

Espiritualidade e saúde: uma reflexão crítica sobre a vida simbólica

Spirituality and health: a critical thinking about the simbotical life

Espiritualidad y salud: una reflexión crítica sobre la vida simbólica

Recebido: 20/03/2020 | Revisado: 20/03/2020 | Aceito: 26/03/2020 | Publicado: 28/03/2020

Fabio Araujo Dias

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5659-1458>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: fabiodiaspsi@gmail.com

Eliane Ramos Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6381-3979>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: elianeramos.uff@gmail.com

Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4310-8711>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: roserosauff@gmail.com

Angelica Yolanda Bueno Bejarano Vale de Medeiros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9061-4476>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: angelicaflow@gmail.com

Resumo

Atualmente, novos conceitos, ideias e definições sobre religião, religiosidade e espiritualidade são delineados pela Antropologia, Sociologia, Psicologia e têm ganhado novos espaços e sentidos na sociedade moderna. A espiritualidade pode ser percebida como uma dimensão possível do sujeito, atrelada às suas vivências e crenças, e que pode ser entendida como aspecto promotor da saúde no indivíduo desde que relacionada a uma atitude positiva de afirmação da vida por parte da pessoa que a vivencia. Em especial, os profissionais de saúde devem compreender e acolher as pessoas enfermas nas suas formas singulares de lidar com a doença, sendo essa atitude premissa necessária para o estabelecimento do vínculo terapêutico sob o viés da integralidade. O objetivo deste artigo é refletir sobre a interface espiritualidade e

saúde enquanto possibilidade de sentidos atrelados às vivências humanas. Para tanto, realizou-se uma pesquisa bibliográfica exploratória por meio de textos acadêmicos, livros, jornais, bibliotecas eletrônicas e base de dados em publicações científicas – repositórios e indexadores (BVS, periódicos CAPES, PubMed) que apresentam subsídios para a abordagem do tema proposto. Por fim, sugere-se a inclusão deste tema nos currículos de formação dos profissionais de saúde, tendo em vista que a questão da espiritualidade surgirá no cotidiano ao lidar com os usuários da saúde.

Palavras-chave: Espiritualidade; Saúde Pública; Psicologia.

Abstract

Currently, new concepts, ideas and definitions about religion, religiosity and spirituality are traced by Anthropology, Sociology, Psychology and have gained new spaces and meanings in modern society. Spirituality can be perceived as a possible dimension of the subject, linked to his experiences and beliefs, and it can be understood as a health promoting aspect in the human being when it is related to a positive attitude of affirmation of life on the part of the person who experiences it. In particular, health professionals should understand and welcome sick people in their unique ways of dealing with the disease, and this premise is necessary for establishing the therapeutic link under the integrality perspective. The purpose of this article is to reflect on the interface between spirituality and health as a possibility of meanings linked to human experiences. To this end, an exploratory bibliographic research was carried out on academic texts, books, newspapers, electronic libraries and databases in scientific publications - repositories and indexers (BVS, CAPES journals, PubMed) that provide materials for addressing the proposed theme. Finally, it is suggested the inclusion of this topic in the education of health professionals, considering that the issue of spirituality will arise in the daily life when dealing with health users.

Key-words: Spirituality; Public Health; Psychology.

Resumen

Actualmente, la Antropología, la Sociología y la Psicología delinean nuevos conceptos, ideas y definiciones sobre religión, religiosidad y espiritualidad, y han ganado nuevos espacios y significados en la sociedad moderna. La espiritualidad puede ser percibida como una posible dimensión del sujeto, vinculada a sus experiencias y creencias, y que puede entenderse como un aspecto que promueve la salud en el individuo, siempre que esté relacionada con una actitud positiva de afirmación de la vida por parte de la persona que la experimenta. En

particular, los profesionales de la salud deben comprender y dar la bienvenida a las personas enfermas en sus formas únicas de tratar la enfermedad, y esta actitud es una premisa necesaria para establecer el vínculo terapéutico bajo el sesgo de la integralidad. El propósito de este artículo es reflexionar sobre la interfaz entre espiritualidad y salud como una posibilidad de significados vinculados a las experiencias humanas. Con este fin, se llevó a cabo una investigación bibliográfica exploratoria por medio de textos académicos, libros, periódicos, bibliotecas electrónicas y bases de datos en publicaciones científicas: repositorios e indexadores (BVS, revistas CAPES, PubMed) que proporcionan subsidios para abordar el tema propuesto. Finalmente, se sugiere la inclusión de este tema en el currículo de capacitación de profesionales de la salud, considerando que el tema de la espiritualidad surgirá en la vida diaria cuando se trata con usuarios de la salud.

Palabras clave: Espiritualidad; Salud Pública; Psicología.

1. Introdução

Atualmente, novos conceitos, ideias e definições sobre religião, religiosidade e espiritualidade são delineados pela Antropologia, Sociologia, Psicologia e têm ganhado novos espaços e sentidos na sociedade moderna. Estudiosos têm se atentado para esta realidade e dado mais destaque aos seus efeitos na sociedade, no comportamento, no corpo e na mente do ser humano. A espiritualidade pode ser percebida como uma dimensão possível do sujeito, atrelada às suas vivências e crenças, e que pode ser entendida como aspecto promotor da saúde no indivíduo desde que relacionada a uma atitude positiva de afirmação da vida por parte da pessoa que a vivencia.

A espiritualidade no âmbito existencial aponta para um horizonte de sentidos atribuídos pela pessoa que a concebe em sua produção simbólica permeada pela linguagem que caracteriza a relação ser-com-o-mundo. Nesse sentido, quando se procura definir os fenômenos humanos e, especificamente, o campo da saúde, não se pode olvidar das questões vivenciais e existenciais que afetam as pessoas no cotidiano.

A metafísica como dimensão possível não é objeto de estudo do método científico. Evidentemente existem delimitações no aspecto epistemológico do estudo científico que trouxeram avanços e melhorias para a sociedade moderna. Este artigo propõe uma concomitância do científico e de outros conhecimentos que abarcam a esfera das percepções socioculturais, simbólicas e históricas do ser humano, isto é, expor a possibilidade da presença inclusiva de uma rede de diferentes estéticas do conhecimento humano.

Ainda há na atualidade, no mundo acadêmico e profissional, certo desconhecimento e negação da complexidade do tema da espiritualidade e do seu papel na vida das pessoas. Na área da saúde, há aqueles que se aproximam do tema de forma reducionista, percebendo a espiritualidade de forma unívoca e dicotômica, isto é, uma perspectiva que concebe apenas a possível separação entre a dimensão material e a transcendental (Manchola, Brazão, Pulschen & Santos, 2016).

Contudo, há vertentes que procuram contemplar as esferas física, psíquica, sociocultural e espiritual como dimensões possíveis das pessoas, objetivando o cuidado ao ser humano e o respeito à sua integralidade. Existem duas vertentes na área da saúde que se destacam: no âmbito acadêmico, a bioética e, no campo prático, o cuidado paliativo (Manchola et al, 2016).

Reale (2002), ao abordar a relação corpo-alma-saúde em Platão, importante filósofo grego da antiguidade, ressalta: “recorda-te que, se queres libertar-te de muitos dos teus males, deves, em primeiro lugar, curar a tua alma, porque só desse modo poderás adquirir a verdadeira saúde” (p. 280).

Ao se tratar da interface espiritualidade e saúde, temas atrelados à questão humana, tem-se em perspectiva conceitual o atravessamento do “ser humano” pela dimensão simbólica da existência, o que remete à questão da linguagem e modo de comunicação humana. O pensamento simbólico é imanente ao ser humano e precede qualquer linguagem e razão discursiva. O termo “símbolo” pode ser definido como um signo que estabelece uma relação com seu objeto por meio de uma mediação, isto é, as ideias contidas no símbolo e em seu objeto se relacionam a ponto de fazer com que o símbolo represente algo que é diferente dele. Com isso, o símbolo se relaciona com seu objeto devido a uma ideia existente na mente de um indivíduo (Ribeiro, 2010). A linguagem humana pode falar de objetos presentes, ausentes ou até inexistentes, tendo em vista que “a atividade linguística é uma atividade simbólica, o que significa que as palavras criam conceitos e esses conceitos ordenam a realidade, categorizam o mundo” (Fiorin, 2010; p.56).

O objetivo deste artigo é refletir sobre a interface espiritualidade e saúde enquanto possibilidade de sentidos atrelados às vivências humanas. A dimensão da espiritualidade em sua singularidade existencial deve ser considerada pelos profissionais de saúde quando expressada pelo usuário de saúde no atendimento humanizado.

2. Método

Trata-se de um estudo que tem como base a pesquisa bibliográfica exploratória por meio de textos acadêmicos, livros, jornais, bibliotecas eletrônicas e base de dados em publicações científicas – repositórios e indexadores (BVS, periódicos CAPES, PubMed) que apresentam subsídios para a abordagem do tema proposto.

Gil (2014, p. 50) indica que a pesquisa bibliográfica é “desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros de artigos científicos”, tendo como principal vantagem a cobertura de uma maior gama de fenômenos se comparada a uma pesquisa direta circunscrita a um campo empírico.

Pereira, Shitsuka, Parreira & Shitsuka (2018) expõem que, na pesquisa bibliográfica, há a busca, leitura e análise dos textos com a discussão dos resultados obtidos a partir das referências utilizadas na elaboração do trabalho acadêmico ou científico.

3. Discussão

Serão abordados, sob a égide do tema exposto, o ser humano em sua peculiaridade de habitar e articular o simbólico, o que o torna capaz de assumir uma dimensão espiritual em sua existência e atribuir sentido para sua vida. Nesse âmbito, considerando a multidimensionalidade do humano, faz-se mister uma definição ampliada da saúde frente ao modelo hegemônico no ocidente que adota o paradigma biológico e naturalista.

Portanto, será problematizada a formação em saúde que deve considerar o tema da espiritualidade em seu bojo. Cabe salientar também as distinções possíveis entre os termos religião e espiritualidade para uma melhor compreensão do tema.

Por fim, propõe-se a relação possível da interface espiritualidade e saúde com vistas a uma visão mais ampla dos profissionais de saúde diante dos usuários de saúde com seus dilemas, sofrimentos e sentidos de vida.

3.1. O simbólico e o humano

Pode-se afirmar que a cultura como produção humana está atrelada ao aspecto simbólico. Cassirer (1994) define o ser humano como “animal simbólico”, considerando que o homem se relaciona com tudo nele e à sua volta de forma simbólica. O autor afirma que “é inegável que o pensamento simbólico e o comportamento simbólico tenham traços mais

característicos da vida humana e que todo processo da cultura humana está baseada nessas condições.” (p. 141).

Foucault (2004) afirma que, “ao longo da história, os homens nunca deixaram de se construir, isto é, de deslocar continuamente sua subjetividade, de se constituir numa série infinita e múltipla de subjetividades diferentes, as quais nunca terão fim e nunca nos colocarão diante de algo que seria o homem” (p. 234).

Entende-se que o ser humano é atravessado por diversos aspectos – biológico, social, espiritual, cultural, etc. – que o constituem. É caracterizado pelo simbólico (pela linguagem), pela subjetividade em construção, ou, numa perspectiva fenomenológica-existencial, pelo processo de singularização que se dá num campo de possibilidades existenciais, com seus enfrentamentos diante da vida, do sofrimento, da doença, e diversos fatores contingenciais. Portanto, vislumbrar apenas um dos aspectos traz uma perspectiva restrita e fragmentada da pessoa.

Uma concepção mais ampla do ser humano que abarca diversas dimensões e inclui em seu cerne a capacidade de articular uma linguagem própria e simbolizar aponta para a necessidade da adoção de um sentido mais abrangente da saúde, que não se restringe aos aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

3.2. Sentido amplo da saúde

No campo da saúde, é notória a definição de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que, em sua Constituição (1946)¹, estabelece o termo como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”.

Segre e Ferraz (1997) questionam a definição proposta pela OMS, e consideram mais coerente a possibilidade de definição da saúde como “um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade” (p. 542). Caponi (1997), baseada nas reflexões de Canguilhem e Foucault, também contesta o conceito dado pela OMS nos seguintes termos: “o que chamamos de bem-estar se identifica com tudo aquilo que em uma sociedade e em um momento histórico preciso é valorizado como ‘normal’”. E, retomando Canguilhem, acrescenta que os enganos, fracassos e o mal estar do meio são parte de um todo que constitui a nossa história e “desde o momento em que nosso mundo é um mundo de acidentes

¹ Disponível em: <http://apps.who.int/gb/DGNP/pdf_files/constitution-en.pdf>, Acesso em 01/12/2014.

possíveis, a saúde não poderá ser pensada como carência de erros e sim como a capacidade de enfrentá-los.” (p. 300-301).

Marques (2003) defende que a “concepção da saúde como biopsicossocial deve ser ampliada incluindo a dimensão espiritual” (p. 63). Hamilton e Jackson (1998), como citado em Marques (2003), enfatizam que a espiritualidade é um componente fundamental da vida, e que é importante considerar, sob os temas do bem-estar e saúde, os vários aspectos que compõem a vida humana, tais como: físico, emocional, mental, social, vocacional e espiritual. Conforme Marques (2003), com essa inclusão espiritual numa perspectiva holística, haverá a possibilidade de uma ampla compreensão da *psique* humana.

Em 1998, a Organização Mundial da Saúde, em resolução do Conselho Executivo², ampliou a definição da saúde como “um estado dinâmico de completo bem estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” Ainda assim, a definição que não inclui o aspecto espiritual parece ser o mais conhecido e amplamente difundido.

Em consonância com Marques (2003), Oliveira et al (2013) defendem que o modelo biopsicossocial de cuidados à saúde pode restringir o entendimento da complexidade do ser humano. Com isso, pode-se conceber um modelo que inclua outros aspectos, sobretudo no âmbito da integralidade do cuidado, tais como: mental, cultural e espiritual. Este último pode ser compreendido como fator de conforto e alívio do sofrimento conforme a percepção e crença da pessoa.

Soares e Camargo Jr (2007) apontam que a saúde deve ser compreendida em seu sentido mais amplo. Os autores defendem “saúde como vida, como potência auto-recuperadora do organismo humano vivo, como capacidade de romper normas e instituir novas normas.” (p. 75).

Canguilhem (2005) ao tratar da questão vida-doença-morte sinaliza que “a morte está na vida, a doença é signo disso.” (p. 32). O autor afirma ainda que “as doenças são o instrumento da vida por meio dos quais o ser vivo, quando se trata do homem, se vê obrigado a se reconhecer mortal.” (p. 33), e define “vida” e “saúde” da seguinte forma:

A vida humana é uma existência, um ser-aí para um devir não preordenado, na obsessão de seu fim. Portanto, o homem é aberto à doença não por uma condenação ou por uma sina, mas por sua simples presença no mundo. Sob esse aspecto, a saúde não é de modo algum uma exigência de ordem econômica a ser valorizada no enquadramento de uma legislação, ela é uma unidade espontânea das condições do

² Executive Board, 101. (1998). Executive Board, 101st session, Geneva, 19-27 January 1998: resolutions and decisions: annexes. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255587>

exercício da vida (p. 63).

No Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde é entendida como “direito universal e fundamental do ser humano, firmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal, que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado”. E considera a saúde como “resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais.” (Brasil, 2009; p. 337).

No SUS, a atenção básica à saúde orienta-se “pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.” (Brasil, 2009; p. 44).

O SUS representa uma nova concepção acerca da saúde no Brasil. Antes a lógica girava em torno da cura de agravos à saúde, significava apenas remediar os efeitos das doenças. Agora o foco é na prevenção dos agravos e na promoção da saúde. Com isso, a saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população. (Brasil, 2000).

Portanto, o entendimento de saúde, bem-estar, qualidade de vida como temas relacionados sinalizam a importância de uma compreensão por parte dos profissionais de saúde que inclua as questões socioculturais e as idiosincrasias das pessoas que procuram atendimento na rede de saúde no país.

Há que se problematizar ainda o modelo hegemônico na área da saúde que privilegia um viés biológico na concepção do ser humano. Isso traz implicações no tratamento de doenças e na formação do profissional de saúde. Com isso, faz-se necessário um olhar de estranhamento frente ao hegemonicamente instituído.

3.3. Modelo hegemônico em saúde

As ciências humanas e sociais trazem diversas contribuições ao campo da saúde, entre as quais a crítica à hegemonia do paradigma biológico e naturalista defendido pela biomedicina ou medicina ocidental contemporânea. Diante deste quadro, torna-se essencial neste campo a reflexão sobre conceitos como saúde, doença, vida, autonomia, sem negligenciar as dimensões socioculturais presentes no processo terapêutico (Soares & Camargo Jr., 2007).

Soares e Camargo Jr (2007) expõem que Canguilhem, em sua obra “O normal e o

patológico”, analisa criticamente a teoria médica e a biologia, posicionando-se contra o dogma positivista da doença e afirmando a distinção qualitativa entre saúde e doença, entre normal e patológico. A doença é uma experiência individual, é criação de uma nova norma, e se refere a um doente que busca lhe dar um sentido. Os autores afirmam que, para Canguilhem, “o organismo é considerado uma totalidade, e a doença é vista como a expressão de um novo comportamento global do organismo, não apenas como uma parte afetada” (p. 67).

Com isso, Canguilhem considera que um verdadeiro médico é um exegeta, que pode ajudar o doente “na sua busca de sentido para o conjunto de sintomas que ele está vivenciando e que não consegue sozinho decifrar.” (Soares & Camargo Jr., 2007; p. 69). Soares e Camargo Jr (2007) defendem que a medicina contemporânea deveria privilegiar sentimentos e valores dos pacientes, de seus familiares e dos profissionais de saúde, todos juntos imbuídos na arte de curar, bem como “estimular a reflexão em conjunto para as tomadas de decisões necessárias, ou seja, a democratização da relação médico-paciente, resgatando, enfim, sua humanização.” (p. 71).

A biomedicina acaba assumindo uma perspectiva mecanicista, materialista e fisicalista, pois concebe o homem, as doenças e o mundo como se funcionassem por meio de mecanismos causais e materiais, à semelhança de uma grande e complexa “máquina”. Tesser (2010; p. 38-39) afirma que a biomedicina, procurando atender aos requisitos e buscas da ciência - objetividade, universalidade, reprodutibilidade -, pressupõe que as doenças são:

coisas reais, concretas, universais, iguais nos diferentes espaços, tempos e pessoas, que se manifestam por sinais (o que os médicos observam) e sintomas (o que os doentes sentem e dizem), causadas por lesões ou defeitos no interior do corpo físico, que devem ser corrigidos por algum tipo de intervenção concreta, em geral remédios quimicamente purificados ou cirurgias.

Com isso, os tratamentos ficam padronizados de acordo com a doença e a indústria farmacêutica pode então produzir em larga escala milhões ou bilhões de comprimidos dirigidos a doenças específicas, ou sintomas específicos. Se algo que o doente sente foge ao enquadramento do que está categorizado pela biomedicina, tende a ser desconsiderado pelo médico ou pode ser tratado com remédios que apenas aliviam os sintomas, sem eficácia quanto às causas, então desconhecidas. Além disso, esses tratamentos "sintomáticos", geralmente têm um potencial tóxico e iatrogênico (podem causar lesões, alergias, alterações ou doenças) (Tesser, 2010).

Na biomedicina, os efeitos "naturais" (intrínsecos, materiais, físico-químicos) dos tratamentos de saúde são “separados dos efeitos sociais, culturais, espirituais e humanos.

Supõe-se aí que tais mundos estejam separados, e que as mudanças em um não afetam nem têm consequências relevantes em outro”. (Tesser, 2010; p. 43).

Essa visão biomédica tem forte foco na medicalização e vai deixando as pessoas cada vez menos autônomas quanto a interpretar, viver, administrar e reagir a vivências, experiências, fases, crises, adoecimentos e sofrimentos que, em outra época (duas ou três gerações atrás) eram enfrentados de forma responsável com o apoio de pessoas próximas: familiares, amigos e vizinhos. Tesser (2010) afirma que a “medicalização social vai gerando a necessidade, para esses mesmos e cada vez mais outros problemas ou situações, de procurar um especialista social na cura, um médico, um curador.” (p.46-47).

A crença moderna na ciência acaba endossando a medicalização social, por desconfiar dos saberes populares, culturais e tradicionais, e remeter sempre ao especialista científico o poder de dizer a verdade. Além disso, a lógica do mercado, que tem avançado ainda mais com a globalização, tende a transformar todas as relações sociais em relação de comércio, fazendo com que tudo seja pensado em termos de produtos ou serviços a serem prestados e comprados, e quanto mais deles melhor para a economia (não necessariamente melhor para a saúde) (Tesser, 2010).

Tesser (2010) expõe que as pessoas buscam “uma relação solidária, humana e ética, conectada com o sofrimento existencial, com o restabelecimento de um sentido para os problemas de saúde e com um tratamento que faça sentido e seja sustentável” (p. 49). O autor indica que essa busca faz com que as pessoas procurem outros tipos de agentes de cura providos de outros saberes e técnicas, “que possam ajudar a construir um sentido, uma interpretação e um tratamento mais satisfatório para problemas, sofrimentos, dores e adoecimentos.” (p. 49).

Nas palavras de Nogueira (2012), “para que se possa modificar um estilo de pensamento médico, há que se modificar a compreensão do processo saúde-doença e o modo de fazer clínica” (p. 16).

O sujeito não se resume ao biológico (conforme o viés biomédico) e que outras práticas ou racionalidades no campo da saúde podem ajudar no tratamento do indivíduo doente (Lima & Trad, 2007). Com isso, enfatiza-se a oferta de um cuidado integral, tendo como base o acolhimento e o vínculo produzidos na relação profissional de saúde e usuário (tecnologia leve), respeitando e endossando a autonomia e protagonismo do sujeito na recuperação da saúde e na formação do seu projeto de vida (Franco, 2015; Franco, Bueno & Merhy, 1999).

Diante disso, urge a construção e consolidação de uma formação do profissional de

saúde que contemple os diversos aspectos, dimensões e complexidades do ser humano, sobretudo em condição de doença ou vulnerabilidade.

3.4. Saúde Coletiva e formação em saúde

O campo da Saúde Coletiva por ser transdisciplinar e comportar o estudo da vida humana e social, abarca o estudo desta temática. Luz (2009) aponta a “Saúde Coletiva como campo multidisciplinar em termos de discursos (saberes disciplinares) e de práticas (formas de intervenção)” (p. 305-306). A autora destaca a coexistência da multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade no campo da Saúde Coletiva. O termo “campo” é apresentado conceitualmente como indicativo da composição inerente da multiplicidade e coexistência (por vezes conflituosa) dos saberes, discursos e práticas na saúde coletiva. Com isso, “o campo da Saúde Coletiva pode ser caracterizado por sua irredutibilidade tanto discursiva quanto prática e expressiva de sua produção a um ‘modelo ou paradigma único’”. (p. 306-307).

Luz (2009) postula que, dentre as propostas epistêmicas possíveis, a proposta da transdisciplinaridade se sobressai, considerando que nela o discurso tende a ser cooperativo entre os diferentes saberes, que assumem um tema estratégico para a vida humana e social como proposta de investigação, passando, então, a construir um objeto de pesquisa nesse processo de intercomunicação.

Nagai e Queiroz (2011) defendem uma abordagem multidisciplinar em Saúde Coletiva, que incluam as medicinas alternativas e complementares nos serviços de saúde oferecidos pela rede básica, em sintonia com o ideal representado pelo SUS e as recomendações da OMS. Essa multidisciplinaridade comporta uma postura mais abrangente de saúde, doença e terapêutica, que não se restringe ao procedimento médico centrado no aspecto meramente físico e mecanicista do corpo humano, mas que considera os aspectos sociais, culturais e emocionais do ser humano.

Os doentes esperam e valorizam um acolhimento emocional e um compartilhamento simbólico na relação com o curador, o que é importante para a produção de uma reorganização simbólica junto com o tratamento (Tesser & Luz, 2008).

Foucault defende que o sujeito possui uma gênese, uma formação, constitui-se na trama histórica. A subjetividade se constitui conforme a maneira como o sujeito realiza a experiência de si mesmo por meio de práticas que podem ser de poder ou de conhecimento, ou por meio do cuidado de si (Revel, 2011).

Foucault (2010), ao abordar a noção de cuidado de si, indica que há alusão deste conceito na espiritualidade alexandrina na Antiguidade. O autor sinaliza que, durante toda a Antiguidade, “o tema da filosofia (como ter acesso à verdade?) e a questão da espiritualidade (quais são as transformações no ser mesmo do sujeito necessárias para ter acesso à verdade?) são duas questões que jamais estiveram separadas.” (p. 17). Revel (2011) expõe que, para Foucault, a expressão “cuidado de si” indica “o conjunto das experiências e das técnicas que elaboram o sujeito e o ajudam a transformar-se em si mesmo” (p. 138). Portanto, não se pode deixar de considerar o protagonismo da pessoa no seu próprio cuidado.

Outra questão bem exposta por Mariotti et al (2011), como citado em Luengo e Mendonça (2014), é quanto à formação dos profissionais de saúde, que apresenta restrições sobre a temática saúde e espiritualidade. Muitos profissionais não se sentem à vontade para lidar com este assunto, talvez porque as universidades não preparam seus estudantes neste âmbito. Em pesquisa realizada pelos autores, mais de 90% dos professores participantes do estudo que atuam numa faculdade pública de medicina consideraram que as universidades brasileiras não forneciam informações suficientes para o estudante sobre esse assunto.

Garanito e Cury (2016) postulam a introdução na formação médica das temáticas relacionadas aos determinantes biológicos, psicológicos, sociais e espirituais das doenças. Sugere-se a inclusão deste tema nos currículos de formação dos profissionais de saúde, tendo em vista que a questão da espiritualidade surgirá no cotidiano ao lidar com os usuários.

3.5. Religião e espiritualidade: definições

Como será abordado a seguir, há autores que defendem uma distinção no significado dos termos religião e espiritualidade. Outros tratam como sinônimos, sobretudo para fins de pesquisa empírica. Os termos podem ser compreendidos como fenômenos humanos passíveis de serem estudados e considerados no âmbito da saúde.

Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006, p. 243) adotam as definições dadas por Koenig sobre religião e espiritualidade. A primeira é vista como “um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados a facilitar uma proximidade com o sagrado ou transcendente”; e a segunda é vista como “busca pessoal por respostas compreensíveis de questões fundamentais sobre vida, sobre significado, e sobre relacionamento com o sagrado ou transcendente”.

Cicerone (2007) apresenta o conceito de religião como um sistema formado por crenças e expectativas, que “influencia a vida dos indivíduos, nas relações consigo mesmos e

com os outros. E, para muitos, confere sentido à própria história do nascimento à morte e além” (p. 47). A autora afirma que a expressão religião “subentende tanto a relação entre a pessoa e uma entidade sobrenatural quanto à proximidade entre aqueles que praticam um mesmo culto” (p. 48). Cada religião tem sua forma de fornecer suas próprias respostas a interrogações universais.

Mendonça (2004) expõe uma distinção entre religião e igreja (ou religião instituída), mostrando que “nenhum historiador, filósofo ou cientista da religião apresenta igreja ou instituição religiosa, ao menos de maneira direta, como seu objeto de estudo. A instituição aparece como referência em alguns casos” (p. 38). O autor faz ainda distinção entre sentimento religioso e religião (ou instituição), indicando que estão em patamares distintos: o sentimento religioso, que aponta para a experiência religiosa, precede a religião ou instituição. Geertz (1978), como citado em Rabelo (1993), define a religião como:

um sistema de símbolos que atuam para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos homens através da formulação de conceitos de uma ordem de existência geral, e vestindo essas concepções com tal aura de fatalidade que as disposições e motivações parecem singularmente realistas (p. 324).

Champlin (2001) expõe que a aplicação da palavra “religião” basicamente indica “a ideia de que certos poderes sobrenaturais podem exercer autoridade sobre os homens, exigindo que eles façam certas coisas e evitem outras, forçando-os a cumprir ritos, sustentar crenças e seguir algum curso específico de ação” (p. 637). O autor apresenta os principais tipos de religião – animista, legalista, ritualista, sacramentalista, natural, racional, revelatória, mística – e defende que, em sua maioria, as religiões pertencem à categoria “revelatória”, isto é, fundamentam-se essencialmente sobre supostas revelações de divindades, de Deus, de espíritos desencarnados, ou de qualquer outro ser ou poder espiritual que dê revelações, e estas acabam consolidando-se em textos sagrados. O autor notifica que os vários tipos de religião “não são necessariamente contraditórios e nem excluem outros tipos. Muitas pessoas religiosas combinam vários tipos, formando algum sistema eclético” (p. 640).

Betto (2014) afirma que “a espiritualidade é anterior à institucionalização das crenças e, em vez de respostas, traz perguntas, tolerância, meditação”. O autor diferencia espiritualidade e religião, indicando que estas se complementam, mas que não devem ser confundidas. Ele defende que a espiritualidade existe desde que o ser humano apareceu na natureza; já as religiões são recentes, datam de oito mil anos. O autor salienta ainda que a religião é a institucionalização da espiritualidade, já a espiritualidade pode ser caracterizada como vivência.

Oliveira et al (2013) fazem distinção entre religiosidade e espiritualidade, indicando que esta aponta para o significado e o propósito da vida, não se circunscrevendo a uma instituição religiosa ou crenças propostas por determinada religião.

Rocha, Pereira, Silva, Medeiros, Refrande e Refrande (2018) apontam a espiritualidade como “uma dimensão universal e intrínseca do ser humano, uma vez que envolve significados, propósitos e valores humanos na busca de sentido para sua existência, sem que se tenha necessariamente ligação mediata com uma instituição de cunho religioso” (p. 2793)

Portanto, há diferentes sentidos e concepções para religião e espiritualidade, embora possam ser considerados em pesquisas empíricas os termos religião, religiosidade e espiritualidade como tendo a mesma conotação, a depender do sentido exposto pela população estudada, concordando com Roehe (2004) ao afirmar que estes termos “costumam ser utilizados como sinônimos em estudos empíricos” (p. 401).

Defende-se nesse artigo que religião e espiritualidade possuem significados distintos, à exceção de possíveis estudos empíricos como foi mencionado anteriormente. Religião aponta para uma produção humana a partir de ritos, tradições, crenças, práticas devocionais a uma ou mais divindades. Portanto é uma construção historicamente constituída pelas pessoas ao longo dos séculos e retratam suas compreensões de uma possível realidade metafísica ou transcendente. Pode então ser uma consolidação ou sistematização de uma espiritualidade vivenciada por pessoas de uma determinada coletividade. Espiritualidade, por outro lado, assume uma significação mais intrínseca e relativa a cada pessoa. Nesse sentido, cada pessoa, em sua singularidade e percepção de mundo, vivencia e elabora para si sentidos de vida, valores e propósitos da própria existência.

3.6. Espiritualidade e Saúde: relação possível

No campo da Saúde Coletiva torna-se necessária a discussão da relação espiritualidade e saúde, tendo como perspectiva um conceito mais amplo de cuidado com a vida que inclua a integralidade e humanização nas práticas em saúde (Silva Junior, Alves, Mascarenhas, Silva & Carvalho, 2008).

Pessini (2010, p. 459) indica que “as pessoas desejam ser tratadas com dignidade e como gente e não simplesmente identificadas como doenças ou partes do corpo doente. Acredita-se que ambientes humanizados são fatores de saúde e cura”. Nesse sentido, é importante considerar as idiosincrasias de cada um, o que inclui os sentidos que a pessoa

atribui à espiritualidade. Ainda que o profissional de saúde não acredite nas religiões, deve considera-las como fenômenos humanos, e a importância delas para a existência de muitos usuários, sobretudo no lidar com a doença. Em suma, os profissionais de saúde devem compreender e acolher as pessoas enfermas nas suas formas singulares de lidar com a doença, sendo essa atitude premissa necessária para o estabelecimento do vínculo terapêutico sob o viés da integralidade.

Reforçando essa perspectiva, Mendonça, Pereira, Barreto e Silva (2018) postulam que “os pacientes - ou usuários - não nos pertencem; independentemente da congruência com nossos valores seculares, não somos donos de seu sofrimento, nem podemos restringir sua espiritualidade” (p. 5).

Pessini (2010, p. 459) afirma que “a *espiritualidade* e a *mística* são as grandes gestoras da esperança, dos grandes sonhos, de um futuro transcendente do ser humano e do universo. Reafirmam o futuro da vida, contra a violência cruel da morte”. Sob essa compreensão, uma pessoa pode assumir a espiritualidade como positiva no enfrentamento das doenças.

Souza e Soares (2005) comentam que, atualmente, verifica-se uma grande quantidade de pesquisas relacionadas à espiritualidade, “dando-lhe reconhecimento científico como fator importante para a cura, como também na prevenção e promoção da saúde do indivíduo” (p. 219). Dentre tais pesquisas, podem-se destacar algumas (Cicerone, 2007; Dalgarrondo, Soldera, Correa Filho & Silva, 2004; Marques, 2003; Moreira-Almeida, Lotufo Neto & Koenig, 2006; Sanchez, Oliveira & Nappo, 2004; Silva, Malbergier, Stempliuk & Andrade, 2006; Roehe, 2004; Volcan, Sousa, Mari & Horta, 2003) que apontam a religiosidade presente em jovens um condutor determinante de aspectos positivos para o convívio social, para saúde mental, bem-estar psicológico, menor risco de consumo de drogas; atuando também como fator de proteção para transtornos psiquiátricos menores; estimulando o comportamento altruístico e empático; contribuindo para maiores perspectivas de futuro nos jovens. Além disso, é fundamental para o processo de recuperação em grupos de autoajuda.

Kurtz, Wyatt e Kurtz (1995), como citado em Marques (2003), afirmam que “há maior probabilidade de se encontrar bons hábitos de saúde, comportamentos de apoio aos outros e, portanto, bem-estar psicológico, em pessoas que têm uma visão espiritual positiva frente à vida” (p. 57).

Souza Júnior, Trombini, Mendonça e Atzingen (2015) realizaram pesquisa sobre a religião no tratamento da doença renal crônica no Hospital das Clínicas Samuel Libânio de Pouso Alegre/MG sob a ótica dos médicos e pacientes, e concluíram que a religião configura um fator benéfico na vida do paciente, proporcionando alívio, suporte e otimismo.

Oliveira et al (2013) realizaram pesquisa em pacientes de um complexo hospitalar geral em Marília/SP sobre a percepção destes em relação à integralidade do cuidado e obtiveram como resultado uma divisão entre os anseios dos pacientes sobre o tema espiritualidade/religiosidade e a conduta médica. Os autores defendem que este tema seja abordado no cuidado integral e estimule os futuros profissionais de saúde a lidar com as crenças e valores dos pacientes.

Manchola, Brazão, Pulschen e Santos (2016) realizaram pesquisa sobre cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa no Hospital de Apoio de Brasília/DF, e concluíram que a espiritualidade como espécie de cuidado paliativo pode ser incorporada e ofertada nos serviços de saúde, e a bioética pode assumir o papel de indutora da reflexão sobre a importância desse cuidado.

Medeiros, Nascimento, Diniz e Alchieri (2013) assinalam que as questões que envolvem religião e espiritualidade sustentam as práticas alternativas ligadas à fé, entre elas a benzeção. Os profissionais de saúde podem reconhecer essa ação como promotora de saúde e bem-estar, considerando que todo indivíduo é dotado de crenças, hábitos e costumes de uma rede cultural própria. Com a perspectiva de integralidade no cuidado e assistência, é possível reconhecer e identificar as implicações dessa modalidade terapêutica no processo saúde-doença, considerando as singularidades e particularidades do indivíduo, num diálogo permanente entre os diferentes modos de cuidar.

Conforme noticiado na mídia³, em Rebouças, cidade do interior do Paraná, benzedeadas são consideradas profissionais da saúde. A cidade regulamentou em lei a profissão e o prefeito considera que elas podem auxiliar a saúde pública. Já no município cearense de Maranguape, médicos do Programa Saúde da Família atuam em conjunto com as rezadeiras no combate à mortalidade infantil, com resultados satisfatórios. Para muita gente, as benzedeadas são capazes de oferecer soluções para problemas que a medicina não consegue resolver, em enfermidades como “rsgaduras”, equivalentes a dores no peito, “sustos”, etc.

Outra reportagem⁴ aponta o resultado de um estudo realizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da USP, que investigou o Bem-Estar Espiritual e a Religiosidade de idosos em tratamento hemodialítico. A notícia relata que estes idosos

³ Disponíveis em: <<http://g1.globo.com/pr/parana/noticia/2012/05/benedeadas-sao-consideradas-profissionais-da-saude-no-parana.html>>; <http://www.istoe.com.br/reportagens/210785_PROFISAO+BENZEDEIRA>; <<http://redeglobo.globo.com/rpctv/meuparana/noticia/2013/11/conheca-cidade-que-reconhece-benedeadas-como-profissionais.html>>; Acesso em 01/12/2014.

⁴ Disponível em < <http://saude.ig.com.br/minhasaude/2015-10-19/religiosidade-traz-alivio-para-idosos-em-hemodialise.html>>; Acesso em 20/10/2015.

encontram na religiosidade características positivas para lidar com situações que a doença gera. A crença em algo superior traz qualidade de vida e alívio durante o tratamento uma vez que é utilizada pelos pacientes no enfrentamento das situações estressantes da vida. A religião é tida como forma de estratégia, conforto, ou fonte de esperança para enfrentar a situação em que se encontram no cotidiano.

De qualquer forma, o importante, sobretudo, é enfatizar o respeito às vivências e percepções do sujeito acerca de si e do mundo e, considerar a postura do profissional de saúde como salutar caso haja um trabalho pautado no acolhimento e vínculo do sujeito e suas singularidades. Para tanto, é importante vislumbrar o sujeito em constante construção a partir do “processo de subjetivação”, isto é, a formação contínua e ilimitada de subjetividades, tendo por base os encontros que a pessoa tem ao longo da sua existência e instituem formas específicas de significar a realidade na qual está inserida (Franco, 2015; Franco, Bueno & Merhy, 1999). Subjetivação pode ser entendida como um processo dinâmico e contínuo de atribuição de sentidos que se configuram de forma singular a partir da existência da pessoa. Por isso, os autores enfatizam a produção do cuidado a partir da relação micropolítica intersujeitos, tendo em perspectiva a importância de um atendimento integral e humanizado, e privilegiando a intervenção pautada na *tecnologia leve*.

Franco e Merhy (2013), quanto às tecnologias (conhecimentos aplicados) do trabalho em saúde, classificam-nas em três tipos, a saber: (a) duras – representadas pelas máquinas e instrumentos; (b) leve-duras – as que se inscrevem no conhecimento técnico estruturado; e (c) leves – as que só existem no ato produtivo relacional entre trabalhador e usuário.

Considerando estes tipos de tecnologia, pode-se dizer que atualmente o modelo de assistência hegemônico, tendo como base o viés biomédico, está focado nos procedimentos, privilegiando as tecnologias duras e leve-duras. Com isso, perde-se a possibilidade da oferta de um cuidado integral que considera como fundamental o acolhimento e o vínculo, estes produzidos no espaço intercessor da relação trabalhador-usuário, tendo como base a tecnologia leve e o trabalho vivo em ato. A produção do cuidado nesse espaço micropolítico considera o sujeito, seu protagonismo, afecções, desejos, potências, modos de estar no mundo numa realidade múltipla e complexa (Merhy, 2013).

Os usuários dos serviços de saúde, conforme Merhy (2013; p. 58), “portam processos instituintes distintos sob a forma de diferentes necessidades na construção de seus espaços”. O autor aponta o trabalho micropolítico como possibilidade de mudanças promissoras em saúde, desde que pautado pela ética do compromisso com a vida e expresso em ato nas dimensões assistenciais, tais como “a relação de acolhimento, a criação do vínculo, a produção da

resolutividade e a criação de maiores graus de autonomia, no modo das pessoas andarem a vida” (p.58).

A vivência de uma espiritualidade que traz forças em meio ao sofrimento causado por uma doença deve ser respeitada pelos profissionais de saúde, tendo como espaço privilegiado de compreensão e apoio a relação direta entre profissional de saúde e usuário (tecnologia leve) considerando a humanização e integralidade em saúde. Há a possibilidade de convergência entre espiritualidade, saúde, bem-estar e afirmação da vida, ratificada por pesquisas já realizadas, e os profissionais de saúde devem estar atentos para essa questão.

4. Considerações Finais

A vivência da espiritualidade, esta como uma das dimensões possíveis do ser humano, quando relacionada a uma atitude positiva de afirmação da vida⁵ pode ser entendida como aspecto promotor da saúde no indivíduo. Esta dimensão, no espaço micropolítico na relação profissional de saúde e usuário, uma vez evidenciada pelo usuário como significativa para sua vivência, deve ser respeitada e considerada no trabalho em prol da saúde do sujeito.

Considera-se que, ao se fazer o elo entre a produção de cuidados em saúde e a espiritualidade, o profissional de saúde deve utilizar, sempre que possível, as fontes de referência do próprio usuário, no sentido de atuar eticamente em favor tanto do respeito à autonomia quanto da beneficência deste (Luengo & Mendonça, 2014).

A equipe de saúde deve considerar a espiritualidade em relação à assistência aos usuários dos serviços de saúde e suas famílias, sobretudo frente à iminência da morte no tratamento intensivo ou cuidados paliativos (Garanito & Cury, 2016).

A prática médica cotidiana deve estar aberta ao diálogo e abarcar uma atitude compreensiva à vivência da espiritualidade ou senso de pertencimento a alguma religião das pessoas que buscam cuidados em saúde e encontram nessa dimensão um recurso estratégico de enfrentamento positivo em relação à doença (Garanito & Cury, 2016).

Sugere-se que o prontuário do usuário do serviço de saúde deve conter os aspectos clínicos e questões preventivas, dificuldades socioeconômicas, questões relevantes de crenças e de convivência interpessoal. Isto em prol da melhor atenção ao usuário e seus familiares

⁵ O conceito de vida aqui pode ser entendido, num viés fenomenológico-existencial, como singularidade existencial que abarca um campo de possibilidades de atribuição de sentidos pela vivência da pessoa em seu mundo.

(Garanito & Cury, 2016).

O ser humano se expressa, sente e cria sentidos na sua existência. Com isso, a dimensão da espiritualidade por ele vivida deve ser compreendida na medida em que é evidenciada na relação com o profissional ou equipe de saúde (Manchola et al, 2016).

Ainda há muito que se discutir sobre a relação espiritualidade e saúde, envolvendo profissionais das áreas da saúde e das humanidades. Nesse âmbito, a discussão pode abarcar a inclusão deste tema nos currículos de formação dos profissionais de saúde, tendo em vista que a questão da espiritualidade surge no cotidiano ao lidar com os usuários da saúde, sendo estas pessoas complexas, com suas crenças, idiosincrasias, múltiplas dimensões entrelaçadas, sentidos de vida.

Quanto à realização de estudos acerca da espiritualidade e saúde, sugerem-se: (a) entrevistas com profissionais de saúde sobre a percepção deles e suas práticas profissionais frente ao tema; (b) pesquisa com usuários de saúde quanto à vivência da espiritualidade destes diante do sofrimento e doença; (c) estudo com familiares dos enfermos no que diz respeito à espiritualidade no enfrentamento da doença no âmbito familiar e relacional.

Referências

Betto, Frei (2014). *Espiritualidade e Religião*. Acesso em 8 de maio, disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sociedade/espiritualidade-religiao-12415633>>.

Brasil. Ministério da Saúde (2009). *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde (2000). Secretaria Executiva. *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Brasília: Ministério Saúde.

Canguilhem, G. (2005). *Escritos sobre a Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Caponi, S. (1997). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 4(2), 287-307.

Cassirer, E. (1994). *Ensaio sobre o Homem: introdução a uma filosofia da cultura humana*. São Paulo: Martins Fontes.

Champlin, R. N. (2001). *Enciclopédia de Bíblia, Teologia e Filosofia*. 5. ed., São Paulo: Hagnos, vol. 5 (P-R).

Cicerone, P. E. (2007). Crer faz bem? *Viver Mente & Cérebro*, 168.

Dalgalarondo, P., Soldera, M.A., Correa Filho, H.R., & Silva, C.A.M. (2004). Religião e uso de drogas por adolescentes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2), 82-90.

Fiorin, J. L. (2010). Teoria dos signos. In: Fiorin, J. L. (org). *Introdução à linguística*. 6. ed. revista e atualizada. São Paulo: Contexto.

Franco, T. B. (2015). Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. *Saúde e Sociedade*, 24(supl. 1), 102-114.

Franco, T. B., Bueno, W. S. & Merhy, E. E. (1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2), 345-353.

Franco, T. B. & Merhy, E. E. (2013). Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde. In: Franco, T. B.; Merhy, E. E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. 1.ed. São Paulo: Hucitec.

Foucault, M. (2010). *A hermenêutica do sujeito: curso dado no Collège de France (1981-1982)*. 3. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.

Foucault, M. (2004). *Ditos e escritos: ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, vol. V.

Garanito, M. P. & Cury, M. R. G. (2016). A espiritualidade na prática pediátrica. *Revista Bioética*, 24(1), 49–53.

Gil, A. C. (2014). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas.

Lima, M. A. G., & Trad, L. A. B. (2007). A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(11), 2672-2680.

Luengo, C. M. L., & Mendonça, A. R. A. (2014). Espiritualidade e qualidade de vida em pacientes com diabetes. *Revista Bioética*, 22(2), 380-387.

Luz, M. T. (2009). Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, 18(2), 304-311.

Manchola, C., Brazão, E., Pulschen, A., & Santos, M. (2016). Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. *Revista Bioética*, 24(1), 165-175.

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

Medeiros, R. E. G, Nascimento, E. G. C., Diniz, G. M. D., & Alchieri, J. C. (2013). Na simplicidade a complexidade de um cuidar: a atuação da benzedeira na atenção à saúde da criança. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(4), 1339-1357.

Mendonça, A. G. (2004). A experiência religiosa e a institucionalização da religião. *Estudos Avançados*, 18(52), 29-46.

Mendonça, A. B, Pereira, E. R., Barreto, B. M. F., & Silva, R. M. C. R. A. (2018). Aconselhamento e assistência espiritual a pacientes em quimioterapia: uma reflexão à luz da Teoria de Jean Watson. *Escola Anna Nery*, 22(4), e20180081. Epub 02 de julho de 2018.

Merhy, E. E. (2013). Em Busca do Tempo Perdido: A Micropolítica do Trabalho Vivo em Ato, em Saúde. In: Franco, T. B.; Merhy, E. E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. 1.ed. São Paulo: Hucitec.

Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto, F., & Koenig, H. G. (2006). Religiosidade e saúde mental:

uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 242-250.

Nagai, S. C., & Queiroz, M. S. (2011). Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1793-1800.

Nogueira, M. I. (2012). *Retratos da formação médica nos novos cenários de prática*. São Paulo: Hucitec.

Oliveira, G. R., Fittipaldi Neto, J., Salvi, M. C., Camargo, S. M., Evangelista, J. L., Espinha, D.C. M. & Lucchetti, G. (2013). Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 11(2), 140-144.

Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia do trabalho científico*. [e-Book]. Santa Maria. Ed. UAB / NTE / UFSM. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1. Acessado em 20/03/2020.

Pessini, L. (2010). Bioética, espiritualidade e a arte de cuidar em saúde. *O Mundo da saúde*, 34(4), 457-465.

Rabelo, M. C. (1993). Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 316-325.

Reale, G. (2002). *Corpo, alma e saúde: o conceito de homem de Homero a Platão*. São Paulo: Paulus.

Revel, J. (2011). *Dicionário Foucault*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Ribeiro, E. S. (2010) Um estudo sobre o símbolo, com base na semiótica de Peirce. *Estudos Semióticos (USP)*, 6, 46-53.

Rocha, R. C. N. P., Pereira, E. R., Silva, R. M. C. R. A., Medeiros, A. Y. B. B. V., Refrande, S. M., & Refrande, N. A. (2018). Necessidades espirituais vivenciadas pelo cuidador familiar de

paciente em atenção paliativa oncológica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Supl. 6), 2635-2642.

Roehe, M. V. (2004) Experiência religiosa em grupos de auto-ajuda: o exemplo de neuróticos anônimos. *Psicologia em Estudo*, 9(3), 399-407.

Sanchez, Z. V. M., Oliveira, L. G., & Nappo, S. A. (2004). Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 43-55.

Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista da Saúde Pública*, 31 (5), 538-542.

Silva, L. V. E. R., Malbergier, A., Stempliuk, V. A., & Andrade, A. G. (2006). Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 280-288.

Silva Junior, A. G., Alves, M. G. M., Mascarenhas, M. T. M., Silva, V. M. N., & Carvalho, L. C. (2008). Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 1489-1500.

Soares, J. C. R. S., & Camargo Jr., K. R. (2007). A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(21), 65-78

Souza, J. C., & Soares, A. S. (2005). Espiritualidade e qualidade de vida. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(2), 218-219.

Souza Júnior, E. A., Trombini, D. S. V., Mendonça, A. R. A., & Atzingen, A. C. V. (2015). Religião no tratamento da doença renal crônica: comparação entre médicos e pacientes. *Revista Bioética*, 23(3), 615-622.

Tesser, C. D. (Org.) (2010). *Medicinas complementares: o que é necessário saber (homeopatia e medicina tradicional chinesa/acupuntura)*. São Paulo: Editora UNESP.

Tesser, C. D., & Luz, M. T. (2008). Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1), 195-206.

Volcan, S. M. A., Sousa, P. L. R., Mari, J. J., & Horta, B. L. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 440-445.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Fabio Araujo Dias – 70%

Eliane Ramos Pereira – 10%

Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva – 10%

Angelica Yolanda Bueno Bejarano Vale de Medeiros – 10%