

ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E RELIGIÃO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UM OLHAR PARA A INTEGRALIDADE**SPIRITUALITY, RELIGIOSITY AND RELIGION ON PUBLIC HEALTH POLICIES: A LOOK AT INTEGRALITY****ESPIRITUALIDAD, RELIGIOSIDAD Y RELIGIÓN EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD: UNA MIRADA PARA LA INTEGRALIDAD**

Recebido: 20/04/2014

Aprovado: 09/12/2014

Carolina Nantes de Castilho¹Paula Tatiana Cardoso²

O termo integralidade possui um caráter polissêmico que tem buscado superar a fragmentação do cuidado e compreende a saúde a partir da interação de fatores físicos, mentais, sociais e espirituais. O presente estudo tem como objetivo identificar e analisar a abordagem dos termos “espiritualidade”, “religiosidade” e “religião” nas políticas públicas de saúde brasileiras na perspectiva da integralidade. Tratou-se de um estudo documental que investigou as políticas públicas apresentadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Das 67 políticas publicadas, 65 estavam disponíveis para pesquisa e foram analisadas em duas etapas. Os resultados apontaram uma abordagem sutil e superficial da temática nos documentos investigados. As práticas dos profissionais de saúde são embasadas no ideário proposto pelas políticas públicas de saúde, desta forma, acredita-se que as orientações destes documentos voltadas para uma dimensão mais subjetiva dos indivíduos, considerando a “espiritualidade”, “religião” e “religiosidade”, devem ser fortalecidas, com vistas na produção de um cuidado integral.

Descritores: Política de saúde; Espiritualidade; Religião.

The term integrality has a polissemic character which has sought to overcome the care fragmentation and includes health from the interaction of physical, mental, social and spiritual factors. The present study aimed to identify and analyze the approach of the terms "spirituality", "religiosity" and "religion" in brazilian health public policy from the perspective of the integrality. It was a documentary study that investigated the presence of public policy in the Virtual Health Library (VHL). From 67 Policies issued, 65 were available for study and were analyzed in two stages. Results revealed a subtle and superficial treatment of the issue investigated in documents. The practice of health professionals here are based on ideas proposed by public health policies in this way, it is believed that these guidance documents aimed at a more subjective dimension of individuals, considering the "spirituality", "religion" and "religiosity" should be strengthened, in order to produce a comprehensive care.

Descriptors: Health policy; Spirituality; Religion.

El término integralidad tiene diversos sentidos que ha tratado de superar la fragmentación de la atención de la salud e incluye desde la interacción de factores físicos, mentales, sociales y espirituales. El presente estudio tuvo como objetivo identificar y analizar el enfoque de los términos "espiritualidad", "religiosidad" y "religión" en políticas públicas brasileñas en la perspectiva de la integralidad. Fue un estudio documental que investigó la política pública presentada en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS). De las 67 políticas publicadas, 65 estaban disponibles para su estudio y siendo analizadas en dos etapas. Los resultados revelaron un tratamiento sutil y superficial de la cuestión investigada en los documentos. La práctica de los profesionales de la salud aquí se basan en las ideas propuestas por las políticas de salud pública de esta manera, se cree que estos documentos de orientación dirigidos a una dimensión más subjetiva de las personas, teniendo en cuenta la "espiritualidad", "religiosidad" y "religión" debe fortalecerse, con el fin de producir una atención integral.

Descriptores: Política de salud; Espiritualidad; Religión.

¹ Terapeuta Ocupacional. carolinanantes@yahoo.com.br

² Terapeuta Ocupacional. Mestre em Educação Especial. Professor da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. paulatcar@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O verbo integrar provém do latim *integer* produzindo um sentido de inteiro, de ação na qual as partes se formam de um todo e essas constituem o conjunto. O termo “integralidade” possui um caráter polissêmico que no processo histórico das discussões científicas tem buscado superar a fragmentação do Ser Humano¹⁻³.

No Brasil, a utilização do termo ganha relevância no final dos anos 70 e início dos anos 80 do século passado, no âmbito da reforma sanitária, nas políticas governamentais e nos programas de intervenção. A incorporação da integralidade como princípio norteador para estruturar a política de Estado para saúde visa orientar a organização dos serviços nessa área e fortalecer a luta pela criação de um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade¹.

Neste contexto, a integralidade associada aos princípios orientadores das práticas de saúde, valoriza a subjetividade humana, ofertando a possibilidade para o diálogo e a inserção das diversas formas de ação em saúde⁴.

Acredita-se que o olhar para o sujeito no seu modo de se relacionar com a vida pode trazer contribuições para ampliar a compreensão social da demanda dos usuários do sistema de saúde e potencializar o cuidado ao indivíduo e suas necessidades⁵. Essa idéia parte de uma abordagem holística, que representa uma mudança paradigmática na compreensão do processo saúde-doença, antes eminentemente biomédico e atualmente voltado para a qualidade de vida.

Nesse sentido, a resolução publicada na Emenda da Constituição de 7 de abril de 1999 incluiu o âmbito espiritual no conceito multidisciplinar de saúde⁶. Observa-se uma ampliação do conceito de saúde da OMS (Organização Mundial de Saúde), que deixou de ser exclusivamente a doença, cedendo espaço ao estudo de características adaptativas, como

resiliência, esperança, criatividade, coragem e espiritualidade, assim, a saúde dos indivíduos é determinada pela interação de fatores físicos, mentais, sociais e espirituais⁷.

A relação entre saúde e fatores espirituais tem se tornado um tema atual de interesse de muitos estudos, em vista da observação de sua influência sobre o bem-estar das pessoas⁵. Este cenário vem sendo fonte de discussão, pois durante anos a espiritualidade e religiosidade foram consideradas como sinônimos, até que, no início do século XIX, esses conceitos começaram a apresentar distinções. No entanto, ainda hoje são assuntos de difícil abordagem por parte de profissionais da saúde, o que suscita um amplo debate em busca de um consenso⁸.

Os conceitos como religião, religiosidade e espiritualidade são comumente empregados de forma intercambiável, até como sinônimos, apesar de possuírem significados distintos⁹.

Nem sempre é fácil e cômodo falar de espiritualidade na saúde, tendo em vista a amplitude do tema, seu caráter subjetivo inerente ao imaginário popular e a cobrança da sociedade aos profissionais devido à estreita relação de legitimidade entre saúde e ciência¹⁰.

A palavra espiritualidade derivou do latim *spiritus*, significando a parte essencial da pessoa que controla a mente e o corpo; a etimologia da palavra espiritualidade significa sopro de vida e, o termo está relacionado também ao significado da vida e à razão de viver, não limitado a tipos de crenças ou práticas religiosas, mas relacionado à busca pela transcendência, o que vai para além do que está nos dogmas das religiões tradicionais^{11,12}.

Já a religiosidade é tida como a valorização da experiência religiosa, não se identifica necessariamente com alguma tradição religiosa particular como sistema de ritos, práticas, doutrinas e, desta forma, não se liga a uma comunidade religiosa em

particular como sendo o único caminho capaz de proporcionar a ligação com o divino. Os indivíduos incorporam elementos rituais e doutrinários de diferentes religiões em arranjos pessoais¹³.

Por sua vez, a etimologia da palavra religião vem do latim - *religare*, cujo significado é “re-unir”, ou seja, “re-ligar homem à sua essência divina” que se esclarece como sendo um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos delineados para facilitar a proximidade com o sagrado e o transcendente e, muitas vezes, envolve símbolos, rituais, cerimônias e trazem explicações sobre a vida e a morte^{11,14,15}.

Há relevância da compreensão de tais fenômenos, uma vez que o sistema público de saúde brasileiro e outros grupos de assistência buscam reorientar suas práticas de atenção de forma a melhor se ajustar à realidade cultural e subjetiva da população atendida pelos profissionais de saúde⁵.

Um estudo nacional, com 3.007 participantes de uma amostra representativa da população brasileira constatou que apenas 5% dos brasileiros declararam não ter religião, 83% consideraram a religião muito importante para sua vida e 37% frequentavam algum serviço religioso pelo menos uma vez por semana¹⁶. As filiações religiosas, identificadas com maior frequência, foram: Catolicismo (68%), Protestante/Evangélica (23%) e Espiritismo Kardecista (2,5%)¹⁷.

Nos termos espiritualidade, religiosidade e religião, considera-se que estudos nesse sentido são especialmente relevantes em um país onde se manifesta uma diversidade de crenças religiosas e espirituais que podem influenciar a saúde da população⁵.

O prisma das políticas públicas em saúde para abordar as temáticas espiritualidade, religiosidade e religião, são importantes, uma vez que as políticas são respostas do governo às demandas, problemas e conflitos que afloram na sociedade¹⁸. Nesse sentido, a compreensão da organização dos serviços do nível macro das políticas permite ampliar as ações no

sentido da humanização, acolhimento e ética do cuidado com o indivíduo¹².

Atender os usuários de saúde como um ser integral, incluindo na assistência o sentido da espiritualidade, religiosidade e religião como recursos para a produção de saúde, significa valorizar a sua história e os modos com que as pessoas se relacionam com a vida⁵.

A presente pesquisa teve como objetivo identificar e analisar a abordagem dos termos espiritualidade, religiosidade e religião nas políticas públicas nacionais de saúde, sob o olhar da integralidade.

MÉTODO

Tratou-se de uma pesquisa documental, com abordagem qualitativa, voltada para a identificação das temáticas “espiritualidade”, “religiosidade” e “religião” nas políticas públicas nacionais de saúde.

A escolha metodológica justifica-se pela influência e relevância social dos documentos analisados, uma vez que as políticas públicas são diretrizes e princípios norteadores de ação do poder público e envolvem decisões com vistas na satisfação do interesse de uma coletividade, a partir de estratégias estruturadas em um processo decisório composto de variáveis complexas que impactam na realidade^{19,20}. Em síntese, as políticas públicas de saúde vinculam-se aos processos econômicos, políticos, culturais e ideológicos, e as suas práticas relacionam-se ao modo de desenvolvimento social de um país²¹.

Neste contexto, a presente pesquisa buscou investigar as políticas públicas de saúde, presentes na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e instituídas pelo Ministério da Saúde²².

A BVS é desenvolvida sob coordenação do Centro Latino-Americano de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), sendo uma rede de fontes de informação *online*, descentralizada e dinâmica. Distingue-se do conjunto de fontes de informação disponíveis na *Internet* por obedecer a critérios de seleção e controle de qualidade, o que proporciona um espaço comum entre usuários,

intermediários e produtores de informação²².

O acervo das políticas públicas presentes na BVS foi tratado em duas etapas, a saber:

- Etapa 1 - Análise dos termos identificados

Levantamento dos documentos disponibilizados e análise documental preliminar, que incluíam: análise do contexto, autores, autenticidade e confiabilidade, natureza do texto, conceitos-chaves e lógica interna²³. Os documentos considerados adequados foram submetidos à análise de conteúdo, que consistiu na busca direcionada e interpretação da aparição dos termos centrais “espiritualidade”, “religiosidade” e “religião”, de seus termos correlatos^{24,25}.

Após o levantamento bibliográfico e leitura exploratória de livros e artigos indexados relacionados ao tema da pesquisa, foi possível elencar termos que possuem correlação com as palavras centrais norteadoras da pesquisa.

- Etapa 2 - Políticas que propõem em seu título a palavra integralidade ou integral

Consistiu em identificar e analisar as políticas públicas de saúde que propusessem em seu título as palavras “integral” ou “integralidade”, a fim de investigar com maior profundidade possíveis relações da integralidade proposta com a temática estudada. Estes documentos, após selecionados, foram submetidos na íntegra à análise de conteúdo, que consistiu em três pólos cronológicos, a saber: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação²⁴.

Em ambas as etapas do método o acesso às políticas transcorreu no período de 01 de julho/2013 a 31 de outubro/2013.

RESULTADOS

O Quadro 1 apresenta os termos centrais, no referido estudo, referente a etapa1.

Quadro 1: Coleta de Dados/Etapa 1.

Etapa 1	
<p><u>Termos centrais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Espiritualidade ● Religiosidade ● Religião 	<p><u>Termos correlatos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Religiosa (o) (s) ● Espiritual (ais) ● Transcendente(s) ● Crença (s) ● Místico (s) ● Ecumênico (s) ● Espiritualista (s) ● Dogma (s) ● Fé ● Ritual (is)
<p>Análise Documental - Cellard (2008); Análise de Conteúdo - Bardin (2009)</p>	

Das 67 políticas públicas localizadas no acervo BVS, duas estavam com o acesso indisponível no período da coleta, são elas: Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: proposta 2004; Sistema de Monitoramento da Política de Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de DST e Aids: Portaria nº 1679, de 13/8/2004.

As 65 Políticas analisadas estão disponíveis na BVS através do link *políticas e diretrizes do SUS - Políticas Nacionais*. São citadas de forma aleatória, compostas por título, ano e edição. De acordo com o ano, a mais antiga é de 1990- Política Federal de Assistência Farmacêutica; e a mais recente é de 2011- Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF).

Trata-se de políticas de saúde que abordam de forma mais específica temas como: humanização; doenças crônicas; sistema de informação; gestão do SUS; álcool e outras drogas; assistência farmacêutica; alimentação/nutrição; atenção básica; saúde do homem; saúde da mulher; reprodução humana assistida;

atenção à urgência; práticas integrativas, complementares e fitoterápicos.

Com relação à identificação dos termos centrais (religião, espiritualidade e religiosidade), apenas o termo religião evidenciou-se nos documentos, um total de cinco aparições (n=5), sendo: uma vez (n=01) na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes, 2004; três vezes (n=03) na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, 2007 e uma vez (n=01) na Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial. Os demais termos centrais não apareceram em nenhuma política pesquisada.

Após a identificação dos termos centrais, a pesquisa nos documentos prosseguiu com a busca dos termos correlatos, registrando-se um total de trinta e seis aparições (n=36). São apresentados apenas alguns para ilustração, dado o volume descritivo.

No total de dezessete vezes (n=17) em que aparece o termo correlato religiosa(o)(s), estes são citados e vinculados a um contexto, mas sem definições conceituais explicativas e com grifos dos autores nos termos. De acordo com as conceituações consideradas na presente pesquisa para os termos espiritualidade, religiosidade e religião, estas aparições permitem diferentes inferências. Os trechos a seguir ilustram estas afirmações:

*"[...] XXI - estabelecer e implantar o acolhimento e a humanização da atenção, com base em um modelo centrado no usuário e em suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnicorraciais, culturais, sociais e **religiosas**"*²⁶.

*"[...] XVII - povos e comunidades tradicionais: grupos culturalmente diferenciados que se reconhecem como tradicionais, possuem formas próprias de organização social e ocupam e utilizam territórios e recursos naturais como condição para sua produção e reprodução cultural, social, **religiosa**, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos e*

*inovações práticas gerados e transmitidos pela tradição"*²⁷.

*"[...] A despeito de o sistema jurídico outorgar um conjunto de leis que se ocupem da igualdade nos direitos individuais e políticos (de que seria exemplo a liberdade **religiosa**), dos direitos sociais, direito educacional, direitos culturais, entre outros, as estatísticas indicam que tais direitos estão longe de serem eficazes, pelo que cabe ao governo federal"*²⁸.

O termo crença(s) apareceu num total de quatorze vezes (n=14), sendo que em sete (n=7) não estava ligada às definições consideradas para os termos centrais da presente pesquisa. Alguns exemplificado nos trechos a seguir, respectivamente:

*"[...] O atendimento deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e **crenças** pessoais. Esse enfoque deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde"*²⁹.

*"[...] Os altos índices de morbidade e mortalidade relativos a causas externas entre adolescentes e jovens também merecem destaque, e podem ser compreendidos à luz da **crença** na invulnerabilidade e na necessidade social de auto-afirmação"*³⁰.

O termo espiritual(ais) apareceu num total de quatro vezes (n=4), estas aparições tinham proximidade com a temática estudada, mas sem uma diferenciação clara relacionada a algum dos conceitos (espiritualidade, religiosidade e religião), como pode ser exemplificado pelo trecho a seguir:

*"[...] As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo **espiritual** e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde"*³¹.

O termo correlato transcendente(s) apareceu uma vez (n=01) com sentido

destoante daqueles relacionados aos termos centrais propostos na presente pesquisa:

*“Os acidentes e as violências no Brasil configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e **transcendência**, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população”*³².

Os demais termos correlatos não obtiveram nenhuma aparição, são eles: místico (s), ecumênico (s), espiritualista (s), dogma (s), fé e ritual (is).

Constatou-se que não há uma distinção clara nas políticas acerca dos termos espiritualidade, religiosidade e religião, o que permite diferentes interpretações e conceituações por quem as adota como princípio da prática em saúde.

A partir das aparições dos termos centrais e correlatos, realizou-se uma análise à luz dos sentidos, propostas para integralidade, compreendido como polissêmico e orientador das práticas de saúde que valorizam a subjetividade do indivíduo e seus conhecimentos³³.

Se observou 25 aparições ligadas de forma pontual ao termo integralidade e 1 aprofundado, por sua vez 9 aparições não se ligava a integralidade e 6 foram termo com outros conceitos, conforme o Quadro 2.

Quadro 2 - Análise da aparição dos termos centrais e correlatos.

Aparições ligadas à integralidade	Aparições não relacionadas à integralidade	Termos com outros conceitos
- 25 (citados pontualmente) e, - 1 (aprofundado no contexto)	- 9	- 6

Destaca-se que, no total de quarenta e um (n= 41) termos identificados, vinte e cinco (n= 25) apareceram pontualmente dentro da perspectiva da integralidade, como pode ser observado no trecho reportado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes (2004, p. 64) que diz:

“[...] a atenção integral à saúde da mulher implica, para os prestadores de serviço, no

*estabelecimento de relações com pessoas singulares, seja por razões econômicas, culturais, **religiosas**, raciais, de diferentes orientações sexuais”*²⁹.

Apenas um (n= 01) termo apareceu seguido de explicação e contextualizado acerca do prisma da integralidade compreendido no presente estudo. Esta aparição é proposta pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas de 2002, que relaciona os sistemas tradicionais indígenas de saúde a uma abordagem holística sustentada por princípios da harmonia do indivíduo com o universo em que vive. E essas concepções estão acordadas com a definição de saúde, recentemente, defendida pela OMS.

Por sua vez, nove (n= 09) termos, correlatos e centrais, não estavam relacionados ao sentido da integralidade abordado e apareceram relacionados a aspectos como: momento histórico e complemento de dados sociodemográfico. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002, p. 07) exemplifica a aparição relacionada ao momento histórico:

*“[...] No Brasil, a população indígena, estimada em cerca de 5 milhões de pessoas no início do século XVI, (...) foi dizimada pelas expedições punitivas às suas manifestações **religiosas** e aos seus movimentos de resistência, mas, principalmente, pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no seu modo de vida impostas pela colonização e cristianização”*³¹.

Outros seis (n=06) termos, correlatos e centrais, não se enquadravam na conceituação dos termos propostos e tampouco se relacionavam ao sentido de integralidade. O trecho presente na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes, 2008, p. 15, exemplifica a afirmação:

*“[...] Os altos índices de morbidade e mortalidade relativos a causas externas entre adolescentes e jovens também merecem destaque, e podem ser compreendidos à luz da **crença** na*

*invulnerabilidade e na necessidade social de auto-afirmação*³⁰.

Políticas que propõem em seu título a palavra integralidade ou integral

Após o desfecho da primeira etapa, as políticas que propuseram em seu título as palavras “integral” ou “integralidade” foram analisadas na íntegra.

Constatou-se que dentre os sessenta e cinco (n=65) documentos disponíveis na BVS, nove (n=9) se enquadraram no critério proposto: Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (2003), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2009), Política Nacional de Atenção Integrada à saúde do homem: princípios e diretrizes (2008), Política nacional de atenção integral à saúde da mulher- plano de ação (2004-2007), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes (2004), Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (2005), Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2007), Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (2011), Síntese das Diretrizes para Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004-2007).

A partir da análise das políticas públicas nacionais mencionadas foi possível observar que a temática pesquisada, composta pelos termos espiritualidade, religiosidade e religião, não apareceu de forma significativa além do que foi identificado na Etapa 1. Quanto ao princípio da integralidade, foi identificado prioritariamente no sentido que envolve a organização dos serviços para a produção de um cuidado integral, sobressaindo-se em relação ao sentido voltado para a subjetividade e diversidade cultural dos sujeitos.

Observou-se que o diálogo envolvendo as propostas de Humanização e Acolhimento nas políticas apresenta relação significativa com os conceitos adjacentes aos termos estudados, ainda que isso não tenha aparecido de forma explícita.

DISCUSSÃO

Os resultados da análise das políticas públicas de saúde no estudo apontaram uma abordagem sutil e não explicativa da temática estudada, o que indica a necessidade de ampliação da discussão sobre os aspectos relacionados à espiritualidade, religiosidade e religião no que tange a produção de cuidado em saúde, uma vez que os documentos analisados são tidos como norteadores das ações em saúde coletiva²⁰.

Em relação à identificação dos termos centrais e correlatos investigados no estudo, foi possível observar a predominância da aparição dos termos “religião” e “religiosa(o)(s)” nas políticas pesquisadas. Tal achado vai ao encontro de discussões teóricas sobre o tema, que apontam essa relação como originária desde os tempos mais remotos, uma vez que os seres humanos buscam atribuir significado para a vida e a religião aparece como uma das principais fontes de inspiração¹³.

Neste contexto, a busca pelo conhecimento fomenta uma relação historicamente conflituosa entre os campos da religião e das ciências³⁴. No entanto, este cenário está em transformação nas últimas décadas, porque há uma mudança nos paradigmas de saúde com a inserção dos aspectos espirituais, o que possibilita trazer para o campo científico discussões acerca destes temas e uma complementação de saberes entre ambas³³,³⁴. Estas considerações ratificam a necessidade de compreender e aprofundar o impacto dos aspectos religiosos e espirituais na vida do indivíduo, haja vista sua inferência e impacto no processo de saúde-doença.

É possível identificar na literatura da área e em documentos públicos oficiais a consideração da importância destes aspectos na produção do cuidado em saúde. Neste contexto, destacam-se a Constituição Federal de 1988, no Art. 5º alínea VII, que reporta à prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva e a Lei nº 9.982/2000,

que garante o acesso dos religiosos aos hospitais públicos e privados, desde que sejam respeitadas a vontade dos pacientes e /ou familiares e as normas de cada instituição³⁴. No entanto, os resultados do estudo apontam para uma abordagem ainda limitada e pouco consistente sobre como o cuidado em saúde se relaciona com esta temática e como deve ser produzido nesse sentido.

Além disso, é importante destacar outro resultado do estudo, que aponta a aparição dos termos centrais e correlatos de maneira pouco clara e específica no que diz respeito à diferenciação dos conceitos de cada termo. Na maioria das aparições, não foi possível afirmar se o termo se referia ao conceito de religião, de religiosidade ou de espiritualidade defendidos pelos autores de referência da área utilizados no estudo, cabendo diferentes interpretações para uma mesma colocação.

Não se trata de limitar a abordagem dos termos, porém, acredita-se na importância da criação de espaços de diferenciação conceitual nas políticas, uma vez que a abordagem do tema nas práticas será influenciada pelas crenças dos profissionais, o que nem sempre irá garantir uma valorização da diversidade no contexto da saúde. Desta forma, a ampliação da discussão no sentido da diferenciação destes termos pode abrir caminhos para uma reflexão mais consistente sobre as diversas formas de se vivenciar a dimensão espiritual, com vistas no fortalecimento de práticas mais diversificadas e acolhedoras.

A etapa 2 da pesquisa buscou compreender como o conteúdo das políticas que trazem em seu título a palavra integralidade/integral e que se aproxima da temática estudada e os resultados reforçaram aqueles obtidos na primeira etapa. Era esperado que estas políticas fomentassem discussão acerca de aspectos importantes da subjetividade e cultura dos sujeitos, como a religião, espiritualidade e religiosidade, de acordo com a conceituação polissêmica do termo

integralidade, o que não aconteceu. Contudo, foi possível observar uma aproximação destes aspectos a partir dos conceitos relacionados à proposta de humanização e acolhimento presentes nos documentos analisados, ainda que não tenha sido identificada esta relação diretamente apresentada.

Encontrou-se, na maioria das políticas, a humanização como eixo norteador, e foi feita durante a pesquisa uma relação da humanização com a temática do estudo. Esta relação aponta que a humanização é uma forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado e está associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais³⁵.

Da mesma forma, foi possível observar uma associação da temática do estudo com a proposta do acolhimento, uma vez que este é entendido como uma postura ética que implica na escuta do usuário acerca das suas necessidades, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde³⁶.

Observou-se ainda, nos documentos analisados, um predomínio da abordagem da integralidade relacionada à organização dos serviços como modo de orientar as práticas em saúde³⁷. Acredita-se que este resultado possa ser um fator de influência na pequena abordagem dos temas espiritualidade, religiosidade e religião, já que esta discussão se aproxima principalmente de outro sentido da integralidade, aquele voltado para a atenção à subjetividade dos indivíduos, sendo menos discutido nos documentos.

A Constituição Federal de 1988 aponta o atendimento integral à saúde como uma das diretrizes do SUS e, desde então, a integralidade vem sendo colocada como questão central nas políticas governamentais, em programas de intervenção e em todo discurso do movimento sanitário²⁵. A Integralidade no

contexto do SUS pode ser vista como uma imagem-objetivo com vários sentidos que reúne três conjuntos: (1) a integralidade como traço da boa medicina, (2) como modo de organizar as práticas e (3) como respostas governamentais a problemas específicos de saúde³⁸. No primeiro conjunto de sentidos, um traço da boa medicina, a integralidade consiste em uma resposta ao sofrimento da pessoa que procura ajuda no serviço de saúde, tendo o cuidado para que ela não seja reduzida ao sistema biológico⁹.

A integralidade em saúde remete à valorização de práticas intersubjetivas, em que os profissionais se relacionam com sujeitos e não com objetos, em uma dimensão dialógica³⁹. Nesta direção, reafirma-se a necessidade de se considerar, no cuidado integral destinado ao indivíduo, os aspectos relacionados à vida espiritual, uma vez que esta é uma dimensão integrante da experiência social e cultural humana e, portanto, da vivência cotidiana de grande parte da população⁴⁰.

Diante disto, destaca-se a importância da valorização paritária dos diversos sentidos que compõem a integralidade, a fim de se alcançar a complementaridade de ações distintas que, propostas nas práticas em saúde, podem atender o indivíduo em sua complexidade.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002) foi a única que apresentou uma abordagem direta e aprofundada da temática investigada no estudo. Este documento contou com a participação indígena em toda a sua elaboração (implantação, avaliação e aperfeiçoamento).

Acredita-se que esta preocupação, em ativar a participação dos interessados na constituição da política, pode esclarecer a defesa clara e aprofundada da importância de se considerar os aspectos espirituais no processo de saúde destinado a esta população. Nesta direção, o cuidar em saúde não é apenas um procedimento técnico, mas uma ação integral com significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como um direito de

ser; e pensar o direito de ser na saúde é respeitar as diferenças dos sujeitos e permitir aos mesmos participar ativamente da decisão acerca da melhor tecnologia por eles utilizada²⁵.

Apesar da referida política não possuir no título o termo “integral” ou “integralidade”, trouxe proximidade em seu conteúdo com a temática estudada na perspectiva da integralidade e articulou o termo correlato “espiritual” com a definição de saúde da World Health Organization Amendments to the Constitution de 1999, que acrescenta os aspectos espiritual aos demais domínios (físico, psicológico e social). No decorrer da história das civilizações, há registros de cultos e rituais que ilustram a ligação do homem com o transcendente o que pode ser observado também nas sociedades atuais³⁴. Esta política propôs uma articulação com os saberes e práticas da população indígena, permitindo assim, a elaboração de uma política que possibilita a obtenção de melhorias do estado de saúde de forma condizente com a realidade cultural.

Próximo à proposta da política destinada à saúde dos povos indígenas, identifica-se a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, aprovada na Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, portanto, ainda não vigente e compondo o acervo da BVS até a data da coleta de dados deste estudo.

Esta Política é proposta pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS), e reafirma os princípios do SUS e o compromisso com a garantia de vida e diminuição das desigualdades sociais, alicerçadas na ampliação da democracia participativa no setor da saúde. Fundamentada no referencial teórico da Educação Popular em Saúde, considera o conhecimento como produção histórico-social dos sujeitos construído a partir do diálogo e defende que os valores e princípios presentes nas práticas populares de cuidado contribuem significativamente para a promoção da

autonomia do cidadão, que é o protagonista de seus projetos de saúde⁴¹.

Identifica-se nesta política uma abordagem significativa da temática em destaque no estudo, quando explica a importância de considerar a espiritualidade no cenário da Educação Popular. O documento reporta que a espiritualidade é uma dimensão importante presente nas práticas de Educação Popular em Saúde e é responsável por orientar e fornecer sentido às opções de vida mais fundamentais das pessoas¹³. Logo, é possível que a Política Nacional de Educação Popular em Saúde contribua para o aprofundamento do sentido da integralidade em saúde neste contexto, a partir da valorização dos projetos pessoais e coletivos como parte fundamental da estruturação do cuidado.

Como desfecho da presente discussão, acredita-se que as orientações voltadas para uma dimensão mais subjetiva dos indivíduos, considerando a dimensão da “espiritualidade”, “religião” e “religiosidade”, devem ser fortalecidas nas políticas públicas nacionais de saúde, no sentido da produção de um cuidado mais integral. Esta afirmativa converge com os resultados obtidos no estudo e torna-se relevante uma vez que as práticas dos profissionais em saúde são embasadas e guiadas dentro do ideário proposto por estas políticas.

CONCLUSÃO

Sob a perspectiva da integralidade, é importante que as práticas em saúde respeitem o sujeito em todas as suas dimensões (física, social, mental e espiritual).

A pesquisa permitiu verificar que as políticas públicas de saúde no Brasil, de forma geral, apresentam superficialmente a dimensão espiritual relacionada à saúde individual e coletiva. Acredita-se que a participação da população no desenvolvimento das políticas públicas possa representar um aspecto fortalecedor da produção do cuidado integral mais efetivo nesse sentido.

Destaca-se o caráter inicial e os limites da pesquisa, que não teve a intenção de esgotar o assunto, ao contrário, pretendeu levantar indicativos para o desenvolvimento de outros estudos e avaliações mais aprofundadas sobre a abordagem da temática nos documentos orientadores das práticas em saúde.

Acredita-se ainda na relevância de pesquisas que investiguem o reflexo desta abordagem nas ações cotidianas em diferentes contextos de gestão e produção do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Bernardes EH. Sentidos de integralidade produzidos com trabalhadores de saúde em relações grupais [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2011.
2. Costa I. Os sentidos da integralidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. Inter Science Place [Internet]. 2010 [citado em 14 nov 2013]; 3(12):78-91. Disponível em: <http://www.interscienceplace.org/interscienceplace/article/view/133/148>.
3. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6ed. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2006. 180p.
4. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6ed. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2006. p. 39-64.
5. Alves JS, Junges JR, López LC. A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. Mundo Saúde [Internet]. 2010 [citado em 17 fev. 2013]; 34(4):430-6. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/430a436.pdf.
6. World Health Organization Amendments to the Constitution [Internet]. 1999 Apr, 7th [citado em 04 fev de 2013]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB101/pdfangl/angr2.pdf
7. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Públ. [Internet]. 2004 [citado em 12 mar 2013]; 20(2):580-8. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n2/27.pdf>.
8. Dal-Farra RA, Geremia C. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. Rev Bras Educ Méd. [Internet]. 2010 [citado em 10

- set 2013]; 34(4):587-97. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n4/v34n4a15.pdf>.
9. Guerra CM, Volpato F, Castilho JN. Cuidado e espiritualidade: uma abordagem a partir de práticas integrativas em saúde [Monografia]. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina; 2009. 54p.
10. Smeke ELM. Espiritualidade e atenção primária à saúde, contribuições para a prática cotidiana. In: Vasconcelos EM, organizadores. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec; 2011. p. 341-369.
11. Panzini RG. Qualidade de vida e espiritualidade. Rev Psiquiatr Clín. (São Paulo) [Internet]. 2007 [citado em 07 ago 2013]; 34 supl 1:105-15. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/105.html>.
12. Pessini L, Bertachini L. O que entender por cuidados paliativos. São Paulo: São Camilo, Loyola; 2006.
13. Vasconcelos EM, org. A espiritualidade no trabalho em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2011. 341p.
14. Koenig HG. Medicine, religion and health: where science and spirituality meet. West Conshohocken: Templeton Foundation Press; 2008.
15. Kovács MJ. Espiritualidade e psicologia: cuidados compartilhados. Mundo Saúde [Internet]. 2007 [citado em 28 ago 2013]; 31(2):46-55. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/53/12_Espiritualidade.pdf.
16. Moreira-Almeida A. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. Rev Psiquiatr Clín. [Internet]. 2010 [citado em 14 set 2013]; 37(1):12-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n1/a03v37n1>.
17. Braghetta CC. Aspectos éticos e legais da assistência religiosa em hospitais psiquiátricos. Rev Psiquiatr Clín. [Internet]. 2011 [citado em 13 jul 2013]; 38(5):189-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n5/a04v38n5.pdf>.
18. Batista TWF; Mattos RA. Caminhos para análise das políticas de saúde [Internet]. Rio de Janeiro: IMS, EPSJV, ENSP; 2011 [citado em 20 abr 2013]. Disponível em: <http://www.ims.uerj.br/ccaps/wp-content/uploads/2011/10/Caminhos-para-An%C3%A1lises-de-Pol%C3%ADticas-de-Sa%C3%BAde.pdf>.
19. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: Pinheiro R, Mattos RA, orgs. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2007. p. 279-300.
20. Teixeira EC. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade [Internet]. Salvador: AATR; 2002 [citado em 18 jun 2013]. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf.
21. Sarreta FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS [Internet]. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2009 [citado em 11 out 2013]. 248p. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/29k48/pdf/sarreta-9788579830099.pdf>.
22. Ministério da Saúde (Br). Biblioteca Virtual em Saúde, 2013. [citado em 27 Abril 2013]. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/politicas-e-diretrizes-do-sus/politicas-nacionais/>.
23. Cellard AA. Análise documental. In: Poupart J, organizador. A pesquisa qualitativa: enfoques epidemiológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 295-316.
24. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
25. Corbani NMS, Bretas ACP, Matheus MCC. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? Rev Bras enferm. [Internet]. 2009 [citado em 05 abr 2013]; 62(3):349-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/03.pdf>.
26. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). D.O.U., 17 maio 2013, 94, Seção 1: 129-132.
27. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). D.O.U., 5 dez 2011, 232, Seção 1:93-4.
28. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Br). Política nacional de promoção da igualdade racial. Brasília: SEPPPIR; 2003.
29. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
30. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de

atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

31. Ministério da Saúde (Br), Fundação Nacional de Saúde. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

32. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

33. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface Comun Saúde Educ. [Internet]. 2005 [citado em 20 jun 2013]; 9(17):287-301. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>.

34. Gobatto CA. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: um estudo sobre as concepções de profissionais de saúde [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2012. 138p.

35. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2004 [citado em 20 set 2013]; 9(1): 7-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>.

36. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Atenção à Saúde. Dicas em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

37. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R; Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6ed. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2006. p. 39- 64.

38. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface Comun Saúde Educ. [Internet]. 2005 [citado em 20 jun 2013]; 9(17):287-301. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>.

39. Amabile AEN. Políticas públicas. In: Castro CLF, Gontijo CRB, Amabile AEN, orgs. Dicionário de políticas públicas. Belo Horizonte: UFMG; 2012 [citado em 12 junho 2013]. p. 390-91. Disponível em: <http://pt.calameo.com/read/0016339049620b36a7dac>.

40. Lucchetti G. Religiosidade, espiritualidade e doenças cardiovasculares. Rev Bras Cardiol. [Internet]. 2011 [citado em 08 set 2013];

24(1):55-7. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_01/a_2011_v24_n01_07giancarlo.pdf.

41. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). D.O.U. 2013; 225, Secção 1: 62.

CONTRIBUIÇÕES

Carolina Nantes de Castilho e Paula Tatiana Cardoso tiveram iguais contribuições no desenvolvimento da pesquisa e na confecção do artigo em suas diversas fases.