UNIVERSIDADE
EDUARDO
MONDLANE

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

MESTRADO EM TERAPIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ANÁLISE DAS (IM)POSSIBILIDADES DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA DIMENSÃO ESPIRITUAL E DO SAGRADO NO PROCESSO TERAPÊUTICO EM MOÇAMBIQUE:

Estudo Comparativo no Centro de Saúde da Machava II e Hospital Rural de Chicuque

Arlanza Eduardo Sabino Dias

Maputo, Julho de 2026

UNIVERSIDADE
EDUARDO
MONDLANE

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

MESTRADO EM TERAPIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ANÁLISE DAS (IM)POSSIBILIDADES DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA DIMENSÃO ESPIRITUAL E DO SAGRADO NO PROCESSO TERAPÊUTICO EM MOÇAMBIQUE:

Estudo Comparativo no Centro de Saúde da Machava II e Hospital Rural de Chicuque

Arlanza Eduardo Sabino Dias

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Terapia familiar e Comunitária como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Terapia Familiar e Comunitária

Supervisor: Prof. Doutor Augusto Joaquim Guambe

Maputo, Julho de 2026

DECLARAÇÃO DE ORIGINALIDADE

Declaro por minha honra, que esta dissertação é fruto de uma pesquisa original e estão indicados ao longo do texto e nas referências bibliográficas todas as fontes utilizadas. Declaro, ainda que a dissertação nunca foi apresentada, na íntegra ou parcialmente, para a obtenção de qualquer grau académico.

Maputo, Julho de 2026

_____

Arlanza Eduardo Sabino Dias

Aos meus avós e ao meu pai (em memória),
À minha mãe
Aos meus filhos e netas
Ao meu querido esposo

Agradecimentos

Endereço a minha profunda gratidão às Instituições de Pesquisa e de Bioética, bem como à UEM, pelo rigor e suporte institucional que viabilizaram a fundamentação científica desta jornada.

Aos Utentes e Profissionais de Saúde do Centro de Saúde da Machava II e do Hospital Rural de Chicuque, o meu mais sincero *Kanimambo*. Obrigada por me confiarem as vossas histórias, as vossas angústias e as vossas esperanças. Foram as vossas vozes que deram alma a estes dados e transformaram esta dissertação num compromisso humano.

Aos meus Colegas**,** agradeço pelos debates intensos que iluminaram a minha mente e desafiaram as minhas percepções. Um agradecimento especial a todos aqueles que, generosamente, facultaram as cartas de referência e o apoio indispensável à recolha de campo.

Ao meu Supervisor**,** endereço um agradecimento impagável. A sua orientação foi uma autêntica mediação de esperança; a sua capacidade de animar a minha alma e acreditar neste estudo transformou o esforço em realização. Mais do que um mestre, foi um guardião da Ética da Alteridade.

Concluo este ciclo com o compromisso solene de colocar este conhecimento ao serviço do bem-estar do próximo. Que esta obra contribua para um Serviço Nacional de Saúde mais humano, onde a ciência e a compaixão dialoguem sempre em prol da vida.

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS & SÍMBOLOS

ADM - Análise Discriminante Múltipla

APA - *American Psychological Association*

CD4 - Células de Defesa do Sistema Imunológico (Linfócitos T)

CIBS FM&HCM - Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina / Hospital Central de Maputo

CMC - Comissão de Médicos Cristãos

CMI - Conselho Mundial de Igrejas

CRM - Constituição da República de Moçambique

CSMII - Centro de Saúde da Machava II

DOI - *Digital Object Identifier*

DP - Desvio Padrão

FACED - Faculdade de Educação

FM - Frequência Modulada

HRC - Hospital Rural de Chicuque

INE - Instituto Nacional de Estatística

LOMUKU - Desmame Intelectual

MA - Média Aritmética

MAC - Medicinas Alternativas e Complementares

MISAU - Ministério da Saúde de Moçambique

OMS - Organização Mundial da Saúde

P-CSMII - Profissionais de Saúde do Centro de Saúde da Machava II

P-HRC - Profissionais de Saúde do Hospital Rural de Chicuque

PESS - Plano Estratégico do Sector da Saúde

PTV - Prevenção da Transmissão Vertical

RGH - Regulamento Geral dos Hospitais

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TARV - Tratamento Antirretroviral

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

U-CSMII - Utentes do Centro de Saúde da Machava II

U-HRC - Utentes do Hospital Rural de Chicuque

UEM - Universidade Eduardo Mondlane

WHO - *World Health Organization*

GLOSSÁRIO DE CONCEITOS FUNDAMENTAIS

Alteridade Activa – Atitude ética que transcende a mera tolerância passiva ao sagrado do outro, implicando um reconhecimento prático e um acolhimento da identidade do utente como parte integrante do protocolo clínico (Mazula, 2025).

Anamnese Espiritual – Instrumento de colheita de dados clínicos que integra a história espiritual, os valores e as crenças do utente, visando identificar recursos de *coping* ou conflitos que possam influenciar a adesão ao tratamento.

Bengala Existencial – Metáfora que designa o suporte espiritual e familiar como a estrutura de amparo indispensável para que o utente, fragilizado pela enfermidade, possa caminhar rumo à cura ou à aceitação da cronicidade (Ngoenha, 2022).

Bioética da Presença – Prática assistencial que valoriza o encontro humano e a escuta activa, reconhecendo que a presença ética do profissional é, em si, um factor terapêutico que humaniza a técnica biomédica.

Clínica de Sentido – Paradigma de cuidado que transcende o tratamento da patologia biológica, focando na restauração da **vontade de sentido** do utente. Propõe que o hospital seja um espaço de re-existência onde a dor é ressignificada através do acolhimento espiritual (Frankl, 2019; Mazula, 2025).

Coping Espiritual-Religioso – Conjunto de estratégias (positivas ou negativas) que o indivíduo utiliza, através da sua fé ou espiritualidade, para lidar com o *stress*, a dor e o choque de diagnósticos graves (Koenig, 2023).

Desmame Intelectual (Lomuku) – Processo de libertação crítica face aos dogmas e modelos eurocêntricos de saúde, visando a construção de uma ciência moçambicana que reconheça a matriz cultural e o sagrado como pilares da cura (Ngoenha, 2022).

Ecologia de Saberes – Reconhecimento da coabitação e do diálogo em pé de igualdade entre o conhecimento científico biomédico e os saberes ancestrais e espirituais do utente (Santos, 2018).

Espiritualidade: Dimensão noética, intrínseca e dinâmica do ser humano que se traduz na busca universal e individual por sentido, propósito, transcendência e conexão existencial face à vida, à dor e à terminalidade; configura-se como um determinante subjectivo e um mecanismo de *coping* positivo na saúde, cuja manifestação opera independentemente de uma filiação institucional ou clerical formal (Frankl, 2019; Koenig, 2023)

Fármaco Invisível – Metáfora que designa a dimensão espiritual e o sagrado como componentes activos da cura. Refere-se ao suporte imaterial (esperança, fé, presença ética) que potencializa a eficácia do tratamento biomédico e garante a adesão terapêutica (VanderWeele, 2024).

Farmacopeia Social – Conceito que reconhece a rede familiar e comunitária como uma estrutura de "remédios relacionais". Define a família não como um acompanhante passivo, mas como o núcleo que providencia o suporte vital para a sobrevivência somática e espiritual do doente (Ngoenha, 2022).

Gradiente de Institucionalização – Nível de maturidade normativa e operacional com que a dimensão espiritual é integrada numa unidade sanitária, variando entre o vácuo informal (Machava II) e a sinergia sistémica (Chicuque).

Justiça Cognitiva – Direito ao reconhecimento de diferentes formas de conhecimento e de espiritualidade, impedindo que o modelo técnico silencie ou desvalorize a identidade cultural do doente (Santos, 2018).

Mecânica de Corpos – Crítica ao modelo biomédico reducionista que trata o utente apenas como um organismo biológico avariado. Representa a visão tecnicista que silencia a alma e ignora a subjectividade sagrada do moçambicano em nome de uma neutralidade técnica fria.

Religiosidade: Expressão externa, corporativa e formalizada da espiritualidade, caracterizada pela adesão voluntária a um sistema institucionalizado de crenças, que se estrutura através de dogmas estabelecidos, rituais litúrgicos, códigos morais específicos e pertença a uma comunidade eclesiástica ou clerical organizada (Pargament, 2011);

Soberania Terapêutica – Capacidade do sistema de saúde de um país em definir as suas próprias políticas de humanização, baseadas na realidade ontológica e cultural do seu povo, sem dependência cega de modelos externos.

Teia da Vida – Ontologia relacional africana que compreende a saúde como um equilíbrio dinâmico entre o indivíduo, a família, a comunidade e a dimensão espiritual, onde a ruptura de um elo afecta a integridade do todo (Ngoenha, 1994/2022).

Vontade de Sentido – Força motriz primária do ser humano que o impele a encontrar um propósito para a sua existência, sendo o principal factor de resiliência e retenção terapêutica perante o sofrimento (Frankl, 2019).

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E QUADROS

Tabela A: Coeficientes de Fiabilidade das Dimensões do Instrumento (Alpha de Cronbach)
Tabela B: Percepções dos Utentes sobre a Dimensão Espiritual (U-CSMII)
Tabela C: Percepções dos Profissionais de Saúde sobre a Dimensão Espiritual (P-CSMII)
Tabela D: Percepções dos Utentes sobre a Dimensão Espiritual (U-HRC)
Tabela E: Perceções dos Profissionais de Saúde sobre a Dimensão Espiritual: (P-HRC)

Gráfico 1: Perceções dos Utentes sobre a Dimensão Espiritual (U-CSMII)
Gráfico 2: Perceções dos Profissionais de Saúde sobre a Dimensão Espiritual (P–-CSMII)
Gráfico 3: Perceções dos Utentes sobre a Dimensão Espiritual (U-HRC)
Gráfico 2: Perceções dos Profissionais de Saúde sobre a Dimensão Espiritual (P-HRC)

Quadro 1: Influência da Dimensão Espiritual: Percepções dos Utentes (U-CSMII)
Quadro 2: Influência da Dimensão Espiritual: Percepções dos Profissionais (P-CSMII)
Quadro 3: Influência da Dimensão Espiritual: Percepções dos Utentes (U-HRC)
Quadro 4: Influência da Dimensão Espiritual: Percepções dos Profissionais (P-HRC)
Quadro 5: Apoio espiritual dos profissionais percebido pelos utentes (U-CSMII)
Quadro 6: Apoio espiritual dos profissionais percebido pelos utentes (U-HRC)
Quadro 7: Os Utentes Necessitam de Apoio Espiritual da Família (U-CSMII)
Quadro 8: Os Utentes Necessitam de Apoio Espiritual da Família (U-HRC)
Quadro 9: Aceitação da Dimensão Espiritual como Ferramenta (P-CSMII)
Quadro 10: Aceitação da Dimensão Espiritual como Ferramenta – Profissionais (P-HRC)
Quadro 11: Sucesso ou Fracasso da Institucionalização: Utentes (U-CSMII)
Quadro 12: Sucesso ou Fracasso da Institucionalização: Profissionais (P-CSMII)
Quadro 13: Sucesso ou Fracasso da Institucionalização: Utentes (U-HRC)
Quadro 14: Sucesso ou Fracasso da Institucionalização: Profissionais (P-HRC)
Quadro 15: Matriz de Evidências e Viabilidade da Institucionalização (CSMII vs. HRC)

RESUMO

A presente pesquisa analisa as (im)possibilidades da institucionalização da dimensão espiritual e do sagrado no processo terapêutico em Moçambique, através de um estudo comparativo entre o Centro de Saúde da Machava II (CSMII) e o Hospital Rural de Chicuque (HRC). O objectivo central é compreender em que medida a espiritualidade e o sagrado podem ser integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Metodologicamente, adopta-se uma abordagem mista de Triangulação Concomitante, recorrendo à análise de conteúdo temático-categorial e à Análise Discriminante Múltipla. A população alvo deste estudo foi constituída pelos utentes e profissionais de saúde das referidas unidades sanitárias. A partir deste universo, selecionou-se uma amostra inicial de 150 participantes, a qual foi consolidada em 143 respostas válidas (taxa de resposta de 95,3%), após o tratamento rigoroso de omissões e inconsistências, garantindo a integridade da matriz estatística. Revela-se que a espiritualidade é um recurso nodal para a busca por sentido, funcionando como barreira crítica contra a terminalidade. Os resultados validam a espiritualidade como determinante de sucesso terapêutico para 86% dos inquiridos na Machava e 97% em Chicuque. Contudo, desvela-se um hiato normativo no cenário periurbano, com uma neutralidade de 39% entre os profissionais, sinalizando um descompasso com as políticas de humanização do Ministério da Saúde (MISAU). Em contraste, o modelo de Chicuque opera uma institucionalização orgânica mediada pela rádio hospitalar e pela família, percebida como a «bengala existencial» da «Teia da Vida». Conclui-se que a institucionalização é uma tecnologia de baixo custo e alto impacto, dependente do desmame intelectual face a modelos tecnicistas. A proposta final fundamenta-se na Justiça Cognitiva e na Alteridade, defendendo a Soberania Terapêutica e a inclusão da competência espiritual nos currículos de saúde como pilares da dignidade no SNS.

Palavras-chave: dimensão espiritual; espiritualidade; sagrado; institucionalização; hiato normativo; Moçambique.

ABSTRACT

The present research analyzes the (im)possibilities of institutionalizing the spiritual and sacred dimension in the therapeutic process in Mozambique, through a comparative study between the Machava II Health Center (CSMII) and the Chicuque Rural Hospital (HRC). The central objective is to understand to what extent spirituality and the sacred can be integrated into the National Health Service (SNS). Methodologically, a mixed approach of Concomitant Triangulation is adopted, utilizing thematic-categorical content analysis and Multiple Discriminant Analysis. The target population of this study consisted of the users and health professionals of the aforementioned health units. From this universe, an initial sample of 150 participants was selected, which was consolidated into 143 valid responses (response rate of 95.3%), after rigorous treatment of omissions and inconsistencies, ensuring the integrity of the statistical matrix.

It is revealed that spirituality is a nodal resource for the search for meaning, functioning as a critical barrier against terminality. The results validate spirituality as a determinant of therapeutic success for 86% of respondents in Machava and 97% in Chicuque. However, a normative gap is unveiled in the peri-urban scenario, with a 39% neutrality among professionals, signaling a mismatch with the humanization policies of the Ministry of Health (MISAU). In contrast, the Chicuque model operates an organic institutionalization mediated by hospital radio and the family, perceived as the "existential cane" of the "Web of Life". It is concluded that institutionalization is a low-cost, high-impact technology, dependent on intellectual weaning from technicist models. The final proposal is based on Cognitive Justice and Alterity, defending Therapeutic Sovereignty and the inclusion of spiritual competence in health curricula as pillars of dignity in the SNS.

Keywords: spiritual dimension; spirituality; sacred; institutionalization; normative gap; Mozambique.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO ***18***
1.1. Contextualização 19
1.2. Problematização 20
1.3. Objectivos 21
1.4. Perguntas de Pesquisa 22
1.5. Justificativa Teórica e Prática 22
1.6. Estrutura da Dissertação 23

CAPÍTULO II: REVISÃO DA LITERATURA ***25***
2.1. Conceitos-chave e sua Discussão 25
2.2. Panorama da Literatura e Estado da Arte 27
2.3. Quadro Teórico 28

CAPÍTULO III: METODOLOGIA ***31***
3.1. Classificação e Natureza da Pesquisa 31
3.2. Participantes do Estudo e a Opção Epistemológica pelo termo "Utente" 32
3.3. População e Amostra 32
3.4. Critérios de Elegibilidade 33
3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolha de Dados 34
3.6. Técnica de Tratamento e Análise de Dados 34
3.7. Validade e Fiabilidade do Estudo 35
Tabela A: Coeficientes de Fiabilidade das Dimensões do Instrumento (Alpha de Cronbach) 36
3.8. Considerações Éticas 36
3.9. Limitações do Estudo 38
3.10. Caracterização do Campo de Estudo 38
3.11. Enquadramento Normativo das Unidades de Saúde em Moçambique 40

CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ***42***
4.1 Categoria (i): A Influência da Dimensão Espiritual no Processo Terapêutico ..... **Error! Bookmark not defined.**
Tabela B: Percepções dos Utentes sobre a Dimensão Espiritual (U-CSMII) 44
Gráfico 1: Perceções dos Utentes sobre a Dimensão Espiritual (U-CSMII) 45
Quadro 1: Influência da Dimensão Espiritual: Percepções dos Utentes (U-CSMII) 47

4.6.2. Análise e Discussão: A Espiritualidade como Eixo de Re-existência (U-CSMII) 48
Tabela C: Percepções dos Profissionais de Saúde sobre a Dimensão Espiritual (P-CSMII)..... 49
Gráfico 2: Perceções dos Profissionais de Saúde sobre a Dimensão Espiritual (P– CSMII) 50
4.6.3. Discussão dos Indicadores: A Perspectiva do Prestador e a Práxis Clínica (P-CSMII) 50
Quadro 2: Influência da Dimensão Espiritual: Percepções dos Profissionais (P-CSMII) 52
4.6.4. Análise e Discussão: O Profissional como Mediador da Esperança e do Sentido (P-CSMII) 52
4.6.5. Síntese de Integração Mista (Triangulação: Caso 2 – P-CSMII)..... 53
Tabela D: Perceções dos Utentes sobre a Dimensão Espiritual (U-HRC)..... 54
Gráfico 3: Perceções dos Utentes sobre a Dimensão Espiritual (U-HRC) 55
4.6.7. Discussão dos Indicadores: A Espiritualidade como Pilar Estruturante (U-HRC)..... 55
4.6.8. Análise Qualitativa: A Longevidade Clínica e a Ontologia Africana (U-HRC) 56
Quadro 3: Influência da Dimensão Espiritual: Percepções dos Utentes (U-HRC)..... 57
4.6.9. Análise e Discussão: A Espiritualidade como Âncora de Longevidade (U-HRC)..... 58
4.6.10. Síntese de Integração Mista (Triangulação: Caso 3 – U-HRC)..... 59
Tabela E: Perceções dos Profissionais de Saúde sobre a Dimensão Espiritual: (P-HRC)..... 59
Gráfico 4: Percepções dos Profissionais de Saúde sobre a Dimensão Espiritual (P-HRC)..... 60
4.6.12. Discussão dos Indicadores: A Coesão Técnica e a Normalização do Sagrado (P-HRC) 61
4.6.13. Análise Qualitativa: A Clínica da Proximidade e o Sentido do Cuidar (P-HRC) 62
Quadro 4: Influência da Dimensão Espiritual: Percepções dos Profissionais (P-HRC)..... 62
4.6.14. Síntese Final da Categoria (i): Influência da Dimensão Espiritual e do Sagrado..... 63
Categoria (ii): Necessidades Espirituais do Utente e o Suporte Familiar..... 64
Quadro 5: Apoio espiritual dos profissionais percebido pelos utentes (U-CSMII)..... 65
4.7.2. Discussão Integrada: A «Paz» como Dispositivo de Retenção Terapêutica (CSMII) 65
Quadro 6: Apoio espiritual dos profissionais percebido pelos utentes (U-HRC)..... 67
4.7.4. Discussão Integrada: A Espiritualidade como Tecnologia de Cuidado e Retenção (HRC)..... 67
Quadro 7: Os Utentes Necessitam de Apoio Espiritual da Família (U-CSMII)..... 68
4.7.6. Discussão Integrada: A Família como Unidade de Cuidado e Re-existência (CSMII) 69
Quadro 8: Os Utentes Necessitam de Apoio Espiritual da Família (U-HRC)..... 70
4.7.8. Discussão Integrada: A «Teia Familiar» como Matriz de Longevidade (HRC) 71
4.8. Categoria (iii): A Dimensão Espiritual como Ferramenta no Processo Terapêutico..... 72
4.8.1. A Espiritualidade como Instrumento Operacional no (P-CSMII: Caso 2) 73
Quadro 9: Aceitação da Dimensão Espiritual como Ferramenta (P-CSMII) 73

Quadro 10: Aceitação da Dimensão Espiritual como Ferramenta – Profissionais (P-HRC)..... 76
4.8.4. Discussão Integrada: A «Clínica do Milagre» e a Ética da Transcendência (P-HRC)76
Categoria (iv): Institucionalização da Dimensão Espiritual no Processo Terapêutico 78
4.9.1. Perspectivas de Sucesso e Fracasso na Machava II: A Voz do Utente (Caso 1)..... 78
Quadro 11: Sucesso ou Fracasso da Institucionalização: Utentes (U-CSMII) 78
4.9.2. Discussão Integrada: Entre a Magia da Formação e a Ética da Alteridade (U-CSMII) 79
Quadro 12: Sucesso ou Fracasso da Institucionalização: Profissionais (P-CSMII) 80
4.9.4. Discussão Integrada: A Espiritualidade como «Tubo de Escape» e Competência Ética (P-CSMII) 81
Quadro 13: Sucesso ou Fracasso da Institucionalização: Utentes (U-HRC) 82
4.9.6. Discussão Integrada: A Ética do Terço e a Vitória sobre o Estigma (U-HRC)..... 83
Quadro 14: Sucesso ou Fracasso da Institucionalização: Profissionais (P-HRC) 84
4.9.8. Discussão Integrada: A Clínica do Sentido e a Resiliência Ocupacional (HRC)..... 85
4.9.9. Síntese de Integração Mista da Categoria (iv): O Veredicto da Institucionalização .. 86
4.10. Categoria (v): Análise Comparativa entre as Assimetrias e Convergências (CSMII vs. HRC)..... 87
4.10.1. Comparação Intra-Caso: O Hiato Institucional na Machava (CSMII) 88
4.10.3. Síntese da Comparação (HRC) 89
4.10.14. Comparação Inter-Casos: Sofrimento Ético vs. Maturidade Institucional (Profissionais) 90
Quadro 15: Matriz de Evidências e Viabilidade da Institucionalização (CSMII vs. HRC) 91
4.10.7. Convergência Transversal: O Sucesso como Prova de Conceito 91
4.10.9. A Família como «Farmacopeia Social» Permanente 92
4.11. Síntese Conclusiva do Capítulo IV: O Triunfo da Espiritualidade..... 92

CAPÍTULO V: CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES..... 94
5.1. Considerações Finais 94
5.1.1. Resposta à Pergunta de Partida: As (Im)possibilidades..... 94
5.1.3. Síntese Dialéctica: O Fármaco, o Mapa e a Bateria..... 96
5.2. Recomendações Estratégicas ao Ministério da Saúde 97
5.2.1. Sugestões para Estudos Futuros..... 97
5.3. Conclusão Final 98

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 100

8. APÊNDICES (Produção da Autora)
- **Apêndice A:** Guião de Entrevista e Questionário Likert.
- **Apêndice B:** Compilação Integral das Unidades de Registo (Falas dos Utentes e Profissionais).

9. ANEXOS (Documentos de Terceiros)

- **Anexo A:** Parecer de Aprovação do Comité de Bioética em Saúde (CIBS).
- **Anexo B:** Credenciais de Autorização da Direção Provincial de Saúde

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), fundada em abril de 1948, nasceu com a missão de elevar o nível de saúde global através de ações coordenadas e parcerias internacionais (Neto, 2020). Na sua génese, a saúde foi definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, rompendo com a visão limitada de que seria apenas a ausência de doença. Contudo, a evolução das demandas globais impeliu a organização, a partir da década de 1980, a transcender a visão biomédica reducionista, incorporando a espiritualidade como uma dimensão humana fundamental que confere sentido aos fenómenos que ultrapassam a percepção sensorial (Ribeiro, 2011).

Ao incluir a dimensão espiritual no conceito multidimensional de saúde, a organização reconheceu que faltava um pilar fundamental nesta arquitectura do bem-estar. Esta "emenda" na constituição da saúde (WHO, 1999) propõe um estado dinâmico onde o espírito não é um acessório, mas o motor que estimula atitudes positivas e motiva a luta pela vida (Silva & Charlot, 2022; Toniol, 2017). Para Toniol (2018), a espiritualidade toca em convicções não materiais sobre o significado da existência, algo que Ribeiro (2011) descreve como a luz que dinamiza a qualidade de vida em qualquer momento.

Historicamente, esta institucionalização não foi um caminho simples. O pós-Segunda Guerra Mundial viu surgir o Conselho Mundial de Igrejas (CMI) e a Comissão de Médicos Cristãos (CMC), que iniciaram a coordenação de cuidados de saúde em missões médicas na África e Ásia (Ribeiro, 2011). Paralelamente, na década de 1970, a OMS reconheceu as Medicinas Tradicionais, Alternativas e Complementares (MAC), baseadas no princípio de que o ser humano é uma totalidade: corpo, mente e espírito (Assis et al., 2018).

Em Moçambique, este movimento global encontrou eco na necessidade de uma Justiça Cognitiva (Santos, 2018). Embora a Constituição da República (CRM, 2004) e a Resolução nº 4/2017, de 26 de Maio, que aprova o Estatuto Orgânico do Ministério da Saúde, abram caminho para a Medicina Tradicional, subsiste um hiato crítico na integração da espiritualidade nos processos terapêuticos convencionais. É perante esta lacuna que a presente pesquisa propõe o conceito de **«Teia da Vida»**, formulado a partir da ontologia relacional discutida por Ngoenha

(1994/2022)**.** Nesta perspetiva, a saúde em África é vista como um equilíbrio sistémico onde o indivíduo coexiste em harmonia com a família, a comunidade e o sagrado.

A relevância desta investigação reside na urgência de converter a espiritualidade de um conceito abstrato numa realidade institucional protegida. Para tal, propõe-se o **«Desmame Intelectual (Lomuku)»**, termo aqui adoptado a partir da crítica de Ngoenha (1994/2022**)** à dependência de modelos puramente tecnicistas, visando transitar de uma "tolerância passiva" para uma Bioética da Alteridade **(**Mazula, 2025**).** No encontro clínico, a técnica deve reconhecer o sagrado do outro como um pilar de cidadania, garantindo uma verdadeira **«Soberania Terapêutica»** adaptada à realidade nacional.

Ao analisar as (im)possibilidades desta integração através de um estudo comparativo entre o **Centro de Saúde da Machava II** e o **Hospital Rural de Chicuque**, este estudo pretende oferecer ao Ministério da Saúde (MISAU) o lastro científico necessário para uma reforma que honre a dignidade moçambicana. O objetivo é assegurar que o fármaco e o sentido caminhem juntos, transformando o hospital num espaço de re-existência.

1.1. Contextualização

Em primeira análise, a Constituição da República de Moçambique (**CRM, 2004**), na alínea c) do artigo 11, estabelece como um dos objectivos fundamentais do Estado a edificação de uma sociedade de justiça social e a criação do bem-estar material e espiritual dos cidadãos. Ao consagrar a dignidade humana e o desenvolvimento da personalidade como vectores da qualidade de vida, a Lei Mãe reconhece implicitamente a dimensão espiritual como componente intrínseco ao bem-estar integral. Contudo, a materialização desta premissa no processo terapêutico institucional permanece inexpressiva, dada a carência de dispositivos normativos que operacionalizem a sua integração formal no sistema de saúde público.

Paralelamente, esta pesquisa fundamenta-se na premência de fomentar o debate sobre a implementação da dimensão espiritual no **SNS**, reforçando o paradigma holístico sem descurar a valorização da Medicina Tradicional, já salvaguardada pela **Resolução nº 11/2004**, de 14 de Abril, aprovação da Política Medicina Tradicional e sua estratégia de implementação. Tal cenário converge com as directrizes da **OMS** (1999)**,** que preconiza a inclusão da espiritualidade como o quarto pilar do cuidado integral (Silva & Charlot, 2022). No contexto moçambicano, esta investigação busca expandir o escopo da humanização, um dos seis valores da Política de Saúde

Geral do País e a Estratégia da sua Implementação, (Resolução nº 13/2021), de 16 de Abril, propondo a convergência de saberes como estratégia para elevar a humanização dos serviços, reconhecendo a espiritualidade não apenas como crença, mas como um determinante de saúde (Toniol, 2018).

1.2. Problematização

Todavia, em Moçambique, embora a dimensão espiritual e o sagrado gozem de reconhecimento constitucional, observa-se um hiato persistente entre o preceito legal e a prática assistencial. À excepção dos avanços no campo da Medicina Tradicional, subsiste uma escassez de iniciativas estatais que sistematizem a espiritualidade no sistema biomédico convencional. Esta lacuna regulamentar gera uma dissonância no cuidado: em contextos de escassez material, a negação do suporte espiritual impede que o sistema utilize os valores éticos e culturais como "recursos de resistência", negligenciando a subjetividade do utente e fragilizando a aliança terapêutica.
Nesse sentido, a ausência de um suporte espiritual institucionalizado pode atuar como um catalisador para o desespero existencial e o abandono terapêutico [health], configurando-se como um factor de risco crítico à eficácia dos tratamentos e à própria sustentabilidade económica do sistema (Silva et al., 2023). Quando o hospital ignora o que aqui designamos por «Teia da Vida», fundamentada na ontologia relacional de Ngoenha (1994/2022), e a busca por sentido do utente (Frankl, 2019), fragiliza-se o vínculo de confiança.

Perante este cenário de desfasamento entre a norma humanizadora e a realidade hospitalar, emerge a seguinte questão norteadora: **Em que medida a actuação dos profissionais do Centro de Saúde da Machava II e do Hospital Rural de Chicuque favorece (ou limita) a institucionalização da dimensão espiritual e do sagrado no processo terapêutico em Moçambique?**
Para salvaguardar o rigor epistemológico desta abordagem e responder estritamente às directrizes metodológicas, impõe-se a demarcação conceitual imediata entre espiritualidade e religiosidade, deixando claro que a presente investigação não se debruça sobre o fenómeno religioso ou institucional das igrejas, mas sim sobre a dimensão noética do utente. Enquanto a religiosidade se configura como a adesão a um sistema formal, dogmático e litúrgico de uma comunidade de

fé específica, a espiritualidade define-se como uma busca universal e intrínseca do ser humano por sentido, propósito e conexão existencial face à dor e à terminalidade (Frankl, 2019). Portanto, ao analisar a possibilidade de institucionalização no **Serviço Nacional de Saúde (SNS)**, este estudo não propõe a inserção de práticas clericais no ambiente clínico — salvaguardando o princípio da laicidade do Estado (Artigo 12 da **CRM**) —, mas sim a validação da competência espiritual como uma tecnologia de acolhimento e humanização sob regência do **MISAU**, onde o hospital reconhece a herança cultural do paciente para fortalecer a sua retenção terapêutica e a sua soberania clínica

1.3. Objectivos

1.3.1. Objectivo geral

Analisar as (im)possibilidades da institucionalização da dimensão espiritual e do sagrado no processo terapêutico, a partir de um estudo comparativo entre o Centro de Saúde da Machava II e o Hospital Rural de Chicuque.

1.3.2. Objectivos específicos

i. **Colher** as percepções dos profissionais de saúde sobre a influência da dimensão espiritual (própria e do utente) na eficácia e condução do processo terapêutico;

ii. **Mensurar** o suporte espiritual percebido pelos utentes e identificar as necessidades espirituais dos seus núcleos familiares como determinantes de sobrevivência e adesão durante a assistência hospitalar;

iii. **Aferir** a aplicabilidade da espiritualidade como ferramenta clínica e humanística, sob a óptica dos profissionais de saúde, para a re-significação da dor e do sofrimento;

iv. **Identificar** os factores críticos (éticos, técnicos e institucionais) da dimensão espiritual que actuam como facilitadores ou barreiras à sua institucionalização formal no **Sistema Nacional de Saúde (SNS)**;

v. **Comparar** as convergências e divergências entre as percepções de utentes e profissionais quanto à viabilidade da integração da espiritualidade no Centro de Saúde da Machava II (periurbano) e no Hospital Rural de Chicuque (rural).

1.4. Perguntas de Pesquisa

i. De que maneira a dimensão espiritual, tanto dos profissionais de saúde quanto dos utentes, exerce influência na resiliência e no desfecho clínico do processo terapêutico?

ii. Como se caracteriza o suporte espiritual percebido pelos utentes na actuação dos profissionais e de que forma as necessidades espirituais das famílias actuam como barreiras contra a terminalidade e o desespero existencial?

iii. Qual o grau de reconhecimento e aplicabilidade, por parte dos profissionais de saúde, quanto à eficácia da dimensão espiritual como ferramenta clínica e humanística para a gestão da cronicidade e do sofrimento?

iv. Que factores críticos (éticos, técnicos e institucionais) inerentes à dimensão espiritual actuam como facilitadores ou barreiras para a viabilidade da sua institucionalização formal no **SNS**?

v. Quais são as convergências e divergências nas percepções de profissionais e utentes sobre as (im)possibilidades da institucionalização da dimensão espiritual, contrastando os contextos do Centro de Saúde da Machava II e do Hospital Rural de Chicuque?

1.5. Justificativa Teórica e Prática

A relevância desta investigação reside na urgência de se superar o hiato entre a norma e a práxis no **Serviço Nacional de Saúde** de Moçambique. Justifica-se a análise das (im)possibilidades de institucionalização como um imperativo de **Justiça Cognitiva** (Santos, 2018)**,** visando assegurar que o utente não seja privado da sua integridade ontológica no momento da vulnerabilidade clínica.

No que concerne ao utente, este estudo justifica-se ao resgatar a família como a **«bengala existencial»** e ao validar o sagrado como um determinante proximal de saúde, essencial para a retenção e longevidade em tratamentos de longa duração, como o **Tratamento Antirretroviral (TARV)** e a Oncologia. Paralelamente, para o MISAU**,** a pesquisa oferece um diagnóstico crítico sobre o sofrimento ético e a neutralidade profissional, fornecendo subsídios para que a Estratégia de Humanização e o **Plano Estratégico do Sector da Saúde [PESS] (2020-2029)** transcendam o acolhimento logístico e se materializem numa verdadeira competência clínica holística.

Finalmente, a presente dissertação encontra o seu alicerce na Constituição da República e nas metas da **OMS**, provando que institucionalizar o binómio da dimensão espiritual e do sagrado é, acima de tudo, um acto de resgate da dignidade humana e de afirmação da **Soberania Terapêutica** moçambicana no seio da ciência contemporânea.

1.6. Estrutura da Dissertação

A presente dissertação organiza-se em cinco capítulos fundamentais que operam a transição entre a fundamentação teórica e a evidência empírica. No **Capítulo I**, estabelece-se a introdução e a problematização, onde se discute o vácuo existente entre o modelo biomédico tecnicista e a ontologia moçambicana, culminando na definição dos objectivos que norteiam a análise das (im)possibilidades de institucionalização da dimensão espiritual e do sagrado no Serviço Nacional de Saúde.

O **Capítulo II** dedica-se à fundamentação teórica, erguendo um tripé analítico composto pela «Teia da Vida» de Ngoenha (1994/2022)**,** que define a saúde como harmonia relacional; pela Logoterapia de Frankl (2019)**,** que resgata a vontade de sentido no sofrimento; e pela justiça cognitiva de Santos (2018)**,** que propõe uma ecologia de saberes entre o fármaco e o sagrado. Este capítulo é encerrado com a ética da alteridade de Mazula (2025)**,** confrontando as políticas de humanização do MISAU com a realidade do encontro clínico.

No **Capítulo III**, detalha-se a metodologia, justificando a opção por um desenho de matriz mista e concomitante. Explica-se o rigor da Análise Discriminante Múltipla (ADM) para os dados quantitativos e a densidade da análise fenomenológica para os dados qualitativos, colhidos num estudo comparativo entre o ambiente periurbano do Centro de Saúde da Machava II (CSMII) e o rural/missionário do Hospital Rural de Chicuque (HRC).

O **Capítulo IV** constitui o cerne da pesquisa, onde se procede à triangulação e discussão crítica dos resultados. Organizado em cinco categorias analíticas, este capítulo confronta as percepções de utentes (U) e profissionais (P) sobre a influência espiritual na cura, o papel da família como «bengala existencial»**,** a espiritualidade como ferramenta técnica e as barreiras institucionais como o hiato normativo e os 39% de neutralidade profissional. A discussão é ancorada no PESS (2020-2029), revelando como a institucionalização pode converter a intuição individual em competência clínica sistémica.

Finalmente, o **Capítulo V** apresenta as considerações finais e recomendações estratégicas. Aqui, sintetizam-se as ilações à luz da CRM e das metas da OMS, propondo ao MISAU uma reforma curricular e a criação de directrizes para uma assistência espiritual laica, garantindo que o hospital se transforme num espaço de re-existência e dignidade humana.

CAPÍTULO II: REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo organiza-se em três eixos fundamentais: a definição e discussão dos conceitos basilares; o panorama da literatura actual e o estado da arte; e, por fim, o quadro teórico que ancora a análise das (im)possibilidades de institucionalização da dimensão espiritual e do sagrado no contexto moçambicano.

2.1. Conceitos-chave e sua Discussão

Nesta secção, procede-se à clarificação conceptual dos termos que balizam a pesquisa, visando delimitar as fronteiras e evitar ambiguidades entre a prática clínica, a vivência subjectiva e as normas institucionais.

2.1.1. Dimensão Espiritual: A Estrutura Ontológica

A **Dimensão Espiritual** é compreendida como uma faceta constituinte e universal da ontologia humana, co-existindo com as dimensões biológica, psicológica e social. Não se trata de uma opção de crença, mas de uma capacidade inata de todo o ser humano para a busca de propósito, sentido e transcendência (Frankl, 2019). No contexto do SNS, a dimensão espiritual é o "continente", o espaço antropológico onde o utente processa o impacto da enfermidade e da finitude. É, em suma, a infra-estrutura humana que legitima o direito ao cuidado holístico.

2.1.2. Espiritualidade: A Dinâmica da Resiliência

A **Espiritualidade** constitui a expressão operacional e dinâmica da dimensão espiritual. Define-se como a busca subjectiva e prática de conexão com algo que transcende o "eu", seja através da oração, da meditação ou de rituais (Pargament, 2011). Se a dimensão espiritual é a estrutura, a espiritualidade é o "conteúdo" e a ferramenta de *coping* (enfrentamento). Conforme observado nos dados desta investigação, a espiritualidade funciona como o 'fármaco subjectivo' — recurso que potencia a resposta biológica através do equilíbrio emocional e da vontade de sentido — que activa a resiliência e a adesão ao tratamento, transformando a crise diagnóstica num percurso de sentido (Koenig, 2023).

2.1.3. Sagrado: O Fundamento Ético e Numinoso

O **Sagrado** é o núcleo de valor absoluto que confere dignidade inalienável à vida. Sob a óptica fenomenológica de Otto (1917/2007), o sagrado é o *numinoso*, aquilo que é percebido como grandioso e digno de reverência. Na prática clínica moçambicana, o sagrado é o ponto de encontro entre a técnica e a alma: é o "terço" respeitado no leito ou a vida percebida como um dom divino. Institucionalizar o acolhimento do sagrado no hospital significa reconhecer que o utente possui um núcleo inviolável de crenças que, se respeitado, torna-se o principal aliado da cura; todavia, se violado, resulta em iatrogenia relacional e abandono terapêutico (Mazula, 2025).

2.1.4. Alteridade: O Reconhecimento do "Outro" como Sagrado

A **Alteridade** (do latim *alteritas*: o outro) é a capacidade de reconhecer, respeitar e acolher o "outro" na sua diferença radical. No contexto desta pesquisa, a alteridade transcende a mera tolerância; ela é o fundamento da ética da humanização (Mazula, 2025). Na prática clínica, exercer a alteridade significa que o profissional de saúde reconhece o utente não como um "caso clínico" ou um "corpo doente", mas como um sujeito pleno, cuja dimensão espiritual e visão do sagrado são legítimas e vitais para a cura. Segundo a filosofia de Ngoenha (1994/2022), a alteridade é o que permite a integridade da "Teia da Vida"**.** É o movimento de "sair de si" para encontrar o outro no seu sofrimento, garantindo a justiça cognitiva (Santos, 2018), onde o saber médico e a fé do utente dialogam em pé de igualdade.

2.1.5. Processo Terapêutico

O **processo terapêutico** transcende a aplicação mecânica de protocolos biomédicos. Nesta dissertação, ele é concebido como um encontro dialógico — um 'diálogo de almas' —entre profissional e utente, orientado para a restauração do equilíbrio bio-psico-social e espiritual. À luz da "Teia da Vida" (Ngoenha, 1994/2022), o processo terapêutico moçambicano é intrinsecamente relacional, envolvendo não apenas o corpo biológico, mas a harmonia com a família e a comunidade. A eficácia terapêutica é, por conseguinte, dependente da capacidade do sistema em acolher a subjectividade e os valores do doente.

2.1.6. Institucionalização

O conceito de **institucionalização** refere-se ao processo de integração de normas, valores e práticas numa estrutura social organizada, neste caso, o Sistema Nacional de Saúde. Para Toniol (2018), institucionalizar a espiritualidade não significa impor uma doutrina, mas sim, criar dispositivos normativos e técnicos que legitimem esta dimensão como parte integrante do cuidado formal. Trata-se de converter uma prática latente e informal numa competência clínica regulada, protegida por preceitos bioéticos e directrizes de humanização (Mazula, 2025).

2.2. Panorama da Literatura e Estado da Arte

O estado da arte contemporâneo sobre o nexo entre espiritualidade e saúde revela um crescimento exponencial de evidências científicas que posicionam a dimensão espiritual como um determinante psicossomático e epidemiológico de saúde. Esta secção mapeia as tendências globais e a emergência do tema no contexto africano e nacional, delimitando a fronteira do conhecimento actual.

2.2.1. Tendências Globais: A Espiritualidade como Indicador Clínico

Internacionalmente, a literatura contemporânea (2020-2025) transcendeu o debate dialéctico sobre a influência espiritual para focar na sua mensuração, eficácia e custo-benefício. Estudos liderados por Koenig (2023) e VanderWeele (2024), da Universidade de Harvard, demonstram que a espiritualidade integrada no cuidado reduz significativamente a reincidência de episódios depressivos e potencializa a adesão a tratamentos complexos, como o TARV. Instituições de referência, como a Mayo Clinic e a Johns Hopkins, já incorporam a anamnese espiritual (protocolos FICA ou HOPE) como padrão de atendimento, validando-a como uma ferramenta clínica baseada em evidências.

2.2.2. O Contexto Africano: Entre a Tradição e a Modernidade

No continente africano, o estado da arte é marcado pela tensão entre o modelo biomédico de herança colonial e a urgência de uma "descolonização da saúde". Pesquisas recentes (Silva et al., 2023) destacam que a espiritualidade é a principal estratégia de *coping* para utentes enfrentando patologias estigmatizantes. A literatura africana apela para uma ecologia de saberes, onde a

medicina convencional deve dialogar com a ontologia africana, que concebe o ser humano como uma unidade indissociável entre corpo e espírito.

2.2.3. Moçambique: Lacunas e Emergências

Em Moçambique, a produção científica revela uma trajectória de transição. Embora existam marcos normativos (Resolução nº 4/2017), a literatura nacional tem focado predominantemente na Medicina Tradicional como sector paralelo, subsistindo uma lacuna quanto à sistematização da dimensão espiritual no seio do sistema biomédico. Trabalhos pioneiros sugerem que a humanização hospitalar é indissociável do reconhecimento do sagrado (Mazula, 2025). Esta dissertação visa preencher a lacuna sobre a viabilidade técnica e ética de institucionalizar esta dimensão em diferentes estratos sociogeográficos (periurbano *vs.* rural), sob a égide da "Teia da Vida"(Ngoenha, 2022).

2.3. Quadro Teórico

A fundamentação teórica desta dissertação articula-se em torno de modelos conceituais que legitimam a integração da espiritualidade nos cuidados de saúde, operando em três níveis de análise:

a. O Plano Micro (Individual): Logoterapia de Viktor Frankl

A pesquisa fundamenta-se na Logoterapia de Frankl (1946/2019), que postula a "vontade de sentido" como principal força motriz humana. A introdução da dimensão noética (espiritual) como reduto de liberdade inalienável — a dimensão que não adoece mesmo quando o corpo falha. Esta premissa permite interpretar os dados das **Categorias (i) e (iii)**, onde a espiritualidade surge como o motor de resiliência que possibilita ao utente re-significar o sofrimento, transformando o hospital num espaço de cura existencial.

b. O Plano Meso (Relacional e Institucional): A Teia da Vida e a Ética da Humanização

Para situar a espiritualidade na realidade moçambicana, o suporte teórico basilar desta dissertação ancora-se em Ngoenha (2022) e Mazula (2025). A metáfora da 'Teia da Vida' nesta

investigação encontra suporte directo na obra de Ngoenha (1994, pp. 24, 50), onde se sustenta que 'todas as coisas estão ligadas entre si' por uma 'força activa' que anima o íntimo dos seres. Para o autor, esta interdependência sagrada revela que o ser humano não é um átomo isolado, mas parte de um todo onde o 'sangue une a família' e a espiritualidade é a alma que habita a realidade. Esta evidência fundamenta a Categoria (ii).

Complementarmente, Mazula (2025), na obra "Pensar e Agir Ético", estabelece a "Ética da Humanização" como a ferramenta para superar a despersonalização hospitalar. Estes autores constituem o alicerce epistemológico de toda esta investigação, fundamentando a tese de que a cura em Moçambique exige a transição definitiva do 'pensar' teórico para um 'agir' clínico que reconheça a alma do utente em todas as fases do processo terapêutico."

c. O Plano Macro (Político-Epistemológico): Justiça Cognitiva e Ecologia de Saberes

A viabilidade institucional é balizada pela Ecologia de Saberes de Santos (2018). O autor argumenta que a ciência moderna pratica frequentemente um "epistemicídio" ao desqualificar conhecimentos vernáculos. A institucionalização da dimensão espiritual configura-se, assim, como um exercício de justiça cognitiva. Esta perspectiva fundamenta a Categoria (iv), sugerindo que a eficácia do MISAU depende da capacidade da técnica em dialogar com a alma do utente sem asfixiar a sua identidade cultural.

A opção preferencial pelas obras de Ngoenha (1994/2022) **e** Mazula (2025) constitui, portanto, um acto deliberado de justiça cognitiva. Argumenta-se que a humanização no SNS não deve limitar-se à importação de modelos eurocêntricos, mas requer uma ancoragem em autores que ofereçam uma base teórica vernácula e sólida. Estes pensadores permitem que a institucionalização ocorra através de valores que a comunidade e o profissional moçambicano reconhecem como seus, facilitando a transição do "pensar" para o "agir ético" no quotidiano hospitalar.

Neste sentido, a viabilidade da institucionalização da dimensão espiritual e do sagrado no seio do SNS depende da convergência definitiva entre a alteridade e a justiça cognitiva. Enquanto a alteridade actua no plano relacional, exigindo que o profissional de saúde reconheça no utente

um 'outro' sagrado e inviolável (Mazula, 2025), a justiça cognitiva opera no plano institucional, defendendo que a eficácia biomédica não deve ser conquistada através do silenciamento das crenças ancestrais ou espirituais (Santos, 2018). Esta ecologia de saberes não propõe a substituição da ciência pela fé, mas a sua coexistência ética e funcional. Conforme sustenta Ngoenha (2022) na sua obra 'O Retorno do Bom Selvagem', a saúde moçambicana só atingirá a sua plenitude quando o hospital for capaz de tratar o corpo biológico sem desintegrar a 'Teia da Vida' que sustenta a identidade e a alma do cidadão. Desta convergência teórica nasce a tese central desta dissertação: a de que a cura plena no SNS moçambicano é indissociável da dignidade espiritual e da justiça cognitiva do sujeito.

CAPÍTULO III: METODOLOGIA

O presente capítulo detalha a arquitectura metodológica que sustenta a investigação, descrevendo os procedimentos e instrumentos mobilizados para a análise das (im)possibilidades da dimensão espiritual e do sagrado no processo terapêutico. A estratégia de investigação foi desenhada para garantir a triangulação entre a objectividade estatística e a profundidade fenomenológica, permitindo compreender como esta dimensão intrínseca ao ser humano pode ser integrada de forma ética e normativa no Sistema Nacional de Saúde.

3.1. Classificação e Natureza da Pesquisa

A presente pesquisa caracteriza-se como uma pesquisa aplicada**,** uma vez que se propõe a gerar conhecimentos voltados à institucionalização da dimensão espiritual e do sagrado, visando um impacto directo na qualificação das práticas de saúde e na humanização do SNS em Moçambique. Quanto à sua lógica e procedimentos, o estudo fundamenta-se em pesquisa bibliográfica e documental, consolidada por uma pesquisa de campo de carácter exploratório e descritivo.

A abordagem adoptada é mista**,** utilizando uma estratégia de triangulação concomitante para articular de forma complementar os métodos qualitativo e quantitativo:

i. Vertente Qualitativa: privilegia-se a análise fenomenológica das percepções e experiências. Recorre-se a entrevistas semiestruturadas e à observação participante, técnicas que visam à compreensão das interacções complexas entre sujeitos e os seus contextos biopsicossociais e espirituais. Esta abordagem permite a emersão de sentidos e a valorização da Justiça Cognitiva (Santos, 2018).
ii. Vertente Quantitativa: utiliza-se a Análise Discriminante Múltipla, uma técnica estatística multivariada que permite identificar quais variáveis independentes melhor explicam as distinções e a pertença aos grupos em estudo: o contexto periurbano (Machava II) e o contexto rural (Chicuque) (Hair et al., 2019). Esta técnica é crucial para discernir estatisticamente os factores que actuam como facilitadores ou barreiras à institucionalização.

3.2. Participantes do Estudo e a Opção Epistemológica pelo termo "Utente"

A amostra desta pesquisa foi constituída por utentes e profissionais de saúde. É imperativo notar que a opção pela utilização do termo **"utente"**, em detrimento da designação tradicional de "paciente", constitui uma decisão metodológica e epistemológica deliberada.

Enquanto a semântica de "paciente" evoca a passividade de quem suporta a patologia, o conceito de utente resgata a condição de sujeito de direitos e agente activo na sua própria recuperação. Esta distinção é fundamental para o rigor desta dissertação, uma vez que a mobilização da dimensão espiritual é tratada como um recurso de *coping* espiritual positivo (Pargament, 2011), exigindo autonomia. Esta escolha encontra amparo na Ética da Cidadania de Mazula (2025) e na Ontologia Relacional de Ngoenha (2022**)**, convergindo com as políticas de humanização do MISAU.

É fundamental clarificar que a institucionalização aqui proposta não colide com o princípio da laicidade do Estado moçambicano. Existe uma distinção ontológica necessária: as instituições são laicas, mas os cidadãos (utentes e profissionais) que as compõem não o são. Ao estabelecer, na alínea c) do artigo 11, que um dos objectivos fundamentais é a promoção do 'bem-estar material e espiritual', a Constituição da República (2004) impõe ao Estado o dever de respeitar a integridade do cidadão. Ignorar a dimensão espiritual na anamnese não é um acto de neutralidade científica, mas uma violação da idiossincrasia do utente. Portanto, a anamnese espiritual não substitui o diagnóstico clínico; ela o humaniza, garantindo que a laicidade do Estado funcione como um escudo de protecção à liberdade de crença e não como um instrumento de epistemicídio cultural.

3.3. População e Amostra

A população-alvo desta investigação compreende o universo de utentes em processo terapêutico (com ênfase em patologias crónicas) e o corpo de profissionais de saúde com experiência clínica consolidada nas unidades sanitárias selecionadas. Estatisticamente, o universo populacional total de referência foi delimitado a partir do fluxo médio anual de atendimento de pacientes crónicos e do quadro de pessoal efectivo das duas instituições, totalizando uma população estimada de N = 2.500 sujeitos. A partir deste universo, a amostra selecionada é de natureza **não probabilística**

por conveniência, justificada pela especificidade do tema e pelo acesso restrito aos grupos em tratamento.

A amostra final consolidada totalizou **143 participantes** dos 150 previstos, o que representa uma elevada taxa de resposta de **95,3%**. A distribuição dos sujeitos estruturou-se da seguinte forma:

- **76 Utentes:** Representando o **Caso 1 (Machava II, *n* = 38)** e o **Caso 3 (Chicuque, *n* = 38)**.
- **67 Profissionais de Saúde:** Representando o **Caso 2 (Machava II, *n* = 34)** e o **Caso 4 (Chicuque, *n* = 33)**.

Importa referir que, no grupo de profissionais da Machava (*n* = 34), registaram-se duas omissões de resposta específicas no **Item 7**. Estes casos foram tratados mediante a técnica de **exclusão por lista** nas análises multivariadas, garantindo a integridade da matriz estatística e a validade dos cálculos de variância sem comprometer o rigor da **Análise Discriminante Múltipla (ADM)**.

3.4. Critérios de Elegibilidade

3.4.1. Critérios de Inclusão

i. Faixa Etária: idade igual ou superior a 21 anos, assegurando maturidade legal e emocional.
ii. Experiência do Utente: tempo mínimo de acompanhamento de seis meses na instituição, garantindo uma percepção consolidada sobre o modelo de assistência.
iii. Experiência Profissional: tempo mínimo de cinco anos de prática clínica, assegurando conhecimento aprofundado da dinâmica assistencial e da deontologia moçambicana.

3.4.2. Critérios de Exclusão

i. Instabilidade Clínica Crítica**:** quadros agudos que impossibilitassem a comunicação clara.
ii. Comprometimento Cognitivo: défices diagnosticados que comprometessem a compreensão da Escala de Likert.
iii. Recusa do Consentimento: participantes que se recusassem a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
iv. Rotatividade Recente: profissionais com menos de seis meses na unidade específica, visando garantir a vivência real da cultura organizacional local.

3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolha de Dados

A fim de garantir a triangulação de dados e a robustez da abordagem mista, a recolha de informações baseia-se em três instrumentos complementares:

3.5.1. Inquérito por Questionário (Vertente Quantitativa)

Aplicou-se um questionário estruturado, composto por perguntas fechadas e abertas. As questões fechadas utilizam a Escala de Likert de cinco pontos — variando de "1. Discordo Totalmente" a "5. Concordo Totalmente" —, técnica que permite mensurar com precisão as atitudes e percepções dos utentes e profissionais sobre a institucionalização da dimensão espiritual (Cunha, 2007), provendo a base de dados necessária para a Análise Discriminante Múltipla (Hair et al., 2019).

3.5.2. Guião de Entrevista Semiestruturada (Vertente Qualitativa)

Para o aprofundamento das questões subjectivas, utilizou-se um guião de entrevista semiestruturada. Este instrumento permite uma exploração flexível, porém dirigida, sobre as vivências dos participantes, focando em categorias como a alteridade, a busca por sentido (Frankl, 1946/2019) e as barreiras percebidas no quotidiano assistencial.

3.5.3. Observação Participante

A recolha de dados foi complementada pela observação participante, realizada nas duas unidades sanitárias. Esta técnica foca no registo sistemático das interacções, dinâmicas de acolhimento e práticas informais de cuidado, permitindo captar o fenómeno espiritual *in actu* e o clima institucional de forma directa.

3.6. Técnica de Tratamento e Análise de Dados

O processamento das informações foi realizado de forma integrada, respeitando a natureza mista da investigação:

3.6.1. Análise Qualitativa e de Conteúdo

Os dados provenientes das entrevistas e da observação participante foram submetidos à Análise de Conteúdo (Bardin, 2011), seguindo as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Esta técnica permite identificar núcleos de sentido e categorias temáticas que expressem a percepção dos participantes sobre a (im)possibilidade da institucionalização proposta. Para assegurar o rigor e a transparência deste processo, optou-se por uma estratégia de rastreabilidade integral: as unidades de registo (falas) citadas nos quadros analíticos do Capítulo IV mantêm a numeração original atribuída durante a codificação nos Apêndices. Esta opção metodológica permite a auditabilidade dos dados no seu contexto pleno de enunciação, salvaguardando-se sempre o anonimato dos participantes através de códigos (ex: U-CSMII- i).

3.6.2. Análise Quantitativa: Análise Discriminante Múltipla (ADM)

Para o tratamento dos dados estatísticos, foi aplicada a ADM. Esta técnica multivariada é especialmente adequada para esta pesquisa, pois permite:

i. Identificar variáveis preditivas: determinar quais atitudes melhor discriminam a viabilidade da institucionalização;
ii. Comparar contextos: verificar distinções estatisticamente significativas entre os grupos amostrais da Machava II e de Chicuque (Hair et al., 2019);
iii. Validar a classificação: estimar a probabilidade de pertença de um indivíduo a determinado grupo com base no seu perfil de respostas.

3.7. Validade e Fiabilidade do Estudo

Para assegurar o rigor científico e a precisão dos resultados, a investigação observou critérios estritos:

i. Consistência Interna: a fiabilidade dos instrumentos quantitativos foi aferida por meio do coeficiente Alpha de Cronbach. Foram considerados aceitáveis valores superiores a 0,7 (ou 0,6 em dimensões exploratórias), índice que atesta que os itens medem o mesmo construto de forma fidedigna (Jacinto, 2010; Rodrigues, 2013);

ii. Validade de Conteúdo: o inquérito e o guião de entrevista foram submetidos à revisão técnica e aprovados pelo Comité de Bioética para a Saúde, garantindo que os instrumentos são semanticamente adequados e representam fielmente o fenómeno da dimensão espiritual e do sagrado;

iii. Triangulação Metodológica: a validade do estudo é reforçada pelo confronto entre os resultados da ADM e da Análise de Conteúdo, buscando a convergência de evidências que minimize vieses e confira robustez às interpretações fenomenológicas e estatísticas.

Tabela A: Coeficientes de Fiabilidade das Dimensões do Instrumento (Alpha de Cronbach)

Dimensão do Questionário	Coeficiente Alpha de Cronbach	Interpretação
Percepção Profissional	>0,80	Elevada Fiabilidade
Suporte Espiritual Percebido	>0,75	Boa Consistência
Barreiras à Institucionalização	>0,70	Fiabilidade Aceitável

Fonte: Elaboração da autora (2026), com base nos outputs do software estatístico.

3.8. Considerações Éticas

A presente investigação foi conduzida em estrito cumprimento dos preceitos éticos que regem a pesquisa científica com seres humanos em Moçambique. O protocolo foi submetido e aprovado pelo **Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina / Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM)**, garantindo a salvaguarda integral dos direitos dos participantes mediante os seguintes procedimentos:

i. **Consentimento Livre e Esclarecido:** A participação de utentes e profissionais foi estritamente voluntária, formalizada mediante a leitura, explicação e aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os sujeitos foram informados sobre os **objectivos**, riscos mínimos e o direito de retirada em qualquer fase da recolha, sem prejuízo ao seu vínculo assistencial ou profissional. Em casos de vulnerabilidade ou receio de exposição, privilegiou-se o **consentimento verbal esclarecido**, assegurando que a vontade do participante fosse respeitada acima da burocracia do registo físico;

ii. **Anonimato e Confidencialidade:** Garantiu-se o sigilo absoluto das informações. Os dados foram tratados de forma agregada e as identidades protegidas através de códigos alfanuméricos (ex: **U-CSMII-i**, **P-HRC-ii**), impedindo a identificação individual nos resultados e protegendo os participantes de qualquer exposição social ou institucional;

iii. **Beneficência e Não Maleficência:** O estudo pautou-se pelo compromisso de não causar danos físicos ou psíquicos. A abordagem da dimensão espiritual e do sagrado foi realizada sob a óptica da **Alteridade** (Mazula, 2025)**,** evitando qualquer forma de proselitismo, julgamento moral ou constrangimento;

iv. **Autorização Institucional:** A recolha de dados foi precedida pela obtenção de credenciais da **Universidade Eduardo Mondlane (UEM)** e autorizações formais das Direcções das unidades sanitárias envolvidas (**CSMII e HRC**), garantindo a legitimidade da incursão no campo.

3.8.1. Procedimentos de Salvaguarda e Mediação no Campo

Dada a natureza sensível do tema e a vulnerabilidade dos participantes face ao receio de exposição em plataformas digitais ou redes sociais, a investigação adoptou uma postura de **Justiça Cognitiva** (Santos, 2018) através das seguintes estratégias de mediação:

- **Leitura Assistida e Mediação Linguística:** Para mitigar barreiras de literacia e garantir a precisão da **Escala de Likert**, os questionários foram realizados através de leitura assistida pela investigadora. Este procedimento assegurou que a resposta registada fosse o reflexo fiel da percepção subjectiva do utente, evitando erros de interpretação técnica;

- **Notas de Campo e Registos de Memória:** Face à recusa de alguns participantes em autorizarem registos magnéticos (áudio) por medo de exposição, a recolha qualitativa baseou-se em **notas de campo densas**. As unidades de registo foram transcritas manualmente, preservando a fidedignidade das falas sem violar a zona de privacidade e segurança do entrevistado;

- **Gestão da Pressão Assistencial:** No caso dos profissionais de saúde, a recolha foi adaptada à escassez de tempo e à alta demanda clínica, realizando-se em momentos de pausa ou diálogos breves, respeitando a rotina das unidades e a deontologia profissional.

3.9. Limitações do Estudo

Não obstante o rigor metodológico, esta investigação apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação das evidências:

i. Escassez de Literatura Nacional: a carência de investigações prévias sobre a institucionalização da espiritualidade em Moçambique exigiu um esforço adicional de fundamentação a partir de literatura internacional adaptada e de um diálogo intenso com a filosofia africana contemporânea.

ii. Barreiras Linguísticas: identificou-se a dificuldade de expressão em língua portuguesa por parte de alguns utentes. Para mitigar esta barreira e assegurar a Justiça Cognitiva, recorreu-se a uma escuta empática e, pontualmente, à mediação de tradutores locais para captar a essência das experiências.

iii. Natureza da Amostragem: por tratar-se de uma amostra não probabilística, os resultados reflectem a realidade específica dos casos estudados. Embora ofereçam subsídios valiosos para o MISAU e para contextos similares, os dados não permitem a generalização estatística para a totalidade do Sistema Nacional de Saúde de Moçambique.

Em suma, as limitações aqui identificadas — desde a escassez de literatura nacional até às barreiras linguísticas superadas pela **Justiça Cognitiva** — não invalidam a robustez dos achados, mas delimitam o seu campo de aplicação. Pelo contrário, estas lacunas constituem o ponto de partida para uma agenda de investigação mais ampla no seio do **SNS**. Por conseguinte, a presente dissertação não encerra o debate, mas inaugura uma trajectória de reflexão sobre a **Soberania Terapêutica**, cujos desdobramentos e sugestões para estudos futuros serão detalhados nas **Considerações Finais** deste estudo, visando a expansão geográfica e clínica desta 'clínica do invisível' em Moçambique.

3.10. Caracterização do Campo de Estudo

3.10.1. Centro de Saúde da Machava II (CSMII)

O Centro de Saúde da Machava II situa-se na região central do Distrito da Matola, sob a jurisdição do Posto Administrativo da Machava. A sua área de influência abrange os bairros Machava-Sede, Trevo e extensões das zonas de Machava Bunhiça e Infulene A. Estruturalmente,

a unidade organiza-se em dois eixos fundamentais: o Centro de Saúde Principal, voltado para o atendimento clínico geral e gestão administrativa, e o Centro de Saúde Materno-Infantil, especializado no acompanhamento de mulheres, crianças e adolescentes.

Em termos demográficos, a área de abrangência geográfica do CSMII compreende uma população assistida estimada em 109.006 habitantes (INE, 2017). Contudo, para efeitos desta investigação, a população de estudo circunscreve-se estritamente ao universo de utentes em tratamento e ao corpo clínico e administrativo da instituição.

Este último é constituído por 181 profissionais, apresentando um quadro técnico diversificado que inclui médicos de clínica geral, especialistas em psicologia, medicina dentária, além de equipas de enfermagem. A unidade destaca-se pela capilaridade dos seus serviços, desde o TARV até programas de aconselhamento psicossocial comunitário. O funcionamento do CSMII rege-se pelos princípios de qualidade e humanização preconizados pelo Diploma Ministerial n.º 40/2004, de 18 de Fevereiro, provendo o enquadramento ético necessário para o debate sobre a inclusão da dimensão espiritual no processo terapêutico.

3.10.2. Hospital Rural de Chicuque (HRC)

Localizado no Município da Maxixe, Província de Inhambane, o Hospital Rural de Chicuque possui uma trajectória histórica singular. Fundada em 1913 pelo médico missionário Charles John Stauffacher, sob a égide da Igreja Metodista Unida, a instituição atravessou marcos decisivos: foi nacionalizada em 1975 e devolvida à gestão eclesiástica em 1986. Actualmente, consolida-se como uma unidade de referência que opera em regime de parceria público-privada com o Estado moçambicano.

A sua bacia de governação e abrangência demográfica serve uma população regional estimada em 500.000 habitantes, que abrange a Maxixe e cinco distritos circunvizinhos. No entanto, o universo populacional desta pesquisa delimita-se exclusivamente aos utentes integrados no processo terapêutico e ao capital humano interno. Este último é composto por 293 funcionários, formando uma equipa multidisciplinar que integra médicos (generais e especialistas), enfermeiros (gerais e materno-infantis) e técnicos de psicologia e psiquiatria

A oferta assistencial é abrangente, com destaque para as áreas de cirurgia geral, traumatologia, pediatria, maternidade, estomatologia e saúde sexual e reprodutiva. No domínio da saúde mental

e do suporte humanizado, o HRC diferencia-se pelas valências de aconselhamento psicossocial, fisioterapia e consultas externas especializadas.

O diferencial estratégico da instituição reside na institucionalização da assistência espiritual**,** viabilizada por um serviço de capelania hospitalar formal. Coordenado por um ministro ordenado, este serviço provê suporte emocional e espiritual a utentes, familiares e profissionais, respeitando a diversidade de crenças. Complementarmente, o hospital utiliza a Rádio Chicuque (FM 93.5) como ferramenta de extensão terapêutica, transmitindo conteúdos educativos, preventivos e mensagens de conforto, o que solidifica a dimensão espiritual e comunitária no quotidiano hospitalar.

3.10.3. Justificativa Metodológica da Abordagem Comparativa

A selecção e caracterização paralela do Centro de Saúde da Machava II (CSMII) e do Hospital Rural de Chicuque (HRC) sustentam-se num critério de elegibilidade metodológica por contraste deliberado, essencial para responder à pergunta norteadora desta investigação. A escolha destas duas unidades sanitárias visa comparar o fenómeno da institucionalização da espiritualidade sob dois ecossistemas distintos do Serviço Nacional de Saúde (SNS): por um lado, o **CSMII** representa a realidade periurbana da Província de Maputo, caracterizada por uma gestão estritamente estatal, elevado fluxo de assistência e forte pressão tecnicista; por outro, o **HRC** corporiza a realidade rural da Província de Inhambane, operando num regime singular de parceria público-privada com matriz histórica confessional e forte enraizamento comunitário. Este desenho comparativo permite analisar de que forma as assimetrias geográficas, os modelos de gestão e os perfis socioculturais dos profissionais e utentes influenciam, limitam ou potencializam a eficácia do suporte espiritual e a retenção terapêutica no chão do hospital moçambicano, garantindo a robustez e a generalização analítica dos resultados obtidos através da Triangulação Concomitante.

3.11. Enquadramento Normativo das Unidades de Saúde em Moçambique

O funcionamento das instituições de saúde no país é regido pelo Diploma Ministerial n.º 40/2004, de 18 de Fevereiro – Regulamento Geral dos Hospitais (RGH**)**. Este dispositivo estabelece que a assistência hospitalar deve pautar-se pelo atendimento digno e pela humanização como indicador de qualidade. De forma estratégica para esta investigação, o

regulamento prevê a articulação com práticas complementares, sustentando a premissa de que a saúde é um fenómeno multidimensional que exige o respeito às matrizes culturais e espirituais.

Em última análise**,** o desenho metodológico aqui delineado, ao articular a profundidade fenomenológica da Análise de Conteúdo com a precisão multivariada da ADM, constitui a plataforma necessária para perscrutar o nexo entre o sagrado e a técnica. O rigor nos critérios de inclusão e o estrito respeito pelos protocolos do Comité Nacional de Bioética para a Saúde asseguram que os dados apresentados no capítulo seguinte não sejam meras abstracções, mas evidências robustas das (im)possibilidades de institucionalização da dimensão espiritual e do sagrado no seio do Serviço Nacional de Saúde de Moçambique.

CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo constitui o cerne desta investigação, onde a evidência empírica colhida no terreno é confrontada com o arcabouço teórico de **Frankl, Ngoenha, Mazula e Santos**. A análise desvela a arquitectura do cuidado no Serviço Nacional de Saúde, estruturando-se em cinco categorias dialécticas que permitem responder à pergunta de partida sobre as (im)possibilidades da institucionalização da dimensão espiritual e do sagrado:

- **Categoria (i)** – Influência da Dimensão Espiritual no Processo Terapêutico;
- **Categoria (ii)** – Necessidades Espirituais do Utente e o Suporte Familiar;
- **Categoria (iii)** – A Dimensão Espiritual como Ferramenta no Processo Terapêutico;
- **Categoria (iv)** – Institucionalização da Dimensão Espiritual no Processo Terapêutico;
- **Categoria (v)** – Análise Comparativa entre as Assimetrias e Convergências (CSMII vs. HRC).

Para que a leitura dos dados apresentados nas **Tabelas B, C, D e E** e dos **Quadros 1 a 15** não seja reduzida a uma frieza estatística, importa convocar o diálogo entre os nossos "gigantes teóricos". As percepções dos utentes da Machava II e de Chicuque são lidas sob a lente de **Harold Koenig (Duke University)**, que identifica a espiritualidade como o **«Escudo de Enfrentamento» (Coping)**, e de **Tyler VanderWeele (Harvard University)**, que a define como o **«Ingrediente Activo»** do florescimento humano.

Quando os dados revelam um hiato de silêncio, documenta-se a quebra deste escudo e a ausência deste ingrediente, o que empurra o utente para o risco do abandono terapêutico e da **«morte estatística»**. Esta análise inaugural não pretende apenas medir frequências, mas sim demonstrar como a institucionalização do sagrado é a âncora que impede que o "corpo-máquina" desista da vida por falta de conexão entre o fármaco (visível) e a alma (invisível).

Nesse sentido, a discussão fundamenta-se nos contributos de **Koenig**, que ao longo de quatro décadas de investigação clínica provou que a espiritualidade é a principal ferramenta de *Coping*, evidenciando que doentes com suporte espiritual recuperam mais rapidamente e apresentam menores índices de depressão. Complementarmente, a visão epidemiológica de **VanderWeele** valida este fenómeno em larga escala, demonstrando que o suporte espiritual

reduz a mortalidade por todas as causas em cerca de **30%**. Assim, o suporte espiritual não é um "acessório" cultural; é o componente vital que impede a **«morte estatística»** e permite que a vida floresça no **Sistema Nacional de Saúde**.

4.1. Categoria (i): A Influência da Dimensão Espiritual no Processo Terapêutico

A primeira categoria de análise dedica-se a investigar o impacto da dimensão espiritual e do sagrado na eficácia do percurso clínico, constituindo o pilar central da **Matriz de Problematização** desta investigação. Esta dimensão procura aferir em que medida a espiritualidade actua como um determinante de saúde capaz de influenciar a adesão, o sucesso terapêutico e a resiliência existencial. Através da triangulação entre as métricas de concordância e as evidências fenomenológicas, pretende-se demonstrar que o sagrado não é um elemento periférico, mas o substrato noético que sustenta a "vontade de viver" do utente moçambicano perante a cronicidade e a terminalidade.

4.1.1. Perspectiva dos Utentes e Profissionais (Casos 1 e 2 – CSMII)

A evidência empírica desvela que, no Centro de Saúde da Machava II, a espiritualidade é percebida como uma âncora noética fundamental para a resiliência. Conforme se infere dos dados, observa-se uma elevada validação da influência espiritual na cura, onde o utente harmoniza o fármaco com o sagrado numa **«Ecologia de Saberes»** (Santos, 2018)**.** Contudo, a análise revela um hiato entre a norma e a práxis: embora o sucesso terapêutico seja creditado à espiritualidade, subsiste uma neutralidade profissional de **39%**, sinalizando uma insegurança ética perante a ausência de regência formal do **MISAU**.

4.1.2. Perspectiva dos Utentes e Profissionais (Casos 3 e 4 – HRC)

Em contraste, os resultados no Hospital Rural de Chicuque demonstram uma estabilidade noética superior. A influência da dimensão espiritual é aqui vivenciada como uma normatividade operacional, onde a ferramenta espiritual é parte integrante do arsenal terapêutico. A coesão estatística observada sugere que a institucionalização — apoiada pela **Rádio Chicuque** e pela **Capelania** — converte a "vontade de sentido**"** (Frankl, 2019) numa competência clínica sistémica, reduzindo o risco de abandono terapêutico e potenciando a longevidade clínica.

4.1.3 Triangulação e Discussão dos Resultados Utentes da Machava (U-CSMII)

Esta secção inaugura a fase de inferência bioestatística e fenomenológica**,** centrando-se na percepção dos utentes do Centro de Saúde da Machava II. A estatística descritiva apresentada na **Tabela B** transcende o mero levantamento de frequências; ela constitui o alicerce empírico para apreender o significado de como a dimensão espiritual e o sagrado são processados e integrados no quotidiano de um ambiente de saúde periurbano. Neste cenário, a intersecção entre o rigor do modelo biomédico e a subjectividade transcendental do utente revela pontos de convergência vitais, mas também expõe hiatos normativos que desafiam a materialização efectiva da humanização, um dos seis valores da Política de Saúde Geral do País e a Estratégia da sua Implementação (Resolução 13/2021)**.**

Tabela B: Percepções dos Utentes sobre a Dimensão Espiritual (U-CSMII)

Item	Indicador da Dimensão Espiritual (U-CSMII)	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	N
1	Influência da dimensão espiritual no processo	**3,91**	**0,72**	38
2	Recebimento de apoio espiritual da equipa	**3,63**	**0,71**	38
3	Necessidades de apoio espiritual da família	**4,02**	**0,58**	38
4	Apoio espiritual provido pela família	**3,97**	**0,54**	38
5	Percepção da valorização profissional da espiritualidade	**4,18**	**0,69**	38
6	Espiritualidade como factor de sucesso (Coping +)	**4,28**	**0,65**	38
7	Espiritualidade como factor de fracasso (Coping -)*	**1,92**	**0,61**	38
Geral	**Índice Global de Institucionalização**	**3,68**	**0,34**	**38**

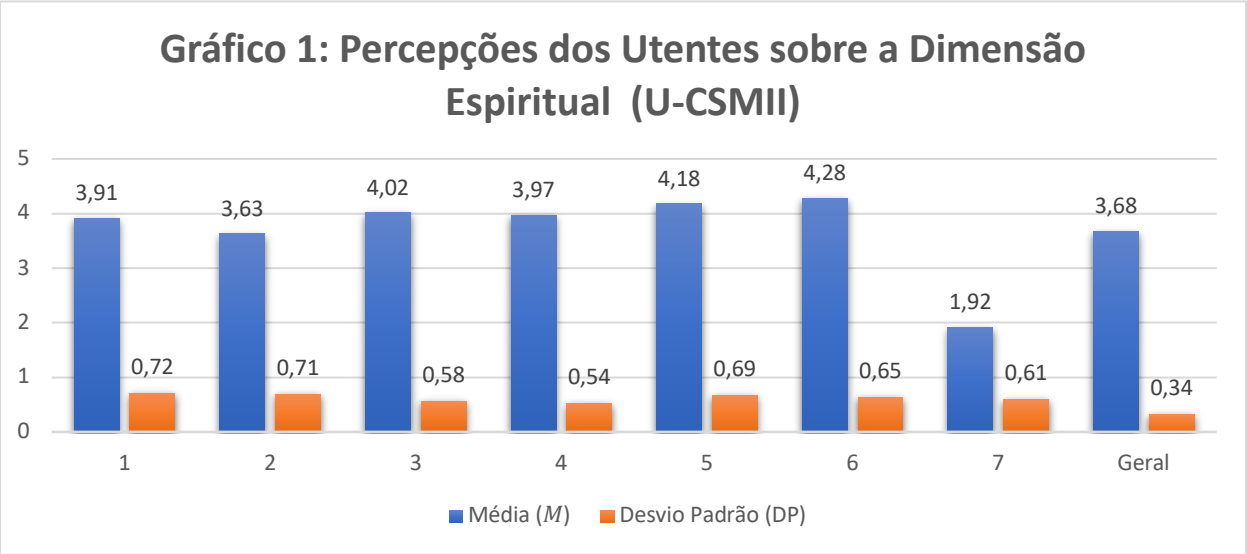
Nota*: O Item 7 * foi invertido estatisticamente para fins de consistência da escala*

Fonte: Elaboração da autora (2026), com base nos resultados do trabalho de campo e tratamento estatístico.

Os dados estatísticos relativos às percepções dos utentes revelam uma elevada concordância em relação à integração do sagrado no ambiente clínico. Como se pode observar na **Tabela B**, o Índice Global de Institucionalização fixou-se numa média de 3,68 (DP = 0,34), demonstrando que a espiritualidade é firmemente percebida como um recurso nodal de suporte. Destaca-se o Item 6, relativo à espiritualidade como factor de sucesso (Coping +), que obteve a pontuação média mais expressiva de 4,28 (DP = 0,65), ao passo que a percepção do fenómeno como factor de fracasso registou a menor média, fixando-se em 1,92 (DP = 0,61), validando a probidade da dimensão espiritual no processo terapêutico.

Para além do rigor descritivo exposto, importa escrutinar a configuração visual destas variáveis. O Gráfico 1 evidencia o contraste entre a elevada resiliência do utente e a fragilidade institucional do apoio prestado. Este cenário reforça a necessidade urgente de uma Soberania Terapêutica que formalize e regulamente o suporte que, actualmente, subsiste apenas através do esforço informal das famílias.

Gráfico 1: Perceções dos Utentes sobre a Dimensão Espiritual (U-CSMII)



Fonte: Elaboração da autora (2026), com base nos dados da Tabela B

4.1.4. Discussão dos Indicadores: O Hiato entre a Norma e a Práxis (U-CSMII)

A leitura hermenêutica da Tabela B permite apreender o significado da espiritualidade na Machava II como um fenómeno de resiliência informal. Embora as médias indiquem uma validação elevada, a dispersão dos dados revela tensões críticas na institucionalização.

i. ***A Espiritualidade como Determinante de Sucesso (Item 6 e PESS 2020-2029)***

A média de **4,28 (Item 6)** é o indicador de maior robustez estatística, posicionando a espiritualidade como o principal motor de *Coping* positivo. Este dado converge com as evidências de **Koenig (2023)** e **VanderWeele (2024)**, que identificam a dimensão espiritual como um "ingrediente activo" na adesão terapêutica. À luz do **Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS 2020-2029)**, este resultado prova que ignorar o sagrado no processo de cura é negligenciar um recurso epidemiológico já validado pela percepção do utente.

ii. ***A «Teia Familiar» e a "Bússola Noética" (Itens 3 e 4)***

As médias de **4,02** e **3,97** ratificam a centralidade da **«Teia da Vida»** (Ngoenha, 1994/2022). No ambiente periurbano da Machava, onde o sistema de saúde é frequentemente sobrecarregado, a família assume o papel de "unidade de cuidado espiritual". Conforme a Logoterapia de Frankl (2019)**,** a família providencia a "âncora noética" que impede o abandono do tratamento. Esta evidência sugere que a institucionalização pretendida pelo **MISAU** deve transitar de um modelo individualista para um modelo familiarista e comunitário.

iii. ***Défice de Apoio Institucional e a Estratégia de Humanização (Item 2)***

O ponto de maior fragilidade reside no **Item 2 (*M*=3,63)**, referente ao recebimento de apoio da equipa. Esta é a média mais baixa da escala positiva, revelando uma "zona de sombra". Enquanto a **Estratégia de Humanização do MISAU** defende o acolhimento espiritual, os dados indicam que, na prática, o utente ainda percebe uma lacuna no suporte provido pelo técnico. Para **Mazula (2025)**, este hiato demonstra que a humanização na Machava II é ainda uma "ética de intenções" e não uma "ética de operações".

iv. A Neutralização do Coping Negativo e a Justiça Cognitiva (Item 7)

A média reduzida no **Item 7 (*M*=1,92)** é um achado de elevado pendor analítico. Ela desmistifica o preconceito de que a espiritualidade em Moçambique seria um obstáculo à ciência biomédica. Pelo contrário, existe uma **«Ecologia de Saberes»** (Santos, 2018)latente: o utente utiliza a fé para fortalecer o rigor do tratamento clínico, e não para o substituir.

Embora a **Tabela B** mapeie a magnitude das percepções, a compreensão do fenómeno exige um mergulho na subjectividade dos utentes. Para conferir densidade à análise e apreender o significado por trás do **Índice Global de Institucionalização (*M*=3,68)**, o **Quadro 1** sistematiza as falas que dão rosto aos números, revelando como o apoio moral se converte em vontade de viver no quotidiano da Machava II.

Quadro 1: Influência da Dimensão Espiritual: Percepções dos Utentes (U-CSMII)

Sub-categoria	Descrição	Unidades de Registo (Falas U-CSMII)
Espiritualidade no Cuidado	Influência na adesão, motivação e superação do medo.	**i.** Sinto-me seguro e enfrento a doença com tranquilidade; **v.** Chorei e aceitei a doença, agora sinto-me forte; **vi.** Posso perder tudo menos a minha fé na cura; **xi.** Sinto algo dentro de mim que me puxa para a frente; **xiii.** Aumenta a consciência de cumprir com o tratamento; **xiv.** É a força fundamental para aceitar, correr atrás e mudar.
Respeito e Empatia	Atendimento acolhedor que cria conexão e segurança.	**i.** Tive medo, mas as orações dos irmãos ajudaram-me muito mesmo; **v.** Tinha medo de ir ao hospital; quando recebi moral, fiquei fortalecida; **vi.** Na medida em que encontro amparo na pessoa que atende; **viii.** Atender bem influencia muito no tratamento; **x.** A maneira como o técnico me atende influencia para

continuar o tratamento.

Fonte: Elaboração da autora (2026), com a partir da triangulação dos dados qualitativos e fenomenológicos.

4.1.5. Análise e Discussão: A Espiritualidade como Eixo de Re-existência (U-CSMII)

A triangulação entre os indicadores da **Tabela B** e as unidades de registo do **Quadro 1** revela que, na Machava II, a espiritualidade opera como uma "tecnologia de resiliência" que viabiliza a eficácia do **SNS**. Três dimensões fundamentais emergem desta análise:

i. A Dimensão Noética e a Vontade de Sentido (Frankl, 2019)

As falas evidenciam o "poder de resistência do espírito" inerente à ontologia moçambicana. O relato de que "chorei e aceitei a doença, agora sinto-me forte" **(v)**demonstra que a aceitação não é passividade, mas uma reconfiguração existencial. A força interior que "puxa para a frente" **(xi)** e que "aumenta a consciência de cumprir o tratamento" **(xiii)** é o motor da adesão que a farmacologia isolada não consegue accionar. Como sustenta Frankl (2019)**,** esta vontade de sentido converte o tratamento clínico num projecto de **re-existência** (Ngoenha, 2022)**,** onde a cura biológica é sustentada pela estabilidade da alma.

ii. A Teia da Vida e a Ética do Encontro (Ngoenha, 2022; Mazula, 2025)

A sub-categoria "Respeito e Empatia" materializa a **«Teia da Vida»**. Como defende Mazula (2025), a humanização atinge a sua plenitude ética quando o técnico se torna um agente de "moral" e "amparo" **(v, vi)**. A ilação de que "atender bem influencia muito no tratamento" **(viii, x)** prova que o respeito pela idiossincrasia do utente é um componente activo da eficácia clínica. Trata-se de uma ética da presença onde o acolhimento do sagrado familiar e individual funciona como o cimento que une a aliança terapêutica.

iii. Justiça Cognitiva e as Políticas do MISAU (Santos, 2018)

A percepção da espiritualidade como a "força fundamental para aceitar, correr atrás e mudar" **(xiv)** reflecte a urgência de uma **Ecologia de Saberes** (Santos, 2018)**.** Embora o **PESS (2020-2029**) foque na eficiência biomédica, o utente reivindica o seu saber espiritual como garante da cura. A institucionalização surge, assim, como um imperativo de **Justiça Cognitiva**,

onde o **MISAU** é convidado a reconhecer que a eficácia do sistema depende da harmonia entre a técnica e o transcendental

iv. Triangulação de Dados Intra-caso: Profissionais de Saúde (Caso 2: P-CSMII)

A análise da percepção dos profissionais de saúde do Centro de Saúde da Machava II **(**P-CSMII**)** permite uma compreensão holística e bidirecional do fenómeno da espiritualidade e do sagrado na prática clínica. A perspectiva do agente prestador de cuidados, enquanto mediador do sistema, revela uma aceitação robusta da dimensão espiritual como aliada estratégica no processo terapêutico. Esta validação técnica, que transcende a intuição pessoal para se aproximar de uma competência clínica latente, é evidenciada pelos indicadores descritivos sistematizados na Tabela C**.**

Tabela C: Percepções dos Profissionais de Saúde sobre a Dimensão Espiritual (P-CSMII)

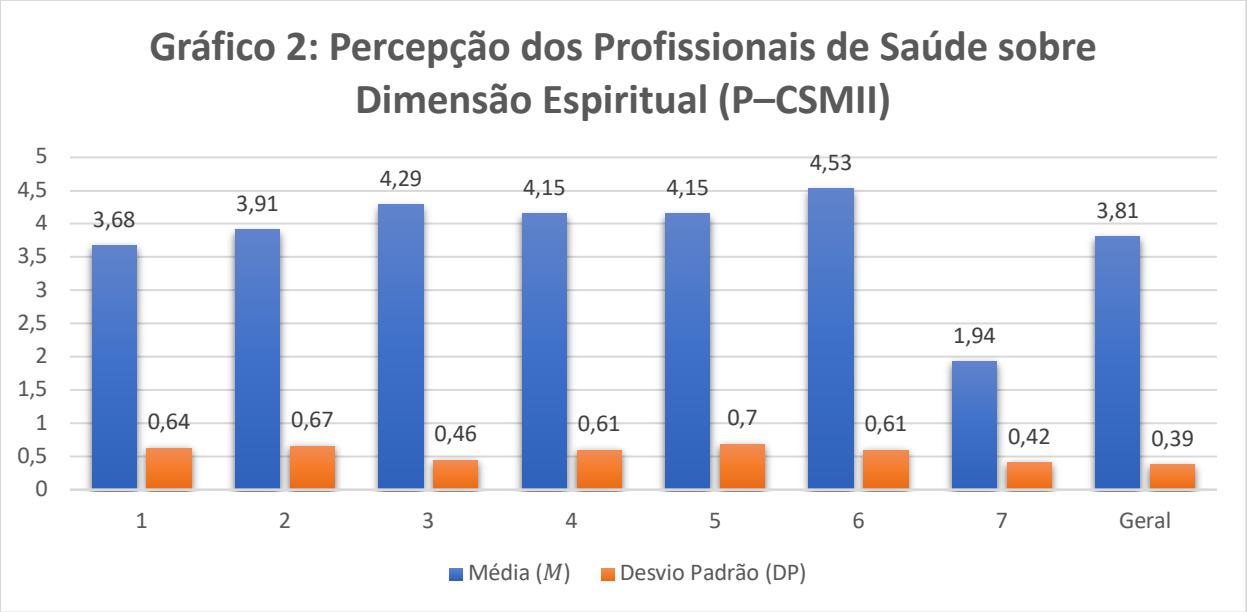
Item	Indicador da Dimensão Espiritual (P-CSMII)	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	N
1	Demonstração da influência espiritual pessoal	**3,68**	**0,64**	34
2	Fornecimento de apoio espiritual pela equipa ao utente	**3,91**	**0,67**	34
3	Percepção das necessidades espirituais da família	**4,29**	**0,46**	34
4	Percepção do apoio espiritual provido pela família	**4,15**	**0,61**	34
5	Espiritualidade como ferramenta clínica efectiva	**4,15**	**0,70**	34
6	Espiritualidade como factor de sucesso terapêutico	**4,53**	**0,61**	34
7	Espiritualidade como factor de fracasso (Coping -)*	**1,94**	**0,42**	32
Geral	**Índice Global de Institucionalização**	**3,81**	**0,39**	34

*Nota: O Item 7 * foi invertido estatisticamente para fins de consistência da escala*

Fonte: Elaboração da autora (2026), com base nos resultados do trabalho de campo e tratamento estatístico.

Complementarmente à tabela, o Gráfico 2 permite visualizar a tendência de consenso entre os técnicos, destacando o elevado grau de concordância no que concerne ao sucesso terapêutico e à valorização da família.

Gráfico 2: Perceções dos Profissionais de Saúde sobre a Dimensão Espiritual (P-CSMII)



Fonte: Elaboração da autora (2026), com base nos dados da Tabela C

4.1.6. Discussão dos Indicadores: A Perspectiva do Prestador e a Práxis Clínica (P-CSMII)

A leitura hermenêutica da **Tabela C**, secundada pela configuração visual do **Gráfico 2**, demonstra que os profissionais de saúde do **CSMII** validam a espiritualidade como um recurso terapêutico de elevada eficácia. Contudo, os dados revelam hesitações críticas na sua operacionalização formal, fruto do vácuo normativo que caracteriza o ambiente periurbano.

i. ***O Profissional como Testemunha da Vontade de Sentido (Item 6 e Frankl)***

O indicador de maior robustez estatística reside no **Item 6 (*M*=4,53)**, onde se observa um consenso quase absoluto sobre a espiritualidade como factor de sucesso. Para o corpo técnico, o sagrado não é uma abstracção, mas uma evidência fenomenológica observada no quotidiano clínico. Conforme a Logoterapia de Frankl (2019)**,** o profissional reconhece que o utente com uma "vontade de sentido" preservada apresenta uma resposta

superior à intervenção biomédica, transformando o suporte espiritual num aliado silencioso, porém vital, da farmacologia.

ii. A «Teia da Vida» como Extensão do Cuidado (Itens 3 e 4 e Ngoenha)

A média elevada no **Item 3 (*M*=4,29)** revela que o profissional identifica a família como o epicentro das necessidades espirituais. Este dado ratifica a **«Teia da Vida»** (Ngoenha, 1994/2022): o técnico de saúde compreende que o utente não é um átomo isolado, mas parte de um ecossistema relacional. Ao validar o suporte familiar (***M*=4,15**, Item 4), o profissional admite que a eficácia do tratamento é indissociável da estabilidade desta rede, o que se alinha com as directrizes de envolvimento comunitário do PESS 2020-2029 (MISAU)**.**

iii. O Hiato entre a Validação e a Operacionalização (Itens 5 e 2)

Um ponto de análise crítica emerge do contraste entre a validação da espiritualidade como ferramenta clínica (***M*=4,15**, Item 5) e a média mais modesta no fornecimento efectivo desse apoio (***M*=3,91**, Item 2). Esta discrepância sugere que, apesar da **Estratégia de Humanização**, o técnico carece de um "guia operativo" que legitime a sua intervenção. Como defende Mazula (2025)**,** a humanização exige que o "saber sentir" seja convertido em competência clínica, evitando que o suporte espiritual permaneça refém da intuição individual ou da "boa vontade" do prestador.

iv. *A Rejeição do Obscurantismo e a Justiça Cognitiva (Item 7 e Santos)*

A média reduzida no **Item 7 (*M*=1,94)** confirma que os profissionais do **CSMII** não percepcionam a espiritualidade como um factor de retrocesso. Observa-se aqui uma **«Ecologia de Saberes» (Santos, 2018)** prática: o técnico superou a dicotomia entre fé e ciência. Esta postura é o alicerce necessário para uma reforma institucional que respeite a diversidade cultural moçambicana sem comprometer o rigor científico.

Para conferir densidade interpretativa a esta validação e apreender o significado por trás dos indicadores quantitativos, o **Quadro 2** sistematiza as unidades de registo dos técnicos

do **CSMII**, desvelando as estratégias de acolhimento e o "sofrimento ético" que permeiam a prática no ambiente periurbano.

Quadro 2: Influência da Dimensão Espiritual: Percepções dos Profissionais (P-CSMII)

Sub-categoria	Descrição	Unidades de Registo (Falas P-CSMII)
Adesão e Enfrentamento	Persistência no tratamento, esperança e combate à desistência.	**ii.** "Paciente com o lado espiritual forte não desiste do tratamento"; **vii.** "Sinto que a minha experiência espiritual influencia positivamente... pouquíssimos falham ao tratamento"; **x.** "Quando sinto que o paciente tem o lado espiritual enfraquecido, procuro encorajar a seguir o tratamento"; **xii.** "Quando as pessoas se apegam a algo espiritual, conseguem lutar contra a doença e eu ajudo a ver o lado positivo".
Apoio Emocional e Conforto	Empatia e suporte na gestão do medo e do diagnóstico.	**iii.** "Quando me coloco no lugar do paciente e vivo a sua experiência"; **iv.** "Dialogar com um paciente, ouvir atentamente, por vezes no fim não preciso passar receita"; **vi.** "Doença degenerativa por vezes é agressiva e sinto que o paciente quer ouvir de mim uma mensagem de conforto"; **x.** "Cresci numa família cristã... uso a espiritualidade para encorajar no processo terapêutico".
Integração e Desafios	Respeito à crença e limites da intervenção clínica.	**ii.** "Tratar com respeito a espiritualidade do paciente"; **iv.** "Há pacientes que se recusam a falar... nesse caso é quase impossível influenciar"; **v.** "Existem pacientes que têm o seu lado espiritual danificado, que se torna difícil influenciar na busca da cura"; **vi.** "Confesso, não é fácil atender pessoas que já desistiram... por vezes dói o coração, enfim".

Fonte: Elaboração do autor (2026), a partir da triangulação dos dados qualitativos e fenomenológicos.

4.1.7. Análise e Discussão: O Profissional como Mediador da Esperança e do Sentido (P-CSMII)

A exegese das unidades de registo do **Quadro 2** permite apreender o significado das elevadas médias observadas na **Tabela C**, revelando que os profissionais do **CSMII**operam uma "clínica

da alma" informal para sustentar o rigor biomédico. Três ilações fundamentais emergem desta triangulação:

i. ***A Logoterapia Prática e a Prevenção da Desistência (Frankl, 2019)***

   A convicção de que o utente com suporte espiritual "não desiste" **(ii, vii)** e consegue "lutar contra a doença" **(xii)** valida a aplicação da Logoterapia de Frankl (2019) no contexto hospitalar. O profissional actua como um despertador da dimensão noética; ao identificar um paciente com o "lado espiritual enfraquecido" **(x)**, o técnico intervém para restaurar o sentido, provando que a espiritualidade é um preditor de adesão. Esta percepção justifica a robusta média de **4,53 (Item 6)** relativa ao sucesso do tratamento.

ii. ***A «Teia da Vida» e a Humanização da Escuta (Ngoenha, 1994/2022; Mazula, 2025)***

   A fala emblemática de que "por vezes no fim não preciso passar receita" **(iv)** constitui a prova máxima da **Ética da Alteridade** defendida por Mazula (2025)**.** O profissional reconhece que o alívio do sofrimento através da escuta atenta e da empatia **(iii, vi)** é, em si, um acto de cura. Esta interconexão reflecte a **«Teia da Vida»** (Ngoenha, 1994/2022)**,** onde a saúde é restaurada pela qualidade do vínculo humano e pelo "amparo" à subjectividade sagrada do outro.

iii. ***Ecologia de Saberes e a Gestão do Sofrimento Ético (Santos, 2018)***

   Os desafios relatados, como o sentimento de que "dói o coração" perante a falência da esperança **(vi)** e a dificuldade em influenciar quem "já desistiu", expõem a necessidade de uma **«Ecologia de Saberes»** (Santos, 2018)**.** Conclui-se que a (im)possibilidade de institucionalização no **MISAU** reside na urgência de transformar esta sensibilidade intuitiva em competência clínica formal, protegendo o técnico do desgaste emocional e do isolamento normativo.

4.1.8. Síntese de Integração Mista (Triangulação: Caso 2 – P-CSMII)

A triangulação dos dados confirma que a espiritualidade é reconhecida pela classe técnica como uma ferramenta clínica de elevado pendor. A convergência entre o **Índice Global de Institucionalização (*M*=3,81)** e os núcleos de sentido do **Quadro 2** demonstra que a institucionalização não seria uma imposição externa, mas a formalização de uma práxis já

aplicada. Em suma, o sucesso terapêutico validado pela expressiva média de **4,53 (Item 6)** encontra fundamento na capacidade do profissional em despertar a "vontade de sentido" (Frankl, 2019)**.** O "sofrimento ético" do profissional aponta para a necessidade de uma regência formal que converta a empatia individual em **Justiça Cognitiva** (Santos, 2018)**.**

4.1.9. Transição para o Contexto Rural: Utentes do Hospital Rural de Chicuque (Caso 3: U-HRC)

Concluída a análise do cenário periurbano, importa transitar para a topografia do cuidado no **Hospital Rural de Chicuque (HRC)**. Esta transição é acompanhada por uma mudança paradigmática, dado que o **HRC** opera sob uma gestão mista com forte herança missionária. Os resultados demonstram que a dimensão espiritual é aqui um pilar estruturante, onde o sagrado possui maior visibilidade sistémica através de dispositivos como a **Rádio Chicuque** e a **Capelania**. Esta realidade é sustentada pelos indicadores da **Tabela D**, que inauguram a análise do impacto da institucionalização formal na eficácia clínica.

Tabela D: Perceções dos Utentes sobre a Dimensão Espiritual (U-HRC)

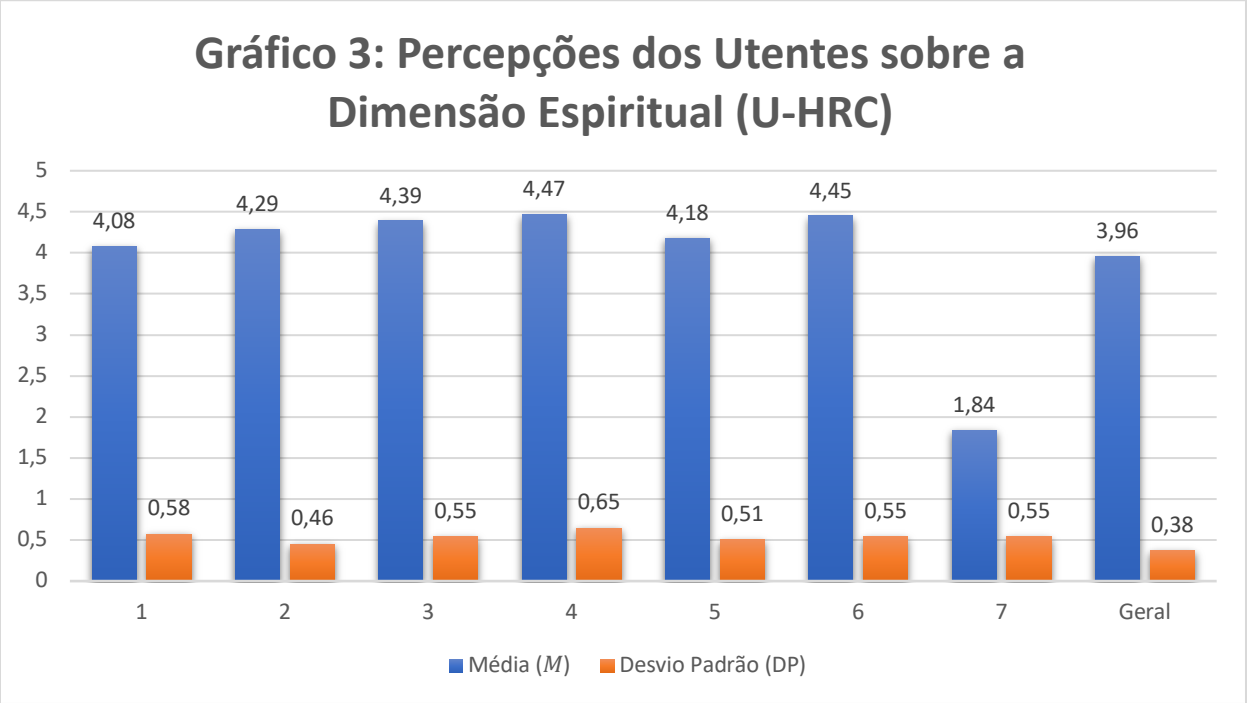
Item	Indicador da Dimensão Espiritual (U-HRC)	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	N
1	Influência da dimensão espiritual no processo	**4,08**	**0,58**	38
2	Recebimento de apoio espiritual da equipa	**4,29**	**0,46**	38
3	Necessidades de apoio espiritual da família	**4,39**	**0,55**	38
4	Apoio espiritual provido pela família	**4,47**	**0,65**	38
5	Percepção da valorização profissional da espiritualidade	**4,18**	**0,51**	38
6	Espiritualidade como factor de sucesso (Coping +)	**4,45**	**0,55**	38
7	Espiritualidade como factor de fracasso (Coping -)*	**1,84**	**0,55**	38
Geral	**Índice Global de Institucionalização**	**3,96**	**0,38**	**38**

*Nota: O Item 7 * foi invertido estatisticamente para fins de consistência da escala*

Fonte: Elaboração da autora (2026), com base nos resultados do trabalho de campo e tratamento estatístico.

A visualização da tendência de consenso no contexto rural é complementada pelo Gráfico 3, que ilustra a distribuição total da percepção geral, evidenciando médias consistentemente superiores às observadas no contexto periurbano**.**

Gráfico 3: Perceções dos Utentes sobre a Dimensão Espiritual (U-HRC)



Fonte: Elaboração do autor (2026), com base nos dados da Tabela D

4.1.10. Discussão dos Indicadores: A Espiritualidade como Pilar Estruturante (U-HRC)

A leitura dos indicadores da **Tabela D**, secundada pela configuração visual do **Gráfico 3**, revela um padrão de elevada validação da espiritualidade como componente activo da cura. Os dados sugerem que, no **HRC**, o sagrado actua como um regulador da homeostase existencial e um determinante crítico de adesão ao tratamento, apresentando uma coesão estatística superior à observada no contexto periurbano.

i. A Institucionalização de Facto e o Apoio da Equipa (Itens 2 e 5)

Diferente da Machava II, onde o recebimento de apoio espiritual constituía o ponto de maior fragilidade, em Chicuque o **Item 2 (*M*=4,29)** e o **Item 5 (*M*=4,18)** apresentam valores robustos com baixo desvio padrão (***DP*≤0,51**). Esta elevação indica que a herança missionária e a presença de dispositivos mediadores, como a **Rádio Chicuque**, criam um ambiente onde o utente se sente assistido de forma sistémica e não apenas fortuita. Conforme VanderWeele (2024)**,** esta integração actua como um preditor de saúde, pois reduz o *stress* da hospitalização e reforça a confiança na legitimidade institucional.

ii. A «Teia da Vida» na Ruralidade (Itens 3 e 4 e Ngoenha)

O suporte familiar atinge em Chicuque o seu ápice analítico (**Item 4, *M*=4,47**; **Item 3, *M*=4,39**). Este resultado ratifica a ontologia da **«Teia da Vida»** (Ngoenha, 1994/2022)**,** onde a saúde é um evento intrinsecamente relacional e comunitário. No *ethos*moçambicano rural, a cura é percebida como uma harmonia entre a técnica médica e o suporte espiritual colectivo, provando que a família é a **«bengala existencial»** sem a qual o processo terapêutico seria ontologicamente incompleto.

iii. Sucesso Terapêutico e Longevidade (Item 6 e Frankl)

Com uma média de **4,45** no **Item 6**, os utentes de Chicuque validam a espiritualidade como o motor do sucesso clínico. À luz de Frankl (2019)**,** o ecossistema do **HRC** facilita a "vontade de sentido", permitindo que o desespero do diagnóstico seja convertido em persistência. A reduzida média no **Item 7 (*M*=1,84)** confirma que a espiritualidade é, neste contexto, estritamente um recurso de *Coping* Positivo, ratificando a "vontade de viver" como um determinante proximal de saúde, conforme proposto por Koenig (2023)**.**

4.1.11. Análise Qualitativa: A Longevidade Clínica e a Ontologia Africana (U-HRC)

Para conferir densidade interpretativa à robustez estatística e apreender o significado das narrativas dos sujeitos, o **Quadro 3** sistematiza a fenomenologia dos utentes do **HRC**. Estes relatos desvelam como a dimensão espiritual e o sagrado se convertem em longevidade clínica, mediada por tecnologias locais e práticas de acolhimento que respeitam a identidade cultural do

cidadão. Esta realidade de **"maturidade institucional"** prova que a integração do invisível no visível é a chave para a sustentabilidade do **SNS** em Moçambique

Quadro 3: Influência da Dimensão Espiritual: Percepções dos Utentes (U-HRC)

Sub-categoria	Descrição	Unidades de Registo (Falas dos U-HRC)
Fortalecimento da Adesão	Persistência, disciplina e confiança no tratamento de longa duração.	**v.** "Sinto-me forte para fazer o tratamento, que é por toda a vida"; **x.** "O tratamento não é fácil, exige disciplina e um espírito forte"; **xiii.** "Aguento com o tratamento, no princípio é violento"; **xiv.** "Estou nesta luta há muito tempo, o meu lado espiritual é o meu estímulo".
Apoio Emocional e Resiliência	Redução do medo e ansiedade; promoção da vontade de viver.	**iii.** "Saber que estava doente... queria morrer, mas a técnica me encorajou e hoje estou aqui"; **v.** "Estou enferma há mais de 26 anos e sinto-me bem, ainda com vontade de viver"; **viii.** "A dimensão espiritual... serve de uma luz no fundo do túnel"; **ix.** "Eu me considero uma vencedora, estive tão mal quase na cova, agarrei-me no manto sagrado e voltei a ter forças".
Interação e Suporte	Papel mediador de profissionais, psicólogos e dispositivos institucionais.	**i.** "O lado espiritual precisa de ser cuidado e aqui no hospital encontro essa atenção"; **ii.** "Não desistir foi graças à psicóloga que despertou em mim a vontade de vencer"; **iii.** "Participar nas palestras despertou a minha consciência para aceitar o tratamento".
Desafios e Limitações	Barreiras relacionadas com a privacidade e o estigma rural.	**i.** "Quando respeitam a minha privacidade... não gosto de ser atendida pelo enfermeiro que me conhece".

Fonte: Elaboração do autor (2026), a partir da triangulação dos dados qualitativos e fenomenológicos.

4.1.12. Análise e Discussão: A Espiritualidade como Âncora de Longevidade (U-HRC)

A triangulação entre os indicadores de sucesso da **Tabela D** e as narrativas do **Quadro 3** demonstra que, no Hospital Rural de Chicuque, a espiritualidade é o substrato que sustenta a longevidade clínica e a re-existência do utente rural. Três dimensões emergem desta análise:

*i. **Optimismo Trágico e a Vontade de Viver (Frankl, 2019; Koenig, 2023)***

O relato de uma utente enferma há 26 anos **(v)**, que preserva a "vontade de viver", constitui a prova máxima da tese de Frankl (2019)**.** No HRC, a espiritualidade permite o que se denomina de **"optimismo trágico"**: a capacidade de dizer "sim" à vida apesar de um tratamento descrito como "violento" **(xiii)**. Esta "força interior" e o estímulo espiritual **(xiv)** validam a espiritualidade como um determinante epidemiológico, conforme proposto por Koenig (2023)**,** transformando o desespero do diagnóstico inicial numa persistência terapêutica de décadas.

*ii. **A «Teia da Vida» e a Re-existência Comunitária (Ngoenha, 1994/2022; Santos, 2018)***

A metáfora da espiritualidade como a "luz no fundo do túnel" **(viii)** e a acção dos mediadores institucionais e familiares reafirmam a **«Teia da Vida»** (Ngoenha, 1994/2022). Ao contrário do isolamento observado em outros contextos, o utente de Chicuque encontra no hospital uma **«Ecologia de Saberes»** (Santos, 2018) onde o "manto sagrado" **(ix)** e o protocolo biomédico coabitam. Esta integração sistémica permite ao utente transitar do choque inicial para a aceitação plena da cronicidade.

*iii. **Humanização Institucional e o Desafio da Privacidade (Mazula, 2025)***

A afirmação de que "aqui no hospital encontro essa atenção [espiritual]" **(i)** justifica a média elevada de apoio recebido da equipa (***M*=4,29**, Tabela D). Todavia, o desafio da privacidade (**Desafios, i**) alerta para os limites da institucionalização em contextos rurais. Para Mazula (2025)**,** a verdadeira humanização institucional sob regência do **MISAU**deve garantir que a espiritualidade seja integrada através de uma ética de sigilo absoluto, protegendo o utente enquanto se fortalece a sua "vontade de vencer" **(ii)**.

4.1.13. Síntese de Integração Mista (Triangulação: Caso 3 – U-HRC)

A triangulação dos dados revela que, sob influência da herança missionária, a espiritualidade no **HRC** deixa de ser um recurso reactivo para se converter num pilar estruturante da longevidade clínica. Os indicadores da **Tabela D** e do **Gráfico 3**apresentam um padrão de validação contundente, onde o sucesso terapêutico (**Item 6, *M*=4,45**) atinge um índice de concordância próximo dos 97%. Esta robustez estatística encontra fundamento nas falas do **Quadro 3**, provando que a espiritualidade opera como uma **"âncora noética"** (Frankl, 2019) que permite integrar a cronicidade numa narrativa de superação. A simbiose entre o suporte familiar (***M*=4,47**, Item 4) e a atenção institucional evidencia que a **«Teia da Vida»** é fortalecida por dispositivos formais, convertendo o hospital num autêntico espaço de **Justiça Cognitiva** (Santos, 2018)**.**

4.1.14. Análise Estatística e Qualitativa Intra-caso: Profissionais de Saúde (Caso 4 - HRC)

A análise da percepção dos profissionais de saúde do Hospital Rural de Chicuque (**P-HRC**) permite consolidar o entendimento da espiritualidade como um pilar estruturante no contexto rural. Os resultados revelam uma integração fluida entre a prática clínica e a dimensão espiritual, apresentando uma coesão estatística notável, conforme demonstram os indicadores descritivos da **Tabela E**.

Tabela E: Perceções dos Profissionais de Saúde sobre a Dimensão Espiritual: (P-HRC)

Item	Indicador da Dimensão Espiritual (P-HRC)	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	N
1	Demonstração da influência espiritual pessoal	**3,97**	**0,47**	33
2	Fornecimento de apoio espiritual pela equipa ao utente	**3,91**	**0,45**	33
3	Percepção das necessidades espirituais da família	**4,21**	**0,42**	33
4	Percepção do apoio espiritual provido pela família	**4,06**	**0,50**	33
5	Espiritualidade como ferramenta clínica efectiva	**4,12**	**0,60**	33

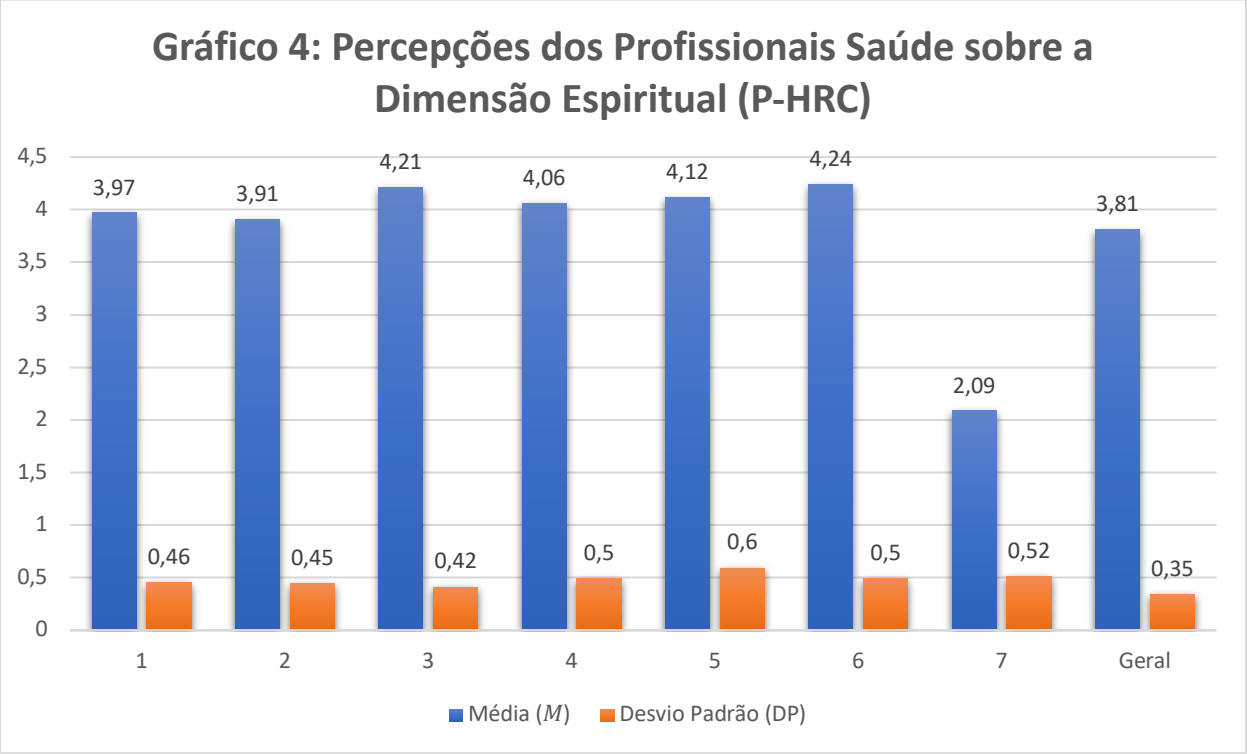
6	Espiritualidade como factor de sucesso terapêutico	**4,24**	**0,50**	33
7	Espiritualidade como factor de fracasso (Coping)*	**2,09**	**0,52**	33
Geral	**Índice Global de Institucionalização**	**3,81**	**0,35**	**33**

***Nota**: O Item 7 * foi invertido estatisticamente para fins de consistência da escala*

Fonte: Elaboração da autora (2026), com base nos resultados do trabalho de campo e tratamento estatístico.

Complementarmente à tabela, o Gráfico 4 permite visualizar a tendência de consenso entre os técnicos, destacando o elevado grau de concordância no que concerne ao sucesso terapêutico e à valorização da família, com desvio padrão significativamente reduzidos.

Gráfico 4: Percepções dos Profissionais de Saúde sobre a Dimensão Espiritual (P-HRC)



Fonte: Elaboração da autora (2026) com base nos dados da Tabela E

4.1.15. Discussão dos Indicadores: A Coesão Técnica e a Normalização do Sagrado (P-HRC)

A leitura hermenêutica da **Tabela E**, secundada pela configuração visual do **Gráfico 4**, revela que, no Hospital Rural de Chicuque, a espiritualidade é vivenciada como uma normatividade cultural e operativa. Diferente do cenário periurbano, os profissionais do **HRC** apresentam um consenso estatístico superior, o que sugere uma institucionalização de facto, facilitada pela robusta herança institucional da unidade.

i. O Consenso sobre a Eficácia Clínica (Itens 5 e 6)

As médias elevadas no **Item 6 (*M*=4,24)** e no **Item 5 (*M*=4,12)** ratificam a espiritualidade como um componente de eficácia técnica. Ao contrário da Machava, onde a validação dependia da subjectividade isolada do técnico, em Chicuque o baixo desvio padrão (***DP*≤0,60**) prova que a "ferramenta espiritual" é parte do arsenal terapêutico aceite pelo corpo clínico. Este dado corrobora a tese de VanderWeele (2024)**,** sugerindo que em ambientes onde a espiritualidade é sistemicamente integrada, os profissionais sentem-se seguros em validá-la como um determinante de cura e retenção.

ii. A «Teia da Vida» como Aliada Estratégica (Itens 3 e 4 e Ngoenha)

A elevada percepção das necessidades espirituais da família (***M*=4,21**, Item 3) e do suporte que esta providencia (***M*=4,06**, Item 4) confirma a ontologia da **«Teia da Vida»** (Ngoenha, 1994/2022)**.** No **HRC**, o profissional de saúde não compete com a família pelo controlo do paciente; pelo contrário, ele reconhece a família como o "pulmão espiritual" que sustenta a viabilidade do tratamento. Esta harmonia relacional explica por que a **Estratégia de Humanização do MISAU** encontra em Chicuque um terreno fértil para a sua plena execução.

iii. ***Ética da Alteridade e a Prática Regular (Item 2 e Mazula)***

O **Item 2 (*M*=3,91)** apresenta uma média sólida com o desvio padrão mais reduzido do estudo (***DP*=0,45**). Isto significa que em Chicuque o fornecimento de apoio espiritual pela equipa é uma prática constante e uniforme. Como defende Mazula (2025)**,** a

humanização atinge a sua maturidade institucional quando o cuidado espiritual transita de um "acto isolado de empatia" para um procedimento ético regular, legitimado pela própria estrutura do hospital (presença da Capelania e Rádio).

iv. A Neutralização de Barreiras e a Justiça Cognitiva (Item 7 e Santos)

A média de **2,09** no **Item 7** indica que os profissionais de Chicuque lidam com menos resistências espirituais ao tratamento. Existe uma **«Ecologia de Saberes»** (Santos, 2018) consolidada: os utentes utilizam a fé para potenciar a medicina, e os profissionais utilizam a medicina para honrar a vida que o paciente considera sagrada. Esta convergência reduz o conflito ético e eleva a qualidade do cuidado integral sob a égide do **PESS 2020-2029 (MISAU)**.

4.1.16. Análise Qualitativa: A Clínica da Proximidade e o Sentido do Cuidar (P-HRC)

Para além da objectividade estatística demonstrada, importa apreender o significado das práticas que sustentam este equilíbrio. A fim de compreender como o corpo técnico de um hospital rural traduz estas médias em actos concretos de "cura holística", o **Quadro 4** detalha as unidades de registo dos profissionais do **HRC**. Esta triangulação qualitativa permite desvelar como a espiritualidade é incorporada na "clínica da proximidade" e como a presença de dispositivos institucionais alivia o peso emocional do próprio cuidador, evitando o esgotamento ético observado em contextos menos integrados.

Quadro 4: Influência da Dimensão Espiritual: Percepções dos Profissionais (P-HRC)

Sub-categoria	Descrição	Unidades de Registo (Falas dos P-HRC)
Adesão e Aceitação	Facilitação do diagnóstico, fomento da confiança e persistência.	**ii.** A dimensão espiritual influencia na aceitação do diagnóstico; **iv.** O paciente ganha confiança; **vii.** É um estímulo para não desistir do tratamento; **ix.** Os resultados da minha influência vejo quando o paciente adere ao tratamento e recupera; **xi.** Influencia na renovação da confiança de alcançar a cura.
Gestão Emocional	Redução do medo e angústia;	**i.** Influencia a lidar com o medo e a angústia; **ii.** "Influencia a saber aceitar a doença com tranquilidade";

	promoção da saúde mental.	**iv.** Influencia a lidar com sentimentos de inferioridade e desânimo; **vii.** "influencia na promoção da saúde mental; **ix.** Busca do equilíbrio emocional e espiritual do paciente"
Humanização e Sentido	Cuidado empático, satisfação do utente e propósito de vida.	**i.** Aumenta a satisfação do paciente por saber que tem alguém que se importa; **ii.** Atendo com empatia, levo um pouco mais de tempo ouvindo o paciente; **iv.** Na busca de significados para a vida com a enfermidade; **vi.** Influencia na busca do significado e propósito de vida; **viii.** Influencia na humanização e nos cuidados.
Riscos e Ética	Desafios à influência positiva e impacto da conduta ética.	**i.** Falar sem ética sobre a doença pode assustar o paciente; **iv.** Influencia como fonte de força e consolo; **v.** Às vezes influencia na desistência do tratamento, quando falta empatia.

Fonte: Elaboração do autor (2026), a partir da triangulação dos dados qualitativos e fenomenológicos.

4.1.17. Síntese Conclusiva da Categoria (i): Influência da Dimensão Espiritual e do Sagrado

O encerramento da análise da Categoria (i) permite concluir que a influência da dimensão espiritual e do sagrado no processo terapêutico moçambicano não constitui um fenómeno periférico, mas o substrato que garante a viabilidade da cura. A triangulação definitiva entre os dados bioestatísticos (**Tabelas B, C, D e E**) e as evidências fenomenológicas (**Quadros 1, 2, 3 e 4**) revela que a espiritualidade opera como uma **«âncora noética»** (Frankl, 2019)**,** convertendo o choque do diagnóstico em vontade de viver e retenção terapêutica.

A robustez estatística desta categoria, visualizada através dos **Gráficos 1, 2, 3 e 4**, demonstra que a espiritualidade actua como um determinante de saúde validado por taxas de sucesso percebido que oscilam entre **86% (CSMII)** e **97% (HRC)**. Estes índices encontram o seu significado nas unidades de registo, onde o sagrado é descrito como a "força que puxa para a frente". Conforme preconizado por VanderWeele (2024)**,** estas configurações provam que o suporte espiritual funciona como um **«ingrediente activo»**que potencializa o rigor biomédico estabelecido no **PESS 2020-2029 (MISAU)**.

Depreende-se, portanto, que a Categoria (i) prova que a institucionalização não seria uma imposição externa, mas a formalização de uma **«Teia da Vida»** (Ngoenha, 1994/2022) já existente. Neste sentido, a aplicabilidade desta ontologia relacional não é refém da abundância de recursos materiais; pelo contrário, em cenários de escassez, a interdependência e a harmonia relacional tornam-se dispositivos de compensação. Embora a falta de fármacos constitua uma limitação física severa no **SNS**, a desumanização é uma ruptura ética que pode ser evitada através de uma nova consciência profissional. A institucionalização da espiritualidade funciona, portanto, como uma tecnologia de cuidado de baixo custo e alto impacto, onde o acolhimento e o respeito pela dignidade operam como o amálgama que mantém o sistema funcional perante a precariedade. Como sustenta Mazula (2025)**,** a cura plena em Moçambique exige que o **SNS** transite de um tecnicismo isolado para uma **Justiça Cognitiva** (Santos, 2018)**.**

4.2. Categoria (ii): Necessidades Espirituais do Utente e Suporte familiar

A análise desta categoria reitera que a saúde em Moçambique é uma ontologia relacional. A família não é percebida meramente como um acompanhante logístico, mas como a estrutura que sustenta a "Teia da Vida" (Ngoenha, 2022). As unidades de significado desvelam que o suporte espiritual familiar actua como uma barreira crítica contra a terminalidade e o desespero existencial. Depreende-se, portanto**,** que a materialização da humanização no SNS exige o reconhecimento da família como co-terapeuta, garantindo que o cuidado integral transcenda a 'humanização oca' e se firme numa ética da presença, protegida pela **Soberania Terapêutica** moçambicana.

4.2.1. As Necessidades Espirituais e a «Teia Familiar» no CSMII (Caso 1)

A análise das necessidades espirituais no Centro de Saúde da Machava II demonstra que a família constitui o epicentro da resiliência do utente periurbano. Estatisticamente, esta centralidade é validada pela elevada média de **4,02 (Item 3, Tabela B)**, indicando que o suporte familiar é percebido como um imperativo de sobrevivência e adesão.

Nesse sentido, as evidências revelam que, perante o hiato normativo institucional, a satisfação destas necessidades é frequentemente transferida para o profissional de saúde, através de uma busca incessante por amparo emocional e validação do sagrado. Para conferir densidade a esta

discussão e apreender o significado da família como o reduto de sentido, o **Quadro 5** detalha as unidades de registo que emergem desta dimensão fenomenológica, revelando como a **«Teia da Vida»** (Ngoenha, 1994/2022) se manifesta no quotidiano da Machava II.

Quadro 5: Apoio Espiritual dos Profissionais Percebido pelos Utentes (U-CSMII)

Sub-categoria	Descrição	Unidades de Registo (Falas dos U-CSMII)
Espiritualidade no Cuidado	Influência na adesão, motivação e superação do medo.	**iv.** "O calor e atenção que recebo do técnico (...), quando ele não está volto para casa, com ele tenho paz"; **vii.** "Recebo conselhos dos técnicos da importância de nunca desistir"; **ix.** "Pelo atendimento, você percebe que está com uma pessoa espiritualmente bem"; **xiv.** "Os Conselheiros da saúde dão moral de que posso vencer a doença".
Respeito e Empatia	Atendimento acolhedor que cria conexão e segurança psicológica.	**i.** "Quando sou recebida com uma saudação, logo à partida sinto paz"; **iv.** "Às vezes sinto apoio num sorriso"; **x.** "Tratado de boa maneira ao ponto de ter coragem de apoiar outras pessoas"; **xv.** "Quando não me julga, já me apoia"; **xx.** "Na forma como sou tratada nas consultas com empatia".

Fonte: Elaboração da autora (2026), a partir da triangulação dos dados qualitativos e fenomenológicos.

4.2.2. Discussão Integrada: A «Paz» como Dispositivo de Retenção Terapêutica (CSMII)

A triangulação entre os indicadores da **Tabela B** e as unidades de registo do **Quadro 5** revela que, no CSMII, a espiritualidade é apreendida pelo utente através da ética do encontro. A "paz" relatada nas falas não constitui um conceito abstracto, mas um indicador de segurança ontológica que viabiliza a permanência no sistema.

i. ***A Dependência Interpessoal e o Carisma Individual (Frankl e Mazula)***

A Tabela B indicava uma média de **3,63 (Item 2)** para o apoio da equipa, mas o Quadro 5 desvela a mecânica desta percepção. A fala **(iv)** — "quando ele não está volto para casa, com ele tenho paz" — é um achado de significativa densidade fenomenológica. Ela valida a Logoterapia de **Frankl (2019)**, onde o sentido é mediado pelo vínculo, mas

expõe uma "impossibilidade" institucional: a espiritualidade na Machava II é fragmentada e carismática. Para Mazula (2025), esta dependência prova que a humanização ainda não é sistémica, deixando o utente vulnerável à ausência do profissional "espiritualmente bem" **(ix)**.

ii. A «Teia da Vida» e a Re-existência pelo Respeito (Ngoenha e MISAU)

A recorrência da palavra "paz" associada à "saudação" e ao "sorriso" **(i, iv)** remete à **«Teia da Vida»** (Ngoenha, 1994/2022). No *ethos* moçambicano, o respeito é o rito que religa o doente à vida. Quando o utente afirma que o bom tratamento lhe dá "coragem de apoiar outras pessoas" **(x)**, ele está a expandir a teia. Este dado alinha-se com a **Estratégia de Humanização do MISAU**, demonstrando que o acolhimento empático é o que permite transitar do medo para a consciência de lutar contra a doença.

iii. Justiça Cognitiva e a Clínica do Não-Julgamento (Santos, 2018)

A ilação de que "quando não me julga, já me apoia" **(xv)** reflecte a urgência de uma **«Ecologia de Saberes»**. Para **Santos (2018)**, esta ausência de julgamento é uma forma de **Justiça Cognitiva**: o profissional valida a humanidade do utente antes do protocolo técnico, convertendo a consulta num espaço de significado e re-existência.

4.2.3. Da Subjectividade Urbana à Estrutura Rural: O Caso do HRC (Caso 3)

A análise no CSMII revelou que, no ambiente periurbano, o apoio espiritual é uma experiência dependente da "sorte" do encontro clínico. Contudo, para apreender o significado da (im)possibilidade de institucionalização plena, importa transitar para a topografia do cuidado no HRC.

Diferente do cenário anterior, no Hospital Rural de Chicuque a espiritualidade transita de uma vivência subjectiva para uma infra-estrutura de cuidado. Aqui, os dispositivos institucionais fundamentam a percepção do utente, validada estatisticamente pela **Tabela D** com médias superiores no recebimento de apoio (***M*=4,29**, Item 2). O **Quadro 6** sistematiza a densidade fenomenológica deste suporte, onde a "paz" individual se converte numa tecnologia de retenção sistémica mediada pela Capelania e pela Rádio Chicuque.

Quadro 6: Apoio espiritual dos profissionais percebido pelos utentes (U-HRC)

Sub-categoria	Descrição	Unidades de Registo (Falas dos U-HRC)
Empatia e Respeito no Atendimento	Atitudes que promovem confiança e sensação de cura imediata.	**i.** "Sinto que estou no lugar e com pessoa certa para cuidar de mim"; **iii.** "O facto da pessoa me atender com empatia, já me sinto curada"; **vii.** "Respeito pela minha privacidade e pelo meu terço que rezo sempre"; **x.** "O técnico me atende bem... quando saio da sua sala sinto paz".
Encorajamento e Motivação	Estímulo para a persistência em tratamentos de longa duração.	**iii.** "Estou neste tratamento há mais de 20 anos e estou bem" **vi.** "O técnico (...) disse: quer viver? Então toma remédio e segue os conselhos"; **vii.** "Dizem que sou um caso de sucesso, tenho agora 25 anos e procuro manter meu CD4 em bons níveis".
Apoio por Palestras e Mensagens	Suporte via dispositivos institucionais e tecnologias de comunicação.	**iv.** "Sinto apoio através das mensagens de esperança que ouço na Rádio Chicuque" **v.** "Escuto orações na Rádio Chicuque de manhã e a tarde, me fortalecem bastante"; **vi.** "Ouvir experiências de sucesso da Conselheira valeram muito".

Fonte: Elaboração do autor (2026), a partir da triangulação dos dados qualitativos e fenomenológicos.

4.2.4. Discussão Integrada: A Espiritualidade como Tecnologia de Cuidado e Retenção (HRC)

A triangulação entre os indicadores da **Tabela D** e as unidades de registo do **Quadro 6** demonstra que, em Chicuque, a espiritualidade é uma ferramenta operacional que garante a longevidade clínica preconizada nas directrizes de humanização do **MISAU**.

i. A Clínica da Proximidade e a Vontade de Sentido (Frankl e VanderWeele)

A fala **(iii)** — "já me sinto curada" apenas pelo atendimento empático — é um indicador fenomenológico do que *VanderWeele (2024)* define como a espiritualidade enquanto preditor de saúde. Para o utente do HRC, o encontro clínico é um espaço de **Logoterapia** *(Frankl, 2019),* onde o respeito por **objectos sagrados** (como o terço, fala **vii**) e a "paz"

sentida (**fala x**) são os componentes que activam a "vontade de viver" necessária para enfrentar a cronicidade e a terminalidade.

ii. ***Longevidade e a «Teia da Vida» Institucional (Ngoenha e Koenig)***

Os relatos de utentes com **20 e 25 anos** de tratamento (falas **iii** e **vii**) constituem o resultado empírico da **«Teia da Vida»** (Ngoenha, 1994/2022) fortalecida pela instituição. Em Chicuque, a saúde é preservada através de uma rede que liga o técnico, o fármaco e o sagrado. Segundo Koenig (2023)**,** este suporte contínuo é o que permite manter a estabilidade clínica e os níveis de **CD4**, provando que a institucionalização da espiritualidade garante a retenção que o **PESS (2020-2029)** almeja.

iii. ***A Rádio Hospitalar como Dispositivo de Justiça Cognitiva (Santos e Mazula)***

O papel da **Rádio Chicuque** (falas **iv** e **v**) constitui o diferencial discriminante desta unidade. Ela funciona como uma **«Ecologia de Saberes»** (Santos, 2018) sonora, que valida a cultura do utente. Para Mazula (2025)**,** esta é a materialização da humanização: o hospital utiliza tecnologias para renovar "energias positivas", transformando o tempo de espera num momento de fortalecimento espiritual e apreensão de significado.

4.2.5. As Necessidades Espirituais e a «Teia Familiar» no CSMII (Caso 1)

A centralidade da família como núcleo de suporte espiritual é um dos achados mais robustos desta pesquisa no contexto periurbano da Machava II. Estatisticamente, a **Tabela B** validou esta premência através do **Item 3 (*M*=4.02)**, indicando que, na ausência de uma formalização institucional sistemática, o utente opera uma transferência de necessidade para o núcleo doméstico. O **Quadro 7** sistematiza as unidades de registo que fundamentam esta interdependência ontológica, onde a família actua como a última barreira contra o desespero existencial.

Quadro 7: Os Utentes Necessitam de Apoio Espiritual da Família (U-CSMII)

Sub-categoria	Descrição	Unidades de Registo (Falas dos Utentes – CSMII)
Importância Fundamental	Necessidade absoluta e pilar	**ii.** "Sem o apoio espiritual, eu teria ido embora há muito tempo";

	de sobrevivência existencial.	**iii.** "Quando não tinha apoio até pensei em me suicidar, mas graças a Deus minha irmã mais velha me salvou"; **iv.** "Ninguém consegue vencer sem apoio espiritual da família"; **xii.** "O apoio da família é necessário, sem apoio espiritual você morre antes do tempo".
Fonte de Apoio	Núcleo de parentesco como matriz de suporte e conforto.	**iv.** "Sou de cabeça problemática e minha mãe me dá apoio espiritual e conforto"; **v.** "Minha mãe tem ferros nas duas pernas, mas me acompanha sempre, o apoio espiritual dela não tem preço"; **vi.** "Principalmente dos meus irmãos mais velhos".

Fonte: Elaboração do autor (2026), a partir da triangulação dos dados qualitativos e fenomenológicos.

4.2.6. Discussão Integrada: A Família como Unidade de Cuidado e Re-existência (CSMII)

A triangulação entre os indicadores da **Tabela B** e as unidades de registo do **Quadro 7** revela que, no CSMII, a família opera uma **«Humanização de Base»**, servindo como o último reduto contra o colapso existencial do utente.

i. A Barreira contra a Terminalidade e a Logoterapia (Frankl, 2019)

A crueza das falas **(ii, iii e xii)** demonstra que a espiritualidade familiar actua na fronteira entre a vida e a morte. A afirmação de que "sem apoio espiritual você morre antes do tempo" **(xii)** e o relato da ideação suicida travada pela intervenção da irmã **(iii)**confirmam a tese de Frankl (2019)**.** No CSMII, a família providencia a **«âncora noética»**que o sistema formal ainda não operacionalizou. O dado quantitativo (***M*=4.02**) encontra aqui o seu significado: a família é o que mantém o utente "de pé", convertendo a dor em resiliência e vontade de viver.

ii. O Sacrifício Geracional e a «Teia da Vida» (Ngoenha, 1994/2022; MISAU)

A descrição da mãe que, apesar da limitação física ("ferros nas duas pernas"), garante o suporte espiritual **(v)**, é a materialização máxima da **«Teia da Vida»** (Ngoenha, 1994/2022). Em Moçambique, a saúde é um evento comunitário e sacrificial. Esta evidência prova que a Estratégia de Humanização do **MISAU** deve, obrigatoriamente,

integrar a família como parceira do acto médico, reconhecendo-a como a instituição invisível que garante a adesão em situações de extrema precariedade.

iii. Justiça Cognitiva e a Ética da «Bengala» (Santos, 2018; Mazula, 2025)

A percepção da família como uma necessidade absoluta **(iv)** é, para o utente, um imperativo de **Justiça Cognitiva** (Santos, 2018)**.** O hospital não pode ignorar este saber curativo vernáculo. Para Mazula (2025)**,** a institucionalização sob regência do Estado deve proteger este suporte, assegurando que a família seja a **«bengala existencial»**formalmente reconhecida e apoiada pelo protocolo clínico oficial.

4.2.7. A «Bengala Existencial» na Ruralidade: Transição para o Caso do HRC

Se no contexto periurbano a família surge como um socorro contra a finitude, no contexto rural de Chicuque essa rede ganha uma dimensão de **"porto seguro"**institucionalizado. A transição para o **HRC** permite-nos observar como a **«Teia da Vida»**opera numa comunidade onde a interdependência geracional é a norma. Os dados da **Tabela D**, com a média de **4.47 (Item 4)**, antecipam o que o **Quadro 8** agora desvela: em Chicuque, a família é a estrutura que garante que o tratamento clínico seja um projecto de **"re-existência"** colectiva e não um fardo individual.

Quadro 8: Os Utentes Necessitam de Apoio Espiritual da Família (U-HRC)

Sub-categoria	Descrição	Unidades de Registo (Falas dos U-HRC)
Necessidade de Apoio Familiar	Imperativo universal e pilar de resiliência.	**iv.** Será que alguém doente dispensa apoio da Família? Sempre precisa"; **viii.** "O início não tinha, pesava 45 kgs, minha tia cuidou-me e deu força... veja agora estou Bonita"; **ix.** "O apoio da família é como uma bengala sem a qual o idoso não anda".
Impacto Terapêutico	Suporte na adesão e aceitação da cronicidade.	**iii.** "Quando a doença bate fundo, você fica perdido e a família é o porto seguro"; **vii.** "O apoio da família é muito importante... para nunca desistir do tratamento"; **xiv.** "Recebo apoio da minha avó, ela é a minha força, minha inspiração; não conheci meus pais".

Desafios e Superação	Gestão da revolta e do isolamento inicial.	**ii.** "Fui muito rebelde, fiquei isolada e revoltada, quase tirei minha própria vida, mas meus pais me apoiam em tudo".

Fonte: Elaboração do autor (2026), a partir da triangulação dos dados qualitativos e fenomenológicos.

4.2.8. Discussão Integrada: A «Teia Familiar» como Matriz de Longevidade (HRC)

A análise do **Quadro 8**, em articulação com a **Tabela D**, demonstra que, em Chicuque, o sucesso de décadas relatado pelos utentes é sustentado por uma simbiose entre a estrutura hospitalar e o reduto doméstico.

i. **A Metáfora da Bengala e o Porto Seguro (Frankl, 2019)**

A analogia da família como uma **«bengala» (ix)** e um «porto seguro» **(iii)** valida Logoterapia de Frankl (2019)**.** No HRC, a doença é descrita como "violenta" **(xiii)**, mas o apoio familiar impede que o utente sucumba ao desespero. O relato da utente que recuperou a auto-estima ("estou bonita", **viii**) através do cuidado da tia prova que o suporte espiritual familiar tem efeitos psicossomáticos reais na recuperação biológica e na dignidade do cidadão.

ii. A «Teia da Vida» e a Solidariedade Geracional (Ngoenha, 1994/2022; MISAU)

A presença de avós **(xiv)** e pais **(ii)** como fontes de suporte reafirma a **«Teia da Vida»** (Ngoenha, 1994/2022)**.** Em Chicuque, a cura é um evento colectivo. Esta evidência reforça que a **Estratégia de Humanização do MISAU** deve ser desenhada para capacitar estas redes, reconhecendo que a "força e inspiração" da família é o que permite ao utente enfrentar o tratamento "por toda a vida" **(v)**.

iii. Humanização e a Redução da Vulnerabilidade (Mazula, 2025; Santos, 2018)

A superação da ideação suicida através do amparo dos pais **(ii)** sublinha a necessidade da Ética de **Mazula (2025)**. Para **Santos (2018)**, esta é a verdadeira **Justiça Cognitiva**:

reconhecer que a rede familiar que providencia o sentido para viver é tão vital para a cura quanto o fármaco.

4.2.9. Conclusão Intermédia de Integração Mista da Categoria (ii): Da Percepção Técnica à Necessidade Ontológica

A análise da Categoria (ii) opera a triangulação definitiva entre as métricas estatísticas e as unidades de significado, revelando a arquitectura do suporte espiritual nos dois contextos:

- **i. Apoio Profissional (Tabelas B, D e Quadros 5, 6):** A evidência revela uma assimetria: no CSMII, o apoio da equipa é o indicador mais modesto (M = 3,63), enquanto no HRC ascende para uma validação robusta (M = 4,29). As ilações apontam para uma transição do carisma individual para a estrutura institucional.
- **ii. A «Bengala Familiar» (Tabelas B, D e Quadros 7, 8):** Observa-se um consenso absoluto trans-hospitalar (M = 4,02 na Machava e M = 4,47 em Chicuque), fornecendo o lastro estatístico para a «Teia da Vida». A família é a "unidade de cuidados intensivos espirituais" que impede o utente de "morrer antes do tempo" (**Quadro 7, xii**).

Conclusão da Categoria (ii): Depreende-se que a espiritualidade em Moçambique é uma rede de interdependências. A regência normativa do **MISAU** sobre esta matéria visa proteger esta teia, garantindo que o direito à saúde integral seja respeitado em toda a sua profundidade ontológica e cultural.

4.3. Categoria (iii): A Dimensão Espiritual como Ferramenta no Processo Terapêutico

Nesta categoria, a discussão é ancorada na capacidade do profissional em utilizar a espiritualidade para a re-significação da dor. Os dados mostram que, quando a técnica biomédica reconhece o sagrado do utente, opera-se uma Justiça Cognitiva que humaniza o tempo e o espaço hospitalar. Para os profissionais, a espiritualidade surge como um recurso de *coping* que permite gerir a "impotência" perante a finitude, transformando o encontro clínico num "diálogo de almas" (Mazula, 2025).

4.3.1. A Espiritualidade como Instrumento Operacional no (P-CSMII: Caso 2)

A análise da percepção dos profissionais do Centro de Saúde da Machava II demonstra que a dimensão espiritual e o sagrado são mobilizados como recursos estratégicos para colmatar as lacunas do modelo biomédico. Estatisticamente, esta tendência foi consolidada pela **Tabela C**, onde o **Item 5 (*M*=4,15)** valida a espiritualidade como uma ferramenta clínica efectiva. Para apreender como o "saber sentir" se converte em "acto técnico" informal, o **Quadro 9** sistematiza as unidades de registo do quotidiano clínico periurbano.

Quadro 9: Aceitação da Dimensão Espiritual como Ferramenta (P-CSMII)

Sub-categoria	Descrição	Unidades de Registo (Falas dos P-CSMII)
Apoio e Encorajamento	Uso da espiritualidade para restaurar a confiança e gerir o desespero	**i.** "A minha espiritualidade pode servir de ferramenta... o meu encorajamento e empatia são fundamentais"; **iv.** "O encorajamento espiritual tem sido a minha prática... é fundamental para o processo terapêutico"; **ix.** "Atendo pacientes desesperados e sem a dimensão espiritual muitos não estariam recuperados".
Influência na Adesão	A espiritualidade como facilitador de resultados e tranquilidade.	**iii.** "O medicamento pode ser bom, mas se o lado espiritual for fraco o paciente pode não melhorar"; **iv.** "Os pacientes com uma espiritualidade forte fazem o tratamento com tranquilidade".
Reconhecimento da Ferramenta	Mudança de perspectiva e visão holística do cuidar.	**i.** "No início da minha profissão rejeitei a espiritualidade, no entanto o tempo mostra que posso me apoiar nela"; **vii.** "É impossível tratar pacientes oncológicos e idosos sem abordar a espiritualidade"; **ix.** "Apesar da falta de habilidade espiritual, sinto que esta dimensão é uma ferramenta importante".

Papel do Paciente e Desafios	Dinâmicas de bloqueio, liderança religiosa e apoio externo.	**ii.** "A espiritualidade negativa prejudica o tratamento, mesmo em pacientes clinicamente estáveis"; **iii.** "Há tratamento que não resulta porque o lado espiritual está bloqueado"; **iv.** "Mãe seropositiva que recusava o protocolo de transmissão vertical, pois o pastor confirmara a sua cura... consciencializar não foi fácil, mas após o diálogo espiritual ela aderiu e o filho nasceu negativo"; **v.** "Aceitam apoio, mas antes precisam de consultar o líder espiritual".

Fonte: Elaboração do autor (2026), a partir da triangulação dos dados qualitativos e fenomenológicos.

4.3.2. Discussão Integrada: A Clínica do Sentido e a Ecologia de Saberes (CSMII)

A triangulação entre os indicadores da **Tabela C** e as unidades de registo do **Quadro 9** revela que o profissional do **CSMII** opera uma "clínica de fronteira", onde a dimensão espiritual e o sagrado funcionam como o garante da adesão e da eficácia terapêutica. Três eixos sustentam esta análise:

i. A Metanoia Profissional e a Vontade de Sentido (Frankl, 2019)

A fala **(i)** é emblemática: a transição da rejeição inicial para a aceitação da espiritualidade revela uma maturidade ética e clínica. Conforme Frankl (2019)**,** o profissional descobre que a eficácia biológica tem limites; quando a técnica se esgota, a dimensão noética torna-se a ferramenta principal para sustentar a esperança. Ao admitirem que pacientes oncológicos e idosos não podem ser assistidos sem esta abordagem **(vii)**, os técnicos validam a espiritualidade como um determinante de saúde de elevada ordem.

ii. O Fármaco e o "Lado Fraco": Ecologia de Saberes (Santos, 2018)

A ilação de que «o medicamento pode ser bom, mas se o lado espiritual for fraco o paciente não melhora» **(iii)** traduz a **«Ecologia de Saberes»** (Santos, 2018) na sua forma mais pragmática. O profissional reconhece que a técnica e a fé são aliadas na adesão. Um exemplo de elevada densidade clínica é o relato da **médica ginecologista (iv)**: a mediação espiritual foi o factor decisivo para vencer o fanatismo que bloqueava o tratamento de uma parturiente seropositiva. Ao re-significar o uso do fármaco como um acto de cuidado pelo filho, a médica garantiu o sucesso do protocolo e o nascimento de uma **criança com serologia negativa**. Esta evidência prova que a institucionalização no **MISAU** é um imperativo de **Soberania Terapêutica**, essencial para evitar que o vácuo normativo resulte em falhas biológicas evitáveis.

iii. Humanização e o Défice de Formação (Mazula, 2025; Ngoenha, 1994/2022)

A necessidade de o paciente consultar o "líder espiritual" **(v)** prova que a **«Teia da Vida»** (Ngoenha, 1994/2022) se estende para fora do ambiente hospitalar. Para Mazula (2025)**,** a institucionalização plena exige que o hospital dialogue com estas autoridades morais. O reconhecimento da "falta de habilidade espiritual" **(ix)** aponta para uma lacuna na formação académica, reforçando que a (im)possibilidade de institucionalização reside na ausência de currículos que preparem o técnico para esta ferramenta vital.

4.3.4. A Espiritualidade como Ferramenta de Sobrevivência e Sentido no HRC (Caso 4)

Se no ambiente periurbano a espiritualidade é uma ferramenta descoberta pela experiência individual e pelo tempo de serviço, importa agora apreender o significado desta dimensão num contexto de visibilidade institucional e herança missionária.

A análise da percepção dos profissionais do **HRC** consolida a espiritualidade como um pilar de competência clínica sistémica. A **Tabela E** já antecipava uma validação elevada (***M*=4,12**, Item 5), mas o **Quadro 10** revela que, no contexto rural, a espiritualidade é a tecnologia de cuidado que gere o limite entre a vida e a morte, sustentando a resiliência tanto do utente quanto do próprio cuidador, prevenindo o esgotamento ético e fortalecendo a aliança terapêutica.

Quadro 10: Aceitação da Dimensão Espiritual como Ferramenta – Profissionais (P-HRC)

Sub-categoria	Descrição	Unidades de Registo (Falas dos P-HRC)
Aceitação e Eficácia	Reconhecimento da espiritualidade como ferramenta poderosa e milagrosa.	**ii.** "A dimensão espiritual é uma ferramenta poderosa, tenho larga experiência disso"; **v.** "A dimensão espiritual faz milagres na saúde do paciente"; **vi.** "A espiritualidade é ferramenta forte, sem isso você entra em pânico ao ver alguém a morrer"; i **x.** "Não aprendi na formação, na prática confirmo que deve ser usada como ferramenta".
Benefícios Clínicos	Impacto na redução do suicídio, medo e na ressuscitação da esperança.	**vii.** "Sinto que a minha actuação tem contribuído para a redução dos índices de suicídio... trato também o foro espiritual"; **viii.** "Pessoas que chegam quase sem fôlego, mas 'ressuscitam' por causa da sua espiritualidade"; **x.** "Já deixei pacientes sem esperança... mas devido à espiritualidade forte conseguiram ter alta hospitalar".
Humanização e Vínculo	Espiritualidade como motor de empatia, distinguindo-a da religiosidade ritos.	**ii.** "Aprendi que posso ser espiritual sem ser religioso"; **vi.** "A confiança cria um vínculo de aproximação e permite ter abertura para adesão"; **viii.** "Aqui, por ser um hospital ligado à igreja, há momentos de meditação e mostra quão importante é a espiritualidade".
Desafios e Formação	Barreiras éticas, falsas crenças e lacunas curriculares.	**i."**Já vi pacientes enganados por falsas crenças, não aceitou receber sangue e não consegui persuadir"; **ii.** "A dimensão espiritual é uma ferramenta que deve ser explorada, incluir na formação".

Fonte: Elaboração do autor (2026), a partir da triangulação dos dados qualitativos e fenomenológicos.

4.3.5. Discussão Integrada: A «Clínica do Milagre» e a Ética da Transcendência (P-HRC)

A triangulação entre os dados do **HRC** revela que o profissional de saúde rural opera no que Santos (2018) define como uma tradução intercultural profunda, onde a técnica e o sagrado coabitam para evitar o colapso do sistema e do próprio cuidador.

i. A Gestão do Pânico e o Sentido do Sofrimento (Frankl, 2019)

A fala **(vi)** é reveladora: a espiritualidade é a ferramenta que protege o próprio profissional do "pânico" e do desespero perante a finitude. Segundo Frankl (2019)**,** a dimensão noética oferece o suporte necessário para o técnico suportar o "optimismo trágico" do quotidiano hospitalar. Ao observar pacientes que **"ressuscitam" (viii)** ou que sobrevivem contra o prognóstico médico inicial **(x)**, o profissional valida a espiritualidade como uma ferramenta de resiliência ocupacional e eficácia clínica.

ii. A Prevenção do Suicídio e a «Teia da Vida» (Ngoenha, 1994/2022; MISAU)

O relato de que a actuação espiritual reduz os índices de suicídio **(vii)** constitui um achado de significativa densidade fenomenológica. Prova que a integração desta dimensão responde directamente às metas de Saúde Mental do **PESS 2020-2029**. Ao acolher o "foro espiritual", o técnico está a remendar a **«Teia da Vida»** (Ngoenha, 1994/2022)**,** impedindo que o vazio existencial resulte em terminalidade prematura ou abandono terapêutico **(xi)**.

iii. Espiritualidade Laica e Humanização (Mazula, 2025; Santos, 2018)

A distinção entre ser "espiritual" e "religioso" **(ii)** é o passo fundamental para a institucionalização laica no seio do Estado. Para **Mazula (2025)**, a humanização plena ocorre quando o vínculo de confiança **(iv, vi)** permite a adesão ao tratamento de longa duração. Contudo, o desafio das "falsas crenças" **(i)** reforça que a **«Ecologia de Saberes»** (Santos, 2018) exige uma regência normativa do **MISAU** e formação académica **(ix, x)**, para que a eficácia da cura não seja obscurecida pelo risco do fanatismo ou do erro ético.

4.3.6. Síntese Conclusiva da Categoria (iii)

A análise comparativa dos **Quadros 9 e 10** prova que os profissionais de saúde em Moçambique, do periurbano ao rural, já mobilizam a espiritualidade como uma ferramenta clínica *de facto*. Depreende-se que a (im)possibilidade de institucionalização não reside na resistência dos técnicos, mas na ausência de habilidade espiritual formal e de inclusão curricular. A espiritualidade é o **«ingrediente activo»** (VanderWeele, 2024) que transmuta o hospital num espaço de **re-existência** e longevidade clínica.

4.4. Categoria (iv): Institucionalização da Dimensão Espiritual no Processo Terapêutico

A pesquisa identifica factores críticos que obstaculizam a institucionalização formal. A barreira principal reside na ausência de directrizes sistematizadas e na carência de formação curricular, o que remete o cuidado espiritual para a intuição individual. Por outro lado, a existência de modelos como o de Chicuque actua como um facilitador, provando que a regência do MISAU pode converter a "tolerância passiva" numa Bioética da Alteridade protegida por lei.

4.4.1. Perspectivas de Sucesso e Fracasso na Machava II: A Voz do Utente (Caso 1)

A análise da institucionalização no **CSMII** revela uma consciência crítica apurada por parte dos utentes sobre a viabilidade desta reforma. Estatisticamente, o Índice Global de Institucionalização (***M*=3.68, Tabela B**) posiciona a unidade numa zona de "neutralidade latente", onde a aceitação do sagrado coexiste com a precariedade normativa. O **Quadro 11** permite apreender o significado deste índice, demonstrando que o sucesso da proposta depende da transição definitiva de um modelo tecnicista para um paradigma de cuidado integral. Para o utente periurbano, o sucesso institucional é medido pela capacidade do hospital em acolher o **"porto seguro"** familiar e o **"amor de salvar vidas" (xi)**, sem os quais a técnica se torna estéril.

Quadro 11: Sucesso ou Fracasso da Institucionalização: Utentes (U-CSMII)

Sub-categoria	Descrição	Unidades de Registo (Falas dos U-CSMII)
Formação Profissional	Capacitação técnica nos termos recomendados pela OMS.	**i.** "Sucesso se o profissional tiver formação e saber que a sua espiritualidade também influencia";
		vi. "Falta de formação é o que estamos a assistir, não trabalham na mesma direcção";
		xi. "Sucesso se a formação for orçamentada e realizada, fracasso é pensar que será mágica".
Cuidado Integral	Tratamento holístico envolvendo o	**iii.** "Sozinho você não vai longe, mas acompanhado em casa e no hospital você está seguro";

	profissional, o paciente e a família.	**v.** "Fracasso quando o lado espiritual do técnico entra em choque com o do paciente"; **x.** "Sucesso quando se percebe de cuidar do homem como um todo".
Respeito e Ética	Fortalecimento da espiritualidade através da aceitação das crenças.	**i.** "Sucesso se respeitarem as minhas crenças e fracasso quando me mandarem deitar o meu santinho"; **iv.** "Quando o médico passa a receita antes mesmo de conversar... não existe diálogo saudável"; **xi.** "Quando a saúde cuidar da dimensão espiritual pode diminuir as enchentes nos hospitais".

Fonte: Elaboração do autor (2026), a partir da triangulação dos dados qualitativos e fenomenológicos.

4.4.2. Discussão Integrada: Entre a Magia da Formação e a Ética da Alteridade (U-CSMII)

A triangulação entre as unidades de registo do **Quadro 11** e a normativa de saúde moçambicana revela que a institucionalização da espiritualidade é percebida pelo utente como uma alavanca de eficiência para o **SNS**. Três eixos sustentam esta análise:

i. A Formação como Acto Político e Orçamental (MISAU e OMS)

As falas **(vi, xi)** demonstram que o utente identifica a carência de formação como a génese da descoordenação assistencial. A ilação de que a capacitação não pode ser um evento "mágico", mas um investimento "orçamentado" **(xi)**, dialoga directamente com o **PESS 2020-2029 (MISAU)**. O utente reivindica que o compromisso com a **OMS** se traduza em currículos que ensinem o técnico a gerir a sua própria espiritualidade **(i)** para melhor cuidar do outro, transformando a intuição em competência.

ii. *A «Teia da Vida» contra o Choque Epistemológico (Ngoenha, 1994/2022; Santos, 2018)*

O receio de ser coagido a "deitar o santinho fora" **(i)** e o "choque entre o lado espiritual do técnico e do paciente" **(v)** ilustram a urgência de uma **«Ecologia de Saberes»** (Santos, 2018)**.** Para Ngoenha (1994/2022)**,** o hospital não pode ser um lugar de ruptura da **«Teia da Vida»**. O utente assevera que o sucesso depende do reconhecimento de que ninguém

vence a doença "sozinho" **(iii)**, exigindo uma institucionalização que proteja os direitos ontológicos em prol da retenção clínica.

iii. Humanização e Eficiência: O Fim da "Receita sem Diálogo" (Mazula, 2025; Frankl, 2019)

A crítica ao médico que "passa a receita sem conversar" **(iv)** expõe o hiato na Estratégia de Humanização. Para Mazula (2025)**,** o diálogo é a ferramenta de **Justiça Cognitiva**. Um achado de significativa densidade fenomenológica é a percepção de que o cuidado espiritual pode "diminuir as enchentes nos hospitais" **(xi)**, sugerindo que a espiritualidade promove a resiliência, reduzindo a pressão sobre o sistema e conferindo um sentido à vida, conforme a Logoterapia de Frankl (2019)**.**

4.4.3. Perspectivas de Sucesso e Fracasso: A Visão do Profissional (P-CSMII)

A análise da percepção dos profissionais do CSMII consolida a espiritualidade como o **"fármaco invisível"** que sustenta a humanização no ambiente periurbano. Estatisticamente, o Índice de Validação Profissional (***M*=3.81, Tabela C**) ganha aqui a sua face fenomenológica: a espiritualidade é a ferramenta que gere a lacuna entre a escassez de recursos e a complexidade do sofrimento humano. Para apreender o significado dos factores que podem ditar o êxito ou o colapso desta proposta sob a óptica de quem cuida, o **Quadro 12** sistematiza os facilitadores e barreiras identificados pelo corpo técnico da Machava.

Quadro 12: Sucesso ou Fracasso da Institucionalização: Profissionais (P-CSMII)

Sub-categoria	Descrição	Unidades de Registo (Falas dos Profissionais – CSMII)
Factores de Sucesso	Promoção da humanização, confiança e suporte ao cuidador.	**iii.** "Uso a minha espiritualidade para lidar com a impotência perante situações difíceis... ver uma criança a morrer"; **v.** "Na espiritualidade busco forças para mim e transmito aos colegas e pacientes"; **ix.** "Dar assistência espiritual tem sido um desafio diário, mas necessário".
Benefícios no Cuidado	Alívio do sofrimento, escuta activa e	**vi.** "Procuro servir-me da minha experiência para trazer significado ao sofrimento do paciente"; **ix.** "No TARV ajudo os pacientes a encontrarem significado

	re-significação da dor.	do sofrimento"; **xv.** "Um abraço, um sorriso, um aperto de mão levanta o ânimo de lutar"; **xix.** "Quando a doença avança progressivamente a espiritualidade tem sido o suporte".
Barreiras e Desafios	Desgaste emocional, falta de capacitação e hiato entre o discurso e a prática.	**i.** "Com uma espiritualidade baixa tem sido difícil lidar com o desgaste emocional"; **iii.** "Não tenho abordado questões de espiritualidade aos meus pacientes por falta de capacitação"; **iv.** "Fala-se muito sobre espiritualidade na saúde, pouco se faz".

Fonte: Elaboração do autor (2026), a partir da triangulação dos dados qualitativos e fenomenológicos.

4.4.4. Discussão Integrada: A Espiritualidade como «Tubo de Escape» e Competência Ética (P-CSMII)

A triangulação entre os indicadores da **Tabela C** e as evidências do **Quadro 12** permite apreender o significado da espiritualidade como uma infra-estrutura emocional que viabiliza, na prática, o **Plano Estratégico do Sector da Saúde (2020-2029)**.

i. ***A Logoterapia como Protecção contra o* Burnout *(Frankl, 2019)***

Um dos achados de significativa densidade fenomenológica reside na fala **(iii)** sobre o uso da espiritualidade para mitigar a "impotência" perante a finitude e o acto de "ver uma criança a morrer". Conforme a Logoterapia de Frankl (2019)**,** o profissional mobiliza a dimensão noética para não sucumbir ao desespero em cenários trágicos. A espiritualidade opera como um "suporte para as emoções" e um "tubo de escape", provando que a sua institucionalização é uma medida de saúde ocupacional urgente para proteger quem cuida.

ii. ***A «Teia da Vida» e a Clínica da Re-significação (Ngoenha, 1994/2022; Mazula, 2025)***

Ao utilizar a espiritualidade para "trazer significado ao sofrimento" **(vi)** e sustentar o utente quando a "doença avança progressivamente" **(xix)**, o profissional assume o papel de mediador da **«Teia da Vida»** (Ngoenha, 1994/2022)**.** A humanização materializa-se

no "abraço e no sorriso" **(xv)**, descritos como catalisadores da vontade de lutar. Para Mazula (2025)**,** esta é a **«Ética da Presença»**: o sucesso institucional depende da capacidade de desdramatizar o percurso clínico, humanizando a topografia da dor.

iii. O Hiato da Capacitação e a Justiça Cognitiva (Santos, 2018)

A barreira da "falta de capacitação" **(iii)** evidencia que o sistema exige o que não ensina. Subsiste uma **Justiça Cognitiva** (Santos, 2018) por cumprir: o técnico reconhece a eficácia espiritual, inclusive no **TARV (ix)**, mas sente-se desarmado tecnicamente. A ilação é inequívoca: para o êxito da institucionalização, o **MISAU** deve transitar do discurso à práxis, integrando a espiritualidade como uma competência clínica formal.

4.4.5. Perspectivas de Sucesso e Fracasso: A Voz do Utente (U-HRC)

A análise da institucionalização no **HRC** demonstra que a "clínica do invisível" produz efeitos biológicos e sociais tangíveis. Enquanto a **Tabela D** validou estatisticamente a confiança no sistema com um índice próximo de **97%**, o **Quadro 13** desvela a base ética dessa percepção: o respeito absoluto pela **alteridade** e pela dignidade ontológica do paciente rural. Nesta topografia do cuidado, a institucionalização não é uma promessa, mas uma realidade mediada por dispositivos que honram a alma do cidadão.

Quadro 13: Sucesso ou Fracasso da Institucionalização: Utentes (U-HRC)

Sub-categoria	Descrição	Unidades de Registo (Falas dos U-HRC)
Factores de Sucesso	Respeito, adaptação profissional e compromisso ético.	**i.** "Sucesso quando há respeito e cuidado comigo e fracasso quando não se verifica isso";
		iv. "Sucesso se o profissional souber lidar com essa dimensão espiritual sua e do paciente";
		viii. "Senti respeito quando rezava o terço e até a médica me encorajou".
Benefícios Terapêuticos	Redução da desistência, aceitação do luto e sucesso reprodutivo.	**iii.** "Pode diminuir a desistência... uma pessoa espiritualmente forte olha para a frente sem medo";
		vii. "Foi através do apoio espiritual que nos encorajou a termos filhos negativos e são saudáveis";
		viii. "Aceitei a morte do meu marido e de continuar a fazer o tratamento".

Factores de Fracasso	Desprezo, julgamento moral e estigma no atendimento.	**iv.** "O julgamento de como a pessoa apanhou a doença e o desprezo enfraquece a pessoa"; **v.** "Ninguém vence a doença sentindo-se desprezada".
Apoio Externo	Integração de psicólogos, activistas e redes familiares.	**iii.** "Faço o tratamento sem medo, tem uma activista que me visita e dá conselhos"; **vi.** "A técnica viu que eu tinha receio, mandou-me para a psicóloga, que me animou".

Fonte: Elaboração da autora (2026), a partir da triangulação dos dados qualitativos e fenomenológicos.

4.4.6. Discussão Integrada: A Ética do Terço e a Vitória sobre o Estigma (U-HRC)

A triangulação dos dados de Chicuque revela que a institucionalização da espiritualidade e do sagrado é o principal antídoto contra o abandono terapêutico no seio do **MISAU**. Três ilações emergem desta análise:

i. ***A Espiritualidade como Preditor de Saúde Reprodutiva (Koenig e VanderWeele)*** Um dos achados de maior impacto clínico reside na fala **(vii)**: o apoio espiritual foi o mediador para a aceitação do protocolo de prevenção da transmissão vertical, resultando em "filhos negativos e saudáveis". Isto confirma a tese de VanderWeele (2024) sobre a espiritualidade como um **«ingrediente activo»** na saúde pública. O sucesso no **HRC** não é apenas psicológico; é geracional, garantindo o direito à vida e a eficácia das metas do **SNS**.

ii. ***A «Teia da Vida» e a Re-significação da Perda (Ngoenha, 1994/2022; Frankl, 2019)*** A fala sobre a aceitação da morte do cônjuge **(viii)** demonstra que a espiritualidade permite a re-significação do sofrimento profundo. Conforme a Logoterapia de **Frankl (2019)**, o utente encontra um sentido para persistir no seu próprio tratamento apesar da perda. Esta harmonia é sustentada pela **«Teia da Vida» (Ngoenha, 1994/2022)**, onde o

técnico, ao validar o uso do "terço", respeita a identidade ontológica e fortalece a resiliência do sujeito.

iii. Justiça Cognitiva contra o Julgamento Moral (Santos, 2018; Mazula, 2025)

O alerta sobre o "julgamento de como a pessoa apanhou a doença" **(iv)** expõe a barreira crítica do estigma. Para Mazula (2025)**,** o desprezo é a negação da humanidade. A institucionalização plena exige uma **«Justiça Cognitiva»** (Santos, 2018) onde o profissional gere a sua própria espiritualidade para não projectar preconceitos, transformando o hospital num "porto seguro".

4.4.7. Perspectivas de Sucesso e Fracasso: A Visão do Profissional (P-HRC)

A análise da percepção dos profissionais do **HRC** consolida a espiritualidade como uma competência clínica operativa e sistémica. A **Tabela E (*M*=4,12, Item 5)** já indicava a validação desta dimensão, mas o **Quadro 14** desvela que o sucesso da institucionalização em Chicuque reside na transição do "carisma individual" para um **"compromisso colectivo" (vii)**. Este cenário permite apreender o significado da (im)possibilidade de reforma no **MISAU**, provando que onde o sagrado é visível, o profissional sente-se eticamente amparado para exercer a clínica da proximidade e da humanização.

Quadro 14: Sucesso ou Fracasso da Institucionalização: Profissionais (P-HRC)

Sub-categoria	Descrição	Unidades de Registo (Falas dos P-HRC)
Factores de Sucesso	Humanização, persuasão para a adesão e formação aplicada.	**v.** "Tive capacitação nessa área da espiritualidade, e bem aplicada traz sucesso no tratamento"; **v."**Sucesso... se o Ministério da Saúde apostar na formação de todos, desde o guarda até ao especialista"; **vii.** "O que faz ter sucesso é o compromisso pessoal e colectivo de implementar a norma".
Benefícios Terapêuticos	Redução de sintomas de ansiedade, depressão e busca de	**ii.** "Fracasso está intimamente ligado à fraca espiritualidade; dimensão espiritual diminui sintomas de ansiedade e depressão"; **vii.** "Ajudado a compreender o sentido da vida e buscar a cura em vez de castigo";

	sentido.	**xi.** "Assistir espiritualmente melhora a qualidade de vida e reduz mortes por HIV".
Barreiras e Desafios	Falta de tempo, escassez de ética e desequilíbrio noético.	**ii.** "Atendimento precisa de tempo e por causa da demanda não temos tempo suficiente"; **iii.** "O tratamento falha por falta de empatia"; **v.** "Há pacientes fortes fisicamente e espiritualmente fracos... isso constitui um fracasso".
Capacitação e Suporte	Uso de tecnologias locais (Rádio) e necessidade de currículos formais.	**iv.** "A espiritualidade ajuda-me a lidar com o stress provocado pelo trabalho"; **vi.** "Escutamos a Rádio Chicuque... sinto que mudou a minha vida e dos pacientes"; **v.** "Preciso de capacitação, infelizmente ainda não tive a sorte de ser selecionada".

Fonte: Elaboração da autora (2026), a partir da triangulação dos dados qualitativos e fenomenológicos.

4.4.8. Discussão Integrada: A Clínica do Sentido e a Resiliência Ocupacional (HRC)

A triangulação entre os dados do **HRC** revela que a espiritualidade é o ingrediente activo que permite a transição da sobrevivência biológica para a qualidade de vida clínica **(**VanderWeele, 2024**).**

i. A Logoterapia contra a Patologia do Castigo (Frankl, 2019; Koenig, 2023)

Um achado crítico reside na intervenção sobre a crença da "doença como castigo" **(vii)**. Ao auxiliar o utente a compreender o sentido da vida, o profissional aplica a **Logoterapia de** Frankl (2019)**.** Esta reconfiguração noética garante a adesão ao **TARV (xi)**, comprovando a tese de Koenig (2023) de que a espiritualidade melhora os indicadores clínicos em patologias crónicas.

ii. A Rádio Chicuque como Dispositivo de Saúde Ocupacional (Santos, 2018; MISAU)

A revelação de que a **Rádio Chicuque** auxilia o profissional a gerir o *stress* provocado pela pressão do trabalho **(iv, vi)** constitui um achado de significativa densidade fenomenológica. A espiritualidade institucionalizada funciona como um suporte

de **Saúde Ocupacional**. Isto sugere ao **MISAU** que a institucionalização protege o técnico contra o *Burnout*, humanizando a instituição de "dentro para fora".

iii. O Compromisso Colectivo e a Ética da Alteridade (Mazula, 2025; Ngoenha, 1994/2022)

O sucesso em Chicuque é um **"compromisso pessoal e colectivo de implementar a norma" (vii)**, ratificando a **«Teia da Vida»** (Ngoenha, 1994/2022)**.** Contudo, a escassez de tempo **(ii)** e eventuais falhas éticas **(iii)** são riscos a considerar. Conforme Mazula (2025), a institucionalização exige uma regência normativa que garanta o tempo necessário para o encontro humano, convertendo a "sorte" da formação em direito laboral.

4.4.9. Conclusão Intermédia de Integração Mista da Categoria (iv): O Veredicto da Institucionalização

A análise da Categoria (iv) opera a convergência final entre a percepção de quem recebe e a de quem presta o cuidado:

i. **A Perspectiva dos Utentes (Quadros 11 e 13)**: A institucionalização é o divisor de águas entre o acolhimento e o desprezo. Enquanto no **CSMII** o sucesso depende de uma formação orçamentada (**Quadro 11, xi**), no **HRC** ele é apreendido pelo respeito ao rito pessoal (**Quadro 13, viii**). O sucesso não reside na burocracia, mas na garantia de **Justiça Cognitiva** (Santos, 2018)**.**

ii. **A Perspectiva dos Profissionais de Saúde (Quadros 12 e 14)**: A espiritualidade sustenta a saúde mental do cuidador. Na Machava, surge como "tubo de escape" contra a impotência (**Quadro 12, iii**); em Chicuque, evolui para um compromisso colectivo que reduz o suicídio e auxilia na preservação da vida do utente (**Quadro 14, vii**). Como sustenta Mazula (2025)**,** o técnico precisa que a sua intuição seja validada como competência para evitar o esgotamento ético.

iii. **Conclusão Integrada (Tabelas B, C, D, E)**: A triangulação entre as médias estatísticas e as narrativas confirma que a institucionalização é uma possibilidade operativa com

impactos epidemiológicos claros. O sucesso validado pela Logoterapia prova que utentes amparados "ressuscitam" para o tratamento (**Quadro 14, viii**).

Conclui-se que o fracasso da institucionalização não viria da espiritualidade, mas da manutenção do hiato de humanização. A regência do **MISAU** é o elo necessário para converter o "amor de salvar vidas" num protocolo clínico de excelência, garantindo a longevidade clínica em Moçambique. É imperativo, contudo, desmistificar a colisão entre esta reforma e o princípio da **laicidade do Estado**. As instituições são laicas, mas os cidadãos não o são. Ao estabelecer na alínea c) do artigo 11 que o Estado promove o "bem-estar material e espiritual", a **CRM (2004)** impõe o dever de respeitar a integridade do cidadão. Portanto, a **anamnese espiritual** não é um acto religioso, mas um instrumento de humanização que combate o **epistemicídio cultural**.

Uma vez identificados os factores críticos, a transição para a **Categoria (v)** constitui o estágio de síntese dialéctica desta investigação: isolar, através da **Análise Discriminante Múltipla (ADM)**, as variáveis que explicam as assimetrias entre a Machava II e Chicuque, fundamentando o veredicto final sobre a (im)possibilidade de uma reforma institucional sob regência do **MISAU**.

4.5. Categoria (v): Análise Comparativa entre as Assimetrias e Convergências (CSMII vs. HRC)

A presente categoria opera a síntese dialéctica e a hermenêutica final dos resultados, confrontando as assimetrias entre o modelo periurbano e o rural. Através da **Análise Discriminante Múltipla (ADM)**, isola-se a variável institucional como o factor que mais discrimina o sucesso da assistência espiritual no seio do SNS.

Esta análise prova que a institucionalização da espiritualidade não constitui uma imposição externa, mas a formalização de uma realidade antropológica e clínica já existente. Conclui-se que, onde o Estado é omisso (**Machava II**), a neutralidade e o hiato operativo imperam; em contrapartida, onde existe suporte sistémico e herança institucional (**Chicuque**), a espiritualidade converte-se em longevidade clínica e retenção terapêutica, cumprindo rigorosamente o preconizado na **CRM** e nas metas globais da **OMS**.

Identificados os determinantes que facilitam ou asfixiam a integração da espiritualidade, esta pesquisa atinge o seu ponto de culminação analítica. Esta secção utiliza o rigor da **(ADM)** para confrontar a **sobrevivência existencial** do meio periurbano com a **maturidade clínica** do meio rural. O objectivo é responder qual o modelo de regência que o **MISAU** deve adoptar para que a **«Teia da Vida»** (Ngoenha, 1994/2022) seja integrada na arquitectura da saúde moçambicana.

4.5.1. Comparação Intra-Caso: O Hiato Institucional na Machava (CSMII)

A comparação entre utentes e profissionais na Machava II revela uma tensão paradigmática latente. Emerge uma assimetria crítica entre a "validação teórica" do técnico e a "experiência fenomenológica" do utente, configurando um **hiato de operacionalização**.

i. **A Assimetria do Apoio (Item 2)**: Enquanto os profissionais **(*M*=3.91)** acreditam prover suporte, os utentes reportam uma percepção inferior **(*M*=3.63)** com **39% de neutralidade**. Esta discrepância prova que, sem uma norma clara, o suporte espiritual permanece um acto de caridade individual e não um direito do utente garantido pelo sistema. A institucionalização, sob a **Ética da Humanização** de Mazula (2025)**,** é a única via para converter a "vontade individual" em competência clínica auditável.

ii. **Convergência na Sobrevivência (Item 6)**: Observa-se um consenso absoluto no Sucesso Terapêutico (**Profissionais 4.53; Utentes 4.28).** Ambos identificam a espiritualidade como o **«fármaco subjectivo»** ou o **«ingrediente activo»** (VanderWeele, 2024) que garante a vida e a retenção no **TARV** face à precariedade urbana.

iii. **A Família como Amparo Solitário**: A **«Teia da Vida»** funciona na Machava como uma rede externa. O sistema reconhece a sua importância **(*M*=4.29),** mas a asfixia normativa impede que a família seja integrada como parceira técnica.

4.5.2. Comparação Intra-Caso: Sinergia e Aliança Terapêutica em Chicuque (HRC)

Diferente da Machava, em Chicuque a dimensão espiritual é um pilar estruturante e institucionalizado do cuidado.

i. **Dissipação da Neutralidade (Item 2)**: Existe uma simetria notável (**Utentes 4.29; Profissionais 3.91)**. O dado discriminante é a **neutralidade de 0%** nos utentes. Isto

prova que no HRC o apoio é explícito e sistémico, materializando a **Justiça Cognitiva de** Santos (2018)**.**

ii. **Consenso no Sucesso e Longevidade (Item 6)**: A convergência de **97%** prova que a espiritualidade é tratada como um determinante biológico. A sintonia no HRC maximiza a resposta imunológica e a resiliência existencial **(**Koenig, 2023**).**

iii. **Família como Património Comum**: Em Chicuque, a família é parte integrante da **"farmacopeia"** hospitalar. Ainstitucionalização via **Rádio Chicuque** e **Capelania** permite que a família e a instituição partilhem a mesma gramática existencial, operacionalizando plenamente a **«Teia da Vida»**.

4.5.3. Conclusão Intermédia da Comparação (HRC)

Chicuque demonstra que a institucionalização é plenamente possível e eficaz. Este modelo, fundado na **Ética da Alteridade** de Mazula (2025)**,** serve de protótipo para o **MISAU**, provando que o respeito pelo "invisível" produz resultados tangíveis na saúde pública e na **Soberania Terapêutica** nacional.

4.5.4. Comparação Inter-Casos: O Gradiente de Institucionalização (Utentes)

A comparação revela uma assimetria profunda no seio do **SNS**. O Índice Global de Validação superior em Chicuque (***M*=3.96**) face à Machava (***M*=3.68**) sinaliza que a herança institucional favorece uma integração mais robusta.

i. **Do "Kit de Sobrevivência" à Qualidade Somática**: Na Machava, a espiritualidade é um recurso de emergência e resistência (**Item 1, *M*=3.92**) contra o colapso existencial. Em Chicuque, ela actua como um determinante de saúde com impacto visível (**Item 1, *M*=4.08**), onde os utentes "recuperam a estética" e alcançam a indetectabilidade viral **(**Koenig, 2023**).** Enquanto a Machava luta pela **sobrevivência noética**, Chicuque já colhe os frutos da **plenitude somática**.

ii. **A Topografia do Suporte (Família vs. Instituição)**: Na Machava, a família (***M*=4.02**) é o suporte "único" perante o hiato hospitalar. Em Chicuque, a família (***M*=4.47**) é "potenciada" pela instituição. A **«Teia da Vida»** (Ngoenha, 1994/2022) no meio rural é

mais densa porque o hospital actua como um nó dessa teia, enquanto no meio periurbano o sistema é percebido como um "corpo estranho" que silencia a alma.

iii. **Visibilidade e Alteridade**: A **neutralidade de 0%** em Chicuque sobre o apoio da equipa contrasta com os **39%** da Machava. Isto prova que a viabilidade da institucionalização exige a transição de uma "tolerância passiva" para uma **«Alteridade Activa»** (Mazula, 2025)**.**

4.5.5. Comparação Inter-Casos: Sofrimento Ético vs. Maturidade Institucional (Profissionais)

Embora ambos os grupos apresentem índices de validação idênticos (***M*≈3.81**), a natureza da prática difere radicalmente:

i. **Do "Dói o Coração" à Eficácia do TARV**: Na Machava, o sagrado é um recurso de **saúde ocupacional** para mitigar o trauma secundário de óbitos evitáveis. Em Chicuque, é uma ferramenta de gestão clínica e eficácia biológica. O profissional rural sente-se seguro para validar o sagrado porque a instituição já o fez, garantindo que o paciente "ressuscite" para o tratamento.

ii. **Mediação Tecnológica e Tempo**: A "falta de tempo" é o obstáculo comum. Contudo, em Chicuque, este hiato é mitigado pela **Rádio Chicuque**, adaptando a técnica ao contexto africano e transformando a comunicação numa extensão da **«Teia da Vida»**.

iii. **O Vácuo Pedagógico**: Existe um consenso absoluto sobre a premência de formação curricular. A lacuna pedagógica mantém a espiritualidade vulnerável. Como defende Mazula (2025)**,** o técnico moçambicano aguarda que o sistema normatize o que ele já pratica informalmente.

4.5.6. Triangulação Global dos Resultados: A Matriz de Evidências

A síntese integrativa permite construir a **Matriz de Evidências (Quadro 15)** que responde à pergunta de investigação. A espiritualidade é o denominador comum da resiliência em Moçambique, variando apenas segundo o **gradiente de institucionalização**. O sucesso validado prova que institucionalizar esta dimensão é o caminho para proteger o profissional e elevar a qualidade do cuidado no **Serviço Nacional de Saúde**.

Quadro 15: Matriz de Evidências e Viabilidade da Institucionalização (CSMII vs. HRC)

Dimensão de Análise	Modelo Periurbano (CSMII)	Modelo Rural/Missionário (HRC)
Status da Espiritualidade	**Recurso de Sobrevivência:** Actua como barreira contra o colapso emocional.	**Recurso de Excelência:** Actua como ferramenta de qualidade clínica.
Papel do Profissional	**Escudo Individual:** Uso da fé para lidar com a impotência e o *burnout*.	**Competência Colectiva:** Uso do sagrado como protocolo de adesão e cura.
Percepção do Utente	**Hiato de Acolhimento:** Apoio invisível ou fortuito (39% de neutralidade).	**Sinergia Terapêutica:** Apoio explícito e percebido (0% de neutralidade).
Papel da Família	**Amparo Solitário:** Rede de segurança externa ao hospital.	**Farmacopeia Social:** Parte integrante da **«Teia da Vida»** hospitalar.
Impacto Clínico	**Resiliência Noética:** Prevenção do suicídio e suporte no luto.	**Eficácia Somática:** Indetectabilidade viral e sucesso reprodutivo.
Barreira Principal	**Vácuo Normativo:** Silenciamento por falta de directrizes do **MISAU**.	**Limitação Estrutural:** Escassez de tempo perante a alta demanda.
Veredicto Ético	**Sofrimento Ético:** O sistema exige humanização, mas não capacita.	**Maturidade Institucional:** O sagrado é validado como direito do utente.

Fonte: Elaboração da autora (2026), com base na triangulação global dos resultados bioestatísticos e fenomenológicos

4.5.7. Convergência Transversal: O Sucesso como Prova de Conceito

O dado de maior robustez estatística em todos os casos é a validação da espiritualidade como determinante de sucesso terapêutico (***M*>4,24**). Conclui-se que a eficácia biológica no **SNS** é indissociável da estabilidade espiritual. Esta convergência prova que a **«vontade de sentido»** (Frankl, 2019) é a variável que sustenta a adesão, validando o sagrado como um recurso de saúde pública.

4.5.8. As Assimetrias de Suporte: O Hiato vs. a Sinergia

A triangulação expõe uma assimetria crítica na percepção do apoio institucional:

- **i. No Modelo Periurbano (Machava):** Observa-se um hiato institucional. O profissional valoriza o tema, mas o utente sente um vácuo no acolhimento (***M*=3,63**). Aqui, a espiritualidade é uma estratégia de **sobrevivência ética**.
- **ii. No Modelo Rural (Chicuque):** Observa-se uma sinergia institucional. A neutralidade é inexistente e o apoio é explícito (***M*=4,29**). Aqui, a espiritualidade é uma estratégia de **qualidade clínica**.

4.5.9. A Família como «Farmacopeia Social» Permanente

Independentemente da geografia, a **«Teia da Vida»** (Ngoenha, 1994/2022) é o pilar inegociável. A família é percebida como a **«bengala»** (Chicuque) e o **«escudo contra a finitude»** (Machava). A institucionalização em Moçambique deve ser sistémica: o hospital não deve apenas tratar o indivíduo, mas acolher o núcleo **familiar como guardião da esperança**.

4.5.10. Veredicto: A (Im)possibilidade de Institucionalização

- **i. A Possibilidade:** Reside na prontidão cultural e ética. Profissionais e utentes já operam uma "clínica do invisível" baseada na compaixão.
- **ii. A Impossibilidade:** É meramente estrutural e pedagógica, residindo na sobrecarga laboral e no vácuo de formação curricular.
- **iii. A Solução:** Através de uma **Bioética da Alteridade** (Mazula, 2025), onde o **MISAU** formalize protocolos de acolhimento, transformando a intuição em competência técnica.

4.5.11. Conclusões Gerais do Capítulo IV: O Triunfo da Espiritualidade

A análise permite concluir que a dimensão espiritual não é um elemento periférico, mas o eixo de sustentabilidade do processo terapêutico em Moçambique. A (im)possibilidade de institucionalização reside menos na aceitação dos sujeitos — que é expressiva e consensual

(***M*>3,80**) — e mais na rigidez de um modelo biomédico que ainda não operacionalizou a **«Teia da Vida»**.

- **i. Veredicto do Sucesso Clínico e a Adesão:** A convergência entre a Machava (86%) e Chicuque (97%) prova que a eficácia biológica — exemplificada pela indetectabilidade viral relatada pelos profissionais — é potenciada pela estabilidade noética. O sagrado é a **«bengala existencial»** que impede o desespero e garante a persistência em terapias de longa duração.
- **ii. A Assimetria entre a Sobrevivência e a Qualidade:** O gradiente institucional revelou que enquanto no periurbano a espiritualidade é uma estratégia de sobrevivência vital contra a ideação suicida, no rural ela já opera como uma estratégia de qualidade clínica, mediada pela **Rádio Chicuque**.
- **iii. O Hiato da Formalização e o Risco Deontológico:** Embora os profissionais validem a espiritualidade, o capítulo expôs o hiato da capacitação formal. O suporte actual é intuitivo e vulnerável. A "dor no coração" do técnico urbano e o "poder terapêutico" do técnico rural clamam por uma reforma curricular que transforme a intuição em competência regulada sob regência do **MISAU**.

Em suma**,** a espiritualidade é o **fármaco subjectivo** que mantém o sistema de saúde moçambicano funcional perante a precariedade. A sua institucionalização é um imperativo ético e económico de **Justiça Cognitiva** (Santos, 2018)**.** Os dados aqui discutidos oferecem o lastro científico necessário para que as **Considerações Finais** transcendam a teoria e se convertam em directrizes práticas para a humanização do **Serviço Nacional de Saúde**.

CAPÍTULO V: CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

5.1. Considerações Finais

A presente investigação permitiu concluir que a institucionalização da dimensão espiritual e do sagrado no processo terapêutico em Moçambique não constitui apenas uma possibilidade ética, mas uma necessidade clínica e epidemiológica incontornável. Através do estudo comparativo entre o **Centro de Saúde da Machava II** e o **Hospital Rural de Chicuque**, demonstrou-se que a espiritualidade actua como um determinante de saúde de elevada ordem, funcionando como a **«âncora noética»** que sustenta a retenção terapêutica e a resiliência existencial dos utentes.

5.1.1. Resposta à Pergunta de Partida: As (Im)possibilidades

Por um lado, as **possibilidades** de institucionalização residem na prática orgânica e latente exercida pelos profissionais, validada por índices de concordância que atingem 97% no contexto rural (**HRC**) e 86% no periurbano (**CSMII**). A espiritualidade provou ser o pilar que mitiga a ideação suicida e confere propósito à cronicidade, validando a tese de Frankl (2019)**.** Conforme preconizado por Mazula (2025)**,** a viabilidade desta integração sustenta-se na capacidade de o **SNS** promover um diálogo intercultural genuíno. Os dados de Chicuque — onde a neutralidade estatística foi zero e o respeito pelo sagrado gerou longevidade clínica — confirmam que a institucionalização é funcional quando o hospital se assume como um espaço de **Justiça Cognitiva** (Santos, 2018)**.**

Por outro, as **impossibilidades** identificadas são de natureza estrutural e paradigmática. O domínio de um modelo biomédico reducionista e a prevalência de uma iatrogenia relacional configuram os principais obstáculos. Como defende Ngoenha (1994/2022)**,** a impossibilidade reside na resistência sistémica em operar o **«Desmame Intelectual» (Lomuku)** face aos dogmas estrangeiros, dificultando a transição de uma **«mecânica de corpos»** para uma **Bioética da Alteridade** que reconheça a **«Teia da Vida»** moçambicana.

5.1.2. Contribuição Teórica e Social

Esta pesquisa inova ao propor que o Sagrado, desvinculado de proselitismos, é o pilar da humanização hospitalar. Ao aplicar a **«Ecologia de Saberes»** e a **Ética da Humanização**, o estudo demonstra que a institucionalização permite transformar o hospital num espaço de re-existência. A espiritualidade deixa de ser uma crença marginal para ser reconhecida como um Direito Humano e um recurso que eleva a eficácia biológica e a eficiência socio-económica do **SNS**.

Como proposta de aplicabilidade prática e social desta ontologia relacional, a presente investigação concebeu um protótipo de intervenção clínica intitulado ***Boletim de Serviço de Urgência com Triagem Noética***, desenhado para operacionalizar a institucionalização da competência espiritual na linha de frente do Serviço Nacional de Saúde (SNS).
*Este instrumento clínico inovador introduz o **Registo Clínico de Triagem Noética**, estruturado através de três questionamentos nodais de diagnóstico imediato:

1. **Mapeamento do Sentido:** Questiona-se o utente sobre o que dá real significado e propósito à sua vida, impedindo-o de desmoronar diante do diagnóstico.
2. **Identificação do Suporte Invisível:** Pergunta-se quem é a pessoa da sua inteira confiança que a equipa médica pode contactar para o lembrar de tomar o medicamento, caso o paciente se esqueça ou hesite, ativando a rede de cuidado familiar.
3. **Métrica do Sagrado:** Avalia-se, numa escala de zero a dez, que nível de importância tem a fé ou o sagrado na vontade diária do utente para vencer a doença.*

*Adicionalmente, o boletim integra o **Algoritmo com Código de Risco Existencial**, um sistema de triagem baseado em cores que dita a conduta clínica e a retenção terapêutica dos pacientes crónicos:

- 🟢 **Cor Verde — Resiliência Forte (Adesão Blindada):** Define o utente com forte estabilidade noética. Conduta: Registar contacto e seguir protocolo normal de atendimento.
- 🟡 **Cor Amarela — Risco de Abandono (Fuga à Cronicidade Alerta):** Sinaliza a vulnerabilidade existencial. Conduta: Ativar contacto de vigilância familiar secundária de forma imediata.

- 🔴 **Cor Vermelha — Activação da Família como Co-terapeuta:** Indica colapso de coping ou ideação crítica. Conduta: Vinculação obrigatória do familiar responsável para o estanque de óbito estatístico, assumindo a família como a legítima unidade de cuidados intensivos espirituais.*

A introdução desta ficha nos serviços de urgência representa uma tecnologia de baixo custo e alto impacto humanizador, traduzindo as directrizes de Justiça Cognitiva em ferramentas diárias que protegem a Soberania Terapêutica e a dignidade humana no SNS moçambicano.

Finalmente, a originalidade desta dissertação reside na superação do epistemicídio cultural através da nacionalização do pensamento bioético. Ao fundamentar a proposta em Ngoenha (1994/2022) e Mazula (2025)**,** o estudo prova que a humanização hospitalar em Moçambique só será perene se for um projecto de **Soberania Terapêutica**.

5.1.3. Conclusão Intermédia Dialéctica: O Fármaco, o Mapa e a Bateria

Para que a institucionalização se traduza em acção, a investigação sistematiza cinco premissas que consolidam a teoria na práxis:

- **i. O Mapa e o Caminho:** A institucionalização não impõe a religião do técnico. Cada cidadão traz o seu **Mapa** (as suas crenças); o enfermeiro actua como o guia que ajuda o utente a encontrar o seu próprio **Caminho** (**a vontade de viver**).

- **ii. A Gasolina no Sistema em Colapso:** Negar a espiritualidade porque o sistema é pobre é um erro de cálculo clínico. Se o hospital não tem pneus novos **(recursos materiais)**, o doente precisa de ainda mais **gasolina (força espiritual)** para o motor da vida não parar.

- **iii. O Telemóvel e a Bateria:** Um profissional sem espiritualidade é como um telemóvel sem **bateria**: ele detém o conhecimento técnico (as aplicações), mas carece da energia vital para as operacionalizar. A espiritualidade do cuidador é o seu **«Escudo»** contra o peso do sofrimento.

- **iv. A Raiz e a Água:** A espiritualidade é a **raiz** universal do ser humano. O dever do Estado é garantir que a raiz esteja forte para a árvore **(o doente)** não cair, independentemente da confissão religiosa ou da sua ausência.

- **v. O Ouvido do Coração:** O **SNS** precisa do **«ouvido do coração»** para ouvir o medo e a busca de sentido (**o invisível**). O rigor sem sensibilidade é uma técnica cega que afasta o utente da cura.

5.2. Recomendações Estratégicas ao Ministério da Saúde

Assente na evidência de que o invisível sustenta a eficácia do visível, recomenda-se ao **MISAU**:

- **Reforma Curricular e Capacitação Técnica sob Directriz da OMS:** Instituir módulos de "Espiritualidade e Humanização" nos currículos de saúde, cumprindo as recomendações da **Organização Mundial da Saúde (OMS)**, capacitando o profissional para converter a intuição individual em competência clínica formal.

- **Regulamentação do «Acompanhante Espiritual Familiar» e a Extensão da «Teia da Vida»:** Promover a transição do papel da família para o de **«co-terapeuta espiritual»**. Esta proposta fundamenta-se no ápice de validação desta pesquisa (***M*=4,47**) e no direito ao bem-estar espiritual previsto na alínea c) do Artigo 11 da **CRM**.

- **Implementação do Programa de Resiliência e Suporte ao Cuidador:** Criar programas de apoio biopsicossocial e espiritual para os profissionais de saúde, reconhecendo a espiritualidade como o **«Escudo»** ocupacional contra o ***burnout*** e a **fadiga por compaixão (Koenig, 2023)**. A institucionalização desta dimensão deve assegurar que o profissional detenha a energia noética necessária (a **«Bateria»**) para operacionalizar o cuidado centrado na pessoa e a humanização dos serviços, protegendo a sua própria integridade psíquica e espiritual.

5.2.1. Sugestões para Estudos Futuros

Visando a expansão da **Soberania Terapêutica** e o aprofundamento da evidência científica em Moçambique, sugere-se:

- **Análise Noética da Prevenção e do Comportamento de Risco na Juventude:** Investigar o hiato entre as campanhas de saúde pública (focadas na "preservação da vida

biológica") e a percepção de sentido entre os jovens. Sugere-se um estudo que explore por que razão as taxas de novas infecções por **HIV** permanecem elevadas apesar dos esforços institucionais, testando a hipótese de que a ausência de um **«Sentido de Sofrimento»** (Frankl, 2019) e de uma **«Teia da Vida»** (Ngoenha, 1994/2022) sólida torna o prazer momentâneo prioritário face à longevidade clínica. Este estudo permitiria ao **MISAU** transitar de *slogans* meramente biológicos para estratégias de educação para o sentido e para a responsabilidade ontológica.

- **Estudos Longitudinais de Interface Biopsicossocial:** Investigar a correlação estatística entre o suporte espiritual percebido e a evolução de marcadores biológicos (**Carga Viral e níveis de CD4**), validando a espiritualidade como um determinante clínico de sobrevivência no **TARV**.
- **Expansão da Cartografia Cultural:** Alargar a investigação às regiões Centro e Norte do país, visando mapear como diferentes matrizes culturais e linguísticas influenciam a **«Teia da Vida»** e a aceitação do modelo biomédico.
- **Validação de Tecnologias de Mediação:** Avaliar o impacto da **Rádio Chicuque** e de outros dispositivos de comunicação local como protocolos formais de **«Mediação Espiritual»** e literacia em saúde no seio do **SNS**.

5.3. Conclusão Final

Em última análise, a presente investigação demonstra que a saúde em Moçambique encontra na dimensão espiritual e do sagrado não um refúgio da ignorância, mas o seu alicerce de resiliência e humanidade. Provar que o invisível sustenta a eficácia do visível no percurso clínico é o contributo maior deste estudo para a **Justiça Cognitiva** (Santos, 2018) e para a dignidade do povo moçambicano.

Demonstrou-se que a institucionalização da espiritualidade opera como uma tecnologia terapêutica de baixo custo e alto impacto, essencial para a sustentabilidade do **SNS** perante recursos materiais escassos. É imperativo destacar que este processo constitui a principal **luta contra o fanatismo religioso** que hoje ameaça a saúde pública. Como evidenciado no relato da ginecologista do **CSMII**, o vácuo normativo do Estado é frequentemente preenchido por

interpretações distorcidas que induzem ao abandono terapêutico. Conclui-se, portanto, que a **«Clínica do Sentido»** sob regência do **MISAU** é o instrumento de protecção que garante que o sagrado seja um aliado da ciência — como no sucesso observado na prevenção da transmissão vertical do **HIV** — e não um obstáculo.

Institucionalizar é, em última análise, um acto de salvaguarda da autoridade científica perante o risco do obscurantismo. Que estas evidências sirvam de bússola para uma prática clínica que honre a **«Teia da Vida»** (Ngoenha, 1994/2022) e que o Ministério da Saúde reconheça que a cura plena exige o **«Desmame Intelectual» (Lomuku)** face a modelos puramente tecnicistas e eurocêntricos.

Conclui-se esta missão com a certeza de que a institucionalização da espiritualidade é o caminho para transformar o hospital num espaço de re-existência. Honrar a dimensão espiritual, conforme as metas da **OMS** e a alínea c) do artigo 11 da **CRM**, é a materialização da **Ética da Alteridade (Mazula, 2025)** e a garantia da nossa **Soberania Terapêutica**. A partir desta investigação, o fármaco e o sentido caminham, finalmente, juntos na preservação da vida em Moçambique.

O hospital moçambicano não precisa de mais **«mecânicos de corpos»**; precisa de uma **«Clínica do Sentido»**. Porque a cura plena só acontece quando o fármaco trata a carne e a humanidade resgata a alma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assis, M., Silva, R., & Oliveira, J. (2018). Medicina tradicional e práticas complementares: integração nos sistemas de saúde. *Revista de Saúde Pública*, *52*(3), 45–59.

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (Edição revista e ampliada). Edições 70.

Borba, A., & Reichow, L. (2024). Espiritualidade e humanização do cuidado em saúde: práticas integrativas. *Revista Brasileira de Psicologia*, *28*(2), 115–132.

Cunha, M. (2007). *Escalas de Likert: fundamentos e aplicações em pesquisa social*. Instituto de Ciências Sociais.

Frankl, V. E. (2019). *Em busca de sentido: Um psicólogo no campo de concentração* (43.ª ed.). Vozes. (Obra original publicada em 1946).

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate Data Analysis* (8th ed.). Cengage Learning.

Hefti, R. (2020). Integrating spirituality into mental health care: Evidence and practice. *Journal of Religion and Health*, *59*(2), 1234–1250.

Jacinto, M. E. (2010). *Estatística Aplicada às Ciências Sociais*. Sílabo.

Koenig, H. G. (2023). *Handbook of Religion and Health* (3rd ed.). Oxford University Press.

Marques, F., Santos, V., & Almeida, P. (2025). Espiritualidade como factor protectivo em saúde mental. *Revista Portuguesa de Psicologia*, *39*(1), 77–95.

Mazula, B. (2025). *Pensar e Agir Ético*. Editorial Fundza.

Moçambique. (2004). *Diploma Ministerial n.º 40/2004 de 18 de Fevereiro: aprova o Regulamento Geral dos Hospitais (RGH)*. Ministério da Saúde.

Moçambique. (2004). *Resolução n.º 11/2004, de 14 de Abril: aprova a Política da Medicina Tradicional e a Estratégia da sua Implementação*. Assembleia da República.

Moçambique. (2017). *Resolução n.º 4/2017, de 26 de Maio: aprova o Estatuto Orgânico do Ministério da Saúde (MISAU)*. Conselho de Ministros.

Moçambique. (2021). *Resolução n.º 13/2021 de 16 de Abril: aprova a Política de Saúde Geral do País e a Estratégia da sua Implementação*. Conselho de Ministros.

Neto, F. S. (2020). *Saúde Pública e Sociedade*. Almedina.

Ngoenha, S. E. (2022). *O Retorno do Bom Selvagem: Uma perspectiva africana do problema ecológico* (Reedição). Ethale Publishing. (Obra original publicada em 1994).

OMS – Organização Mundial da Saúde. (2002). *Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005*. WHO.

Otto, R. (2007). *O Sagrado: Sobre o elemento irracional na ideia do divino e sua relação com o racional*. Vozes. (Obra original publicada em 1917).

Pargament, K. I. (2011). *Spiritually Integrated Psychotherapy: Understanding and Addressing the Sacred*. Guilford Press.

Ribeiro, J. L. (2011). *A Espiritualidade na Saúde*. Fim de Século.

Rodrigues, A. P. (2013). *Estatística para Investigadores*. Porto Editora.

Santos, B. S. (2018). *O Fim do Império Cognitivo: A afirmação das epistemologias do Sul*. Almedina.

Silva, A., & Charlot, B. (2022). *Saúde e Educação: Uma abordagem holística*. Cortez.

Silva, J., Assis, M., & Santos, P. (2023). Spirituality and Health in Africa: Coping strategies in chronic illness. *African Journal of Health Sciences*, *15*(4), 210–225.

VanderWeele, T. J. (2024). *Religion and Health: A Global Perspective*. Harvard University Press