



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



JAKELLINE MIRANDA ALVES

**BEM ESTAR ESPIRITUAL DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Crato-CE
2019**

JAKELLINE MIRANDA ALVES

**BEM ESTAR ESPIRITUAL DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) da Universidade Regional do Cariri (URCA) como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Glauberto da Silva Quirino

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade Regional do Cariri – URCA
Bibliotecária: Ana Paula Saraiva CRB: 3/1000

Alves, Jakelline Miranda.

A474b Bem estar espiritual de profissionais de saúde de nível superior da estratégia saúde da família/ Jakelline Miranda Alves.
– Crato – CE, 2020.
105p.; il.

Dissertação apresentada à coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) da Universidade Regional do Cariri – URCA; Área de Concentração: Saúde da Família; Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Glauberto da Silva Quirino

1. Bem estar espiritual, 2. Estratégia Saúde da Família (ESF), 3. Profissionais de Saúde; I. Título.

CDD: 614

JAKELLINE MIRANDA ALVES

**BEM ESTAR ESPIRITUAL DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) da Universidade Regional do Cariri (URCA) como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Glauberto da Silva Quirino (Orientador)
Universidade Regional do Cariri - URCA
Departamento de Enfermagem - Presidente

Profª Drª. Maria Corina Amaral Viana
Universidade Regional do Cariri - URCA
Departamento de Enfermagem - Membro interno

Profª Drª. Álissan Karine Lima Martins
Universidade Regional do Cariri
Departamento de Enfermagem - Membro externo

Prof. Dr. Francisco Elizaudo de Brito Junior
Universidade Regional do Cariri
Membro Suplente

Dedico a Deus, o maior responsável por tudo que sou e por tudo que tenho conquistado até hoje; a meus pais (Adenício e Zeneide) por me apoiarem continuamente, acreditando mais em mim que eu mesma; a minha filha (Sophia), meu amor maior, razão pela qual consegui superar obstáculos e chegar a essa vitória; e ao meu orientador (Glauberto Quirino) em nome de todos que compõem o Mestrado Profissional em Saúde da Família pelo crédito e pela troca de experiências. Sua dedicação e paciência serviram como pilares de sustentação para a conclusão deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela luz e proteção concedida em todos os momentos, nos fáceis e difíceis, pois, sem isso, a minha caminhada seria mais dura e não teria chegado ao fim.

Aos meus amados pais, que me deram o dom da vida e sempre me incentivaram a correr atrás dos meus sonhos. GRATIDÃO por cuidar do meu bem mais precioso: minha filha.

A minha filha, eu te amo que chega a doer! Todo esforço é por você!

A meu orientador, Prof. Dr. Glauberto Quirino, pela abertura de caminhos, apoio seguro e presença luminosa. É com profunda admiração e respeito que expresso a gratidão pelas discussões, aprendizado e convívio. Como foi bom ser orientada, cuidada e aprender por/com alguém tão espiritualizado.

Aos doutores membros da banca examinadora pela disponibilidade e pelas ricas contribuições para o aperfeiçoamento deste trabalho. Muito obrigada!

Aos meus amigos e aos colegas da turma do Mestrado, especialmente, Bruna, Ronildo, Thiago e Samuel, pelas valiosas contribuições no iniciar desta caminhada e pela escuta sensível nos momentos difíceis desta trajetória.

Aos participantes do estudo, profissionais de saúde, pois sem vocês nada disso seria possível!

A minha Secretária de Saúde do município de Penaforte-CE, Amanda Sampaio, pelo incentivo e apoio desde a minha decisão de fazer o mestrado. Precisamos de mais gestores como você, que acredita e apoia o aperfeiçoamento profissional.

Quero agradecer imensamente à minha família pela dádiva do viver juntos. Finalmente, quero agradecer a meu companheiro Afonso Barros. Nossa sintonia e paixões compartilhadas são catalisadoras de paisagens, ritos e poesias.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

ACE - Agente de combate às endemias
ACS - Agente comunitário de saúde
AF - Atividade física
APS - Atenção Primária a Saúde
AR - Atividades recreativas
BEE - Bem Estar Espiritual
BEEA - Bem estar Espiritual Atual
BSI - Inventário breve de sintomas
CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CRES - Coordenadoria Regional de Saúde
DA - Dimensão Ambiental
DC - Dimensão Comunitário
DC - doenças crônicas
DP - Dimensão Pessoal
DT - Dimensão Transcendental
EBEI - Escala de Bem estar Espiritual Ideal
ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto-Portugal
ESF - Estratégia Saúde da Família
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGS - Índice Geral de Sintomas
ISP - Índice de Sintomas Positivos
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS - Organização Mundial da Saúde
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PSF - Programa de Saúde da Família
QV - Qualidade de vida
QVT - Qualidade de vida no trabalho
RENASF - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
SHALOM - Escala de Bem-estar espiritual: Medida espiritual de saúde e orientação para a vida: Spiritual Health and Life- Orientation Measure
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSP - Total de Sintomas Positivos
URCA - Universidade Regional do Cariri

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição proporcional de profissionais de saúde por categoria de formação nos municípios de estudo. 19 ^a Região de Saúde de Brejo Santo-CE, 2018.	36
Quadro 2 - Dimensões dos sintomas psicopatológicos avaliados pelo Inventário Breve de Sintomas (BSI).	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da rede de Atenção Primária e população por municípios que compõem a 19ª CRES, Brejo Santo-CE, 2018.....	36
Tabela 2 - Perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde/CE, nov., 2019.....	46
Tabela 3 - Religião dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde/CE, nov., 2019.	48
Tabela 4 - Perfil de Saúde dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde/CE, nov., 2019.....	49
Tabela 5 - Perfil do estilo de vida dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde/CE, nov., 2019.....	50
Tabela 6 - Escala de Bem Estar Espiritual (BEE) dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde/CE, nov., 2019.	52
Tabela 7 - Resultados descritivos das necessidades espirituais e satisfação com a vida dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde/CE, nov., 2019.	54
Tabela 8 - Satisfação com a vida dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde/CE, nov., 2019.....	54
Tabela 9 - Resultados descritivos obtidos nas dimensões e índices globais do BSI dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde/CE, nov., 2019.	55
Tabela 10 - Estatística descritiva da adesão ao regime terapêutico do estudo com doenças crônica dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde/CE, nov., 2019.	56
Tabela 11 - Adesão do regime terapêutico do estudo com doenças crônicas dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde/CE, nov., 2019.	56
Tabela 12 - Associação do Bem Estar Espiritual Ideal (BEEI) com o perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde/CE, nov., 2019.	58
Tabela 13 - Associação do Bem Estar Espiritual Atual (BEEA) com o perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde/CE, nov., 2019.	60
Tabela 14 - Associação do Bem Estar Espiritual (BEE) com o perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde/CE, nov., 2019.....	62
Tabela 15 - Comparação da média das dimensões do BSI da amostra com as médias da população em geral.	75

RESUMO

O Bem-estar Espiritual (BEE) relaciona-se com aspectos de saúde geral é um fator que pode auxiliar profissionais de saúde no enfrentamento de sobrecarga e tensões no trabalho apresentado-se com grande valor de proteção, tem sua importância reconhecida provocando interesse crescente na literatura. Este estudo teve como objetivo mensurar o nível de saúde espiritual em profissionais de saúde de nível superior da Estratégia Saúde da Família (ESF). Faz parte de um projeto multicêntrico realizado no Brasil, Portugal, Oriente Médio e alguns países da Europa. Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal, de abordagem quantitativa. Realizada com os profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e dentistas) de 89 equipes da ESF que integram a 19ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) no estado do Ceará-CE. Para realização do cálculo amostral se empregou a fórmula para população finita (MIOT, 2011), chegando-se a uma amostra de 162 profissionais de saúde. A coleta de dados iniciou-se em dezembro de 2018 e foi finalizada em julho de 2019. Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: formulário de dados sociodemográficos; *Spiritual Health and Life-Orientation Measure* – SHALOM; Escala de necessidades espirituais e satisfação com a vida; Inventário breve de sintomas (BSI); e para os participantes, que tiveram alguma doença crônica, foi aplicado o item de adesão ao regime terapêutico. Utilizou-se dois softwares: Excel para auxílio nas estatísticas descritivas e o pacote estatístico PSPP (Program for Statistical Analysis of Sampled Data) para as análises estatísticas multivariadas, como Kruskal-Wallis, Qui-quadrado e Fisher. A discussão dos resultados encontrados foi feita segundo a literatura de forma analítica e interpretativa. Esta pesquisa recebeu anuência junto à 19ª CRES do Estado do Ceará e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri sob CAAE: 90291618.6.0000.5055 e parecer 2.776.401. Quanto aos resultados os profissionais de saúde da ESF apresentaram um perfil sociodemográfico de idade mínima de 22 anos e máxima de 74 anos, com predominância do sexo feminino, casados/as ou vivem com companheiro/a, em sua totalidade com nível superior completo, os profissionais que mais apareceram foram enfermeiros. A maioria dos participantes não consumia tabaco, fumo e nem álcool. Existiu harmonia espiritual unânime nas

quatro dimensões espirituais: pessoal, ambiental, comunitária e transcendental, 96,9% tinham alta satisfação com a vida e necessidades espirituais supridas. Em relação às nove escalas do BSI, os profissionais não possuíam os sintomas psicopatológicos. Em relação à adesão ao tratamento terapêutico, 97,1% se encaixaram na categoria de maior adesão. Quanto ao BEE e as variáveis sociodemográficas, verificaram-se associações significativas entre religiosidade quando associada ao BEE e a dimensão Transcendental, e a variável profissão quando associada à Dimensão Ambiental. Considera-se este trabalho como disparador para futuros aprofundamentos. É importante ressaltar a importância da compreensão da dimensão Espiritual na vida pessoal e profissional dos trabalhadores em saúde, pois seu BEE impacta em sua qualidade de vida e influencia no entendimento que estes têm do processo saúde-doença e na sua relação com o usuário, além desta dimensão modificar a sua conduta de cuidado.

Palavras-Chave: Bem Estar espiritual; Estratégia Saúde da Família (ESF); Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

Spiritual Well-Being is related to general health aspects. It is a factor that can assist health professionals in coping with work overload and tensions, presenting a great protection value. This has its recognized importance, causing increasing interest in specialized literature. This study aims to measure the level of spiritual health in health professionals with higher education in the Family Health Strategy. It is part of a multicenter project carried out in Brazil, Portugal, the Middle East and some European countries. This is a cross-sectional research, with a quantitative approach. Held with higher education professionals (doctors, nurses and dentists) from 89 teams of the Family Health Strategy that are part of the 19th Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) in the state of Ceará (CE). To carry out the sample calculation, the formula for finite population was used (MIOT, 2011), reaching a sample of 162 health professionals. Data collection started in December 2018 and ended in July 2019. For data collection, the following instruments were used: sociodemographic data form; Spiritual Health and Life-Orientation Measure - SHALOM; Scale of spiritual needs and satisfaction with life; Brief symptom inventory (BSI); item of adherence to the therapeutic regime for participants who had some chronic disease. Two softwares were used: Excel to aid in descriptive statistics and the statistical package PSPP (Program for Statistical Analysis of Sampled Data) for multivariate statistical analyzes, such as Kruskal-Wallis, Chi-square and Fisher. The discussion of the results found was made according to the literature in an analytical and interpretative way. This research was approved by the 19th CRES of the State of Ceará and by the Research Ethics Committee of the Universidade Regional do Cariri under CAAE: 90291618.6.0000.5055 and opinion 2,776,401. As for the results, the FHS health professionals had a socio-demographic profile of a minimum age of 22 years and a maximum of 74 years, with a predominance of females, married or living with a partner, all with a higher education degree. The professionals who most appeared were nurses. Most participants did not consume tobacco, tobacco or alcohol. There was unanimous spiritual harmony in the four spiritual dimensions: personal, environmental, community and transcendental, 96.9% had high satisfaction with life and spiritual needs met. Regarding the nine BSI scales, the professionals did not have psychopathological symptoms. Regarding adherence to therapeutic treatment, 97.1% fit into the category of greatest adherence. As for Spiritual Well-Being and

sociodemographic variables, there were significant associations between religiosity when associated with Spiritual Well-Being and the Transcendental dimension, and the profession variable when associated with the Environmental Dimension. This work is considered as a trigger for future deepening. It is important to emphasize the importance of understanding the Spiritual dimension in the personal and professional life of health workers, as their Spiritual Well-Being impacts their quality of life and influences their understanding of the health-disease process and their relationship with the user, in addition to this dimension, modifying their care conduct.

Keywords: Spiritual well-being; Family Health Strategy (FHS); Health Professionals.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS.....	23
2.1 Objetivo Geral.....	23
2.2 Objetivos Específicos	23
3 REVISÃO DE LITERATURA	24
3.1 Bem estar espiritual	24
3.2 Estratégia Saúde da Família.....	26
3.3 Estado de saúde/doença, estilo de vida e autocuidado dos profissionais de saúde.....	29
4 MÉTODOS	33
4.1 Tipo de estudo.....	33
4.2 Local do estudo	34
4.3 População, amostra, amostragem	35
4.4 Procedimentos e Instrumentos de coleta de dados.....	37
4.5 Organização, apresentação e análise dos dados.....	43
4.6 Aspectos éticos.....	44
5 RESULTADOS.....	46
5.1 Perfil sociodemográfico de profissionais	46
5.2 Nível de Bem estar espiritual (BEE).....	51
5.3 Necessidades espirituais e satisfação com a vida.....	54
5.4 Sintomas psicopatológicos.....	55
5.5 Adesão ao regime terapêutico dos participantes do estudo com doenças crônicas.....	56
5.6 Associação do nível de bem estar espiritual com o perfil sociodemográfico	57
6 DISCUSSÃO	64
6.1 Perfil sociodemográfico.....	64
6.2 Perfil de saúde.....	66
6.3 Perfil do estilo de vida	69
6.4 Nível de bem estar espiritual (BEE)	70
6.5 Necessidades espirituais e satisfação com a vida.....	71
6.6 Presença de estresse psicológico	73
6.5 Adesão ao regime terapêutico de profissionais de saúde da estratégia Saúde da Família com doenças crônicas	75

6.6 Associação do nível de bem estar espiritual com o perfil sociodemográfico	77
7 CONCLUSÃO	81
REFERÊNCIAS.....	83
ANEXO A – FORMULÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	96
ANEXO B – SPIRITUAL HEALTH AND LIFE-ORIENTATION MEASURE - SHALOM.....	99
ANEXO C – ESCALA DE NECESSIDADES ESPIRITUAIS E SATISFAÇÃO COM A VIDA.....	100
ANEXO D – INVENTÁRIO BREVE DE SINTOMAS.....	101
ANEXO E – ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO.....	103
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	104
APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DE ANUENCIA DE INSTITUIÇÃO CO- PARTICIPANTE.....	105

1 INTRODUÇÃO

O termo *saúde* sofreu mudanças ao longo do tempo, pois foi conceituado a partir de múltiplas construções sociais e históricas, partindo do conceito de *ausência de doença* para um entendimento amplo com várias dimensões – como biológica, comportamental, social, ambiental, política e econômica (NETO; DENDASCK; OLIVEIRA, 2016).

O primeiro conceito adotado mundialmente foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que a estabelece como “estado do mais completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”, incluindo o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde (OMS, 1946 p.1).

Desde o final dos anos de 1970, em atas, memorandos, transcrições de discursos, resoluções oficiais e relatórios, a OMS cita a espiritualidade como uma dimensão importante para o equilíbrio do indivíduo, porém sua inclusão na definição de saúde só ocorreu em 1998 (TONIOL, 2017).

Em 1978, na realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS, há o reconhecimento da *espiritualidade dos outros*. Em 1979 há o início da demanda pelo reconhecimento da *espiritualidade de todos*. Em 1983 há a ampliação dos discursos sobre a necessidade do reconhecimento da espiritualidade como fator de saúde e, em 1984, ocorre a aprovação, em assembleia da OMS, da resolução que reconhece a espiritualidade como dimensão da saúde, recomendando a atenção a ela em políticas (TONIOL, 2017).

Importante fazer a diferenciação de espiritualidade e religião. A palavra “religião” vem do Latim *religio* e significa um laço entre a humanidade e um poder sobre-humano. Ela tem sido definida como um poder sobrenatural para o qual os indivíduos se motivam ou com o qual assumem compromisso. A palavra “espiritualidade” vem do Latim *spiritus* que significa sopro ou vida, termo que, ao longo da história, tem sido referido no contexto da religião. Entretanto, nem todas as percepções atuais de espiritualidade estão ligadas à religião (HILL et. al, 2000).

Tem-se por espiritualidade o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões como o significado

e sentido da vida, não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa (OMS, 1999).

Segundo Toniel (2017), espiritualidade pode ser classificada como uma dimensão da saúde mental, um fator protetivo de saúde e um vetor indicativo de qualidade de vida.

A espiritualidade tem impacto na saúde física e mental, melhora a qualidade de vida dos indivíduos, gera bem estar, previne doenças e atua como mecanismo de enfrentamento de diversas morbidades (BONELLI; KOENIG, 2013).

A espiritualidade é algo mais amplo que a religião e está relacionada a valores íntimos, de harmonia e completude interior, conexão com o outro, estimulando o interesse pelos outros e por si, em unidade com a vida, com a natureza e com o universo (GUERRERO et al., 2011). A espiritualidade pode ser entendida como uma busca pessoal para compreender o sentido da vida, a relação com o sagrado e as questões relacionadas com o fim da vida terrena, podendo, ou não, levar à realização de práticas religiosas (KOENIG et al., 2012).

A religião é considerada um sistema de crenças, práticas, rituais que facilitam o acesso ao sagrado, ligada a uma instituição, com características doutrinárias semelhantes e específicas que são compartilhadas por um grupo, mas praticadas individualmente (GOBATTO; CAVALCANTI, 2013). A religiosidade é o quanto o indivíduo acredita, segue e pratica uma religião, que é institucional, dogmática e sistematizada (KOENIG et al., 2012).

Assim, não é necessário que uma pessoa pertença a uma religião para desenvolver sua espiritualidade, já que esta se refere a questões da sua própria vida, seu significado e sentido (SCHLEDER et al., 2013).

Estudo recente (BONELLI; KOENIG, 2013) demonstrou que pessoas que possuem maior espiritualidade/religiosidade, possuem maior bem estar, menor prevalência de doenças e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida. Desta forma, religiosidade/espiritualidade é uma dimensão que deve ser considerada durante a assistência, inclusive por trabalhadores da saúde.

O BEE se refere à percepção subjetiva da pessoa em relação à sua crença. Este construto se constitui de dois diferentes componentes, um religioso e um existencial - o de sentido de propósito e satisfação de vida (VOLCAN et al., 2003). Para Marques (2003), demonstra a abertura da pessoa para a dimensão espiritual, que permite integração da espiritualidade com outras dimensões de sua

vida, maximizando seu potencial de crescimento e de renovação. É uma experiência de apoio, de fortalecimento, procurado propositadamente pela pessoa para o cumprimento de um enfrentamento de sucesso. Seria o encontro de sentido na vida, por meio da conexão consigo mesmo, com os outros, com o mundo e com um ser maior (CALDEIRA et al, 2014).

Por isso, o indivíduo que pratica atividades espirituais busca um recurso interno, o que contribui positivamente para um resultado significativo da autoestima, da esperança e da satisfação de vida, beneficiando sua saúde (VOLCAN et al., 2003). O bem estar espiritual conecta-se ao significado da vida de maneira ampla, possibilitando o equilíbrio emocional, a qualidade de vida e o desenvolvimento de valores éticos e morais que podem interferir nas questões biológicas, psicológicas e sociais do indivíduo (THUROW et al, 2017).

O bem estar espiritual pode representar um fator de proteção, estando relacionado com as atitudes positivas de combate à enfermidade, diminuição da ansiedade e das demandas impostas pela doença (FEHRING et al., 1997). Este bem estar está relacionado à diminuição do risco de depressão (FEHRING et al., 1997), do suicídio (ELLIS; SMITH, 1991) e da diminuição de distúrbios mentais (MARQUES, 2003). Seu fortalecimento pode ajudar, significativamente, na redução da angústia relacionada às doenças, bem como na promoção da saúde (VOLCAN et al., 2003).

Ainda se acrescenta o seu valor de proteção em questões sociais, psicológicas e profissionais, sobretudo, em momentos tensos e de sobrecarga (THUROW, 2017). Conforme Marques (2003), fornece recursos para enfrentar situações estressantes inevitáveis na vida, o que mantém a saúde geral em nível ótimo.

A saúde é influenciada pela espiritualidade que é um recurso psicossocial individual e provavelmente comunitário ligado à promoção de saúde. Assim, observa-se que os estressores interferem na vida biopsicossocial do indivíduo e a espiritualidade pode se caracterizar como fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007).

Um bom nível de espiritualidade e um elevado bem estar espiritual podem repercutir positivamente na vida da pessoa, contribuindo para o desenvolvimento de harmonia, de paz, de força interior e de realizações (LEPHERD, 2014).

Na área de saúde, é muito comum se deparar com profissionais que cuidam do outro e, muitas vezes, esquecem-se de si mesmos, tendo sua saúde afetada, por exemplo pelas condições crônicas sofrendo consequências em seu trabalho.

As doenças crônicas compõem um conjunto de condições que estão relacionadas a múltiplas causas. São caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades residuais. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2013).

Afeta pelo menos quatro domínios da saúde: o domínio físico, o mental, o social e o espiritual (KOENIG, 2013), e influencia a vida dos indivíduos em vários níveis (familiar, profissional, social, ou até mesmo nas atividades de tempos livres) (VILHENA et al., 2014).

Desta forma a doença crônica tem implicações na qualidade de vida das pessoas e na sua percepção de saúde. O sofrimento causado pela doença crônica pode levar às pessoas a se questionarem sobre o significado da vida, o que está relacionado com aspectos da espiritualidade (BÜSSING et al., 2009).

A espiritualidade possui relação estreita com a melhora da qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas (VOLCAN et al., 2003). Pode ser útil para pessoas com doenças crônicas, pois permite esperança e crescimento pessoal (VILHENA et al., 2014).

As pessoas que estão com saúde e bem estar, referem sentimentos de valores, espiritualidade e integração com a ordem divina (chamada de formas diferentes, conforme a religião ou sistema filosófico). Nas pessoas que adoecem esses componentes também estão presentes, seja como um sentimento de abandono por Deus ou dúvidas religiosas, seja como sementes de cura e de saúde em meio a um processo de doença. As pessoas com doença dão maior importância à espiritualidade, religiosidade e crenças espirituais do que os saudáveis (UNANTENNE et al., 2013).

A espiritualidade é promotora de uma maior aceitação da doença, na medida em que ajuda a ter um maior entendimento sobre o que significa, permitindo uma redução do estresse causado pela situação. Também na saúde e bem estar

esta se mostrou importante pois permite uma sensação de conforto e recuperação. Estes efeitos acabaram por ter impacto direto no tratamento e na gestão da doença para alguns participantes (UNANTENNE et al., 2013).

O desenvolvimento da espiritualidade ajuda as pessoas a controlarem melhor os seus estados de “excitação negativa”, o que permite a redução dos processos inflamatórios (pela regulação dos processos fisiológicos) e, dessa forma, reduz a morbidade e a mortalidade (MOSQUERA; STOBAUS, 2006).

Nessa ótica, entende-se que o BEE pode contribuir para o enfrentamento de circunstâncias adversas, como o processo de adoecimento crônico (MOSQUERA; STOBAUS, 2006).

Nesse sentido, considera-se que são adequados estudos que se proponham a esclarecer a relação entre o bem estar espiritual e condições crônicas, com vistas a subsidiar reflexões a respeito das possibilidades de articulação dos recursos apresentados pela pessoa, como a espiritualidade, no processo do cuidado, em uma perspectiva que extrapole a dimensão biológica dos modelos assistenciais hegemônicos e considere a pessoa como ator responsável pelo próprio cuidado.

O BEE relaciona-se com aspectos de saúde geral e pode influenciar a vida de profissionais de saúde. O manejo do estresse pode funcionar como mediador da percepção do bem estar através do processo de enfrentamento que reflete na qualidade do ajustamento do indivíduo. A religiosidade pode beneficiar a integração e o suporte social, o estabelecimento de relações com algo considerado divino, a promoção de sistemas de significado e de coerência na existência (AQUINO et al., 2009).

A efetividade do cuidado prestado está diretamente vinculada à qualidade de vida no trabalho (BAGGIO; FORMAGGIO, 2007). Assim, é fundamental ter um processo de trabalho organizado e prestar seu serviço em um ambiente que preconize qualidade de vida (CRUZ et al., 2016).

Muitas são as áreas de atuação do profissional de saúde. Dentre estas, encontra-se a Atenção Primária à Saúde (APS) e, especificamente, a Estratégia Saúde da Família (ESF), que é um modelo que procura reorganizar a Atenção Primária de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1997).

Na ESF, a equipe atua na promoção, na prevenção, na recuperação e na manutenção da saúde da população, produzindo ações que buscam uma atenção integral à saúde com respeito e vínculo com a comunidade (COSTA et al., 2009), propondo que a atenção à saúde se centre na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social (OLIVEIRA, 2013). Realiza uma assistência humanizada, serve de canal para efetivação do cuidar integral e sensível de cada pessoa. Refletindo-se sobre o agir do cuidador, o qual passa a ser percebido como uma presença importante e dinâmica (FROTA, 2001) que cuida da saúde, considerando também a espiritualidade (GUERRERO, 2011).

No dia a dia, a equipe da ESF lida com as mais variadas e complexas demandas, uma vez que estas equipes estejam próximas, em contato diário com as condições de vida e saúde da comunidade. Essas questões deixam os profissionais expostos a muitas situações de vulnerabilidade, sobrecarga física e psicossocial, de forma que isso impede que cuidem da própria saúde. Somando-se a isso, as particularidades da organização do trabalho também deixam as equipes expostas a riscos, influenciam em sua saúde geral nos aspectos físico, mental, espiritual e social e também tem influência na qualidade do serviço prestado à comunidade (TRINDADE et al., 2010).

A espiritualidade se apresenta neste momento de sobrecarga e tensões no trabalho com grande valor de proteção, o bem estar espiritual é um fator que pode auxiliar os profissionais no enfrentamento dessas questões apontadas (THUROW, 2017).

Associadas às atividades que exigem grau elevado de conhecimento, responsabilidade e intervenções complexas, estão as jornadas de trabalho exaustivas e aceleradas, que podem resultar em estresse ocupacional, comprometendo a qualidade de vida dos profissionais e gerando insatisfação relacionada ao ambiente do trabalho (SILVEIRA et al., 2012).

Relacionando este bem estar espiritual com a prática do profissional de saúde se observa que o reconhecimento da espiritualidade, no decorrer do atendimento prestado, interfere positivamente no bem estar dos usuários (BONELI; KOENIG, 2013) e possibilita, ao profissional, uma visão integral da saúde ao tratar o usuário em suas distintas dimensões, extrapolando o modelo centralizado somente nos aspectos biológicos do processo de saúde e doença do indivíduo (LUCCHETTI et al., 2011).

Quanto maior a espiritualidade dos profissionais de saúde, maior é o reconhecimento de sua influência para a recuperação da pessoa assistida. Além disso, os profissionais que apresentam maior índice de espiritualidade são os que mais abordam fé e também são os que questionam os usuários sobre bem estar espiritual (LONGUINIERE et al., 2018). Do mesmo modo, seu nível de bem estar espiritual contribui como um item harmonizador nas relações do trabalho em saúde, gerando qualidade de vida (ARRIEIRA et al., 2011).

Por outro lado, o estímulo das práticas espirituais, melhora a saúde mental e, conseqüentemente, a qualidade de vida e relação interpessoal dos profissionais (KOENIG et al., 2012). Assim, ações que valorizam a espiritualidade trazem tranquilidade e bem estar a estes profissionais (GOBATTO; CAVALCANTI, 2013), possibilitando melhor enfrentamento do estresse inerente ao trabalho, com conseqüente melhoria na qualidade de vida e maior satisfação com a atividade desenvolvida (LONGUINIERE et al., 2018).

Desta forma, trabalhar a espiritualidade dos profissionais de saúde pode gerar, também, benefícios para os usuários assistidos, à medida que a espiritualidade modifica o comportamento dos profissionais promove harmonia, encontro com as pessoas através da empatia e equilíbrio entre as dimensões do ser humano, melhorando sua qualidade de vida e podendo impactar diretamente na assistência prestada (LONGUINIERE et al., 2018).

A dimensão espiritual dos profissionais de saúde e a sua influência no cuidado são aspectos importantes a serem estudados, já que isto pode impactar na assistência prestada à medida que esta traz bem estar físico e melhora relacionamento interpessoal e qualidade de vida dos indivíduos. A religiosidade/espiritualidade dos profissionais de saúde influencia no entendimento que estes têm do processo saúde-doença e na sua relação com o usuário, além desta dimensão modificar a sua conduta de cuidado (LONGUINIERE et al., 2018).

Pode-se inferir que profissionais ligados às questões de espiritualidade costumam ser melhores profissionais que os demais. Compreende-se que o ser humano mais ajustado, com melhor compreensão da dor e do sofrimento alheio, poderá ser mais atencioso consigo e com seus usuários. Assim, humanizará sua prática.

A espiritualidade pode surgir, na doença, como um recurso interno que favorece a aceitação da doença, o empenho no restabelecimento, o contato e o

aproveitamento da ajuda das outras pessoas e até a própria reabilitação. Isso nos remete à sua essência como um fator de saúde e realça sua importância nos processos de prevenção de doenças, manutenção da saúde ou de reabilitação e cura. As implicações da associação significativa entre espiritualidade e saúde são amplas. Assim, a prática do trabalhador de saúde pode se enriquecer com essa dimensão humana (MARQUES, 2003).

A dimensão espiritual não requer condições especiais e pode ser trabalhada individualmente ou em grupos, por pessoas com altos níveis educativos e com analfabetos e em ambientes variados, por pessoas de todas as idades. Na prática, pode ser facilmente estimulada e desenvolvida, já que não requer arsenal tecnológico e técnico. É uma dimensão melhor acessada pela inspiração do profissional, pelo próprio desenvolvimento espiritual a que ele leva a cabo, criatividade, empatia e fatores menos calculados. Os valores, ética, sensibilização para o sagrado na vida, moralidade, geram um clima da melhor qualidade para o desenvolvimento humano e autossuperação (MARQUES, 2003).

No contexto da relação da espiritualidade no crescimento humano, têm-se perguntado em que medida a adoção de uma perspectiva espiritual se relaciona com a saúde geral da pessoa. O conceito de espiritualidade é um componente vital para o modelo integral de saúde, que, sucintamente, considera a inter-relação do bem estar físico, emocional, mental, social, vocacional e espiritual (GUERRERO et al., 2011).

Para a junção de espiritualidade e saúde, basta unir as terapias modernas e contemporâneas com as terapias milenares e perenes. Essa aproximação favorece o crescimento e desenvolvimento humanos por trabalhar com o hemisfério cerebral direito, da intuição, conjuntamente com o hemisfério esquerdo, da análise. E, como em um milagre, sensação e intuição, sentimento e pensamento, intelecto e espírito aparecem unidos (GUERRERO et al., 2011).

Diante do exposto, o seguinte questionamento emergiu: qual o nível de bem estar espiritual dos profissionais de saúde de nível superior da Estratégia Saúde da Família?

A motivação para realização desta pesquisa surgiu mediante apresentação da temática e convite do prof. Dr. Glauberto Quirino. Desde o início houve encantamento pelo tema, pois percebia-se uma abordagem de atenção integral à saúde dos trabalhadores de saúde, que não considerava apenas aspectos

físicos, mas espirituais e no quanto isso implicaria na vida pessoal e profissional desses indivíduos. No quanto seria importante a compreensão do nível de bem estar espiritual na vida desses participantes.

Por conseguinte, a justificativa para a realização desta pesquisa se baseia na sua relevância acadêmica e social. Percebe-se um aumento de publicações e o interesse de estudiosos da área da saúde sobre o bem-estar espiritual, porém, este tema ainda é pouco discutido, não sendo encontrados trabalhos similares que discutam o assunto com a população-alvo delimitada.

Além disso investigações capazes de produzir conhecimentos sobre o nível de bem estar espiritual de profissionais de saúde podem influenciar na compreensão que estes têm do processo saúde-doença e na sua relação consigo e com o usuário, além desta dimensão modificar a sua conduta de cuidado. Nesse sentido, espera-se que este estudo venha contribuir e influenciar as práticas no âmbito do fortalecimento da integralidade da atenção à saúde.

A espiritualidade tem sido vista como um recurso que pode influenciar, positivamente, a vida dos profissionais e usuários. Tal influência pode beneficiar a assistência prestada e, ao mesmo tempo, trazer melhorias para a qualidade de vida e saúde. A busca de conhecimento acerca de espiritualidade, por parte dos profissionais da saúde, é fundamental para promoção de uma atenção integral (GUERRERO et al., 2011).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Mensurar o nível de bem estar espiritual em profissionais de saúde de nível superior da Estratégia Saúde da Família.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Traçar o perfil sociodemográfico de profissionais de saúde de nível superior da Estratégia Saúde da Família;
- b) Avaliar o nível de satisfação com a vida dos participantes da pesquisa;
- c) Identificar a presença de sintomas psicopatológicos nos participantes do estudo;
- d) Avaliar a adesão ao regime terapêutico dos participantes do estudo com doenças crônicas;
- e) Associar o nível de bem estar espiritual com o perfil sociodemográfico.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Bem estar espiritual

O termo "bem estar" aparece pela primeira vez no século XVI, designando a satisfação de necessidades físicas. No século XVIII, este se refere à situação material que permite satisfazer as necessidades da existência (MELO, 2016).

Segundo Coldy (1987), o bem estar envolve componentes da saúde física, da satisfação e da felicidade, podendo ser visto como equivalente à qualidade de vida (QV). A QV pode ser definida como experiência subjetiva de bem estar (RIBEIRO, 2001).

O bem estar ainda é definido como imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, de contentamento, de amabilidade ou de alegria e conforto, usualmente, evidenciada por tranquilidade do indivíduo com ele mesmo e a abertura para as outras pessoas ou satisfação com a independência (QUEIROS, 2012).

O bem estar pode ser classificado em: bem estar físico; psicológico; espiritual; social e ecológico (QUEIROS, 2012).

Bem estar físico é a condição global do corpo em relação às patologias e ao vigor físico, é a sensação individual de estar em boas condições físicas, muito perto do conceito de conforto, de se sentir confortável com o seu corpo e seu funcionamento. Estar confortável é algo que se aproxima e traduz esta noção de bem estar físico (QUEIROS, 2012).

O bem estar psicológico tem particularidades específicas, considerado como a imagem mental de estar em boas condições psicológicas, satisfação com o controle do estresse do sofrimento, englobando um conjunto de sensações que se referem a como o indivíduo julga sua vida em todas as áreas, estando relacionado com a idade, o gênero, o *status* socioeconômico e a etnia (RYFF; SINGER, 2008). Integra os conceitos de auto aceitação, de autonomia, de controle sobre o meio, de relações positivas, propósito na vida e desenvolvimento pessoal (GALINHA, 2008). O bem estar psicológico está associado aos processos positivos relacionados à saúde (MACHADO; BANDEIRA, 2012). Quanto ao bem estar social, este se refere à situação da pessoa em relação ao seu ambiente e à sociedade (COSTA et al., 2008).

E bem estar ecológico se refere ao equilíbrio ecológico, o contentamento com o meio envolvente. Neste âmbito se aproxima das noções de conforto térmico, de controle do ruído, de iluminação adequada, da qualidade do ar, bem como de micro e macro poluentes (QUEIROS, 2012).

Nesse sentido, será feito um aprofundamento quanto ao bem estar espiritual, este inclui conteúdos existenciais que, por sua vez, têm profundas implicações no bem estar físico e psicológico (WONG; FRY, 1998).

Desde 1998, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu a dimensão de bem estar espiritual ao conceito de saúde (OMS, 1999). Além disso, conforme Marques (2003), este fornece recursos para o indivíduo enfrentar situações estressantes e inevitáveis na vida, o que mantém a saúde geral em nível ótimo.

O bem estar espiritual pode ser entendido como a percepção experimentada pelo indivíduo que acha um propósito na vida justificado, instituindo-lhe um significado único. Este conceito é dividido em dimensões: na vertical, o bem estar religioso que relaciona a “satisfação na conexão pessoal com Deus ou com algo que se considere como absoluto”; e na horizontal, o bem estar existencial que envolve a “percepção da pessoa em relação ao propósito da vida independente de uma referência religiosa” (MARQUES; DELL’AGLIO, 2009, p. 180).

O bem estar espiritual aparece definido por Gouveia et al. (2009) como um estado dinâmico, que se reflete na qualidade das relações que o indivíduo estabelece com ele mesmo, com os outros, com o ambiente e com algo que transcende ao domínio humano. Resulta da percepção da importância da dimensão da espiritualidade para a saúde ou estado de saúde. Conecta-se ao significado da vida de maneira ampla, possibilitando o equilíbrio emocional, a qualidade de vida e o desenvolvimento de valores éticos e morais, que podem interferir nas questões biológicas, psicológicas e sociais do indivíduo.

O bem estar espiritual é entendido como uma sensação de satisfação experimentada quando o indivíduo encontra um propósito que justifique o comprometimento com algo na vida, e este desígnio envolve um significado último para a vida. Esta sensação é uma síntese de saúde, um sentimento de completude e de satisfação com a vida, de paz consigo mesmo e com o mundo, de unidade com o cosmos, de proximidade com o Absoluto ou com a natureza (ELLISON, 1983).

3.2 Estratégia Saúde da Família

A publicação da Declaração de Alma, no ano de 1978, foi um marco significativo para o desenvolvimento da APS mundial, que a defendia como eixo central de um sistema de saúde (PAHO, 2007).

A APS é a soma de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que abrangem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, expandida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, executada com equipe multiprofissional e destinada à população em território determinado, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

No Brasil, desde os anos 1920 até a atualidade, houve muitas tentativas de se estabelecer a APS. Neste período, vários modelos foram implantados. Contudo, o marco mais importante ocorreu por meio da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) (PAIM, 2012).

Em razão de suas potencialidades, o Programa de Saúde da Família (PSF) passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) pela sua competência em orientar a organização do sistema de saúde e buscar respostas para todas as necessidades de saúde da população, tendo como base princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, como a centralidade na pessoa/família, a integralidade, a coordenação da atenção, o vínculo com o usuário, a participação social, a articulação com a rede assistencial e a atuação interssetorial (GIOVANELA et al., 2009).

Como principais inovações da ESF, pode-se citar a busca por uma melhor compreensão do processo saúde-doença e a assistência integral e continuada às famílias de uma área adscrita (VIANA; DAL POZ, 1998).

A política que rege a ESF é a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que é fruto da experiência acumulada por um conjunto de agentes comprometidos, historicamente, com o avanço e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais (coletivos), população, trabalhadores e gestores. A PNAB tem como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, a Saúde da Família (BRASIL, 2017).

A APS considera a pessoa em sua individualidade e inserção sociocultural, procurando produzir a atenção integral, incorporar ações de vigilância

em saúde - a qual estabelece um processo continuado e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde. Além disso, aponta o planejamento e a implementação de ações públicas para a promoção, prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a proteção da saúde da população (BRASIL, 2017).

Ressalta-se o desafio de superar a dicotomia entre a assistência e a promoção da saúde. Para tal, deve-se partir do entendimento de que a saúde possui muitos determinantes e condicionantes e que o desenvolvimento das condições de saúde das pessoas e coletividade passa por múltiplos fatores, dos quais a maioria pode ser abordada na APS (BRASIL, 2017).

É preciso considerar que, em 24 anos de implantação, a ESF tem sido defendida como o principal elemento da agenda política para a organização dos serviços e ações de APS no Brasil, dando muitos resultados favoráveis à saúde da população (HARRIS; HAINES, 2010).

Estes resultados são evidenciados quando a ESF tem favorecido a universalização dos cuidados primários, que valoriza a equidade e a integralidade da atenção, com enfoque familiar, que aprecia o acolhimento, o vínculo, a orientação comunitária e a assistência humanizada, servindo de canal para efetivação do cuidar integral e sensível de cada pessoa. Refletindo-se sobre o agir do cuidador (profissional de saúde), o qual passa a ser percebido como uma presença importante e dinâmica que cuida da saúde, considerando também a espiritualidade (FROTA, 2001).

A ESF visa um rearranjo da Atenção Básica no país, de acordo com os regulamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo classificada como estratégia de expansão, de qualificação e de consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

Formada no mínimo por médico, de preferência da especialidade de medicina de família e comunidade, enfermeiro, de preferência especialista em Saúde da Família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, de preferência especialista em Saúde da Família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. A

quantidade de Agentes Comunitário da Saúde por equipe deverá ser determinada em conformidade com a base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local (BRASIL, 2017).

Na ESF, o trabalho em equipe multiprofissional é um dos pilares para o alcance do novo modelo de assistência preconizado pela APS e caracteriza-se como uma modalidade de trabalho coletivo, na qual há relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação entre diferentes áreas profissionais, promovendo, por meio da comunicação, a articulação das ações e a cooperação (PEDUZZI, 2001).

Em áreas de grande faixa territorial, vulnerabilidade social e áreas de risco, indica-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 usuários por Agente Comunitário de Saúde (ACS) (BRASIL, 2017).

Os profissionais da ESF poderão estar filiados a apenas uma equipe de Saúde da Família, havendo a exigência do cumprimento da carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais (BRASIL, 2017).

Levanta-se, então, um desconforto sobre a fragilidade do trabalho em equipe e da grande rotatividade dos profissionais que compõem a ESF. Estes aspectos sinalizam para a necessidade de propor uma regulamentação definitiva do vínculo empregatício desses profissionais, é preciso envidar esforços para que a questão da precarização dos contratos de trabalho e remuneração dos profissionais seja inserida na agenda prioritária dos três entes federativos, mediante a promoção de concursos públicos para a seleção de profissionais efetivos e remunerações adequadas (BARBOSA et al., 2019).

Alguns fatores auxiliam a dinâmica de trabalho e, dentre esses, podem ser destacados: o perfil e a formação em Saúde da Família, o conhecimento da área geográfica adscrita e a comunicação da equipe (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010).

Em contrapartida, algumas diferenças de salários entre profissionais de mesmo nível podem ser percebidos, além de uma carga horária distinta dentro da equipe da ESF. Uma característica relevante a ser apontada é vulnerabilidade do vínculo, que se refere à grande parte dos profissionais possuírem outros vínculos contratuais, sendo este aspecto decorrente da instabilidade trabalhista na ESF (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010).

3.3 Estado de saúde/doença, estilo de vida e autocuidado dos profissionais de saúde

Os profissionais da saúde são formados para entender as alterações do corpo do outro e a partir desta sensibilidade gerar a atenção necessária para o bem estar da pessoa. Todavia, este cuidado não é exercido para o bem estar do próprio cuidador. O desafio está em promover o cuidado de si, fundamentado na mudança de comportamento e na eficácia de adoção de atitudes positivas, mesmo ponderando as adversidades que o trabalho na área da saúde promove na vida destes profissionais, como carga horária de trabalho, questões na relação institucional, o enfrentamento das situações de adoecimento e morte dos usuários (MARTINS, 2005).

O autocuidado é uma prática de cuidar de si feita pela própria pessoa. É uma atitude para responder às necessidades, envolvendo o caráter intelectual, físico, espiritual, emocional, por exemplo. São atitudes e comportamentos que a pessoa tem para o seu próprio bem, com a finalidade de promover sua saúde, de preservá-la, de assegurar e manter a vida. Um recurso para sobrevivência, porque ao cuidar do corpo, não apenas da estrutura física, mas também as dimensões mental e espiritual, o indivíduo compreende melhor e, de maneira mais construtiva, a sua própria vida (SANTOS et al., 2011).

O cuidado é essencial para o profissional de saúde, porém para exercê-lo em sua totalidade é essencial ter um processo de trabalho organizado (CRUZ et al., 2016). Na área de saúde é muito comum que os profissionais cuidem de outro e se esqueçam de si mesmos. A efetividade deste está diretamente vinculada à qualidade de vida no trabalho, sendo atributos da organização que presta serviço ao outro, o zelo com o profissional cuidador (BAGGIO; FORMAGGIO, 2007).

Assim como há tipos de bem estar, há tipos de cuidados para se alcançar este “bem estar”, sendo estes: autocuidado biológico, psicológico, social e espiritual.

O autocuidado biológico está relacionado às questões físicas, uma vez que no profissional de saúde este autocuidado se encontra em desequilíbrio, visto que por vezes, o mesmo não tem carga horária predefinida e/ou atua em jornada dupla. As responsabilidades profissionais que comprometem o sono/repouso são percebidos como fatores estressores. O corpo precisa estar descansado para garantir um bom desempenho (BAGGIO; FORMAGGIO, 2007).

Para a promoção do autocuidado biológico é indispensável o uso de equipamentos de proteção individual, inclusive por ser exposto a risco de contaminação por material biológico, assim, este profissional deve ter a consciência da precaução frente a qualquer circunstância e a todos os usuários, tendo ciência de seguir a técnica correta, ter um processo de trabalho organizado, concentrar-se na realização das atividades e prestar o serviço em um ambiente que proponha condições harmônicas e ergonômicas adequadas para exercer seu trabalho (CAMARGO et al., 2010).

A globalização atual tem reestruturado o modo de vida das pessoas, especialmente na alimentação, com consumo excessivo de enlatados, comidas rápidas (tendo como ingrediente principal gorduras, conservantes e frituras). Os profissionais de saúde relatam um consumo de moderado e até excessivo de alimentos enlatados, sendo o consumo de moderado a alto de café, aliado com a ausência de práticas de atividade física (FERNANDES et al., 2013).

O autocuidado permite a prevenção de doenças e promoção da saúde, quando este se mostra lesado, é comum encontrar profissionais com estado de saúde/doença com episódios de hipertensão, depressão, distúrbios de sono e problemas musculoesqueléticos (FERNANDES et al., 2013). No dia a dia agitado que as pessoas vivem para atingir suas metas e padrão de vida, em muitos momentos, se esquecem de cuidar da sua saúde (CRUZ et al., 2016).

O ambiente de trabalho é, geralmente, um espaço que desencadeia situações de fadiga física e mental, de estresse (BAGGIO; ERDMANN, 2010), sendo este o momento em que aparece a importância do autocuidado psicológico, pois quando os profissionais se sentem realizados profissionalmente e têm um ambiente de trabalho agradável, conseqüentemente, isso promoverá satisfação no trabalho, o que permitirá maiores resultados para a organização e para a vida do empregado (MARQUEZE; MORENO, 2005).

A qualidade de vida no trabalho (QVT) é uma expressão ampla e dotada de subjetividade. Esta tem relação com os conceitos de motivação, de satisfação, de saúde e de segurança no trabalho (SCHMIDT; DANTAS, 2006). Perpassa pelas condições de trabalho (pagamento, promoção e reconhecimento), agentes do trabalho (colegas e subordinados, supervisores, empresa/organização), avaliando os fatores causais em suas inter-relações (MARQUEZE; MORENO, 2005).

A satisfação no trabalho é analisada como um indicador de qualidade de vida no trabalho (SCHMIDT; DANTAS, 2006), o que afeta os aspectos comportamentais e a saúde física e mental do trabalhador (MARQUEZE; MORENO, 2005). Através da promoção do autocuidado haverá redução de acidentes com material biológico, estresse, insatisfação e erros profissionais (CAMARGO et al., 2010).

Em relação ao autocuidado social se percebe a necessidade do outro para a sobrevivência, a autonomia, o zelo pessoal e profissional (BAGGIO; ERDMANN, 2010). O encanto da existência está na relação com a família e com os amigos. Dividir experiências é uma relação saudável consigo mesmo e com os outros, refletindo no autocuidado (BAGGIO; FORMAGGIO, 2007).

No trabalho do profissional de saúde há situações de conflito relacionadas à pressão do cotidiano, assim como vinculadas com as condições de trabalho e as relações interpessoais, fatores estes que comprometem a atenção oferecida ao outro e a si mesmo, desencadeando a doença, desestruturação mental e a loucura (BAGGIO; FORMAGGIO, 2007). O cuidado não é considerado somente no sentido de tratar da integridade física, envolve um sentido mais completo como um cuidado emocional, por meio do relacionamento com o outro, expressão de interesse e carinho (BAGGIO; FORMAGGIO, 2007).

O autocuidado espiritual é uma necessidade do ser humano que precisa de atenção. As necessidades espirituais são significados e propósitos na vida, necessidade de ganhar e oferecer amor, necessidade de perdoar, necessidade de esperança e criatividade, de constituir relações de confiança com o eu, com outras pessoas e com Deus ou com uma filosofia guiadora (NANDA, 2002).

Para promoção do autocuidado espiritual é necessário que o indivíduo construa um autoconhecimento e senso de paz, por meio de atividades que promovam o crescimento espiritual: meditação, construção de diário de gratidão e ajudando as pessoas, essas ações poderão transformar a espiritualidade do indivíduo, fazendo do mundo um lugar melhor (FLETCHER, 2017).

O exercício laboral do profissional de saúde inclui um encontro de “espírito-para-espírito” entre aquele que executa e o que recebe a assistência. O principal objetivo do cuidador é facilitar o bem estar para o usuário por meio de uma avaliação cuidadosa de suas necessidades na área espiritual, seguida de

intervenção com propósito de esperança, adoção de afeto e desejo de viver (CURRAN, 1995).

A atenção prestada às pessoas em âmbito espiritual exige que o profissional de saúde se reconheça também como um ser cuja finitude lhe é inerente, e que a crença em uma religião auxilia ao processo de recuperação e aceite a morte de maneira tranquila, digna e sem ansiedade (VOLCAN et al., 2003).

A realização do bem estar pode ser o resultado de intervenções, como: escutar, ser empático, tocar, compartilhar com o outro, adicionando intervenções com o uso de músicas, arte e biblioterapia. As intervenções religiosas incluem oferecer oração, ler literatura religiosa e ajudar com rituais. O profissional de saúde provê cuidado espiritual, a fim de promover estabilização e reconstituição. O mesmo acontece com este profissional, que se torna conhecedor e cuidador de sua espiritualidade. Obtendo propósito na vida, estabelecendo relações e retomando práticas de um sistema de crenças (NEUMAN, 1995).

Além disso, a busca de conhecimento acerca de espiritualidade, por parte dos profissionais da saúde, é um item harmonizador das relações no processo de trabalho em saúde, gerando qualidade de vida ao profissional e bem estar (ARRIEIRA et al., 2011).

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Este estudo é parte integrante de um projeto multicêntrico realizado no Brasil, Portugal, Oriente Médio e alguns países da Europa, desenvolvido junto à Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), Portugal, intitulado “Avaliação do distress psicológico e das dimensões espirituais em utentes portadores de doença crónica sob coordenação”, dos Professores Dr. Wilson C. de Abreu (Portugal) e Dr. Glauberto Quirino (Brasil).

No Brasil, está sendo desenvolvido por três estudantes de mestrado de programas de pós-graduação *stricto sensu* da Universidade Regional do Cariri.

O projeto sob responsabilidade do professor Dr. Glauberto Quirino é intitulado “Nível de bem estar espiritual relacionado à religião, condição crônica de saúde e características socioeconômicas”, sendo constituído de três subprojetos:

- a) Nível de bem estar espiritual de pessoas que professam vinculação religiosa.
- b) Nível de bem estar espiritual de pessoas com condição crônica de saúde.
- c) Nível de bem estar espiritual de pessoas com distintos estratos socioeconômicos.

É neste terceiro que encaixa-se o presente estudo, “Bem estar espiritual de profissionais de saúde de nível superior da Estratégia Saúde da Família”.

Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal, de abordagem quantitativa. Os estudos transversais são empregados para produzir um evento em um único ponto temporal específico ou em vários pontos de um período curto (POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa quantitativa aborda a quantificação do tratamento e da coleta de dados, o que será realizado por meio de análise estatística. Dessa forma, percebe-se que este tipo de estudo tem o intuito de garantir maior precisão dos resultados, desvincilhando-se de eventual caráter subjetivo (RICHARDSON, 2011).

4.2 Local do estudo

Esta investigação foi feita com as equipes da ESF que integram a 19ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) da macrorregião de Saúde do Cariri no Estado do Ceará.

A 19ª Região de Saúde Brejo Santo, do Estado do Ceará, foi criada através do processo de regionalização da saúde no final da década de 1990, confirmada pelo Plano Diretor de Regionalização de 2006; estando inserida na Macrorregião Cariri - semi-árido nordestino, composta pelas Regiões de Crato: com 345.405 habitantes, Juazeiro do Norte: 423.996 habitantes, Brejo Santo: 213.874 habitantes, Icó: com 171.424 habitantes e Iguatu com 320.563 habitantes, abrangendo 45 (quarenta e cinco) municípios, totalizando uma população estimada de 1.475.262 habitantes (IBGE, Resolução 04 de 28 de agosto de 2017) .

A 19ª Região de Saúde Brejo Santo é composta pelos municípios de Abaiara, Aurora, Barro, Brejo Santo, Jati, Mauriti, Milagres, Penaforte e Porteiras, conforme o Plano Diretor de Regionalização- PDR/2011 e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde - CESAU em 30/02/12, pela Resolução n º 05/2012. Os municípios que compõem a região são ligados a Brejo Santo através de estradas asfaltadas e que se encontram em bom estado de conservação.

O perfil demográfico da 19ª Região de Saúde apresenta uma população de 212.414 habitantes, sendo Brejo Santo e Jati os municípios de maior e menor população respectivamente.

Apresenta maior parcela da população na faixa etária de 15 a 65 anos (idade produtiva), coexistindo numa relação de dependência com o restante da população (população dependente). A maior concentração da população regional se encontra na faixa etária de 20 a 39 anos, adultos jovens, resultando da fase de transição demográfica pelo qual passa o país, com queda nos níveis de fecundidade e mortalidade. Outro aspecto que também pode ser observado refere-se ao aumento da longevidade na fase senil (SESA, 2018).

A pirâmide populacional demonstra ainda, na relação entre sexos, que tanto no ano 2000 como em 2010 há um maior predomínio de homens na infância, invertendo essa relação a partir da fase adulta e senil, em que os maiores índices se referem ao sexo feminino (SESA, 2018).

A Atenção Primária está organizada nos nove municípios conforme a Estratégia Saúde da Família, com uma estrutura regional formada por 89 equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF, nove Centros de Saúde e treze Núcleo Ampliado de Saúde da Família - NASF. Todos os municípios têm 100% de cobertura da ESF (SESA, 2018).

4.3 População, amostra, amostragem

Os participantes desta investigação foram os profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e dentistas) das 89 equipes da ESF dos nove municípios que fazem parte da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde-CRES, correspondendo a 92 Médicos, 107 Enfermeiros e 81 dentistas, perfazendo 280 profissionais (Tabela 1).

Para realização do cálculo amostral se empregou a fórmula para população finita (MIOT, 2011).

$$n = \frac{N.p.q.\left(\frac{Z_{\alpha}}{2}\right)^2}{(N-1).E^2 + p.q.\left(\frac{Z_{\alpha}}{2}\right)^2}$$

Em que n: tamanho da amostra; N: Tamanho da população (280); p: proporção dos resultados favoráveis da variável na população (50%); q: proporção dos resultados desfavoráveis na população (50%); $Z_{\alpha/2}$: valor crítico para o grau de confiança desejado 1,96 (95%); E: erro padrão (5%). Assim, a amostra do estudo foi de 162 profissionais de saúde de nível superior, que foram indicados de maneira estratificada, objetivando definir estratos (subpopulações) da população, de acordo com algum traço importante (JEKEL; KATZ; ELMORE, 2005), sendo a amostra distribuída em conformidade com a formação de cada profissional de saúde de modo proporcional a cada cidade (Quadro 1).

Como critérios de inclusão, participaram da investigação todos os profissionais médicos, enfermeiros e dentistas que trabalhavam na ESF dos municípios que compõem a 19ª CRES, de acordo com o quantitativo de cada estrato. Já encaixaram-se nos critérios de exclusão os profissionais de férias ou que estivessem afastados de suas funções assistenciais.

Tabela 1 - Distribuição da rede de Atenção Primária e população por municípios que compõem a 19ª CRES, Brejo Santo-CE, 2018.

19ª CRES	Município	Equipes	Profissionais		
			Médico	Enferm.	Dentista
	Abaiara	05	05	05	05
	Aurora	10	11	11	09
	Barro	09	09	09	09
	Brejo Santo	20	20	24	20
	Jati	03	03	03	03
	Mauriti	20	22	22	12
	Milagres	11	11	19	12
	Penaforte	04	04	04	04
	Porteiras	07	07	10	07
	TOTAL	89	92	107	81

Fonte: BRASIL, 2018; IBGE, 2010.

Quadro 1 - Distribuição proporcional de profissionais de saúde por categoria de formação nos municípios de estudo. 19ª Região de Saúde de Brejo Santo-CE, 2018.

Município	Médicos	Enfermeiros	Dentistas	Total
Abaiara	03	03	03	09
Aurora	06	06	05	17
Barro	05	05	05	15
Brejo Santo	11	13	11	35
Jati	02	03	02	07
Mauriti	12	12	07	31
Milagres	06	10	07	23
Penaforte	04	04	03	11
Porteiras	04	06	04	14

Total	53	62	47	162
-------	----	----	----	-----

Fonte: BRASIL, 2018; IBGE, 2010.

A amostragem foi feita por conveniência. Para o alcance da amostra (162 profissionais) foi necessário abordar todos os profissionais que trabalhavam na ESF na 19ª Região de Saúde (280 profissionais de nível superior) no período da coleta. Os questionários foram distribuídos, alguns respondiam no momento, outros pediam para entregar em data posterior. Ao retornar para coletar os questionários, alguns profissionais relatavam que haviam esquecido, perdido ou que não havia respondido ainda, novos questionários eram distribuídos. Em alguns municípios onde obteve-se o apoio da gestão esse processo de coleta de dados foi facilitado.

A amostragem por conveniência (não probabilística) é formada por elementos que o pesquisador reuniu simplesmente porque dispunha deles, sendo comuns na área de saúde (GUIMARÃES, 2008).

Em uma amostragem por conveniência, o pesquisador seleciona falantes da população em estudo que se mostrem mais acessíveis, colaborativos ou disponíveis para participar do processo. A recomendação de manuais de estatística: em estudos com amostragem por conveniência, os resultados devem acompanhar uma descrição detalhada da metodologia de obtenção da amostra para permitir ao leitor o juízo de credibilidade da análise (FREITAG, 2018).

A amostragem é uma etapa de grande importância no delineamento da pesquisa capaz de determinar a validade dos dados obtidos. Sua ideia básica refere-se à coleta de dados relacionados a alguns elementos da população e a sua análise, que pode proporcionar informações relevantes sobre toda a população (MATTAR, 2001).

4.4 Procedimentos e Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados iniciou-se em dezembro de 2018 e foi finalizada em julho de 2019. Ela foi realizada nos municípios em que os participantes trabalham, em suas respectivas secretarias de saúde ou unidades de trabalho.

Para tal, foram aplicados questionários, empregando-se os seguintes instrumentos: (1) formulário de dados sociodemográficos (Anexo A); (2) *Spiritual Health and Life-Orientation Measure* – SHALOM (Anexo B); (3) Escala de

necessidades espirituais e satisfação com a vida (Anexo C); (4) Inventário breve de sintomas (BSI) (Anexo D); (5) e para os participantes que tiverem alguma doença crônica, foi aplicado o item de adesão ao regime terapêutico (Anexo E), que são instrumentos validados (NUNES, 2018; MANGIA, 2015; BÜSSING et al., 2009; AZEVEDO, 2010; OLIVEIRA FILHO et al., 2012).

Os questionários estão no português de Portugal por se tratar de um estudo multicêntrico. Foram dadas instruções aos participantes quanto ao significado de algumas palavras, para a eventualidade de dúvidas quanto à adaptação ao português brasileiro.

1) Formulário de dados sociodemográficos

O formulário de dados sociodemográficos contém 17 itens, que são divididos em dados de identificação, estado de saúde/doença atual, atividades e estilo de vida e autocuidado (NUNES, 2018).

2) Escala de Bem Estar Espiritual - Spiritual Health and Life-Orientation Measure (SHALOM)

O SHALOM contém 20 itens que são subdivididas em quatro dimensões: *peçoal, comunitária, ambiental e transcendental*. Apresenta, para cada item, duas colunas de resposta. No Domínio Pessoal (DP) encontram-se itens como um sentimento de identidade pessoal e autoconsciência (inclui os itens 5, 9, 14, 16 e 18), no Domínio Comunitário (DC) são apresentados itens como a confiança entre as pessoas e respeito pelas outras pessoas (inclui os itens 1, 3, 8, 17 e 19), no Domínio Ambiental (DA), uma ligação com a natureza e espanto e admiração perante uma paisagem deslumbrante (inclui os itens 4, 7, 10, 12 e 20); e no Domínio Transcendental (DT), uma relação pessoal com o Divino ou Deus e admiração e respeito pela Criação (inclui os itens 2, 6, 11, 13 e 15, 20a e 20b) (MANGIA, 2015).

A primeira medida é a Medida de Orientação para Vida aqui designada por Escala de Bem estar Espiritual Ideal (BEEI), que avalia o ideal de saúde espiritual e com a qual é possível depreender a importância a que o participante atribui a cada indicador, a cada domínio em termos de valores, de ideal ou meta.

A segunda medida é a Medida de Saúde Espiritual aqui designada por Escala de Bem estar Espiritual Atual (BEEA) que avalia o estado de saúde espiritual atual e com a qual depreendemos a experiência reportada pelo participante a cada indicador e a cada domínio em termos de conquistas, de atitudes no âmbito real.

A terceira medida é o Bem Estar Espiritual (BEE) que advém do grau de discrepância entre as duas medidas anteriores em uma comparação intra-individual. A terceira medida avalia o quanto a experiência de cada sujeito difere em relação ao seu ideal permitindo perceber o quanto o sujeito cumpre os valores que tem acerca do seu desenvolvimento espiritual.

As crenças de cada pessoa têm impacto na sua visão de mundo, no sua compreensão e na atribuição de importância de cada uma das dimensões do bem estar espiritual e no seu comprometimento com as mesmas (FISHER, 2010). Por exemplo, uma pessoa que não acredite em Deus ou em algo transcendente assinalará baixo nível na Medida de Orientação para Vida IDEAL, mas também baixo nível na Medida de Saúde Espiritual REAL – portanto, não haverá dissonância na dimensão transcendental, o que indica que essa pessoa vive em harmonia com seu estado ideal (FISHER, 2014).

A cotação da dissonância/congruência pode ser divididas em nível global (com as médias globais das duas escalas) ou divididas por dimensões (com as médias de cada dimensão nas duas escalas), estes valores são transformados em categorias: “Harmonia espiritual” (<1) e “Dissonância espiritual” (≥ 1) (MANGIA, 2015).

3) Escala de necessidade espirituais e satisfação com a vida

A escala de necessidades espirituais e satisfação com a vida é formada por 20 quesitos, sendo agrupada em quatro dimensões: *intrínseca*, *social*, *externa* e *perspectiva*. É um instrumento composto por cinco itens tipificados em uma escala tipo Likert de concordância de sete pontos (muito insatisfeito a muito satisfeito).

A pontuação total sofre variação de zero a 120 pontos. A soma total da escala é convertida em percentual, tendo como parâmetro o valor total de 120, que equivale a 100%. Resultados maiores que 50% indicam alta satisfação com a vida e resultados menores que 50% indicam baixa satisfação (BÜSSING et al., 2009).

4) Inventário breve de sintomas (BSI)

O inventário breve de sintomas também é uma escala tipo Likert que varia entre "Nunca" (0) a "Muitíssimas vezes" (4) de autorresposta, na qual os sujeitos devem identificar o grau em que determinado sintoma os afetou durante a última semana. Tem como objetivo mensurar os sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia (somatização; obsessão-compulsão; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade; hostilidade; ansiedade fóbica; ideação paranoide; psicoticismo) e três índices globais, que avaliam sumariamente a perturbação emocional (Índice Geral de Sintomas – IGS; Total de Sintomas Positivos – TSP; e Índice de Sintomas Positivos - ISP). Esses domínios possuem 53 questionamentos, que equivalem a uma dimensão básica de psico-sintomatologia. Os itens que compõem as nove dimensões avaliadas pelo instrumento são unidas como importantes elementos de psicopatologias (AZEVEDO, 2010).

As subescalas que compõem o BSI são (alpha de Cronbach, entre parênteses para o presente estudo): Somatização (0,81), Obsessões-Compulsões (0,76), Sensibilidade Interpessoal (0,65), Depressão (0,84), Ansiedade (0,80), Hostilidade (0,74), Ansiedade Fóbica (0,62), Ideação Paranóide (0,64) e Psicoticismo (0,56). Ademais, o inventário permite calcular três variáveis: índice global de severidade (IGS), total de sintomas positivos (TSP) e índice de sintomas positivos (ISP). Uma maior pontuação em cada dimensão indica maior presença de sintomas de disfunção psicológica (CANAVARRO, 1999).

O ponto de corte é de 1,7 (média do Índice de Sintomas Positivos) definido pelo manual do instrumento. Se a Média do Índice de Sintomas Positivos for maior ou igual a 1,7, podemos concluir que em termos médios, que os participantes do estudo demonstram valores que não são indicadores de sintomatologia psiquiátrica (Canavarro, 1999).

Quadro 2 - Dimensões dos sintomas psicopatológicos avaliados pelo Inventário Breve de Sintomas (BSI).

Dimensões	Questões	Mínimo	Máximo
Somatização	2, 7, 23, 29, 30, 33, e 37	0	28
Comportamentos obsessivo-compulsivos	5, 15, 26, 27, 32, e 36	0	24
Sensibilidade interpessoal	20, 21, 22, e 42	0	16
Depressão	9, 16, 17, 18, 35, e 50	0	24
Ansiedade	1, 12, 19, 38, 45, e 49	0	24
Hostilidade	6, 13, 40, 41, e 46	0	20
Ansiedade fóbica	8, 28, 31, 43, e 47	0	20
Ideação paranoide	4, 10, 24, 48, e 51	0	20
Psicoticismo	3, 14, 34, 44, e 53	0	20

Fonte: Azevedo (2010).

Cada resposta ao item recebe uma pontuação, que varia de zero para a concordância de nunca, e quatro para a concordância de muitíssimas vezes. O resultado da soma deverá ser dividido pelo número de itens, que pertencem à dimensão respectiva.

Para obter as pontuações para as nove subescalas deverão somar-se os valores (0-4) obtidos nos itens que compõem cada uma delas (Somatização 2, 7, 23, 29, 30, 33, e 37; Comportamentos obsessivo-compulsivos 5, 15, 26, 27, 32, e 36; Sensibilidade interpessoal 20, 21, 22, e 42; Depressão: itens 9, 16, 17, 18, 35, e 50; Ansiedade 1, 12, 19, 38, 45, e 49; Hostilidade 6, 13, 40, 41, e 46; Ansiedade fóbica 8, 28, 31, 43, e 47; Ideação paranoide 4, 10, 24, 48, e 51; Psicoticismo 3, 14, 34, 44, e 53).

O cálculo dos três índices globais deverá ser executado da seguinte forma: Índice Geral de Sintomas (em que será feita a soma das pontuações de todos os itens, e em seguida, dividi-la pelo número total de respostas), Total de Sintomas Positivos (obtem-se contabilizando o número de itens escolhidos com uma resposta positiva) e Índice de Sintomas Positivos (obtem-se dividindo o somatório de todos os itens pelo Total de Sintomas Positivos) (EIRAS, 2011).

O cálculo do IGS é obtido mediante o somatório de todos os itens do BSI-53, em caso de não resposta aos itens (missings), é possível aceitar um protocolo desde que os missings não ultrapassem os seis, no total, e que não haja mais de dois missings em cada subescala. Para estimar o valor dos missings, deve calcular-se a média do valor dos itens respondidos e arredondar-se. As pontuações brutas ou originais (os resultados obtidos no BSI-53) devem ser convertidas em resultados T (CANAVARRO; NAZARÉ; PEREIRA, 2017).

O intuito do instrumento não é fazer uma avaliação diagnóstica clínica, mas verificar um conjunto de elementos psicopatológicos nas nove dimensões apresentadas constatando que os indivíduos emocionalmente perturbados revelam escores mais elevados nas escalas e índices globais, sendo assim, quanto mais alto o escore mais possibilidade de psicopatologia.

De acordo com a literatura de Canavarro, Nazaré e Pereira (2017) a população portuguesa tem como referência para Índice Geral de Sintomas (IGS) $0,83 \pm 0,48$; para Total de Sintomas Positivos (TSP) $26,00 \pm 11,72$; e para Índice de Sintomas Positivos (ISP) $1,56 \pm 0,38$. Então para os indivíduos perturbados emocionalmente o IGS 1,403; o TSP 37,349 e o ISP 2,111. O Índice Geral de Sintomas (ÍGS) fornece a medida média de estresse atual apresentado pelo sujeito nas nove dimensões (DEROGATIS, 1983 apud ROCHA, 2018, p. 68).

5) Item de adesão ao regime terapêutico

O item de adesão ao tratamento terapêutico verifica questões relacionadas ao tratamento medicamentoso de indivíduos com doença crônica. Ela será verificada por meio da Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de oito itens.

Cada item avalia um comportamento específico, com sete quesitos que devem ser respondidos, negativamente, e somente um, positivamente, sendo a última questão respondida segundo uma escala de cinco alternativas: nunca/raramente, poucas vezes, algumas vezes, habitualmente e sempre.

Cada resposta negativa e a resposta afirmativa do item 5 equivale a um ponto. O grau de adesão terapêutica foi determinado de acordo com a pontuação resultante da soma de todas as respostas corretas: alta adesão (oito pontos), média adesão (6 a < 8 pontos) e baixa adesão (< 6 pontos). No presente estudo, foram

considerados aderentes aqueles pacientes com pontuação igual a oito (OLIVEIRA FILHO et al., 2012).

4.5 Organização, apresentação e análise dos dados

Para a organização dos dados empíricos utilizou-se dos softwares Excel para auxílio nas estatísticas descritivas e do pacote estatístico PSPP (Program for Statistical Analysis of Sampled Data) para as análises estatísticas multivariadas. Por meio da estatística descritiva de frequência inferiu-se os valores observados e as frequências percentuais, medidas de tendência central (valores máximos e mínimos, média, moda e mediana) e desvio padrão, tornando mais compreensível o entendimento do conjunto de dados (FREUND; SIMON, 2006).

Os valores observados (n) nas tabelas de distribuição referem-se ao número de observações na amostra, onde a soma desses elementos resulta no número total das observações envolvidas na pesquisa em questão. No entanto, a frequência percentual (%) revela a proporção de observações de um valor em relação ao número total de observações, logo a sua soma é igual a 100% (MORETTIN & BUSSAB, 2017).

Deste modo, as variáveis utilizadas para descrever o perfil sócio demográfico foram: idade, gênero, estado civil, profissão e religiosidade.

Para verificar a relação dos fatores sócio demográficos e o bem estar espiritual por meio da cotação dissonância/congruência, criaram-se tabelas de contingência, as quais indicam quantas observações se encaixam em cada categoria (FAVERO et al., 2009) com o intuito de comparar a quantidade pacientes em cada grupo estudado. Simultaneamente à tabela de contingência realizou-se os testes¹ adequados para cada variável de acordo com a sua classificação², com o propósito de identificar a significância estatística da associação entre os indicadores estudados e os grupos controle e intervenção. Para as variáveis classificadas como qualitativas ordinais utilizou-se do teste conhecido como Kruskal-Wallis. Para as

¹ Para esses testes foram considerados um nível de significância de 5%. Para maiores informações e detalhamento sobre os referidos testes estatísticos que foram utilizados na análise, ver FÁVERO, L. P. et al. **Análise de dados – modelagem multivariada para tomada de decisões**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

² As variáveis podem ser classificadas quanto a sua escala de medida, podendo ser qualitativas ou quantitativas, as quais ainda podem ser nominais ou ordinais. Para maior esclarecimento ver MORETTIN, Pedro Alberto; BUSSAB, WILTON OLIVEIRA. **Estatística básica**. Editora Saraiva. 2017.

variáveis que foram classificadas como qualitativas nominais o teste do qui-quadrado. Finalizando, utilizou-se o teste de Fisher para as variáveis classificadas como qualitativas nominais, mas se encaixaram no perfil do teste por serem do tipo 2x2.

A discussão dos resultados encontrados foi feita segundo a literatura de forma analítica e interpretativa.

4.6 Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa foi submetido à avaliação junto à 19ª CRES do Estado do Ceará e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri e recebeu a anuência sob CAAE: 90291618.6.0000.5055 e parecer 2.776.401. Aos participantes do estudo foram apresentados os objetivos da pesquisa e o modo como esta seria realizada, a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que pudessem acenar com sua anuência caso quisessem participar desta investigação, bem como desistir de sua participação a qualquer momento.

As informações serão divulgadas com a garantia da não identificação dos indivíduos incluídos no estudo. A pesquisa foi conduzida conforme as diretrizes contidas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas que envolvem seres humanos. Este estudo respeitou os preceitos da bioética, tais como: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros. Assegurou os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

A presente pesquisa apresentou riscos mínimos relacionados ao constrangimento/desconforto em responder aos questionamentos, os quais foram minimizados pela garantia de privacidade (para reduzi-lo, foi proporcionado um ambiente reservado, individualizado, bem como agendamento conforme disponibilidade do participante, podendo o mesmo responder de acordo com sua disponibilidade, por vezes os questionários eram entregues e recolhidos posteriormente).

O projeto identificou como benefícios a ampliação do conhecimento sobre a saúde integral (incluindo o bem estar espiritual) de profissionais de saúde, o que pode subsidiar a tomada de decisão no momento da implementação de cuidados em

saúde. As informações fornecidas pelos participantes foram tratadas de forma sigilosa, e seu anonimato foi garantido.

5 RESULTADOS

Para melhor compreensão e alcance dos objetivos apresentar-se-á a caracterização sociodemográfica: perfil sociodemográfico, perfil de saúde e de estilo de vida dos profissionais de saúde de nível superior que atuavam na Estratégia Saúde da Família. Foi analisado o nível de bem estar espiritual, as necessidades espirituais e satisfação com a vida, sintomas psicopatológicos, adesão ao regime terapêutico e por fim associação do perfil sociodemográfico com o bem estar espiritual.

5.1 Perfil sociodemográfico de profissionais

Os dados apresentados na Tabela 2 integram informações relevantes acerca da amostra pesquisada, em que são observadas características relativas a algumas variáveis sociodemográficas.

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde/CE, nov., 2019.

Variável	N	%
Idade		
20-29	1	0,6
30-39	126	77,8
40-49	27	16,7
50-59	6	3,7
60-69	1	0,6
70-79	1	0,6
Total	162	100,0
Gênero		
Feminino	106	65,4
Masculino	56	34,6
Total	162	100,0
Estado Civil		
Solteiro	59	36,4

Casado/União Estável	93	57,4
Viúvo	1	0,6
Divorciado	9	5,6
Total	162	100,0
Profissão		
Dentista	47	29,0
Enfermeiro	62	38,3
Médico	53	32,7
Total	162	100,0

Fonte: Elaborado pelo autor.

A caracterização sociodemográfica apontou que o perfil dos profissionais de saúde de nível superior que atuavam na Estratégia Saúde da Família configurou-se por adultos jovens, sendo que a idade média dos participantes foi de 34,5 anos (mínima de 22 e máxima de 74 anos). Em sua maioria, são do sexo feminino, perfazendo 65,4% da amostra, unanimemente de nacionalidade brasileira. Quanto ao estado civil, houve predominância dos casados/as ou vivem com companheiro/a, todos empregados em prefeituras municipais que fazem parte da 19ª Região de Saúde de Brejo Santo-CE, de renda dependente dessas instituições. Ao se analisar a profissão, os profissionais que mais apareceram foram enfermeiros com 38,3% do total das observações (Tabela 2).

Na Tabela 3, a caracterização em relação à religião permitiu identificar se os profissionais de saúde professam alguma religião, qual religião e se consideram-se pessoas religiosas.

Tabela 3 - Religião dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde/CE, nov., 2019.

Variável	N	%
Religião		
Não	5	3,1
Sim	157	96,9
Total	162	100,0
Qual Religião		
Católica	143	88,3
Evangélico	8	4,9
Não responderam	8	4,9
Espírita	3	1,9
Total	162	100,0
Religiosidade		
Consideram-se uma pessoa religiosa	91	56,2
Consideram-se religiosas, mas não muito	60	37,0
Não se consideram religiosas	10	6,2
Não Responderam	1	0,6
Total	162	100,0

Fonte: Elaborado pelo autor.

Destes profissionais de saúde, 96,9% (n=157) declaram ter alguma religião e 56,2% (n=91) consideram-se pessoas religiosas. A Religião Católica foi a de maior prevalência (88,4%), seguida pela Evangélica (4,9%) e Espírita (1,9%) (Tabela 3).

Na Tabela 4, a caracterização em relação à saúde permitiu identificar se os participantes possuíam problemas de saúde, se recorriam ao acompanhamento clínico, à periodicidade desses acompanhados e uso de medicações.

Tabela 4 - Perfil de Saúde dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde/CE, nov., 2019.

Variável	N	%
Possui algum Problema de saúde/ Doença Crônica		
Não	131	80,9
Sim	31	19,1
Total	162	100,0
Recorrem a serviços de saúde para acompanhamento clínico		
Não	96	65,8
Sim	50	34,2
Total	146	100,0
Periodicidade que fazem acompanhamento		
Uma vez por ano	29	58,0
Duas vezes por ano	13	26,0
Mensalmente	6	12,0
Semanalmente	2	4,0
Total	50	100,0
Medicamento		
Não	97	79,5
Sim	25	20,5
Total	122	100,0

Fonte: Elaborado pelo autor.

A maioria dos participantes declararam que não tinham problemas de saúde (80,9%) e que não recorriam a acompanhamentos clínicos (65,8%), e aqueles que recorriam a serviços de saúde faziam apenas uma vez por ano.

Dentre os participantes que referiram doenças crônicas (DC), as mencionadas foram: endócrinas/metabólicas, doenças mentais, músculo/esquelético /osteoarticular, alérgicas, oftálmicas, geniturinária e respiratória.

Ainda, 97 afirmaram que não tomam medicação rotineiramente (79,5%). Dentre as medicações utilizadas preponderaram os anti-hipertensivos, psicotrópicos e hipoglicemiantes.

Percebe-se que, do total da amostra, apenas 19,1% (n=31) dos profissionais apresentaram um problema de saúde que precisava recorrer

periodicamente a ajuda, mas apenas 25 deles tomavam remédios regularmente para sua doença.

Dos profissionais que afirmaram procurar os serviços de saúde para acompanhamento clínico (n=50), quanto a periodicidade: 58,0% procuram uma vez ao ano, 26,0% duas vezes ao ano, 12,0% mensalmente e 4,0% semanalmente.

A Tabela 5 aponta a caracterização do estilo de vida, hábitos como: fumar, ingerir álcool, fazer atividades recreativas e exercícios físicos.

Tabela 5 - Perfil do estilo de vida dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde/CE, nov., 2019.

Variável	N	%
Tabaco ou Fumo		
Não usam	160	98,8
Usam	2	1,2
Total	162	100,0
Consome álcool?		
Não consomem	121	75,5
Consumem	39	24,5
Total	160	100,0
Atividades recreativas (AR)		
Não fazem atividades AR	83	51,9
Fazem atividades AR	77	48,1
Total	160	100,0
Atividade física (AF)		
Não fazem atividades AF	45	27,8
Fazem atividades AF	117	72,2
Total	162	100,0

Fonte: elaborado pelo autor.

A predominância foi o não uso de tabaco ou fumo; a maioria não consumia álcool; não realizavam atividades recreativas e realizavam atividades físicas.

Dos 162 participantes, apenas dois afirmaram ser fumantes, onde um fuma somente dois cigarros por dia, enquanto o outro relatou fumar 15 cigarros. No entanto, ao se analisar o consumo de álcool, apenas 160 responderam esse questionamento, o obteve-se que 39 dos profissionais assumiram consumir bebida alcoólica, onde percebeu-se que pelo menos dois participantes bebem pelo menos um copo de bebida alcoólica por dia, apenas um participante mencionou beber cinco copos ao dia.

Ao se avaliar a participação em atividades físicas e recreativas, 83 (51,9%) profissionais de saúde não participavam de atividades recreativas, pois 71,40% se sentia desmotivada, do mesmo modo que 45 (27,8) pessoas não faziam atividades físicas pelo mesmo motivo, desmotivação.

As atividades recreativas mais frequentes foram: atividade física (69,1%), seguida de atividades culturais (14,7%), religiosas (5,8%) e passeios (5,8%).

Quanto as atividades físicas, os participantes podiam responder até duas opções, havendo o espaço para a primeira e para a segunda atividade física, quanto a primeira (110 participantes responderam) as mais frequentes foram: musculação (40,0%), caminhada (23,6%), futebol (10,0%) corrida (8,2%), *pilates* (6,4%), ciclismo (4,5%), funcional (3,6%) e outros (3,6%); quanto a segunda as mais mencionadas respectivamente foram (33 participantes responderam): musculação (24,2%), corrida (12,1%), ciclismo (12,1%), natação (9,1%), funcional (9,1%), caminhada (6,1%), *pilates* (6,1%), aeróbica (6,1%) e outros (12%).

Todos os participantes mencionaram que não dependiam de outras pessoas para o autocuidado.

5.2 Nível de Bem estar espiritual (BEE)

A Tabela 6 mostra a saúde espiritual dos profissionais de saúde através de quatro dimensões: dimensão pessoal, dimensão comunitária, dimensão ambiental e dimensão transcendental.

Tabela 6 - Escala de Bem Estar Espiritual (BEE) dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde/CE, nov., 2019.

Dimensão	Item	Ideal	Real	Cotação	Categoria
Pessoal	Sentimento Identidade pessoal	4,35	3,93	0,42	Harmonia
	Autoconhecimento	4,28	3,75	0,53	Harmonia
	Alegria na vida	4,55	4,07	0,48	Harmonia
	Paz interior	4,44	3,80	0,64	Harmonia
	Um sentido para a vida	4,62	4,19	0,43	Harmonia
Escore Total da dimensão		4,45	3,95	0,50	Harmonia
Comunitária	Afeto pelas outras pessoas	4,30	3,98	0,31	Harmonia
	Generosidade em relação aos outros	4,44	3,97	0,47	Harmonia
	Confiança nas pessoas	3,70	3,16	0,54	Harmonia
	Respeito pelas outras pessoas	4,60	4,28	0,32	Harmonia
	Bondade para com os outros	4,57	4,07	0,49	Harmonia
Escore total da dimensão		4,32	3,89	0,43	Harmonia
Ambiental	Ligação com a natureza	4,14	3,56	0,58	Harmonia
	Espanto e admiração perante a uma paisagem deslumbrante	4,39	3,99	0,40	Harmonia
	Sentimento de união com a natureza	4,11	3,50	0,61	Harmonia
	Relação de harmonia com o ambiente	4,24	3,76	0,48	Harmonia
	Sensação de deslumbramento perante a natureza	4,58	4,25	0,33	Harmonia
Escore total da dimensão		4,29	3,81	0,48	Harmonia
Transcendental	Uma relação individual com Deus ou o Divino Admiração e respeito pela criação	5,00	4,17	0,83	Harmonia

	Um sentimento de paz com Deus O sentimento de união com Deus	4,68	4,37	0,30	Harmonia
	Uma vida de meditação e/ou oração	4,64	4,21	0,43	Harmonia
	O quanto a religião é importante na sua vida	4,65	4,20	0,45	Harmonia
	O quanto a espiritualidade é importante na sua vida	4,23	3,52	0,72	Harmonia
	20 ^a	4,31	3,90	0,42	
	20 ^b	4,53	4,12	0,41	
Escore Total da dimensão		4,58	4,07	0,51	Harmonia
Todas as Dimensões					
Pessoal		4,45	3,95	0,50	Harmonia
Comunitário		4,32	3,89	0,43	Harmonia
Ambiental		4,29	3,81	0,48	Harmonia
Transcendental		4,58	4,07	0,51	Harmonia
Escores média geral		4,41	3,93	0,48	Harmonia
Resultado Geral do Shalom <1 – CONGRUÊNCIA: HARMONIA ESPIRITUAL					

Fonte: Elaborado pelo autor.

Podemos verificar que em todas as dimensões houve Harmonia Espiritual (<1) e não existiu dissonância espiritual (≥1) em nenhuma escala dimensional da pesquisa.

Logo, a análise mostrou que todos os quesitos avaliados em média se apresentaram abaixo de 1, ou seja, em média grande parte dos entrevistados possuem harmonia espiritual.

A dimensão transcendental é aquela de maior média na população estudada 4,07, na sequência encontra-se a dimensão pessoal 3,93, seguido das dimensões comunitária e ambiental que apresentaram respectivamente 3,91 e 3,78. Sendo que o valor que mais aproxima-se de zero é a dimensão comunitária e a mais próxima de 1 é a pessoal e transcendental com 0,51 cada.

5.3 Necessidades espirituais e satisfação com a vida

Em relação à escala de necessidades espirituais e satisfação com a vida, os profissionais de saúde que atuavam nas ESFs pontuaram uma média de 91,43 pontos (Tabela 7). Os participantes apresentaram 96,9% de alta satisfação com a vida, visto que o resultado para o instrumento foi superior a 50%, o que aponta que os profissionais de saúde estão satisfeitos (Tabela 8).

Tabela 7 - Resultados descritivos das necessidades espirituais e satisfação com a vida dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde/CE, nov., 2019.

	Soma total	Percentual
Média	91,43	76,19
Mediana	95,00	79,16
Desvio Padrão	17,76	14,40
Mínimo	0,00	0,00
Máximo	120,00	100,00

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 8 - Satisfação com a vida dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde/CE, nov., 2019.

Satisfação com a vida	N	%
Baixa satisfação	5	3,1
Alta satisfação	157	96,9
Total	162	100,0

Fonte: Elaborado pelo autor.

Ao se avaliar a soma de pontos para o instrumento tem-se que a média do entrevistados foi de 91,43 pontos (Tabela 7), podendo variar 17,76 pontos para mais ou para menos, com uma pontuação mínima encontrada de 0 pontos (0%) e uma máxima 120 pontos (100%). De modo, que 50% dos profissionais obtiveram uma nota até 95 pontos (79,16%), enquanto os outros 50% dos participantes da pesquisa obtiveram uma nota superior a esta.

5.4 Sintomas psicopatológicos

Na avaliação de sintomas psicopatológicos, os resultados foram obtidos em relação às nove dimensões (somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide, Psicotismo) e em relação ao índice Geral de Sintomas (IGS), total de sintomas positivos (TSP) e índice de sintomas positivos (ISP).

A Tabela 9 expõe os valores descritivos obtidos para cada um dos itens que compõem cada uma das dimensões psicopatológicas do BSI.

Tabela 9 - Resultados descritivos obtidos nas dimensões e índices globais do BSI dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde/CE, nov., 2019.

Variável	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Somatização	0,07	0,00	0,31	0,00	2,00
Obsessões Compulsões	0,30	0,00	0,51	0,00	2,00
Sensibilidade Interpessoal	0,17	0,00	0,42	0,00	2,00
Depressão	0,12	0,00	0,37	0,00	2,00
Ansiedade	0,22	0,17	0,30	0,00	1,67
Hostilidade	0,17	0,00	0,41	0,00	2,00
Ansiedade Fóbica	0,06	0,00	0,27	0,00	2,00
Ideação Paranoide	0,15	0,00	0,39	0,00	2,00
Psicoticismo	0,14	0,00	0,39	0,00	2,00
Índice geral de sintomas – IGS	0,18	0,08	0,26	0,00	1,83
Total Sintomas Positivos	45,83	50,00	8,80	0,00	53,10
Índice Sintomas Positivos – ISP	0,27	0,08	0,52	0,00	3,62

Fonte: Elaborado pelo autor.

De acordo com os resultados descritivos obtidos, podê-se verificar que os profissionais de saúde que atuavam na 19ª Região de Saúde de Brejo Santo, em termos médios, não apresentavam evidências da presença de sintomas psiquiátricos.

Todos os escores, assim como índice geral de sintomas (IGS) e Índice de Sintomas Positivos estão rebaixados. Resultou-se a maior média a obsessões compulsões e a menor média a ansiedade fóbica.

5.5 Adesão ao regime terapêutico dos participantes do estudo com doenças crônicas

Dos 31 profissionais de saúde da ESF que mencionaram que tinham doença crônica, apenas 28 responderam ao questionário de adesão ao regime terapêutico. Dos 28 participantes da pesquisa que necessitam recorrer a algum tipo de suporte por apresentar alguma doença, de modo a ter que tomar medicamentos e ter cuidados com sua saúde, tem-se que esses profissionais obtiveram em média 7,42 pontos nesse índice, podendo variar 2,54 pontos para mais ou para menos. De modo que 50% dos 28 participantes tiveram até 8 pontos, enquanto os outros 50% obtiveram acima dessa pontuação, com uma pontuação mínima de 0 pontos e uma máxima de 10 pontos.

Tabela 10 - Estatística descritiva da adesão ao regime terapêutico do estudo com doenças crônica dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde/CE, nov., 2019.

N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
28	8,21	8,00	0,630	7,00	10,00

Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 11 - Adesão do regime terapêutico do estudo com doenças crônicas dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde/CE, nov., 2019.

Variável	N	%
Média adesão	1	3,6
Alta adesão	27	96,4
Total	28	100,0

Fonte: Elaborado pelo autor.

Dos 31 profissionais de saúde da ESF que mencionaram que tinham doença crônica, apenas 28 responderam ao questionário de adesão ao regime terapêutico. Dos que responderam, 100% são aderentes ao tratamento terapêutico.

sendo que 96,4% se encaixaram na categoria alta adesão, enquanto 3,6% se encaixam em média adesão.

5.6 Associação do nível de bem estar espiritual com o perfil sociodemográfico

Os dados relativos à associação do Bem Estar Espiritual Ideal (BEEI) com o perfil sociodemográfico estão expostos na Tabela 12.

Tabela 12 - Associação do Bem Estar Espiritual Ideal (BEEI) com o perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde/CE, nov., 2019.

	BEEI					<i>p-value</i>	DT					<i>p-value</i>	DP					<i>p-value</i>	DA					<i>p-value</i>	DC					<i>p-value</i>
	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5		1	2	3	4	5		1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
Idade																														
20 a 29 anos	0	0	0	1	0	0,518	0	0	0	0	1	0,752	0	0	0	1	0	0,512	0	0	0	1	0	0,933	0	0	0	1	0	0,910
30 a 39 anos	0	0	0	60	66		0	0	3	35	88		0	0	5	52	69		0	0	11	65	50		0	0	6	66	54	
40 a 49 anos	0	0	1	14	12		0	0	2	10	15		0	0	3	12	12		0	0	2	15	10		0	0	2	17	8	
50 a 59 anos	0	0	0	4	2		0	0	0	2	4		0	0	0	1	5		0	0	0	4	2		0	0	0	3	3	
60 a 69 anos	0	0	0	0	1		0	0	0	0	1		0	0	0	1	0		0	0	0	0	1		0	0	0	1	0	
70 a 79 anos	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0					
Gênero																														
Feminino	0	0	1	52	53	0,765	0	0	2	30	74	0,386	0	0	7	43	56	0,392	0	0	10	52	44	0,327	0	0	6	58	42	0,841
Masculino	0	0	0	28	28		0	0	3	18	35		0	0	1	25	30		0	0	3	34	19		0	0	2	31	23	
Estado Civil																														
Solteiro	0	0	1	28	30	0,456	0	0	3	13	43	0,596	0	0	3	21	35	0,300	0	0	9	26	24	0,131	0	0	3	34	22	0,383
Casado/União	0	0	0	45	48		0	0	2	31	60		0	0	5	39	49		0	0	4	52	37		0	0	5	46	42	
Estável	0	0	0	0	1		0	0	0	0	1		0	0	0	1	0		0	0	0	1	0		0	0	0	1	0	
Viúvo	0	0	0	0	1		0	0	0	0	1		0	0	0	1	0		0	0	0	1	0		0	0	0	1	0	
Divorciado	0	0	0	7	2	0	0	0	4	5	0	0	0	7	2	0	0	0	7	2	0	0	0	8	1					
Profissão																														
Dentista	0	0	0	22	25	0,144	0	0	2	13	32	0,934	0	0	0	20	27	0,148	0	0	4	24	19	0,053	0	0	1	22	24	0,047*
Enfermeiro	0	0	1	37	24		0	0	1	19	42		0	0	5	30	27		0	0	8	37	17		0	0	5	41	16	
Médico	0	0	0	21	32		0	0	2	16	35		0	0	3	18	32		0	0	1	25	27		0	0	2	26	25	
Religiosidade																														
Não	0	0	0	6	4	0,669	0	0	3	3	4	0,000*	0	0	0	6	4	0,443	0	0	0	6	4	0,231	0	0	0	7	3	0,007*
Sim, mas não muito	0	0	1	30	29		0	0	1	26	33		0	0	5	24	31		0	0	8	32	20		0	0	7	33	20	
Sim	0	0	0	43	48		0	0	1	19	71		0	0	3	37	51		0	0	4	48	39		0	0	0	49	42	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Legenda: BEEI – Bem estar espiritual ideal; DT – Dimensão transcendental; DP – Dimensão pessoal; DA – Dimensão ambiental; DC – Dimensão comunitária.

Conforme demonstrado na Tabela 12, pode-se inferir a um nível de significância de 5%, que há diferença estatística entre as frequências observadas das variáveis sociodemográficas profissão quando associada ao BEEI, os dentistas atribuíram maior importância à dimensão comunitária seguidos dos médicos e enfermeiros. O mesmo nível de significância pôde ser observado quando associamos a religiosidade a Dimensões Transcendental e Comunitária. As pessoas que consideravam-se muito religiosas atribuíram maior importância a dimensão transcendental e comunitária.

Os dados relativos à associação do Bem Estar Espiritual Atual (BEEA) com o perfil sociodemográfico estão expostos na Tabela 13.

Tabela 13 - Associação do Bem Estar Espiritual Atual (BEEA) com o perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde/CE, nov., 2019.

	BEEA						DT						DP						DA						DC					
Idade	1	2	3	4	5	p-value	1	2	3	4	5	p-value	1	2	3	4	5	p-value	1	2	3	4	5	p-value	1	2	3	4	5	p-value
20 a 29 anos	0	0	0	1	0	0,267	0	0	0	0	1	0,763	0	0	0	1	0	0,980	0	0	0	1	0	0,953	0	0	0	1	0	0,992
30 a 39 anos	1	0	22	90	13		1	2	21	65	37		1	2	25	73	25		1	5	30	68	22		1	1	23	89	12	
40 a 49 anos	0	0	4	16	7		0	1	2	16	8		0	1	6	13	7		0	0	6	15	6		0	0	4	18	5	
50 a 59 anos	0	0	1	5	0		0	0	0	5	1		0	0	1	5	0		0	0	1	4	1		0	0	1	4	1	
60 a 69 anos	0	0	0	0	1		0	0	0	0	1		0	0	0	1	0		0	0	0	0	1		0	0	0	1	0	
70 a 79 anos	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0					
Gênero																														
Feminino	0	15	0	81	10	0,03*	0	1	13	58	34	0,251	0	3	20	64	19	0,308	0	5	21	62	18	0,106	0	1	18	77	10	0,447
Masculino	1	13	0	31	11		1	2	11	28	14		1	0	13	29	13		1	0	17	26	12		1	0	11	36	8	
Estado Civil																														
Solteiro	0	0	9	42	8	0,929	0	0	9	25	25	0,537	0	1	14	31	13	0,955	0	2	15	30	12	0,945	0	0	10	41	8	0,981
Casado/União Estável	1	0	18	61	13		1	3	14	54	21		1	2	17	54	19		1	3	20	52	17		1	1	18	63	10	
Viúvo	0	0	0	1	0		0	0	0	1	0		0	0	0	1	0		0	0	1	0	0		0	0	0	1	0	
Divorciado	0	0	1	8	0		0	0	1	6	2		0	0	2	7	0		0	0	2	6	1		0	0	1	8	0	
Profissão																														
Dentista	0	0	7	36	4	0,395	0	0	8	27	12	0,729	0	0	6	31	10	0,373	0	1	13	25	8	0,926	0	0	6	37	4	0,570
Enfermeiro	0	0	10	45	7		0	1	8	34	19		0	2	14	37	9		0	2	14	35	11		0	1	13	42	6	
Médico	1	0	11	31	10		1	2	8	25	17		1	1	13	25	13		1	2	11	28	11		1	0	10	34	8	
Religiosidade																														
Não	0	0	4	4	2	0,006*	0	2	3	3	2	0,000*	0	0	3	5	2	0,044*	0	0	2	6	2	0,010*	0	0	1	8	1	0,037*
Sim, mas não muito	1	0	17	37	5		1	1	18	29	11		1	2	20	26	11		1	4	23	22	10		1	0	19	35	5	
Sim	0	0	7	70	14		0	0	3	54	34		0	1	10	61	19		0	1	13	59	18		0	1	8	70	12	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Legenda: BEEA – Bem estar espiritual atual; DT – Dimensão transcendental; DP – Dimensão pessoal; DA – Dimensão ambiental; DC – Dimensão comunitária.

Conforme demonstrado na Tabela 13, pode-se inferir a um nível de significância de 5%, onde há diferença estatística entre as frequências observadas das variáveis sociodemográficas gênero quando associada às frequências do BEEA, as mulheres atribuíram maior importância ao BEEA. O mesmo nível de significância pôde ser observado quando associamos a religiosidade tanto ao BEEA quanto a todas as dimensões estudadas. As pessoas que consideravam-se muito religiosas atribuíram maior nota em todas as dimensões.

Os dados relativos à associação do Bem Estar Espiritual (BEE) com o perfil sociodemográfico estão expostos na Tabela 14.

Tabela 14 - Associação do Bem Estar Espiritual (BEE) com o perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde/CE, nov., 2019

Idade	BEE			DT			DP			DA			DC		
	Harmonia	Dissonância	p-value	Harmonia	Dissonância	p-value	Harmonia	Dissonância	p-value	Harmonia	Dissonância	p-value	Harmonia	Dissonância	p-value
20 a 29 anos	1	0		1	0		1	0		1	0		1	0	
30 a 39 anos	99	27		98	28		86	40		98	28		95	31	
40 a 49 anos	25	2	0,607	24	3	0,772	25	2	0,145	23	4	0,404	24	3	0,604
50 a 59 anos	5	1		5	1		5	1		5	1		4	2	
60 a 69 anos	1	0		1	0		1	0		1	0		1	0	
70 a 79 anos	1	0		1	0		1	0		0	1		1	0	
Gênero															
Feminino	89	17	0,182	88	18	0,156	82	24	0,088	87	19	0,133	83	23	0,487
Masculino	43	13		42	14		37	19		41	15		43	13	
Estado Civil															
Solteiro	48	11		47	12		42	17		49	10		47	12	
Casado/União Estável	74	19	0,476	74	19	0,871	67	26	0,276	69	24	0,209	70	23	0,708
Viúvo	1	0		1	0		1	0		1	0		1	0	
Divorciado	9	0		8	1		9	0		9	0		8	1	
Profissão															
Dentista	35	12		33	14		32	15		33	14		36	11	
Enfermeiro	53	9	0,321	53	9	0,116	47	15	0,612	55	7	0,047*	49	13	0,951
Médico	44	9		44	9		40	13		40	13		41	12	
Religiosidade															
Não	10	0		9	1		7	3		8	2		8	2	
Sim, mas não muito	43	17	0,028*	42	18	0,044*	41	19	0,449	43	17	0,217	46	14	0,964
Sim	78	13		78	13		70	21		76	15		71	20	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Legenda: BEE – Bem estar espiritual; DT – Dimensão transcendental; DP – Dimensão pessoal; DA – Dimensão ambiental; DC – Dimensão comunitária.

Conforme demonstrado na Tabela 14, pode-se inferir a um nível de significância de 5%, que há diferença estatística entre as frequências observadas das variáveis sociodemográficas religiosidade quando associada ao BEE; dimensão transcendental e religiosidade; e dimensão ambiental e profissão.

Quando foram relacionados o BEE e religiosidade obteve-se maior pontuação de harmonia espiritual em pessoas religiosas (78 participantes) e dissonância espiritual em pessoas que assinalaram não ter religiosidade (13 participantes). O mesmo pôde ser observado quando relacionados a DT e religiosidade.

Quando foram relacionados o dimensão ambiental e profissão obteve-se maior pontuação de harmonia espiritual em enfermeiros e maior pontuação de dissonância espiritual em dentistas.

6 DISCUSSÃO

De acordo com Fortin (1999), a fase de análise e discussão dos resultados é uma etapa crítica num trabalho de investigação, uma vez que exige uma reflexão intensa e análise profunda de todo o processo de investigação. Nesta etapa do trabalho, procurou-se responder os objetivos propostos.

6.1 Perfil sociodemográfico

Com vistas aos dados relativos ao perfil sóciodemográfico dos participantes deste estudo, é possível a constatação de que essa maioria de mulheres que atuam na ESF em municípios que compõem a 19ª Região de Saúde de Brejo Santo demonstra a ascensão social feminina na sociedade, fato este que se deve a sua entrada no mercado de trabalho, possibilitando-lhes a conquista de espaços e reconhecimento.

Desta forma, observou-se a feminização da força de trabalho de nível superior da ESF, o que é compatível com a literatura atual (OLIVEIRA, BEZERRA, 2011; COSTA et al., 2015; LIMA et al., 2016; COSTA et al., 2013; ZANETTI et al., 2010; MARSIGLIA, 2011). Este fato revela uma tendência da feminização das profissões da área da saúde e, por consequência, dos profissionais das equipes de Saúde da Família (PINTO et al., 2010).

O predomínio de mulheres nos postos de trabalho é umas das principais características de todo o setor saúde mundial (MACHADO, OLIVEIRA, MOYSES, 2011), onde estas assumem papéis tidos como de cuidadores, considerados socialmente femininos e inferiores hierarquicamente no campo da saúde (GUIMARÃES, HIRATA, 2014; COSTA, DURÃES, 2013). Embora as mulheres também tenham sido maioria entre os médicos e cirurgiões-dentistas, a feminização dessas profissões é um processo mais recente quando comparada à da enfermagem (COSTA, DURÃES, 2013).

Quanto à idade dos profissionais, estudo realizado em Goiânia verificou que os trabalhadores tinham média de idade de 38 anos (SANTANA et al., 2013). Outro estudo também confirma os resultados desta pesquisa, e encontrou a idade média de 34,74 anos para as enfermeiras e de 36,88 para os médicos (LOPES;

BOUSQUAT, 2011). Por outro lado, uma pesquisa observou que 62,6% dos profissionais tinham menos de 30 anos de idade (OLIVEIRA; BEZERRA, 2011). Em pesquisa realizada em 2016 (LIMA et al., 2016), os profissionais médicos têm idade média de 38,8 anos e os enfermeiros possuem idade média de 41,2 anos.

Quanto à situação conjugal dos profissionais, observa-se que a maioria é casado(a) ou vive com companheiro(a). Este dado pode estar associado à idade dos profissionais respondentes que estão, em sua maioria, na idade adulta, considerando-se o ciclo do desenvolvimento humano, o que, em geral, predispõe à constituição de novos núcleos familiares. Este resultado assemelha-se ao de outros estudos realizados junto a profissionais de ESFs de outras regiões do País - no Centro-Oeste e Sudeste, por exemplo, como nos estudos de Zanetti et al. (2010), Cansequi e Spinelli (2006), e Camelo e Angerami (2008) - nos quais a maioria dos profissionais é casada.

Em relação aos dados de religião, dentro do contexto brasileiro, apesar de os censos do IBGE de 1990, 2000 e 2010 terem apontado aumento progressivo do número daqueles que se consideram sem religião (chegando a 8% da população, ou o equivalente a 15 milhões de pessoas), o Brasil é um país reconhecidamente religioso e espiritualizado.

O fato é que a religião é um tema de interesse para o brasileiro, atravessa a cultura, se faz presente no cotidiano e influencia suas crenças, comportamento e visão de mundo.

Na atual pesquisa, a religião Católica foi a de maior prevalência (88,4%), o que está em acordo com outro estudo, realizado por Marques et al. (2015), com 174 profissionais/trabalhadores da saúde de variadas instituições públicas do Rio Grande do Sul de diferentes profissões da saúde. Sobre a afiliação religiosa, as respostas mais frequentes foram: espírita (21%), católico não praticante (18,2%), sem religião mas acredita em Deus (14,2%), afro-brasileiras (11,9%) e católico praticante (10,8%).

Timóteo (2015) encontrou a mesma sequência para enfermeiros: 47% declararam-se católicos, 33% evangélicos, 7% espíritas e 13% sem nenhuma religião e médicos 47% católicos, 33% evangélicos e 20% sem nenhuma religião.

Em estudo que investiga a religiosidade/espiritualidade (R/E) em profissionais/trabalhadores da saúde (ESPERANDIO et al., 2015), os resultados

divergiram da atual pesquisa, quando questionados sobre sua afiliação religiosa, os participantes reportaram: espiritismo (21%); catolicismo praticante (10,8%) e não praticante (18,2%); sem religião, porém com crença em Deus (14,2%); religiões afrobrasileiras (11,9%); igreja Assembleia de Deus (5,1%), entre outras do segmento Evangélico (17%). Apenas 1,7% dos participantes declararam-se como ateus.

Um estudo com 1144 médicos realizado nos Estados Unidos (CURLIN et al., 2007) concluiu que as noções sobre a relação entre espiritualidade e/ou religiosidade e saúde do paciente estão fortemente associadas às características religiosas dos próprios médicos, e que a maioria dos médicos acredita que a espiritualidade e/ou religiosidade possui grande influência positiva sobre a saúde. Neste estudo diferente do encontrado no atual estudo a religiosidade é pontuada assim: Baixa 407 (37); Moderada 292 (27); e Alta 399 (36); quanto a afiliação religiosa, os participantes reportaram: nenhuma religião 117 (10); católica 244 (22); Judaica 181 (16); Outra religião 157 (14) e protestante 428 (38).

A busca e o estudo da espiritualidade, por parte dos profissionais da saúde, são imprescindíveis para um cuidado integral sendo, também, um componente harmonizador das relações no processo de trabalho em saúde, proporcionando bem estar e qualidade de vida ao profissional (ARRIEIRA et al., 2011).

Considerando a diversidade religiosa brasileira, bem como a sua alta importância concedida pela população, os profissionais de saúde deveriam receber uma formação sobre o assunto. Há a necessidade de se ter uma formação profissional apta para amparar a escuta dos doentes (FERREIRA et al., 2012).

6.2 Perfil de saúde

A presente pesquisa nos apontou que a maioria dos profissionais de saúde que atuavam na Estratégia Saúde da Família relataram não possuir doenças, nem problemas de saúde, bem como a não recorrência a serviços de saúde. Apesar da prática profissional agitada e de muitas responsabilidades, os profissionais de saúde da ESF parecem colocar em prática o que pregam no dia-a-dia de trabalho.

Entre os profissionais de saúde contemplados neste estudo, 96,9% (n=157) declararam ter alguma religião; ainda, consideraram-se pessoas religiosas 56,2% deles (n=91). Santos, Roazzi e Souza (2019) afirmam há evidências científicas que

indivíduos que praticam qualquer tipo de atividade religiosa e se consideram pessoas mais religiosas possuem maior nível de bem estar psicológico, menores chances de depressão, uso, abuso ou dependência de substâncias, bem como comportamentos suicidas.

Quanto aos problemas de saúde citados, os mais frequentes foram doenças endócrinas/metabólicas, doenças mentais, musculo/esquelético/osteoarticular, alérgicas, oftálmicas, geniturinária e respiratória.

A literatura aponta para o adoecimento mental entre os trabalhadores de ESF, porém não destaca o tipo de adoecimento, nem se apresentam sintomas ansiosos. Em estudo realizado em João Pessoa-PB (Brasil), 19,40% dos profissionais de ESF apresentaram risco de adoecimento mental (PASCOAL, 2008).

É importante destacar que os profissionais que atuam em unidades de Saúde da Família são responsáveis por realizar vários tipos de atendimentos voltados à saúde dos moradores de sua área de abrangência e, ainda, precisam conviver diariamente com condições de trabalhos diversas e conflitos pessoais entre trabalhadores e gestão. Não se pode anular os fatores genéticos, sociais, ambientais que também influenciam o surgimento dos sintomas de ansiedade. Todos estes fatores podem contribuir para o surgimento de sentimentos do tipo angustia, medo, tristeza, irritação, fadiga, impotência e frustrações, que afeta diretamente a saúde emocional dos trabalhadores (PEREIRA, 2011).

Goveia (2014), traçou os problemas de saúde do trabalhador da área de enfermagem mais frequentes. Segundo a pesquisa, as doenças mais comuns, além do estresse e depressão, são varizes (56,5%), lombalgias (46,9%) e lesões por acidentes (32,4%). A pesquisadora afirma que a saúde do trabalhador pode sofrer com a responsabilidade pelos cuidados diretos dos pacientes, sendo eles expostos a riscos biológicos, químicos, físicos e mecânicos. Com isso, eles convivem com processos de dor, morte, sofrimento e limitações técnicas e materiais.

Especificamente falando do perfil da saúde do médico, Clever (1990) aborda diversos aspectos do exercício profissional e apresenta alguns interessantes dados sobre o trabalho e saúde dos médicos: os médicos trabalham mais que a maioria das pessoas (15 horas por semana a mais que outros profissionais); tiram menos tempo de férias; e trabalham por um maior número de anos do que a população geral.

São discutidas de uma forma sintética, porém densa, as exigências da prática profissional, as tensões e prazeres relacionados ao estilo de vida e à família (os médicos têm uma das poucas razões socialmente aceitáveis para abandonar a família) e são apresentados dados sobre a morbimortalidade entre os médicos, sendo destacados os itens referentes a doenças relacionadas ao tabaco, suicídio e dependência de drogas (CLEVER, 1990).

Clever (1990, p. 127) aponta algumas características do comportamento de muitos médicos, que são de crucial importância para se compreender vários aspectos relacionados aos mecanismos adaptativos utilizados por esses profissionais em relação às vicissitudes e estresses da tarefa médica:

[...] muitos médicos não têm seu próprio médico [...] O autotratamento, consultas de corredor e demoras devido ao constrangimento relativo à cortesia profissional podem impedir o diagnóstico e o tratamento. [...] Uma extensão patológica da negação é a "síndrome da invulnerabilidade médica" que se caracteriza pela convicção de que os problemas pessoais e familiares, as complicações e as doenças que afetam outras pessoas não podem afetar o médico ou não irão fazê-lo.

Na literatura, encontramos descrições de síndromes associadas às atividades profissionais dos médicos. A síndrome do "burn-out" em profissionais da área de saúde é composta por sintomas somáticos, psicológicos e comportamentais.

Os sintomas somáticos compreendem exaustão, fadiga, cefaléias, distúrbios gastrointestinais, insônia e dispnéia. Humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo e desinteresse são sintomas psicológicos. A sintomatologia principal se expressa no comportamento; fazer consultas rápidas, colocar rótulos depreciativos, evitar os pacientes e o contato visual, são alguns exemplos ilustrativos.

Pode parecer um paradoxo, mas aqueles que têm como missão o tratamento de doenças dos outros nem sempre cuidam de si próprios (CLEVER, 1990). Dessa forma, os profissionais da saúde entendem as alterações do corpo do outro e a partir desta sensibilidade geram a atenção necessária para o bem estar da pessoa. Todavia, este cuidado não é exercido para o bem estar do próprio sujeito (MARTINS, 2005).

6.3 Perfil do estilo de vida

Essa pesquisa ressalta que os profissionais de saúde não fumavam, não bebiam e praticavam atividades físicas. A falta de atividades recreativas foram justificadas pela falta de motivação.

Em relação ao consumo de fumo, o percentual nesse estudo foi de apenas 1,2% o que difere do apontado no livro de Smith et al. (2011), que constatou alto percentual de fumantes entre trabalhadores da saúde com nível de graduação. Chama atenção o fato da escolaridade e o acesso à informação sobre os riscos não operar neste segmento como fatores de dissuasão e abandono do hábito.

Ao se analisar o consumo de álcool, tem-se que 24,5% dos profissionais assumiram consumir bebida alcoólica. Em estudo realizado em 77 profissionais de saúde, 69,4% afirmaram uso de bebidas alcoólicas (KENNA; WOOD, 2004).

No estudo realizado por Silva e Botti (2011) sobre o uso de drogas, lícitas e ilícitas por profissionais de saúde no Brasil, verificaram-se taxas preocupantes de consumo, como a prevalência do uso de drogas por parte de profissionais de saúde de nível superior, com ênfase em drogas legais como álcool e tabaco, o que nos faz considerar preocupante a questão dos graduandos de cursos da área da saúde, em que a dependência química refletirá de forma danosa no futuro profissional dos mesmos.

Quanto a prática de atividades físicas e atividades recreativas o homem contemporâneo utiliza-se cada vez menos de suas capacidades corporais, e o conforto da vida moderna, bem como as tecnologias, está contribuindo para essa acomodação. Nahas (2001) fala que “estilo de vida é um conjunto ações habitual que reflete as atitudes, valores e as oportunidades na vida das pessoas”.

A mudança do estilo de vida tem distanciado os indivíduos das tarefas físicas, tanto no trabalho quanto nas atividades diárias, incluindo esporte e lazer. Urge a necessidade de estratégias para estimular os profissionais de saúde a prática de atividade física, no presente estudo 27,8% não praticam atividade física o que corrobora com um estudo transversal, em 240 unidades básicas de saúde (UBS) dos modelos tradicional de assistência ou vinculadas a ESF, envolvendo 3.347 profissionais de saúde, que responderam ao Questionário Internacional de Atividade

Física. A prevalência de sedentarismo (< 150 minutos por semana) foi de 27,5% (IC95%: 25,9-29,0) (SIQUEIRA et al.,2009).

Neste sentido, cabe destacar a importância de projetos de capacitação de profissionais de saúde para a orientação e a prática de atividade física, a articulação entre profissionais de UBS e educadores físicos, e estudos de intervenção sobre a temática. Tais resultados também estimulam a pensar na possibilidade real da presença de profissional de educação física no grupo de profissionais que atendem a população, pela sua possibilidade de contribuir para a mudança de comportamento entre seus colegas profissionais e pelos benefícios que podem estender-se à população em geral que utiliza as UBS.

6.4 Nível de bem estar espiritual (BEE)

Bem estar espiritual, uma forma de estar dinâmica que se reflete na qualidade das relações que o indivíduo estabelece em quatro domínios da existência humana, isto é, consigo próprio (domínio pessoal), com os outros (comunitário), com o ambiente (ambiental) e com algo ou alguém que transcende o domínio humano (transcendental), conforme Gouveia, Pais Ribeiro e Marques (2012, p.141), Fisher 1999, 2010, 2012) e Gomez e Fisher (2003, 2005).

A diferença entre a pontuação "ideais" e "experiência vivida (real)" indica o nível de harmonia ou dissonância em cada domínio. Esta é uma abordagem mais justa de avaliar o bem estar espiritual, porque cada pessoa está autorizada a ver cada termo à luz de sua própria compreensão do mesmo, ao invés de ter sua opinião em comparação com outra pessoa.

Neste estudo, grande parte dos entrevistados possuem harmonia espiritual em todas as dimensões. A cotação foi menor que 1 em todas as dimensões. A dimensão transcendental é aquela de maior média na população estudada, 4,07. Na sequencia encontra-se a dimensão pessoal, com 3,93, seguido das dimensões comunitária e ambiental que apresentaram, respectivamente, 3,91 e 3,78.

A dimensão de maior destaque é a Transcendental, que refere-se à própria relação com algo ou alguma coisa para além do que é humano, “nomeadamente uma força cósmica, uma realidade transcendente, ou Deus, e se

expressa através do culto e adoração relativamente à fonte de mistério do universo” (GOUVEIA, MARQUES, PAIS RIBEIRO, 2009, p. 286). É seguida do domínio Pessoal, que refere-se à forma como a pessoa se relaciona consigo, com respeito ao significado, propósito e valores de vida. Pressupõe o desenvolvimento de autoconhecimento e consciência sobre si mesma, relacionados com a identidade e a autoestima. Em seguida, está a dimensão Comunitária, o que é interessante pois esse domínio refere-se à qualidade e profundidade das relações interpessoais relacionadas à moralidade, cultura e religião, incluindo sentimentos de amor, justiça, esperança e fé na humanidade. E, por fim, a dimensão melhor avaliada foi a Ambiental que consiste nas relações com o mundo físico e biológico (cuidar e proteger), sendo expresso por meio da admiração e de sentimentos de união com a natureza, conforme Gouveia, Marques e Pais Ribeiro (2009).

Neste estudo, a amostra pesquisada, está desenvolvendo o seu bem estar espiritual na ordem de $M= 3,93$.

Estudo realizado no Brasil (DOHMS et al., 2013) apresentou que a dimensão Pessoal foi a dimensão de maior investimento $M= 3,38$ ($dp= 0,98$), na sequencia encontra-se a dimensão Comunitária e $M= 3,32$ ($dp= 0,81$), seguido das dimensões Ambiental e Transcendental, respectivamente, $M= 3,15$ ($dp= 0,95$) e $M= 2,53$ ($dp= 1,16$).

Em pesquisa realizada com estudantes de ensino médio no Brasil (DOHMS et al., 2013) a amostra pesquisada, está desenvolvendo o seu bem estar espiritual na ordem de $M= 3,09$ ($dp= 0,73$).

Características psicométricas do SHALOM em praticantes de atividades físicas orientais na sequencia encontra-se a dimensão Comunitária $M= 3,82$, seguido das dimensões Pessoal, Ambiental e Transcendental, que apresentaram os mesmos itens, sendo, respectivamente, $M= 3,8$ $M= 3,67$ e $M= 3,13$ (GOUVEIA et al., 2010).

6.5 Necessidades espirituais e satisfação com a vida

As necessidades do espírito integram aspectos cognitivos, experienciais e comportamentais, com profundas implicações no bem estar. Portanto, são indissociáveis das necessidades fundamentais do ser humano (CASTELO-BRANCO; BRITO; FERNANDES-SOUSA, 2014).

Os achados dessa pesquisa revelam que a necessidade espiritual dos profissionais de saúde alcançou um nível desejado de 96,9% de satisfação com a vida, de modo que podemos perceber que a forma na qual veem a vida faz com que aja uma inclusão também das necessidades emocionais e psicoespirituais.

A percepção de satisfação com vida envolve um julgamento cognitivo, a partir de uma avaliação geral que o indivíduo faz, levando em consideração a sua realidade e os padrões desejados por si, o seu meio social, cultural e histórico. Diener et al. (1985) falam em um julgamento baseado em expectativas internas e não pelo que é imposto externamente. Para tal julgamento são considerados vários domínios, como saúde, trabalho, relações sociais, entre outros.

A satisfação com a vida tem sido estudada no contexto da saúde, especificamente em enfermeiros (Alves, Vasconcelos, Miranda, Costa & Sobreira, 2011), médicos (BOTREL, 2015; GOUVEIA, BARBOSA, ANDRADE, CARNEIRO, 2005) e multiprofissionais (OLIVEIRA et al., 2009).

Em relação à satisfação com a vida, os participantes deste estudo apresentaram um elevado nível, o que pode indicar que, ao mesmo tempo em que o dia a dia diante do sofrimento mobiliza emocionalmente os profissionais, também os leva a refletir sobre o que é importante para sua vida. Woyciekoski, Stenert e Hutz (2012) apontam, em sua revisão da literatura, que a satisfação no trabalho é um preditor de satisfação com a vida e felicidade pessoal, e, ainda, a satisfação com a vida está relacionada a autonomia, significado e crescimento pessoal. Pessoas que encaram as vivências de forma positiva neutralizam as condições negativas para se adaptar e resolver os problemas. Assim, pessoas felizes adotam pensamentos e comportamentos construtivos (WOYCIEKOSKI et al., 2012).

Por meio de pontuação simples, o estudo possibilitou uma reflexão sobre aspectos subjetivos em relação à satisfação com a vida dos profissionais de saúde, que tiveram um nível alto de satisfação. Na atualidade, a busca pela satisfação de necessidades é fator de grande preocupação, sendo conscientemente algo especificamente humano a partir da busca de uma felicidade e bem estar que complete o sentido da vida.

6.6 Presença de estresse psicológico

A Estratégia Saúde da Família se constitui numa das maiores coberturas populacionais de atenção primária a Saúde no mundo. Na medida em que delega múltiplas e complexas atribuições as suas equipes e esperado um risco de estresse aumentado entre os profissionais, o que evidencia a importância de sua avaliação nesta população. Neste estudo foram avaliados aspectos relacionados à presença de estresse psicológico.

O resultado de baixo nível de estresse percebido está de acordo com o estudo realizado no Brasil (TEXEIRA; PREBIANCHI, 2019), porém diverge da vasta literatura, que indica alto nível de estresse em profissionais da saúde (ANDOLHE et al., 2015; BORINE et al., 2012; CAHÚ et al., 2014; MARTINS, 2014; OTTATI; FREITAS, 2013; SILVA et al., 2018; SOUZA; ARAÚJO, 2015; TRETTENE et al. 2016).

Nesse estudo, as dimensões de “obsessões compulsões” “ansiedade”, “sensibilidade interpessoal” e “hostilidade” se destacam com os valores mais elevados, ao contrário, as dimensões “ansiedade fóbica”, “somatização” e “depressão” são as que apresentam valores mais baixos, os profissionais de saúde no presente estudo demonstram valores que não são indicadores de sintomatologia psiquiátrica.

Diferente deste, estudo realizado no Brasil com 450 trabalhadores, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de Saúde, distribuídos em 60 equipes e 12 unidades de Saúde. Em geral, 25% dos respondentes pontuaram níveis iguais ou acima de moderados de estresse percebido, com risco aumentado para sintomas e condições clínicas associadas ao estresse. Não foram identificadas diferenças significantes dos escores entre médicos, enfermeiros e agentes comunitários de Saúde, mas foi observado que essas categorias agrupadas apresentaram maior pontuação em relação aos auxiliares de enfermagem. Foram também constatados maiores níveis de estresse percebido em profissionais do gênero feminino, entre aqueles com tempo de trabalho na mesma equipe superior a um ano, e naqueles oriundos de unidades de Saúde com equipes incompletas. Encontraram-se níveis menores de estresse percebido entre praticantes de credos religiosos e no estado civil de viuvez. Há

diferenças na percepção do estresse entre profissionais da estratégia Saúde da Família: quanto maior o numero de equipes incompletas, maior o nível de estresse percebido (LEONELLI, 2013).

Em outro estudo que avaliou o estresse ocupacional de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, foi identificado que esses profissionais encontravam-se altamente estressados com o modo de gestão em que estavam submetidos, pela falta de valorização, desacreditados de seu trabalho. Ainda associa o estresse a diferentes patologias, como a Síndrome de Burnout e a dependência química (MORAES FILHO, 2017).

Em estudo realizado em Portugal (SANHUDO; ABREU, 2013), cuidadores informais de doentes com demência apresentam níveis médios de sintomatologia psiquiátrica superiores à população em geral. As dimensões psiquiátricas que demonstram maior incidência são a depressão, ansiedade e obsessões-compulsões.

Em outro estudo realizado em Portugal (VINHAS, 2008) em pacientes com HIV/AIDS, ao nível do BSI a pontuação média obtida mais elevada foi na dimensão depressão ($M=8,73$; $dp=4,5$, num máximo possível de 24). Quanto a ansiedade, o valor médio obtido foi de 5,43 ($dp=3,31$); igualmente num máximo possível de 24). No que se refere ao Índice Global de Sintomas (IGS) a amostra apresenta uma média de 1,12 ($dp=0,44$).

De acordo com a literatura de Canavarro, Nazaré e Pereira (2017), a população portuguesa tem como referência para cada dimensão do BSI os valores apresentados na tabela abaixo (Tabela 15) e para Índice Geral de Sintomas (IGS) $0,83\pm0,48$; para Total de Sintomas Positivos (TSP) $26,00\pm11,72$; e para Índice de Sintomas Positivos (ISP) $1,56\pm0,38$. Então para os indivíduos perturbados emocionalmente o IGS 1,403; o TSP 37,349 e o ISP 2,111.

Tendo como referência o ponto de corte entre a população geral e os indivíduos que se pode encontrar em situação de perturbação emocional, isto é, Índice de sintomas positivos-ISP maior ou igual a 1,7, podemos concluir que em termos médios, os profissionais de saúde no presente estudo demonstram valores que não são indicadores de sintomatologia psiquiátrica ($\bar{X}=0,27$, $dp=0,52$) (CANAVARRO, 2008).

Tabela 15 - Comparação da média das dimensões do BSI da amostra com as médias da população em geral

Dimensões do BSI, IGS, TSP e ISP	Valor Médio observado na amostra	Valor Médio para a população em geral (Canavarro, Nazaré e Pereira (2017).	Resultado
Somatização	0,07	0,77	Diminuído
Obsessões Compulsões	0,30	1,25	Diminuído
Sensibilidade Interpessoal	0,17	0,82	Diminuído
Depressão	0,12	0,94	Diminuído
Ansiedade	0,22	0,65	Diminuído
Hostilidade	0,17	1,00	Diminuído
Ansiedade Fóbica	0,06	0,55	Diminuído
Ideação Paranoide	0,15	0,96	Diminuído
Psicoticismo	0,14	0,62	Diminuído
Índice geral de sintomas – IGS	0,18	0,83	Diminuído
Total Sintomas Positivos – TSP	45,83	26,00	Aumentado
Índice Sintomas Positivos – ISP	0,27	1,56	Diminuído

Fonte: Elaborado pelo autor.

Pela comparação com as médias da população em geral os valores obtidos nas subescalas deram diminuídos.

Em relação ao Índice geral de sintomas (IGS) que, de uma forma geral permite ponderar a intensidade do mal-estar psicológico (sendo a média de todos os itens), verifica-se que o valor calculado na amostra (0,18) é menor que o valor de referência, o que indica a não existência de distúrbio emocional em todas as subescalas do BSI, e nos permite concluir que, em termos médios, não existe evidências da presença de sintomas psiquiátricos em participantes do estudo.

6.5 Adesão ao regime terapêutico de profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família com doenças crônicas

Entende-se a adesão como o grau de conformidade entre as recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto (HAYNES et al., 2008). Pode também ser definida como um conjunto de comportamentos, tais como: tomar a medicação, seguir dietas ou executar mudanças de hábitos de vida que coincidam com o regime

terapêutico prescrito (ALMEIDA et al., 2007). Leite e Vasconcelos (2003) referem que há adesão quando são seguidas pelo menos 80% das prescrições no seu total.

A adesão é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de um conjunto de fatores que afetam o comportamento e a capacidade das pessoas de seguir o tratamento (WHO, 2003).

Diferente dos dados encontrados nessa pesquisa, onde 97,1% dos profissionais de saúde se encontram em alta adesão e apenas 2,9% em média adesão, pesquisa realizada por Dias et al. (2011) enfatiza que os doentes portadores de patologia crônica são os que menos aderem à terapêutica.

Nos países desenvolvidos, a adesão entre os doentes com doenças crônicas ronda os 50%, sendo que esta percentagem diminui significativamente quando se reporta aos países em desenvolvimento. A escassez de recursos e as desigualdades sociais no acesso aos cuidados de saúde transformam a não adesão num problema de grande magnitude, em determinados países (WHO, 2003).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a não adesão aos tratamentos a longo prazo na população em geral está em torno de 50,0% (TAVARES et al.,2013). Em revisão sistemática que compilou estudos publicados em 50 anos, DiMatteo (2004) identificou uma taxa média de 24,8% de não aderentes ao tratamento. No Brasil, faltam evidências sobre a prevalência de baixa adesão em portadores de doenças crônicas a partir de estudos com representatividade nacional. Os estudos disponíveis utilizaram amostras locais ou regionais (REMONDI et al.,2014), subgrupos populacionais (como idosos) (TAVARES et al.,2013) ou enfocaram doenças crônicas específicas, como hipertensão arterial (FERREIRA ET AL.,2014).

Em pesquisa realizada no Brasil (TAVARES et al.,2016), cerca de um terço da população adulta apresentou baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas, resultado semelhante à revisão sistemática que compilou dados de estudos internacionais sobre o tema publicados em 50 anos (1948 a 1998) (DIMATTEO, 2004). Estudos nacionais anteriores mostraram prevalências com grande variabilidade, de 17,0% a 63,5%, como o de Ferreira et al. (2014), Remondi et al. (2014), Santa-Helena et al. (2010) e Tavares et al. (2013). Entretanto, cabe cautela na comparação dos resultados devido ao enfoque dos estudos em comparação, com diferenças importantes em relação à abrangência das amostras

(locais ou regionais), subgrupos populacionais investigados ou foco em doenças crônicas específicas, como hipertensão arterial. A relação entre fatores socioeconômicos, como renda e escolaridade, e adesão ao tratamento é amplamente investigada e estudos prévios encontraram associação entre essas variáveis e a adesão, principalmente em doenças crônicas (DIMATTEO, 2004).

No estudo realizado por Tavares (2016), a baixa adesão ao tratamento foi maior naqueles indivíduos com menor escolaridade, mostrando que este é um fator que deve ser considerado no processo de cuidado; a classe econômica dos indivíduos não se mostrou associada ao tratamento de doenças crônicas, na população brasileira não há diferença significativa entre homens e mulheres, mas os indivíduos mais jovens apresentam maior baixa adesão ao tratamento.

Talvez a adesão encontrada nesse estudo se justifique por serem o público alvo profissionais de saúde de nível superior e por ser este o responsável por trabalhar a adesão com seus pacientes. Para Osterberg e Blaschk (2005), os métodos para aumentar a adesão ao regime terapêutico podem ser agrupados em quatro categorias principais, e esses métodos são trabalhados em parte pelo próprio profissional de saúde: a educação do doente; a comunicação estabelecida entre profissionais de saúde e doente; a posologia e tipo de fármaco; a disponibilidade dos serviços de saúde em atender o doente (MACHADO, 2009). A não adesão ao regime terapêutico tende a agravar esta situação, dado que se o doente não cumprir o tratamento irá necessitar de mais internamentos, o que significa mais despesas para o sistema de saúde (DIAS et al., 2011).

Por último, é de extrema importância a avaliação do processo de adesão, pois é sempre relevante analisarmos se as medidas e estratégias adotadas para a resolução de um problema.

6.6 Associação do nível de bem estar espiritual com o perfil sociodemográfico

Na presente pesquisa, o bem estar espiritual e a religiosidade ganharam destaque em relação à forma como que os profissionais de saúde lidam com algumas questões estressoras em suas vidas. O intuito não foi tratar de crenças religiosas, mas sim do envolvimento dos participantes com seu modo de existir e acreditar na espiritualidade que vivenciam. A partir da análise dos resultados

verificam-se associações significativas entre o bem-estar espiritual, com a variável religiosidade.

Visto que a espiritualidade é considerada um recurso psicossocial individual - e possivelmente comunitário - de promoção de saúde mental, é importante o incentivo à prática de atividades espirituais e religiosas (PANZINI & BANDEIRA, 2005; VOLCAN et al., 2003). Tendo em vista estudos e pesquisas demonstrando o poder da espiritualidade no processo de cura de uma doença, Peres (2004) afirma que um profissional de saúde, para de fato ter sucesso em sua atuação, deve conhecer com profundidade a realidade espiritual. Além disso, deve cultivar o seu desenvolvimento para melhor proporcionar ao paciente o autoconhecimento e a manutenção da saúde.

Este estudo encontrou associação positiva entre bem-estar espiritual com o fato de se ter religiosidade. Com isso, verificaram-se semelhanças com outros estudos que revelam a conexão entre o bem-estar espiritual e a prática religiosa por Ermel et al. (2015), Marques (2003), Costa et al. (2008), Ferreira, Pinto & Neto (2012).

Assim, os indivíduos que realizam com frequência alguma atividade religiosa, conseguem dar maior sentido à vida, alcançando o bem-estar espiritual. A espiritualidade, nesse estudo, despontou-se como um aspecto importante na vida dos profissionais de saúde praticantes de sua religiosidade.

Os resultados mostraram-se significativos quando comparadas a religiosidade ao BEE e a dimensão Transcendental, e, a variável profissão quando associada a Dimensão Ambiental.

Diante disso pode-se deduzir que os profissionais de saúde praticantes de sua religiosidade tiveram seu bem estar espiritual mais elevado e a associação entre ambos foi estatisticamente significativa, apontando para uma estreita relação entre espiritualidade e religiosidade, uma vez que a prática religiosa pode servir como um canal para a expressão da espiritualidade (DAVISON; JHANGRI, 2010).

Isso pôde ser observado também em estudo realizado em pessoas com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise, onde constatou-se que quanto maior foi a importância que o indivíduo denotou a religiosidade/espiritualidade maior foi seu nível de bem-estar espiritual (CHAVES et al., 2015).

Um outro estudo que avaliou o bem-estar espiritual em doutorandos de uma universidade comunitária de Pelotas-RS. Os resultados apresentaram maiores

escores de bem-estar espiritual e religioso em doutorandos que têm alguma religião, realizam práticas religiosas e tem frequência na atividade; observou-se correlação significativa do bem-estar religioso com a renda familiar. O estudo mostrou a importância do bem-estar espiritual como fator de proteção em questões sociais, psicológicas e profissionais, principalmente em momentos tensos e de sobrecarga em que vivem os doutorandos (THUROW et al., 2017).

O estudo de Aquino et al. (2009) sobre atitude religiosa e sentido da vida constatou que a opção religiosa com maior porcentagem foi a de católicos (59,3%), com declaração de 51% dando muita importância à religião e 32% participando de algum grupo religioso. Para o autor, a atitude religiosa é uma forma de encontro de sentido de vida e elemento de prevenção do vazio e desespero existencial.

A pesquisa de Silva et al. (2013) com 100 graduandos de Enfermagem constatou que 94 deles praticavam sua religião há mais de cinco anos, dando importância a sua religião (74% católicos) e com prática mínima de uma vez por mês. Também, o bem-estar espiritual e existencial obtiveram frequências de escores positivos e negativos semelhantes, enquanto bem-estar religioso positivo foi consideravelmente maior (SILVA et al., 2013).

De acordo com a literatura, existem evidências de que a espiritualidade implica fator de proteção, tanto para as questões de saúde como para os problemas psicológicos. Os problemas religiosos ou espirituais podem ser foco da atenção clínica quando estiverem relacionados a circunstâncias psicossociais, pessoais e ambientais, refletindo na saúde geral dos indivíduos (MARQUES, 2003; VOLCAN et al., 2003).

O estudo de Marques (2003) avaliou a relação do bem-estar espiritual e as questões de saúde frente às adversidades da vida de 506 pessoas de Porto Alegre. A investigação encontrou uma correlação estatisticamente significativa entre bem-estar espiritual e percepção de estado geral de saúde. As pessoas que apresentaram maior bem-estar espiritual foram aquelas que avaliaram sua saúde de forma positiva, que relataram conexão entre espiritualidade e saúde, tinham uma religião, possuíam de 1 a 3 filhos, não sofriam evento estressante e não tinham problema crônico de saúde (MARQUES, 2003).

O estudo de Ferreira, Pinto & Neto (2012), com 800 estudantes universitários de quatro países (Portugal, Moçambique, Angola e Brasil), demonstra que os frequentadores de locais religiosos têm maior bem-estar religioso ($F = 39,8$) e

existencial ($F = 13,3$) e são mais satisfeitos com a vida ($F = 4,9$). Os autores relatam que os brasileiros frequentam mais os lugares religiosos e apresentam maior bem-estar existencial, e pela escala de 60 pontos, eles obtiveram 45,5 de bem-estar existencial, índice maior do que os demais participantes, e a média de bem-estar religioso (48,0), maior entre os grupos (FERREIRA, PINTO, NETO, 2012).

Em um estudo feito através da Escala de Avaliação Espiritual, com 49 professores de Medicina e Enfermagem, verificou-se que 90% deles responderam professar alguma religião e o Catolicismo (50%) e Espiritismo (30%) foram os mais citados, o que pode estar relacionado ao fato de ter fé, praticar alguma religião e apresentar paz espiritual (ERMEL et al., 2015).

A pesquisa de Silva, Penha & Silva (2012), com uma equipe de Enfermagem do HU/USP, demonstrou que 93,2% dos 118 participantes mencionaram ter alguma religião e 55,9% praticam alguma atividade religiosa individual diariamente. Neste estudo, constatou-se média baixa (32,28) de Bem-estar Espiritual e também nas subescalas, Existencial e Religioso. O catolicismo foi prevalente (48,3%), seguido da religião evangélica (25,3%) e espírita (22,9%) (SILVA, PENHA, e SILVA, 2012).

A investigação de Costa et al. (2008) com 136 universitários de Psicologia da PUCRS, expôs que 86% dos participantes têm religião, destacando-se a católica (47,2%), com 70,4% deles sem participação em atividade espiritual e religiosa. Esses acadêmicos tiveram escores de 46,51% no bem-estar existencial, demonstrando que o bem-estar espiritual é percebido mais como uma sensação de encontro de algo significativo na vida do que a uma referência a Deus (COSTA et al., 2008). Acredita-se que a prática religiosa é um dado que impacta no bem-estar espiritual.

Autores demonstraram uma importante relação entre maior espiritualidade/religiosidade com a melhor qualidade e satisfação com a vida (LUCCHETTI et al., 2010). Por conseguinte, a satisfação com a vida abarca a satisfação para consigo mesmo (MURRAY et al. 2014).

7 CONCLUSÃO

A presente pesquisa revelou questões do perfil sociodemográfico; de saúde e estilo de vida; o nível de bem estar espiritual; as necessidades espirituais e satisfação com a vida; os sintomas psicopatológicos; adesão ao regime terapêutico e correlação da satisfação com a vida e os sintomas psicopatológicos de profissionais de saúde de nível superior que atuavam em Estratégia Saúde da Família da 19ª Região de Saúde de Brejo Santo - Ceará.

Neste contexto, foi revelado um público majoritariamente composto por adultos jovens, do sexo feminino, casados/as ou que vivem com companheiro/a, todos profissionais de nível superior (médicos, dentistas e enfermeiros), empregados em cidades que fazem parte da 19ª Região de Saúde de Brejo Santo para obtenção de renda e que, prevalentemente, consideram-se religiosos.

Em relação ao perfil da saúde, relataram não ter problemas de saúde e não recorrer aos serviços médicos – e, se assim o faz, apenas anualmente. Em relação ao estilo de vida, houve predominância do não uso de tabaco ou fumo; a maioria não consumia álcool; não realizavam atividades recreativas e realizavam atividades físicas.

Nesta perspectiva de saúde, o bem estar espiritual confirma a harmonia que permeia os profissionais de saúde nas diversas dimensões - pessoal, comunitária, ambiental e transcendental, construindo uma relação de promoção à saúde na medida em que 96,9% se encontram satisfeitos com sua vida e tem suas necessidades espirituais contempladas.

Tal resultado corrobora com os resultados do BSI, assim como Índice Geral de Sintomas (IGS) e Índice de Sintomas Positivos, que sugerem uma baixa probabilidade de psicopatologia.

Em relação a adesão ao regime terapêutico, dos 35 participantes que podiam ser avaliados, 34 deles (97,1%) se encaixaram na categoria de maior adesão, enquanto que não houve nenhuma ocorrência na baixa adesão.

Quanto ao BEE e as variáveis sociodemográficas, verificaram-se associações significativas entre religiosidade quando associada ao BEE e a dimensão Transcendental, e a variável profissão quando associada à Dimensão Ambiental.

Pessoas religiosas possuem maior harmonia espiritual na dimensão transcendental e BEE. Em relação à profissão, na dimensão ambiental, enfermeiros possuem maior harmonia espiritual e dentistas maior dissonância.

Os profissionais de saúde que participaram desde estudo tiveram harmonia espiritual, o que pode repercutir positivamente em suas vidas, contribuindo para o desenvolvimento de harmonia, de paz, de força interior e de realizações tanto em sua vida pessoal quanto em sua vida profissional.

Também, na amostra, não foram encontrados estudos sobre bem-estar espiritual na população-alvo da pesquisa, o que dificulta a comparação dos resultados deste estudo com trabalhos semelhantes. Além disso, os instrumentos utilizados apresentam boas propriedades psicométricas e garantem uma boa validade interna dos achados. Considera-se este trabalho como disparador para futuros aprofundamentos. É importante ressaltar a importância da compreensão da dimensão Espiritual na vida pessoal e profissional dos trabalhadores em saúde como autocuidado.

Novos estudos precisam ser realizados com esta população para a comparação de resultados e avaliação da influência da religiosidade em aspectos do Bem Estar Espiritual, considerando as práticas religiosas com intuito de relacionar com as variadas vertentes religiosas a partir do conteúdo, contexto e frequência em que é realizada esta prática. Salienta-se que o bem estar espiritual permite o desenvolvimento da sensibilização e dos valores éticos e morais que geram melhor qualidade de vida e sensação de valor na vida, impulsionando a inspiração profissional dos indivíduos que atuam na saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, H. et al. (2007). Adesão a Tratamentos entre Idosos. **Comunicação em Ciências da Saúde**. 18 (1). Brasília (Janeiro/Março 2007). Pp. 57-67.
- ALVES, S. G. S., VASCONCELOS, T. C., MIRANDA, F. A. N., COSTA, T. S., & SOBREIRA, M. V.S. (2011). Aproximação à subjetividade de enfermeiros com a vida: afetividade e satisfação em foco. **Escola Anna Nery**, 15(3),511-517.
- ANDOLHE, R., BARBOSA, R. L., OLIVEIRA, E. M., COSTA, A. L. S., & PADILHA, K.G. (2015). *Stress, coping and burnout among Intensive Care Unit nursing staff: associated factors*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 49(spe),58-64.
- AQUINO, T. A. A., CORREIA, A. P. M., MARQUES, A. L. C., SOUZA, C. G., FREITAS, H. C. A., ARAÚJO, I. F. Atitude religiosa e sentido da vida: Um estudo correlacional. **Psicologia: Ciência e profissão**, v. 29, n. 2, p.228-243, 2009.
- ARRIEIRA, I. C. O. et al. **Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados Paliativos às pessoas com câncer**. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 314-321, 2011.
- AZEVEDO, J. N. C. **Sexualidade na doença de parkinson**. Porto, 2010. Monografia (Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental). Faculdade de Medicina. Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental. Universidade do Porto.
- BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L. Relações múltiplas do cuidado de enfermagem: O emergir do cuidado “do nós”. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n.18, p. 895-902, 2010.
- BAGGIO, M. A.; FORMAGGIO, F. M. Profissional de enfermagem: Compreendendo o autocuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 2, p. 236-24, 2007.
- BARBOSA, L.G. et al.,. Recursos Humanos e Estratégia Saúde da Família no norte de Minas Gerais: avanços e desafios. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 3, p. 287-294, Sept. 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2019000300287&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Dec. 2019.
- BONELLI, R. M.; KOENIG, H. G. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: A systematic evidence-based review. **Journal of religion and Health**, v. 52, n. 2, p. 657-673, 2013.
- BOORSE, C. **Health as a theoretical concept**. Philosophy of Science. 1977.
- BORINE, B., ASSIS, C. L., LOPES, M. S., & SANTINI, T. O. (2012). Estresse hospitalar em equipe multidisciplinar de hospital público do interior de Rondônia. **Revista da SBPH**, 15(1),22-40.
- BOTREL, A. M. M. (2015). **Satisfação e comprometimento dos médicos: um estudo em instituições hospitalares de Minas Gerais**. Dissertação de Mestrado

em Administração. Faculdade de Ciências Empresariais da Universidade Fundação Mineira de Educação e Cultura, Minas Gerais.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CNESnet**. Base de dados. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 09 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Edição: 183, seção, 01, p. 68. Brasília, 22 set. 2017.

BÜSSING, A. et al. Validation of the brief multidimensional life satisfaction scale in patients with chronic diseases. **European Journal of Medicine Research**, v. 14, n. 4, p. 171-177, 2009.

CAHÚ, R. A. G., SANTOS, A. C. O., PEREIRA, R. C., VIEIRA, C. J. L., & GOMES, S. A. (2014). Estresse e qualidade de vida em residência multiprofissional em saúde. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, 10(2), 76-83.

CALDEIRA, S.; CARVALHO, E. C.; VIEIRA, M. Entre o bem-estar espiritual e a angústia espiritual: Possíveis fatores relacionados a idosos com cancro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 28-34, 2014.

CAMELO SHH. ANGERAMI ELS. Formação de recursos humanos para a estratégia de Saúde da Família. **Ciência, Cuidado e Saúde** [Internet]. 2008 jan-mar; [acesso 2019 nov. 03];7(1):45-52. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4895/3208> .

CANAVARRO, M. C.; NAZARÉ, B.; PEREIRA, M. Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. Almeida (orgs.), **Psicologia clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação** Editora Pactor. p. 115-130, 2017. Lisboa.

CANESQUI AM, SPINELLI MAS. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad Saúde Pública**. 2006 set; 22(9):1881-92.

CARMARGO, T. B.; LACERDA, M. R.; SARQUIS, L. M. M. Cuidado de si e acidente com material biológico: teoria Fundamentada nos dados. **Online Brazilian Journal Nurse**, v. 9, n. 1, 2010.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: Uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

CASTELO-BRANCO, M., BRITO, D., FERNANDES-SOUSA, C. **Necessidades espirituais da pessoa doente hospitalizada**: revisão integrativa. *Aquichan*. Vol. 14, No. 1, 2014, 100-108.

CHAVES, Erika de Cássia Lopes et al.,. Associação entre Bem-Estar Espiritual e Autoestima em Pessoas com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 28, n. 4, p. 737-743, Dec. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722015000400012&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Dec. 2019.

CLEVER LH. A saúde do médico. In; BEESON PG; MCDERMOTT W, editores. Cecil-Loeb: tratado de medicina. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1990.

COLDY, B. N. **Well - being**: A theoretical program. **American Anthropologist**, v. 89, n. 4, p. 879-895, 1987.

COSTA, C. C., DE BASTIANI, M., GEYER, J. G., CALVETTI, P. Ü., MULLER, M. C., & Moraes, M. L. A. (2008). Qualidade de vida e bem-estar espiritual em universitários de psicologia. **Psicologia em Estudo**, 13(2), 249-255.

COSTA, G. D. et al. Saúde da Família: Desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009.

COSTA SM, PRADO MCM, ANDRADE TN, ARAÚJO EPP, JÚNIOR WSS, FILHO ZCG, et al. **Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros**, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(27):90-96.

COSTA SM, DURÃES SJA, ABREU MHNG. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(1):18651873.

CRUZ, T. A.; CARVALHO, A. M. C.; SILVA, R. D. Reflexão do autocuidado entre os profissionais de enfermagem. **Revista Enfermagem Contemporânea**. v. 5, n. 1, p. 96-108, 2016.

CURLIN FA, SELLERGREN SA, LANTOS JD, CHIN MH. Physicians' observations and interpretations of the influence of religion and spirituality on health. *Arch Intern Med*. 2007;167(7):649-54.

CURRAN, G. The spiritual variable: A world view. In: NEUMAN, B. **The Neuman systems model**. Stamford: Lance, 1995, p. 581-589.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. 2003. Disponível em: <http://143.107.23.244/departamentos/social/saude_coletiva/AOconceito.pdf> Acesso em: 09 out. 2018.

DAVISON, S. N., & JHANGRI, G. S. (2010). Existential and supportive care needs among patients with chronic kidney disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(6), 838-843. doi:10.1016/j.jpainsymman.2010.03.015

DEMO, G., OLIVEIRA, A. F., & COSTA, A. C. (2017). Resiliência no trabalho: Revisão bibliométrica sistemática no contexto brasileiro e itinerários da produção nacional. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, 17(3), 180-189.

DEROGATIS, L. R. SCL-90-R: **Manual de administração, pontuação e procedimentos**. Baltimore, MD: pesquisa psicométrica clínica, 1977. Disponível em: <[https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?Referenc eID=354316](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?Referenc eID=354316)>. Acesso em: 02 dez. 2019.

DIAS, A. M., CUNHA, M., SANTOS, A., NEVES, A., PINTO, A., SILVA, A., CASTRO, S. (2011). .Adesão a regime Terapêutico na Doença Crônica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40:201-219

DIENER, E., EMMONS, R. A., LARSEN, R. J., & GRIFFIN, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. **Journal of Personality Assessment**, 49, 71-75.

DIMATTEO MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*. 2004;42(3):200-9.

DOHMS, K., DAVOGLIO, T. R., LETTNIN, C. da C. Validação Do Questionário De Bem-Estar Espiritual: Resultados Preliminares Para O Contexto Brasileiro. Didática e Prática de Ensino na relação com a Sociedade. EdUECE - Livro 3 03997. 2013.

EIRAS, C. V. C. **Qualidade de vida em doentes polineuropatia amiloidótica familiar tipo 1 após três anos do transplante hepático e sua relação com a psicopatologia**. Braga, 2011. Tese (Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde) - Centro Regional de Braga. Faculdade de Filosofia. Universidade Católica Portuguesa.

ELLIS, J. B.; SMITH, P. C. Spiritual well-being, social desirability and reasons for living: Is there a connection? **International Journal of Social Psychiatry**, v. 37, n. 1, p. 57-63, 1991.

ELLISON, C. W. Spiritual well being: conceptualization and measurement. **Journal of Psychology and Theology**, v. 11, n. 4, p. 330- 340, 1983.

ERMEL, R. C., VIEIRA, M., TAVARES, T. F., FURUTA, P. M., ZUTIN, T. L., CAMELO, A. C. (2015). O bem-estar espiritual dos professores de medicina e de enfermagem. **Revista Enfermagem UFPE**, 9(1), 158-163.

ESPERANDIO, M. R., ZAPERLON, M., ZORZI, P., SILVA, T. D' O., MARQUES, L. F. A Religiosidade/Espiritualidade (R/E) Em Profissionais/Trabalhadores Da Saúde. Interações. **Cultura E Comunidade**, Belo Horizonte, Brasil, V.10 N.18, P., JUL./DEZ.2015 p. 195-209.

FARO, A. Um modelo explicativo para o bem-estar subjetivo: Estudo com mestrandos e doutorandos no Brasil. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 4, p.654-662, 2013.

FEHRING, R.; MILLER, J.; SHAW, C. Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states on elderly people with cancer. **Oncology Nursing Forum**, v. 24, p. 663-71. 1997.

FERNANDES, C. J. et al. Jornada de trabalho e comportamentos de saúde entre enfermeiros de hospitais públicos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1104-1111, 2013.

FERREIRA DC, FAVORETO CAO, GUIMARÃES MBL. A influência da religiosidade no conviver com o HIV. *Interface*. 2012;16(41):38393

FISHER, J. W. Helps to fostering students' spiritual health. *International Journal of Children's Spirituality*,4(1), p. 29-49, 1999.

FISHER, J. W. Development and Application of a Spiritual Well-Being Questionnaire Called SHALOM. *Religions*, 2010, 1, p. 105-121. Disponível em: <www.mdpi.com/2077-1444/1/1/105/pdf>. Acesso em: 14 de novembro 2019.

FISHER, J.W. The importance of relating with God for spiritual well-being. 2012. Disponível em: <<http://www.inter-disciplinary.net/wp-content/uploads/2012/02/fishersppaper.pdf>>. Acesso em:14 de novembro de 2019.

FLETCHER, L. **6 áreas de autocuidado que você precisa desenvolver**. 16 maio 2017. Disponível em: <<https://osegredo.com.br/6-areas-de-autocuidado-que-voceprecisa-desenvolver/>>. Acesso em: 03 out. 2018.

FREITAG, R.M.Ko. Amostras sociolinguísticas: probabilísticas ou por conveniência? **Revista de Estudos da Linguagem**, v. 26, n. 2, p. 667-686, 2018.

FROTA, M. L. M. **Enfermagem obstétrica**: O cuidar e o ensino na perspectiva da assistência humanizada. Anais do 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Recife: ABEn, 2001, p. 179-85.

FERREIRA, A. V., PINTO, M. C., & NETO, F. Religiosidade e bem-estar em estudantes portugueses, moçambicanos, angolanos e brasileiros. (2012). Atas do II Seminário Internacional “Contributos da Psicologia em contextos educativos”. Braga, Universidade do Minho.

FERREIRA RA, BARRETO SM, GIATTI L. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. **Cad Saude Publica**.2014;30(4):815-26.

GALINHA, I. C. **Bem-estar subjetivo**: Factores cognitivos, afectivos e contextuais. Coimbra, Portugal: Quarteto, 2008.

GIOVANELA, L. et al. Saúde da Família: Limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GOBATTO, C.A, CAVALCANTI, T.C.F.A. Religiosidade e Espiritualidade em Oncologia: Concepções de Profissionais da Saúde. **Psicologia USP**. v. 24, n. 1, p. 11-34, 2013.

GOMEZ, R.; FISHER, J. W. Domains of spiritual well-being and development and validation of the spiritual well-being questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 2003, 35, p. 1975-1991, 2003. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019188690300045X>>. Acesso em: 14 de novembro de 2019.

GOUVEIA, M. et al. Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ): Análise confirmatória da sua estrutura factorial. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 10, n. 2, p. 285-293. 2009.

GOUVEIA, M. J.; MARQUES, M.; PAIS RIBEIRO, J. Versão portuguesa do questionário de Bem-estar Espiritual (SWBQ): análise confirmatória da sua estrutura factorial. *Psicologia, Saúde e Doenças*, Lisboa, v. 10, n. 2, p. 285-293, Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde Lisboa, 2009.

GOUVEIA, M. J.; PAIS RIBEIRO, J.; MARQUES, M. Estudo da invariância fatorial do Questionário de Bem-estar espiritual (SWBQ) em praticantes de Atividades Físicas de Inspiração Oriental. **Psychology, Community & Health**, 2012, v. 1, n. 2, p. 140-150. Disponível em: <pch.psychopen.eu/article/download/25/11>. Acesso em 06 de nov 2019.

GUERRERO, G. P. **Associação da espiritualidade na qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de cabeça e pescoço**. Ribeirão Preto, 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

GUIMARÃES, H. P., AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 34 n.1, p. 88-94, 2007.

GUIMARÃES, P.R.B. **Métodos Quantitativos Estatísticos**. Curitiba: IESDE Brasil S.A., 2008.

GUIMARÃES NA, HIRATA H. Apresentação: controvérsias desafiadoras. *Tempo Soc.* 2014; 26(1):9-16.

HARRIS, M.; HAINES, A. Brazil's Family Health Programme. **British Medical Journal**, v. 341, n. 7784, p. 1171-1172, 2010.

HAYNES, RB et al. (2008). **Intervention for Enhancing Medication Adherence**. The Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue2. [Consult. 7 Out. 2009] em http://www.sefap.it/servizi_letteraturacardio_200807/CD000011.pdf

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**, 2010. *Disponível em:*

< <http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 09 jun. 2018.

JEKEL, J. F.; KATZ, D. L.; ELMORE, J. G. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

KENNA GA, WOOD MD. Uso de álcool entre profissionais de saúde. **Drug alcohol depend**. 2004 jul; 75(1):107-116. 12.

KOENIG, H., KING, D., CARSON, V.B. **Hand book of religion and health**. 2ª ed. Oxford: University Press, 2012.

LEITE, Silvana Nair, VASCONCELLOS, Maria da Penha (2003). Adesão à Terapêutica Medicamentosa: Elementos para a Discussão de Conceitos e Pressupostos Adotados na Literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**. 8(3). Pp. 775-782.

LEONELLI, Luiz Bernardo. **Estresse percebido em profissionais da atenção primária à saúde**. 2013. 73 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2013.

LEPHERD, L. Spirituality: Everyone has it, but what is it? **International Journal of Nursing Practice**. 2014.

LONGUINIÈRE, A.C.F., YARID, S.D., SILVA, E.C.S. Influência da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico. **Rev Cuid**, v. 9, n.1, p. 1961-72, 2018.

LOPES EZ, BOUSQUAT AEM. Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. **Rev bras med fam comunidade**. 2011; 6:118-24.

LUCCHETTI, G. et al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 43, n. 4, p. 316-322, 2011.

LUCCHETTI, G., ALMEIDA, L. G. C., & GRANERO, A. L. (2010). Espiritualidade no paciente em diálise: O nefrologista deve abordar? **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, 32(1), 128-132. doi:10.1590/S0101-28002010000100020

MACHADO, Maria Manuela (2009). Adesão o Regime Terapêutico: Representações das Pessoas com IRC sobre o contributo dos Enfermeiros. Instituto de Educação e Psicologia. [em linha]. (2009) [Consult. 29 Set. 2009]. Disponível em WWW: <URL: [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese de Mestrado - Adesão ao Regime Terapêutico - Representações das pessoas com IRC sobre o cont.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%Aautico%20-%20Representa%C3%A7%C3%B5es%20das%20pessoas%20com%20IRC%20sobre%20o%20cont.pdf)>

MACHADO, W. L.; BANDEIRA, D. R. Bem-estar psicológico: Definição, avaliação e principais correlatos. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 29, n. 4, p. 587-595, 2012.

MACHADO MH, OLIVEIRA ES, MOYSES NMN. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: Pierantoni C, Poz MRD, França T (Org.). O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. v. 1. 1ª. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; 2011. p. 103-116.

MARQUES, L. F. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. (2003). **Psicologia: Ciência e profissão**, 23(2), 56-65.

MANGIA, P. **Estudo Transcultural de Validade do SHALOM, um instrumento de Bem-Estar Espiritual**. Portugal, 2015. Tese (Mestrado em Psicologia) - Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.

MARÍN, J. R. **Psicología social de la salud**. Madrid: Síntesis, 1995.

MARQUES, L. F. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 56-65, 2003.

MARQUES, L. F.; SARRIERA, J. C.; DELL'AGLIO, D. D. Adaptação e validação da Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE). **Avaliação Psicológica**, v. 8, n. 2, p.179-186. 2009.

MARQUEZE, C. E.; MORENO, C. R. C. Satisfação no trabalho: Uma breve revisão. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 30, n. 112, p. 69-75, 2005.

MARSIGLIA RMG. Perfil dos trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade. *Saúde Soc.* 2011; 20(4):911-211.

MARTINS, L. A. N. **Residência médica: Estresse e crescimento**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2005.

MARTINS, S. W. (2014). *Manejo de dor neonatal: Contexto organizacional, estresse e coping dos profissionais de saúde*. (Tese de Doutorado em Psicologia).

MATTAR, F. **Pesquisa de marketing**. Santa Catarina: Ed. Atlas. Ed. Compacta, 2001.

MATURANA, A. P. P. M., & VALLE, T. G. M. (2014). Estratégias de enfrentamento e situações estressoras de profissionais no ambiente hospitalar. *Psicologia Hospitalar*, 12(2),02-23.

MELO, L. B. **A importância dos grupos de terceira idade: Uma perspectiva de autonomia e bem-estar dos idosos do SESC da cidade de Campina Grande-PB**. Campina Grande, 2016. Monografia. (Bacharelado em Serviço social) – Centro de ciências Sociais Aplicadas. Universidade Estadual da Paraíba.

MIOT, H. A. Tamanho da Amostra em estudos clínicos e experimentais. **Jornal Vascular Brasileiro**, v.10. n. 4, p. 275-278, 2011.

MORAES FILHO, I. M. de. **Avaliação do estresse ocupacional de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família**.—Goiânia, 2017.48 f.; Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Ambientais e Saúde, Goiânia, 2017.

MOSQUERA, J. J. M., & STOBBAUS, C. D.. Auto-imagem, auto-estima e autorealização: Qualidade de vida na universidade. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 7, n. 1, p. 83-88, 2006.

MURRAY, P. D., DOBBELS, F., LONSDALE, D. C., & HARDEN, P. N. (2014). Impact of end-stage kidney disease on academic achievement and employment in young adults: A mixed methods study. *Journal of Adolescent Health*, 55(4), 1-8. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.03.017

NAHAS, M. V. Atividade física, saúde e qualidade de vida. Londrina: Midiograf, 2001.

NANDA. **Diagnóstico de Enfermagem da Nanda**: Definições e classificação 2001/2002. Tradução de Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed, 2002.

NETO, D.; DENDASCK, C.; OLIVEIRA, E. de. A evolução histórica da Saúde Pública. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. v. 1, n. 1. p. 52-67, 2016.

NEUMAN, B. **The Neuman systems model**. Stamford: Lance, 1995.

OLIVEIRA, P. L. M., & BARDAGI, M. P. (2010). *Stress and career commitment of military officers*. **Boletim de Psicologia**, 59(131), 153-166.

OLIVEIRA WMA, BEZERRA ALQ. Autoavaliação da Estratégia Saúde da Família por Enfermeiros. *Rev enferm UERJ*. 2011; 19:20-5.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Primary health care essential attributes and the Family Health Strategy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. SPE, p. 158164, 2013.

OLIVEIRA-FILHO, A. D. et al. Relação entre a escala de adesão terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle de pressão arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 99, n. 1, p. 649-658, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3oMundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saudeomswho.html>>. Acesso em: 28 outubro 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Fifty-Second World Health Assembly A52/24. Amendments to the Constitution**. Report by the Secretariat.

Resolution EB101.R2. 1999. Disponível em:

<http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA52/ew24.pdf>. Acesso em: 08 set. 2018.

OSTERBERG, Lars; BLASCHKE, Terrence (2005). Drug Therapy: Adherence to Medication. **The New England Journal of Medicine**. 353. Pp. 487-497.

OTTATI, F., & FREITAS, V. (2013). Avaliação da qualidade de vida e vulnerabilidade ao estresse no contexto hospitalar. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, 4(1),15-29.

PASCOAL, F. S. (2008). **Síndrome de burnout entre profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família: Risco de adoecimento mental** (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

PANZINI, R. G. & BANDEIRA, D. (2005). Escala de coping religiosoespiritual (escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 507-516.

PAIM, J. S. Atenção primária à saúde: Uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**, v. 36, n. 94, p. 343-347, 2012.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Renewing Primary Health Care in the Americas**: A position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO) Washington: PAHO, 2007.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: Conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEREIRA, D. G. (2011). Síndrome de burnout em trabalhadores do programa de Saúde da Família: Uma revisão de literatura. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais.

PERES, J. (2004). Psicoterapia e espiritualidade: convergência possível e necessária. Em E. F. B. Teixeira, M. C. Muller & J. D. T. da Silva (Orgs.), **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 657-664, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QUEIROS P. J. P. **O bem-estar na perspectiva de enfermagem**. 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/268220826_O_BEM-ESTAR_NA_PERSPETIVA_DE_ENFERMAGEM>. Acesso em: 08 set. 2018.

REMONDI FA, CABRERA MAS, SOUZA RKT. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Cad Saude Publica**. 2014;30(1):126-36.

RIBEIRO, E. M. A qualidade de vida na estratégia de Saúde da Família: Refletindo sobre significados. **Famácia, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 109-115, 2001.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

RYFF, C. D.; SINGER, B. H. Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. **Journal of Happiness Studies**, v. 9, n. 1, p.13-39, 2008.

ROCHA, R. C. N. P. et al. **Necessidades espirituais vivenciadas pelo cuidador familiar de paciente em atenção paliativa oncológica**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(supl 6):2792-9.

SANTA-HELENA ETD, NEMES MIB, ELUF NETO, J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de Saúde da Família. **Cad Saude Publica**. 2010;26(12):2389-98.

SANTANA FR, SANTANA FR, ANJOS GV, CAMPOS TV, LIMA PCT, LOPES MM, et al. Ações de saúde na estratégia Saúde da Família no município goiano na perspectiva da integralidade. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2013 [citado em 03 nov 2019]; 15:422-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v15/n2/pdf/v15n2a15.pdf>.

SANTOS, I. et al. O grupo pesquisador construindo ações de autocuidado para o envelhecimento saudável: Pesquisa sociopoética. **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.15, n. 4, p. 746-754, 2011.

SANTOS, C. R. S.; ROAZZI, A.; SOUZA, B. C. Religião e trabalho: reflexões sobre a influência da experiência religiosa no contexto organizacional. **Revista Amazônica**, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq/EDUA. Ano 12, Vol XXIII, Número 1, jan-jun, 2019, Pág.106-129. ISSN 1983-3415 (impressa) -ISSN 2318-8774 (digital)-eISSN 2558 1441 (On line).

SCHLEDER, L.P., PAREJO, L.S, PUGGINA, A.C., SILVA, M.J.P. Spirituality of relatives of patients hospitalized in intensive care unit. **Acta Paul Enferm.**; v. 26, n. 1, p.71-8, 2013.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 54-60, 2006.

SILVEIRA, R.S., FUNCK, C.R., LUNARDI, V.L., SILVEIRA, J.T., AVILA, L.I., FILHO, W.D.L., ET AL. Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da satisfação no contexto do trabalho na UTI. **Enfermagem em Foco**, v.3, n. 2, p.93-6, 2012.

SILVA, R. P., SOUZA, P., NOGUEIRA, D. A., MOREIRA, D. S., CHAVES, E. C. L. (2013). Relação entre bem-estar espiritual, características sociodemográficas e consumo de álcool e outras drogas por estudantes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 62(3), 191-198.

SILVA, L. H. P.; PENHA, R. & SILVA, M. J. P. (2012). **Relação entre crenças espirituais/religiosas e bem-estar espiritual da equipe de enfermagem**. *REVRENE*, 13(3), 677-685.

SILVA, Valdete Lourenço Silva; BOTTI, Nadja Lappann. O consumo de drogas lícitas e ilícitas pelos profissionais da área da saúde. **Rev Enferm UFPE on line**. 2011 jul.;5(5):1286-294.

SILVA, G. S. A., SILVA, G. A. V., SILVA, R. M., ANDOLHE, R., PADILHA, K.G., & COSTA, A. L. S. (2018). Estresse e *burnout* em profissionais de enfermagem de unidade de terapia intensiva e semi-intensiva. **Revista Científica Sena Aires**, 7(1), 5-11

SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes et al.,. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1917-1928, Sept. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900006&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Nov. 2019.

SMITH, Derek R.; LEGGAT, Peter A. Smoking among healthcare professionals. Sydney, Australia: Darlington Press, 2011. 104p.

SOUSA, V. F. S., & Araujo, T. C. C. F. (2015). Estresse Ocupacional e Resiliência Entre Profissionais de Saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 35(3), 900-915.

TAVARES NUL, BERTOLDI AD, THUMÉ E, FACCHINI LA, FRANÇA GVA, MENGUE SS. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Rev Saude Publica**. 2013;47(6):1-9.

TIMOTEO, L.V. et al. A Influencia RELIGIOSA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE QUANTO AO CUIDADO COM O PACIENTE. In: Congresso de iniciação científica FAPEMIG, V. 2015. Itajuba. Anais. Itajubá: EEWB, 2015.

SOUSA, M. R. G., LANDEIRO, M. J. L., PIRES, R., & SANTOS, C. Coping e adesão ao regime terapêutico. **Revista de enfermagem Referência**, v. 3, n. 4, p.151-160, (2011).

TEIXEIRA, Fabíola Dalprat; PREBIANCHI, Helena Bazanelli. Comprometimento, estresse e satisfação com a vida de profissionais da saúde. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 598-606, jun. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572019000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 nov. 2019.

THUROW, A. C. et al. Bem-Estar Espiritual e Religião em Doutorandos de Universidade Comunitária. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 9, n. 2, p. 77-92, 2017.

TONIOL, R. Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade, **Anuário Antropológico [Online]**. 2017. Disponível em: <http://journals.openedition.org/aa/2330>. Acesso em: 12 jun. 2018.

TRETTENE, A. S., FERREIRA, J. A. F., MUTRO, M. E. G., TABAQUIM, M. L. M. & Razera, A. P. R. (2016). Estresse em profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Pronto Atendimento. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, 36(91),243-261.

TRINDADE, L. L. et al. Estresse e síndrome de Burnout entre trabalhadores da equipe de saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 684-689, 2010.

UNANTENNE, N., WARREN, N., CANAWAY, R., & MANDERSON, L. The strength to cope: spirituality and faith in chronic disease. **Journal of religion and health**, v. 52, n.4, p.1147-1161, 2013.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

VILHENA, E., PAIS-RIBEIRO, J. L., SILVA, I., PEDRO, L., MENESES, R. F., CARDOSO, H., SILVA, A. M., & MENDONÇA, D. Factores psicossociais preditivos de ajustamento à vida de pessoas com doenças crónicas. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 15, n.1, p. 220-233, 2014.

VINHAS R. S.A. **A expressão da ansiedade e da depressão em pacientes portadores de VIH/SIDA**. Dissertação de mestrado em psicologia. Universidade Fernando Pessoa. Porto- Portugal. 2008

VOLCAN, S. M. A. et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 440-445, 2003.

WHO (2003). **Adherence to long-term therapies**. Evidence for action. WHO. (Cap. XIII, pp. 107-114).

WONG, P. T. P.; FRY, P. S. (eds.). **The human quest for meaning**: A handbook of psychological research and clinical applications. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 1998.

WOYCIEKOSKI, C., STENERT, F., & HUTZ, C. S. (2012). Determinantes do bem-estar subjetivo. **Psico (PUCRS)**, 43(3),280-288.

ZANETTI TG, VAN DER SAND ICP, Girardon-Perlini NMO, Abreu PB. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de Saúde da Família: um estudo de caso. **Cienc Cuid Saúde**. 2010; 9(3):448-455.

ANEXO A – FORMULÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS



56583



AValiação DO DISTRESS PSICOLÓGICO E DAS DIMENSÕES ESPIRITUAIS EM UTENTES PORTADORES DE DOENÇA CRÓNICA

PROJETO PSY-SC - QUESTIONÁRIO

Parte I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Questionário n.º

Data de preenchimento:

1. Idade

2. Género ☐ Feminino ☐ Masculino

3. Nacionalidade ☐ Portuguesa

☐ Outra Especifique

4. Estado civil ☐ Solteiro(a)

☐ Casado(a)/ União de facto

☐ Viúvo(a)

☐ Divorciado(a)

5. Educação

☐ Escola primária ou menos

☐ Ensino secundário ou vocacional

☐ Licenciatura

☐ Outro Indique

6. Emprego

☐ Empregado

☐ Desempregado

☐ Reformado (por idade)

☐ Reformado (por invalidez)

☐ Outro Indique

7. Profissão antes da reforma (se aplicável)

8. Profissão

9. Origem do vencimento/remuneração (preponderante)

☐ Trabalho dependente

☐ Trabalho independente

☐ Rendimento Mínimo Garantido (subsídio)

☐ Outros subsídios

☐ Pensão de reforma

☐ Remuneração ocasional

☐ Heranças

☐ Outro Indique



10. Religião ☐ Não, não professa

☐ Sim Indique qual

11. Considera-se uma pessoa religiosa?

- ☐ Não
☐ Sim, mas não muito
☐ Sim

12. Possui algum problema de saúde que exija recorrer periodicamente aos de saúde?

- ☐ Não
☐ Sim

12.1 Se sim Indique qual? (pode assinalar mais do que uma opção)

- ☐ Infeciosa
☐ Neurológica
☐ Cardiovascular
☐ Hematológica
☐ Respiratória
☐ Digestiva
☐ Geniturinária
☐ Endócrina / metabólica
☐ Musculoesquelética/ osteoarticular
☐ Alérgica
☐ Dermatológica
☐ Oftálmica
☐ Otorrinolaringológica
☐ Doença mental
☐ Demência
☐ Outro Indique

13. Há quantos anos foi diagnosticada a doença principal?

14. Recorre habitualmente aos serviços de saúde para acompanhamento clínico?

- ☐ Não ☐ Sim

- 14.1 Se sim Periodicidade ☐ 1 vez por ano
☐ 2 vezes por ano
☐ Mensalmente
☐ Semanalmente

15. Toma medicamentos regularmente para a sua doença?

- ☐ Não
☐ Sim 15.1 Que tipo de medicamentos? Por favor, indique quais:



56583



16. ATIVIDADES E ESTILO DE VIDA

a) Fuma? ☐ Não ☐ Sim Nº de cigarros por dia

b) Consome álcool? ☐ Não ☐ Sim Nº de copos por dia (200ml)

c) Participa em atividades recreativas? ☐ Não ☐ Sim

Se Não, Porquê? (pode assinalar mais do que uma opção)

☐ Falta de motivação ☐ Falta de companhia ☐ Limitações físicas ☐ Falta de informação

Se Sim, Quais?

[illegible]

d) Faz atividade física? ☐ Não ☐ Sim

Se Não.Porquê? (pode assinalar mais do que uma opção)

☐ Falta de motivação ☐ Falta de companhia ☐ Limitações físicas ☐ Falta de informação

Se Sim, Quais?

[illegible]

17. Dependência no autocuidado (capacidade de cuidar de si próprio(a)) ☐ Não ☐ Sim

Se Sim, Nas seguintes: (pode assinalar mais do que uma opção)

☐ Banho ☐ Comer e beber ☐ Dormir e descansar ☐ Vestir e despir ☐ Higiene ☐ Ir ao quarto de banho

18. Necessidade de apoio de terceiros:

18.1 Serviços sociais
(pode assinalar mais do que uma opção)

☐ Centro de día☐ Lar☐ Apoio domiciliário

☐ Outro Qual? _____

☐ Não se aplica

18.2 Serviços de saúde
(pode assinalar mais do
que uma opção)

☐ Médicos☐ Médicos e enfermeiros[illegible]☐ Não se aplica

18.3 Frequência do apoio

☐ Diário

☐ Mais do que uma vez por dia

© Semanal

☐ Mais do que uma vez por semana

☐ Mensal

☐ Outro Qual?

18.4 Cuidados informais

☐ Não

☐ Sim Quem dá esse apoio?

[illegible]

ANEXO B – SPIRITUAL HEALTH AND LIFE-ORIENTATION MEASURE - SHALOM



56583



PARTE II – SHALOM – Questionário sobre o bem-estar espiritual (SWBQ)

A **espiritualidade** pode descrever-se como algo que reside no íntimo do ser humano. A saúde espiritual pode ser vista como um indicador de como nos sentimos connosco próprios e com os aspetos que valorizamos no mundo que nos rodeia.

Para cada uma das afirmações seguintes, preencha o círculo (●) que melhor indique em que medida sente que cada afirmação reflete a sua experiência pessoal nos últimos 6 meses.

Responda utilizando a seguinte escala:

1 = Muito pouco; 2 = Pouco; 3 = Moderadamente; 4 = Muito; 5 = Muitíssimo

Não gaste muito tempo em cada item. É melhor responder com base nos seus primeiros pensamentos.

Em que medida se sente a desenvolver:	Um ideal para a saúde espiritual					Como se sente				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Afeto pelas outras pessoas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Uma relação individual com o Divino ou Deus	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Generosidade em relação aos outros	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Uma ligação com a natureza	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Um sentimento de identidade pessoal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Admiração e respeito pela criação	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Espanto e admiração perante a uma paisagem deslumbrante	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Confiança nas pessoas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Auto-conhecimento	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Um sentimento de união com a natureza	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. O sentimento de união com Deus	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Uma relação de harmonia com o ambiente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Um sentimento de paz com Deus	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Alegria na vida	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Uma vida de meditação e/ou oração	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Paz interior	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Respeito pelas outras	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Um sentido para a vida	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Bondade para com os outros	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Uma sensação de deslumbramento perante a natureza	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20a O quanto a religião é importante na vida	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20b O quanto a espiritualidade é importante na vida	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO C – ESCALA DE NECESSIDADES ESPIRITUAIS E SATISFAÇÃO COM A VIDA



56583



PARTE III – Escala das necessidades espirituais e satisfação com a vida

(Bussing BMLSS-10)

	A pergunta seguinte remete para a sua satisfação com diferentes aspetos da sua vida. Eu classificaria assim a minha satisfação com os seguintes aspetos.....(indique com um círculo a resposta mais adequada) ...	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Na maioria das vezes insatisfeito	Muito (quase) insatisfeito e insatisfeito	Na maioria das vezes satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
H1	A minha vida....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H2	Os meus relacionamentos ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H3	Situação na escola/local de trabalho ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H4	Comigo mesmo...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H5	Local onde vivo...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H6	A minha vida em geral ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H7	A minha situação financeira...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H8	As minhas perspetivas para o futuro...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G1	A minha situação de saúde....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G3	As minhas capacidades para lidar com as situações do quotidiano...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G4	As minhas perspetivas para o futuro...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Questões adicionais suporte social...							
C1	Apoio do meu companheiro(a)...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C2	Apoio dos familiares.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C3	Apoio da rede de amigos ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
R1	A relação com o meu companheiro (a) ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Questões adicionais sobre relações com os colegas...							
T1	Apoio dos meus colegas de trabalho...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
T2	Apoio dos meus superiores...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
T3	Reconhecimento por parte dos meus colegas de trabalho.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
T4	A relação com o meu companheiro (a) ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
T5	Solidariedade do meu grupo de trabalho...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO D – INVENTÁRIO BREVE DE SINTOMAS



56583



PARTE IV - INVENTÁRIO BREVE DE SINTOMAS (BSI)

Inventário de Sintomas (Canavarro, 1999)

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve O GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma preencha o círculo (●). Não deixe nenhuma pergunta por responder. Em que medida foi afectado nos seguintes sintomas?

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1	Nervosismo ou tensão interior	☐	☐	☐	☐	☐
2	Desmaios ou tonturas	☐	☐	☐	☐	☐
3	Ter a impressão de que as outras pessoas controlam os seus pensamentos	☐	☐	☐	☐	☐
4	Ter a ideia de que as outras pessoas são culpadas pela maior parte dos seus problemas	☐	☐	☐	☐	☐
5	Dificuldades em se lembrar de coisas passadas ou recentes	☐	☐	☐	☐	☐
6	Aborrecer-se e irritar-se com facilidade	☐	☐	☐	☐	☐
7	Dores sobre o coração ou no peito	☐	☐	☐	☐	☐
8	Sentir medo na rua ou nos espaços abertos	☐	☐	☐	☐	☐
9	Pensamentos de acabar com a vida	☐	☐	☐	☐	☐
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
11	Perder o apetite	☐	☐	☐	☐	☐
12	Ter medo subitamente sem ter motivo para isso	☐	☐	☐	☐	☐
13	Ter impulsos que não consegue controlar	☐	☐	☐	☐	☐
14	Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	☐	☐	☐	☐	☐
15	Dificuldade em fazer qualquer trabalho	☐	☐	☐	☐	☐
16	Sentir-se sozinho	☐	☐	☐	☐	☐
17	Sentir-se triste	☐	☐	☐	☐	☐
18	Não ter interesse por nada	☐	☐	☐	☐	☐
19	Sentir-se atemorizado	☐	☐	☐	☐	☐
20	Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	☐	☐	☐	☐	☐
21	Sentir que as pessoas não são amigas ou não gostam de si	☐	☐	☐	☐	☐
22	Sentir-se inferior aos outros	☐	☐	☐	☐	☐
23	Vontade de vomitar ou mal estar	☐	☐	☐	☐	☐
24	Ter a impressão de que os outros o costumam observar e falar de si	☐	☐	☐	☐	☐
25	Ter dificuldade em adormecer	☐	☐	☐	☐	☐
26	Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	☐	☐	☐	☐	☐
27	Dificuldade em tomar decisões	☐	☐	☐	☐	☐
28	Medo de viajar de comboio, eléctrico ou autocarro	☐	☐	☐	☐	☐



56583



		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
29	Sensação de que lhe falta o ar	☐	☐	☐	☐	☐
30	Calafrios ou afrontamentos	☐	☐	☐	☐	☐
31	Ter que evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causar medo	☐	☐	☐	☐	☐
32	Sensação de vazio na cabeça	☐	☐	☐	☐	☐
33	Sensação de anestesia ou de formigueiro no corpo	☐	☐	☐	☐	☐
34	Ter a ideia de que deveria ser castigado	☐	☐	☐	☐	☐
35	Sentir-se sem esperança em relação ao futuro	☐	☐	☐	☐	☐
36	Ter dificuldade em se concentrar	☐	☐	☐	☐	☐
37	Sentir falta de forças em partes do corpo	☐	☐	☐	☐	☐
38	Sentir em estado de tensão ou aflição	☐	☐	☐	☐	☐
39	Ter pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	☐	☐	☐	☐	☐
40	Ter impulsos de bater, ofender ou fazer mal a alguém	☐	☐	☐	☐	☐
41	Ter vontade de destruir ou partir coisas	☐	☐	☐	☐	☐
42	Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	☐	☐	☐	☐	☐
43	Não se sentir à vontade nas multidões, por exemplo, nas lojas, cinemas, mercados, etc.	☐	☐	☐	☐	☐
44	Grande dificuldade em sentir-se próximo de outra pessoa	☐	☐	☐	☐	☐
45	Ter ataques de terror ou pânico	☐	☐	☐	☐	☐
46	Envolver-se facilmente em discussões	☐	☐	☐	☐	☐
47	Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho	☐	☐	☐	☐	☐
48	Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	☐	☐	☐	☐	☐
49	Sentir-se tão inquieto que não se pode sentar ou estar parado	☐	☐	☐	☐	☐
50	Sentir que não tem valor	☐	☐	☐	☐	☐
51	Ter a impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	☐	☐	☐	☐	☐
52	Ter sentimentos de culpa	☐	☐	☐	☐	☐
53	Ter a impressão de que alguma coisa está mal na sua cabeça ou no seu espírito	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO E – ADEÇÃO AO REGIME TERAPÊUTICO



56583



Parte V – Morisky 8-Item Adesão ao regime terapêutico

Colocam-se em seguida várias perguntas. Indique qual a resposta que melhor traduz a sua situação, preenchendo o círculo (●) no respetivo. Não há respostas certas ou erradas. Por favor, responda honestamente.

Quanto ao seu tratamento ...

	Sim	Não		
1. Por vezes esquece-se de tomar os medicamentos para a sua doença?	☐	☐		
	Sim	Não		
2. Nas últimas duas semanas, houve algum dia em que não tomou os seus remédios?	☐	☐		
	Sim	Não		
3. Alguma vez decidiu suspender a sua medicação sem informar o seu médico, porque se sentia pior quando a tomava?	☐	☐		
	Sim	Não		
4. Quando viaja ou sai de casa, às vezes esquece-se de levar os seus medicamentos?	☐	☐		
	Sim	Não		
5. Tomou os seus medicamentos ontem?	☐	☐		
	Sim	Não		
6. Quando sente que o seu problema de saúde parece estar sob controle, por vezes deixa de tomar os remédios?	☐	☐		
	Sim	Não		
7. Tomar medicamentos todos os dias é por vezes considerado um inconveniente para algumas pessoas. Já se sentiu incomodado em aderir ao seu regime terapêutico?	☐	☐		
8. Com que frequência tem dificuldade em se lembrar de tomar a sua medicação?				
Nunca/ Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Habitualmente	Sempre
☐	☐	☐	☐	☐

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido você, profissional de saúde de nível superior que exerce suas funções na Estratégia Saúde da Família-ESF para participar da pesquisa intitulada: “**Bem estar espiritual de profissionais de saúde de nível superior da Estratégia Saúde da Família**”, que tem como objetivos: Mensurar o nível de bem estar espiritual em profissionais de saúde de nível superior da Estratégia Saúde da Família; Traçar o perfil sócio demográfico de profissionais de saúde de nível superior da Estratégia Saúde da Família; Avaliar o nível de necessidades espirituais e satisfação com a vida dos participantes da pesquisa; Identificar a presença de estresse psicológico nos participantes do estudo; Avaliar a adesão ao regime terapêutico dos participantes do estudo com doenças crônicas e Associar o nível de bem estar espiritual com o perfil sócio demográfico;

Sua participação é voluntária. Consiste em participar de entrevistas que serão feitas individualmente, empregando-se os seguintes instrumentos: formulário de dados sociodemográficos; Spiritual Health and LifeOrientation Measure – SHALOM; Escala de necessidades espirituais e satisfação com a vida; Inventário breve de sintomas; e para os participantes que tiverem alguma doença crônica, será aplicado o Item de adesão ao regime terapêutico.

Informamos que a presente pesquisa apresenta riscos mínimos relacionados ao constrangimento/desconforto em responder aos questionamentos, os quais serão minimizados pela garantia de privacidade em sua aplicação (para reduzi-lo, será proporcionado um ambiente reservado, individualizado, bem como agendamento conforme disponibilidade do participante). Também será evitado, por parte do pesquisador, comentários e expressões não verbais que possam desabonar os entrevistados. O projeto identifica como benefícios: ampliar o conhecimento sobre a saúde integral (incluindo o bem estar espiritual), o que pode subsidiar a tomada de decisão dos profissionais de saúde no momento da implementação de cuidados em saúde. Caso não queira participar, também não haverá nenhum problema ou cobrança. As informações fornecidas por você serão tratadas de forma sigilosa, e seu anonimato será garantido. Os resultados deste estudo serão divulgados por meio de periódicos e eventos científicos.

Para participar da pesquisa, você deverá assinar este termo de consentimento livre e esclarecido datado com a assinatura do pesquisador. Poderá ter acesso às informações, esclarecer dúvidas ou retirar-se da pesquisa a qualquer momento. Haverá outra via que ficará de posse do pesquisador que estará disponível para esclarecimentos. De acordo com a resolução 466/12, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA), telefone: (88) 3102-1291, em caso de dúvidas e denúncias éticas.

Eu, _____, após ter sido suficientemente esclarecido, aceito espontaneamente participar desse estudo.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do participante

Jakelline Miranda Alves

(Pesquisador Responsável)

Tel.: (88) 988638642

APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DE ANUENCIA DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE



DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Eu, Maria Dione de Figueiredo Nicodemos RG 2008293449-0, CPF 102407483-87, Assessora Técnica da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde de Brejo Santo –CRES, autorizo a realização da pesquisa intitulada “Nível de bem estar espiritual relacionado à religião, condição crônica de saúde e características socioeconômicas” de responsabilidade do pesquisador Prof. Dr. Glauberto da Silva Quirino, RG 2874368-94, CPF 616.296.503-15, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante da presente pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Brejo Santo-CE 17 de maio de 2018



Maria Dione de Figueiredo Nicodemos

Maria Dione de F. Nicodemos
ASSESSORA TÉCNICA
19ª Coordenadoria Regional
de Saúde de B. Santo - CE