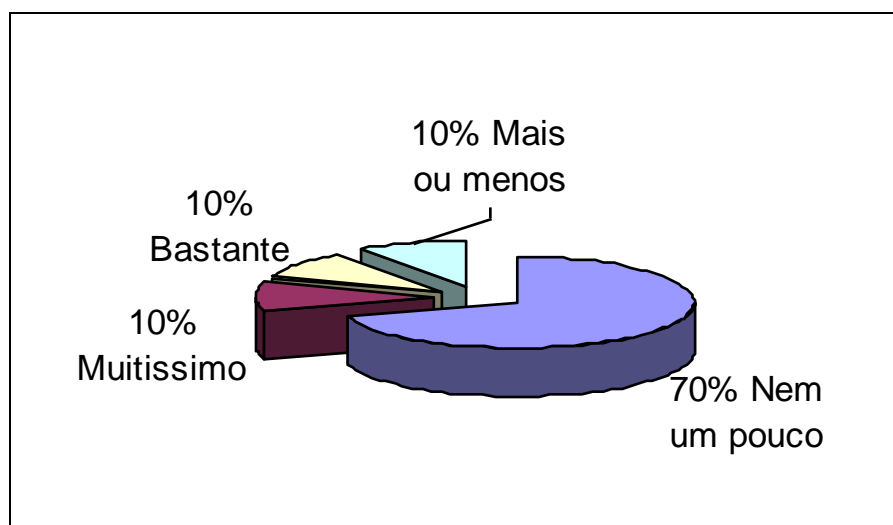


Gráfico 06: Distribuição da amostra (n 10), diante do questionamento: Busca proteção de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc)?

De acordo com o Gráfico 06, pode-se evidenciar que, 70% da amostra não buscam proteção de entidades espirituais; 10% revelaram procurar mais ou menos proteção de entidades espirituais; 10% da amostra responderam procurar bastante proteção de entidades espirituais e 10% revelaram procurar muitíssima proteção de entidades espirituais.

A busca de proteção através de entidades espirituais depende do contexto religioso em que cada indivíduo esteja inserido, por exemplo, na religião católica e na umbanda os seus adeptos costumam orar diante de imagens consideradas sagradas, já na tradição dos evangélicos não existe adoração a santos ou a imagens. Neste estudo ressalta-se que, a maioria dos entrevistados são evangélicos, nesse sentido, os dados apresentados no Gráfico 06 configuram os indivíduos que não veneram imagens, buscando sua proteção diretamente com Deus.

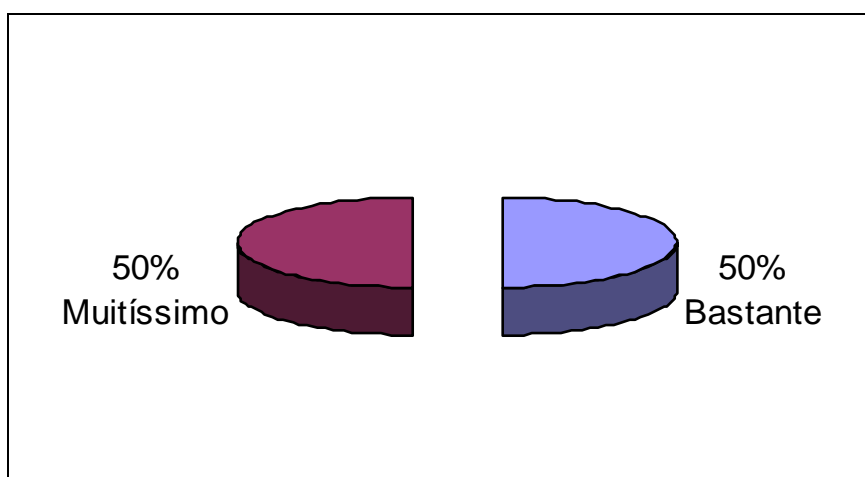


Gráfico 07: Distribuição da amostra (n 10), diante do questionamento: Diante de um paciente crítico você pensa: “Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus”.

Quando questionado sobre seu pensamento diante de um paciente crítico, de acordo com o Gráfico 07, 50% dos participantes do estudo, responderam que pensam muitíssimo que diante de uma situação crítica, fez o melhor que pôde e entrega a situação a Deus, já os outros 50% pensam bastante que fez o melhor que pôde e entrega a situação a Deus.

Esses dados podem se tornar bastante perigosos se levarmos em consideração o que diz Lara Junior²², quando afirma que, religião é sinônimo de alienação, pois as pessoas que agem no cotidiano utilizam as representações sociais religiosas, representações estas que as impedem de serem livres e atuantes

porque dependem da divindade para saber o que deve ser feito. Outros autores também corroboram com essa afirmação ao dizerem que “a Religião é um fenômeno de alienação, porém secundário: é uma consequência, uma projeção ideológica da alienação social, sendo que a forma mais corrente dessa alienação é a ideia de dependência do transcendente”^{23:162}.

Portanto, nessa maneira de pensar, as ações das pessoas estão presas à vontade da divindade, e, portanto, elas não irão tentar mudar nenhum aspecto do cotidiano, pois acham que Deus quis assim. Segundo Lara Junior²², as pessoas que agem motivadas por uma representação religiosa estarão fadadas à alienação, pois não são livres o suficiente para perceberem a realidade como realmente se apresenta, assim sendo, as representações religiosas são como um falseamento da realidade para que a pessoa possa suportar as dificuldades da existência humana.

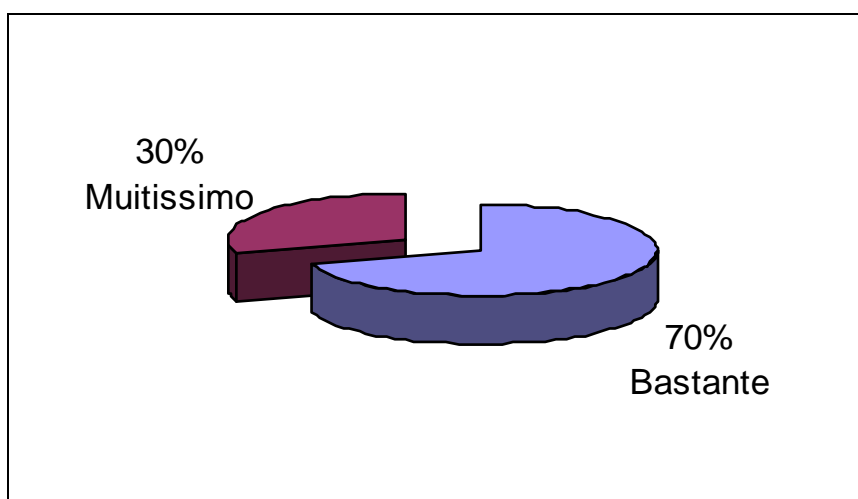


Gráfico 08: Distribuição da amostra (n 10), diante do questionamento: Busca ver como Deus poderia estar atuando na situação de lidar com tantas doenças e o pede para fortalecer nesta situação?

De acordo com o Gráfico 08, pode-se perceber que, 30% dos participantes buscam muitíssimo ver como Deus poderia atuar diante das doenças e pede fortalecimento diante da situação, os outros 70% buscam bastante evidenciar como Deus poderia atuar diante das doenças.

Esses dados revelam a total confiança que a amostra do estudo deposita em Deus, como se houvesse uma ligação com o Ele, Martins²⁴ argumenta que a religião liga humanos e divindades porque organiza o espaço e o tempo. Portanto os seres humanos precisam garantir que a ligação e a organização sejam de tal forma que

possam vivenciar a experiência com o sagrado. No entanto, Martins²⁴ acrescenta que, influenciados pela cultura, os indivíduos buscam a experiência e a manifestação do sagrado, que, por sua vez, demonstra seu poder sobrenatural e mágico, e a magia está repleta de religião e a religião de magia, e as duas manifestam-se de acordo com a cultura, pois a magia está na raiz da cultura, como estrutura básica do pensamento e do desenvolvimento humano.

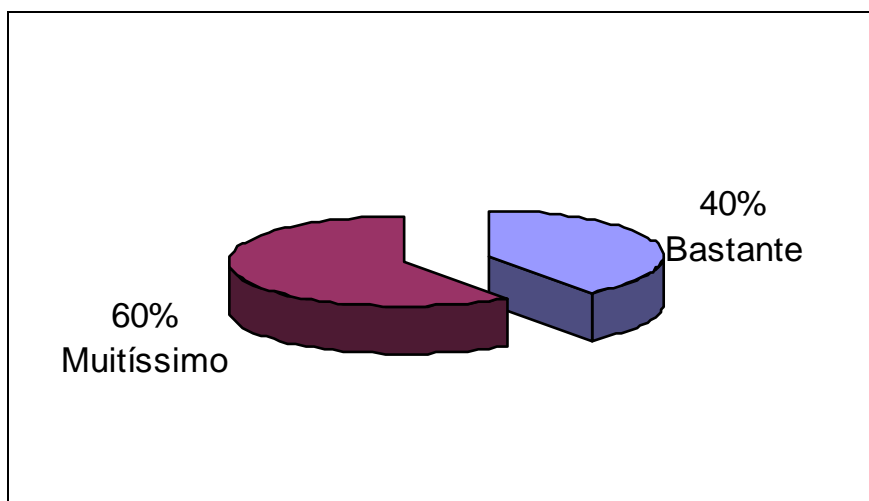


Gráfico 09: Distribuição da amostra (n 10), diante do questionamento: Sente que Deus atua junto com você?

No Gráfico 09, pode-se evidenciar que, 40% dos participantes sentem bastante que Deus atua junto com eles e os outros 60% afirmam que sentem muitíssimo que Deus atua junto com eles.

Silva¹⁸, em uma análise sobre Deus com portadores de HIV, destaca que os participantes do estudo percebem Deus como um amigo, com o qual se pode “contar a qualquer momento”. Nesse sentido, pode-se inferir que os participantes da presente pesquisa revelam também que podem “contar” com Deus quando necessitarem.

É interessante ressaltar, de acordo com Dyer²⁵, que é apenas através da psique humana que podemos estabelecer que “Deus age sobre nós”, o autor enfatiza que esse conceito diz respeito não apenas às experiências originadas na própria psique, mas às experiências externas que são processadas por ela.

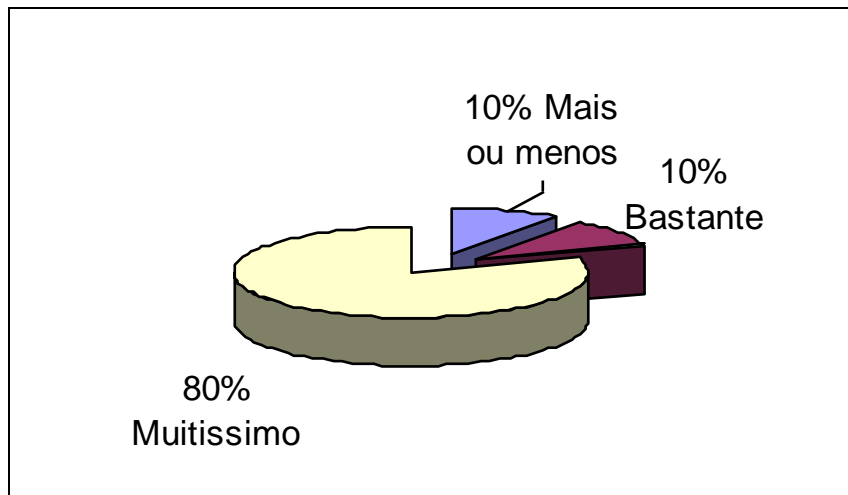


Gráfico 10: Distribuição da amostra (n 10), diante do questionamento: Acredita em milagres?

Quando questionados sobre a crença em milagres, o Gráfico 10 revela que 10% dos participantes acreditam “mais ou menos” em milagres; 10% afirmam acreditar “bastante” em milagres, enquanto 80% acreditam “muitíssimo” em milagres.

Os milagres tornam-se um mistério que ninguém consegue explicar, nesse sentido, “este mistério de preparar-se e jamais se encontrar com a totalidade do projeto é que nos move e impulsiona para vivermos essa causa tão humana e tão repleta de realizações”^{26:71}. Portanto, de acordo com o autor em foco, esse prazer de saber, sentir e fazer é que chama-se de mistério, e é esta força que nos move em busca da construção da interminável utopia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após as análises dos dados, como forma de resultado, foi expresso através de tabelas e gráficos que a totalidade do sexo dos entrevistados é da classe feminina, sua faixa etária na maioria está compreendida entre 24 e 44 anos de idade, como se trata de uma pesquisa envolvendo a equipe de enfermagem, como forma de representação foi evidenciado que em sua maioria são técnicas de enfermagem, assim como não possuem titulação além da formação necessária para atuar no campo de trabalho e que de forma amíúde fica claro que o tempo de serviço destes profissionais está compreendido em sua maioria com um tempo inferior a 10 (dez) anos de atuação.

Outro aspecto a ser considerado, são as características religiosas dos profissionais envolvidos; fator essencial para avaliação da pesquisa, onde com um número bem elevado ficou demonstrado que os profissionais envolvidos eram evangélicos; significando dizer que neste contexto apresentado, imperou a religião que teve como raiz o cristianismo.

Também em contraste com tais evidências, ficou clara a correlação entre o grau de profundidade de atuação do profissional frente ao paciente que necessita de uma atenção maior e o envolvimento em práticas religiosas como forma de bem-estar para o profissional e o paciente.

Desta forma, no que concerne ao tocante deste assunto, tal nota mostra a correlação entre o profissional de enfermagem, religião, religiosidade e a espiritualidade dentro de sua atuação profissional, onde fica expresso que por ainda não ser adequadamente robusto em suas provas e relações, este constitui, sem dúvida, um amplo e promissor campo de investigação.

Portanto, expresso de forma clara e concisa que existe a necessidade de maior investigação acerca do tema abordado, baseada principalmente no impacto das intervenções de base religiosa do profissional de enfermagem junto ao paciente crítico, onde tal fator atuará para a satisfação e possível melhora do paciente.

Desta forma, faz-se ainda relevante para a comprovação desse paradigma a utilização de um adequado método científico e o emprego dos princípios da medicina baseada em evidências para avaliação crítica da literatura e a condução de estudos, fator que poderá certamente prover o caminho que moverá as hipóteses do promissor trabalho ao comprovado e que consolidarão o paradigma necessário para a modificação da percepção e conduta dos profissionais atuais ante a correlação entre as atitudes religiosas dos profissionais de enfermagem frente ao paciente.

ATTITUDES OF RELIGIOUS FACE OF PROFESSIONAL NURSING PATIENT CRITICAL

ABSTRACT

The human being is endowed with feelings and emotions, which makes it sensitive to the suffering of others. And "being a nurse" feels even more challenging because it is the role of caregiver of the person who suffers. Given this context, it was intended with this study to verify the religious attitudes of nursing staff working in the Intensive Care Unit opposite the critically ill patient. This is an exploratory study with a

quantitative approach, aimed to characterize the sample by gender, age, professional category, length of performance and assess how religion and nursing staff dealing with religious or spiritual issues facing the patient critical. The sample consisted of 10 nursing and most practical nurses and all females, are in an age group 24-44 years of age and is the predominant religion of the Gospel. Through the data, it was possible to identify the religious profile of the participants and the ways they face the difficult situations considered front of the critically ill patient. There is a clear correlation between the depth of professional performance in front of the patient that needs greater attention and involvement in religious practices as a form of welfare for both professionals and patients.

Keywords: Religion. Religiosity. Spirituality. Health. Nursing.

REFERÊNCIAS

1. Boff L. Saber cuidar. Ética do humano: compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.
2. Vasconcelos EM. A educação pelo corpo na crise existencial trazida pela doença. *Religare. Revista de Ciências das Religiões*. 2007;1(2).
3. Menzies IEP. O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade. São Paulo; 1970. [mimeografado].
4. Travelbee J. Intervención en enfermería psiquiátrica. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1979.
5. Atkinson LD, Murray ME. Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.
6. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
7. Kurcgant P, coordenador. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 1991.
8. Trevizan MA. A dimensão moral e a ação ética no trabalho gerencial da enfermeira. *Esc Anna Nery Rev Enfermagem*; 2000.
9. Costa et al. Metodologia da pesquisa: coletânea de termos. João Pessoa: Ideia; 2000.
10. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª Ed. São Paulo: Atlas; 2002.
11. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos da metodologia científica. 6ª Ed. São Paulo: Atlas; 2005.
12. Panzini. Escala de *Coping* religioso-espiritual (escala CRE). Tradução, adaptação e validação da Escala Rcope, abordando relações com saúde e

qualidade de vida. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196, de outubro 1996 – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.

14. Cofen. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro, 2007.

15. Campos PFS, Oguisso T. A escola de enfermagem da Universidade de São Paulo e a reconfiguração da identidade profissional da enfermagem brasileira. Revista brasileira de enfermagem. 2008. [acesso em: 2009 Dez 06];61(6):892-898. Disponível em: <http://www.scielo.com.br>.

16. RAZÃO de dependência. Indicadores demográficos. 2003. [acesso em: 2006 Abr 08]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd 2003/a16.pdf>.

17. Filoramo G. Monoteísmos e dualismos as religiões da salvação. São Paulo: Hedra; 2005.

18. Silva PE. Aids e religiosidade: influências intersubjetivas aos acometidos pela epidemia [dissertação]. João Pessoa: UFPB; 2009.

19. Sanchez ZVM, Nappo SA. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. Revista de Saúde Pública. 2008;42(2):265-272.

20. Moser PK, Mulder DH, Triut JD. A teoria do conhecimento: uma introdução temática. São Paulo: Martins Fontes; 2004.

21. Teixeira JJV, Lefèvre F. Religiosidade no trabalho das enfermeiras da área oncológica: significado na ótica do discurso do sujeito coletivo. Revista Brasileira de Cancerologia. 2007. [acesso em 2009 Out 26]; 53(2). Disponível em: <http://www.scielo.com.br>.

22. Lara Junior N. Análise psicossocial da religião como um dos fundamentos políticos das ações coletivas no Brasil: a mística do MST. Último Andar. 2006. [acesso em 2009 Dez 07]. 15:49-74. Disponível em: <http://www.pucsp.br/ultimoandar>.

23. Berger PL, Luckman TA. A construção social da realidade. 18ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.

24. Martins IR. A magia nas reduções jesuíticas no Brasil colonial. Último Andar. 2006 Jun. [acesso em 2009 Dez 07] 14:21-39. Disponível em: <http://www.pucsp.br/ultimoandar>.

25. Dyer DR. Pensamento de Jung sobre Deus. São Paulo: Madras; 2003.

26. Bogo A. Valores de uma prática militante. Consulta Popular, 2000; Cartilha n. 9, p. 49-78.