

ESPIRITUALIDAD, RELIGIOSIDAD Y RELIGIÓN EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD: UNA MIRADA PARA LA INTEGRALIDAD

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

Recibido: 20/04/2014
Aprobado: 09/12/2014

Carolina Nantes de Castilho¹

Paula Tatiana Cardoso²

El término integralidad tiene diversos sentidos que ha tratado de superar la fragmentación de la atención de la salud e incluye 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 integridad. 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.

Descriptor: Política de salud; Espiritualidad; Religión.

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.

¹ Terapeuta Ocupacional. carolinanantes@yahoo.com.br

² Terapeuta Ocupacional. Maestría en Educación Especial. Profesor de la Universidad Federal del Triángulo Mineiro. paulatcar@yahoo.com.br

INTRODUCCIÓN

EL verbo integrar proviene del latín *integer* produciendo un sentido de entero, de acción en la cual las partes se forman de un todo y esas constituyen el conjunto. El término "integralidad" posee un carácter polisémico que en el proceso histórico de las discusiones científicas han buscado superar la fragmentación del Ser Humano¹⁻³.

En Brasil, la utilización del término gana relevancia en el final de los años 70 e inicio de los años 80 del siglo pasado, en el ámbito de la reforma sanitaria, en las políticas gubernamentales y en los programas de intervención. La incorporación de la integralidad como principio orientador para estructurar la política de Estado para salud señala orientar la organización de los servicios en esa área y fortalecer la lucha por la creación de un sistema de salud universal, accesible y de calidad¹.

En este contexto, la integralidad asociada a los principios orientadores de las prácticas de salud, valoriza la subjetividad humana, ofreciendo la posibilidad para el diálogo y la inserción de las diversas formas de acción en salud⁴.

Se cree que el mirar para el sujeto en el modo de relacionarse con la vida puede traer contribuciones para ampliar la comprensión social de la demanda de los usuarios del sistema de salud y potencializar el cuidado al individuo y sus necesidades⁵. Esa idea parte de un abordaje holístico, que representa un cambio paradigmático en la comprensión del proceso salud-enfermedad, antes eminentemente biomédico y actualmente volcado para la calidad de vida.

En ese sentido, la resolución publicada en la Enmienda de la Constitución del 7 de abril de 1999 incluyó el ámbito espiritual en el concepto multidisciplinar de salud⁶. Se observa una ampliación del concepto de salud de la OMS (Organización Mundial de Salud), que dejó

de ser exclusivamente la enfermedad, cediendo espacio al estudio de características adaptativas, como elasticidad, esperanza, creatividad, coraje y espiritualidad, así, la salud de los individuos es determinada por la interacción de factores físicos, mentales, sociales y espirituales⁷.

La relación entre salud y factores espirituales se ha tornado un tema actual de interés de muchos estudios, en vista de la observación de su influencia sobre el bienestar de las personas⁵. Este escenario viene siendo fuente de discusión, pues durante años la espiritualidad y religiosidad fueron consideradas como sinónimos, hasta que, en el inicio del siglo XIX, esos conceptos comenzaron a presentar distinciones. Sin embargo, aún hoy son asuntos de difícil abordaje por parte de profesionales de la salud, lo que suscita un amplio debate en busca de un consenso⁸.

Los conceptos como religión, religiosidad y espiritualidad son comúnmente empleados de forma intercambiable, hasta como sinónimos, a pesar de poseer significados distintos⁹.

No siempre es fácil y cómodo hablar de espiritualidad en la salud, teniendo en vista la amplitud del tema, su carácter subjetivo inherente a la imaginación popular y la cobranza de la sociedad a los profesionales debido a la estrecha relación de legitimidad entre salud y ciencia¹⁰.

La palabra espiritualidad derivó del latín *spiritus*, significando la parte esencial de la persona que controla la mente y el cuerpo; la etimología de la palabra espiritualidad significa soplo de vida y, el término está relacionado también al significado de la vida y a la razón de vivir, no limitado a tipos de creencias o prácticas religiosas, pero relacionado a la búsqueda por la transcendencia, lo que va para más allá de lo que está en los dogmas de las religiones tradicionales^{11,12}.

Ya la religiosidad es tomada como la valorización de la experiencia religiosa, no

se identifica necesariamente con alguna tradición religiosa particular como sistema de ritos, prácticas, doctrinas y, de esta forma, no se une a una comunidad religiosa en particular como siendo el único camino capaz de proporcionar la unión con lo divino. Los individuos incorporan elementos rituales y doctrinarios de diferentes religiones en arreglos personales¹³.

A su vez, la etimología de la palabra religión viene del latín - *religare*, cuyo significado es “re-unir”, al hombre a su esencia divina” que se esclarece como siendo un sistema organizado de creencias, prácticas, rituales y símbolos delineados para facilitar la proximidad con lo sagrado y lo trascendente y, muchas veces, implica símbolos, rituales, ceremonias y traen explicaciones sobre la vida y la muerte^{11,14,15}.

Hay relevancia de la comprensión de tales fenómenos, una vez que el sistema público de salud brasileiro y otros grupos de asistencia buscan reorientar sus prácticas de atención de manera de ajustarse a la realidad cultural y subjetiva de la población atendida por los profesionales de salud⁵.

Un estudio de población nacional, implicando 3.007 participantes de una muestra representativa de la población brasileira constató que apenas 5% de los brasileiros declararon no tener religión, 83% consideraron la religión muy importante para su vida y 37% frecuentaban algún servicio religioso por lo menos una vez por semana¹⁶. Las filiaciones religiosas, identificadas con mayor frecuencia, fueron: Catolicismo (68%), Protestante/Evangélica (23%) y Espiritismo Kardecista (2,5%)¹⁷.

En los términos espiritualidad, religiosidad y religión, se considera que estudios en ese sentido son especialmente relevantes en un país donde se manifiesta una diversidad de creencias religiosas y espirituales que pueden influenciar la salud de la población⁵.

El prisma de las políticas públicas en salud para abordar las temáticas espiritualidad, religiosidad y religión, son importantes, una vez que las políticas son respuestas del gobierno a las demandas, problemas y conflictos que afloran en la sociedad¹⁸. En ese sentido, la comprensión de la organización de los servicios del nivel macro de las políticas permite ampliar las acciones en el sentido de la humanización, bienvenida y ética del cuidado con el individuo¹².

Atender a los pacientes como un ser integral, incluyendo en la asistencia el sentido de la espiritualidad, religiosidad y religión como recursos para la producción de salud, significa valorizar su historia y los modos con que las personas se relacionan con la vida⁵.

La presente investigación tuvo como objetivo identificar y analizar el abordaje de los términos espiritualidad, religiosidad y religión en las políticas públicas nacionales de salud, bajo una mirada de la integralidad.

MÉTODO

Se trató de una investigación documental, con abordaje cualitativa, volcada para la identificación de las temáticas “espiritualidad”, “religiosidad” y “religión” en las políticas públicas nacionales de salud.

La elección metodológica se justifica por la influencia y relevancia social de los documentos analizados, una vez que las políticas públicas son directrices y principios orientadores de acción del poder público e implican decisiones con vistas en la satisfacción del interés de una colectividad, a partir de estrategias estructuradas en un proceso decisorio compuesto de variables complejas que impactan en la realidad^{19,20}. En síntesis, las políticas públicas de salud se vinculan a los procesos económicos, políticos, culturales e ideológicos, y sus prácticas se relacionan al modo de desarrollo social de un país²¹.

En este contexto, la presente investigación buscó investigar las políticas

públicas de salud, presentes en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) e instituidas por el Ministerio de Salud²².

La BVS es desarrollada bajo coordinación del Centro Latino-Americano de Información en Ciencias de Salud (BIREME), siendo una red de fuentes de información *online*, descentralizada y dinámica. Se distingue del conjunto de fuentes de información disponibles en la *Internet* por obedecer a criterios de selección y control de calidad, lo que proporciona un espacio común entre usuarios, intermediarios y productores de información²².

El acervo de las políticas públicas presentes en la BVS fue tratado en dos etapas, a saber:

- *Etapa 1 - Análisis de los términos identificados*

Levantamiento de los documentos disponibles y análisis documental preliminar, que incluyeron: análisis del contexto, autores, autenticidad y confiabilidad, naturaleza del texto, conceptos-claves y lógica interna²³. Los documentos considerados adecuados fueron sometidos al análisis de contenido, que consistió en la búsqueda específica e interpretación de la aparición de los términos centrales “espiritualidad”, “religiosidad” y “religión”, de sus términos relacionados^{24,25}.

Después del levantamiento bibliográfico y lectura exploratoria de libros y artículos indexados relacionados al tema de la investigación, fue posible agregar a la lista términos que poseen correlación con las palabras centrales orientadoras de la investigación.

- *Etapa 2 - Políticas que proponen en su título la palabra integralidad o integral*

Consistió en identificar y analizar las políticas públicas de salud que propusiesen en su título las palabras “integral” o “integralidad”, a fin de investigar con mayor profundidad posibles relaciones de la integralidad propuesta con la temática estudiada. Estos documentos, después de seleccionados, fueron sometidos

íntegramente al análisis de contenido, que consistió en tres polos cronológicos, a saber: pre-análisis; exploración do material y tratamiento de los resultados, inferencia e interpretación²⁴.

En ambas etapas del método el acceso a las políticas transcurrió en el período de 01 de julio/2013 a 31 de octubre/2013.

RESULTADOS

El Cuadro 1 presenta los términos centrales, en el referido estudio, referente a etapa1

Cuadro 1: Recolección de Datos/Etapa 1.

Etapa 1	
<p><u>Términos centrales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Espiritualidad ● Religiosidad ● Religión 	<p><u>Términos correlativos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Religiosa (o) (s) ● Espiritual (es) ● Trascendente (s) ● Creencia (s) ● Místico (s) ● Ecuménico (s) ● Espiritualista (s) ● Dogma (s) ● Fé ● Ritual (es)
<p>Análisis Documental - Cellard (2008); Análisis de Contenido - Bardin (2009)</p>	

De las 67 políticas públicas localizadas en la colección BVS, dos estaban con el acceso indisponible en el periodo de la recolección, son ellas: Política Nacional de Información e Informática en Salud: propuesta 2004; Sistema de Monitoreo de la Política de Incentivo en el Ámbito del Programa Nacional de DST y Sida: Portería nº 1679, de 13/8/2004.

Las 65 Políticas analizadas están disponibles en la BVS a través del link *políticas y directrices do SUS - Políticas Nacionales*. Son citadas de forma aleatoria, compuestas por título, año y edición. De acuerdo con el año, la más antigua es de 1990- Política Federal de Asistencia Farmacéutica; y la más reciente es de

2011- Política Nacional de Salud Integral de las Poblaciones del Campo y de la Floresta (PNSIPCF).

Se trata de políticas de salud que abordan de forma más específica temas como: humanización; enfermedades crónicas; sistema de información; gestión del SUS; alcohol y otras drogas; asistencia farmacéutica; alimentación/nutrición; atención básica; salud del hombre; salud de la mujer; reproducción humana asistida; atención de urgencia; prácticas integradoras, complementarias y fitoterapias.

Con relación a la identificación de los términos centrales (religión, espiritualidad y religiosidad), solo el término religión se evidenció en los documentos, un total de cinco apariciones (n=5), siendo: una vez (n=01) en la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer: principios y directrices, 2004; tres veces (n=03) en la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra, 2007 y una vez (n=01) en la Política Nacional de Promoción de la Igualdad Racial. Los demás términos centrales no aparecieron en ninguna política investigada.

Después de la identificación de los términos centrales, la investigación en los documentos prosiguió con la búsqueda de los términos correlativos, registrándose un total de treinta y seis apariciones (n=36). Son presentados solo algunos para ilustración, dado el volumen descriptivo.

En el total de diecisiete veces (n=17) en que aparece el término correlativo religiosa(o)(s), estos son citados y vinculados a un contexto, pero sin definiciones conceptuales explicativas y con grifos de los autores en los términos. De acuerdo con las conceptualizaciones consideradas en la presente investigación para los términos espiritualidad, religiosidad y religión, estas apariciones permiten diferentes inferencias. Los trechos a seguir ilustran estas afirmaciones:

"[...] XXI - establecer e implantar la bienvenida y la humanización de la atención,

*en base a un modelo centrado en el usuario y en sus necesidades de salud, respetando las diversidades étnico-raciales, culturales, sociales y religiosas"*²⁶.

*"[...] XVII - pueblos y comunidades tradicionales: grupos culturalmente diferenciados que se reconocen como tradicionales, poseen formas propias de organización social y ocupan y utilizan territorios y recursos naturales como condición para su producción y reproducción cultural, social, religiosa, ancestral y económica, utilizando conocimientos e innovaciones prácticas generados y transmitidos por la tradición"*²⁷.

*"[...] A despecho del sistema jurídico otorgar un conjunto de leyes que se ocupen de la igualdad en los derechos individuales y políticos (de que sería ejemplo la libertad religiosa), de los derechos sociales, derecho educacional, derechos culturales, entre otros, las estadísticas indican que tales derechos están lejos de ser eficaces, por lo que concierne al gobierno federal"*²⁸.

El término creencia(s) apareció en un total de catorce veces (n=14), siendo que en siete (n=7) no estaba unida a las definiciones consideradas para los términos centrales de la presente investigación. Algunos ejemplificados en los trechos a seguir, respectivamente:

*"[...] El atendimento deberá orientarse por el respeto a todas las diferencias, sin discriminación de cualquier especie y sin imposición de valores y creencias personales. Ese enfoque deberá ser incorporado a los procesos de sensibilización y capacitación para humanización de las prácticas en salud"*²⁹.

*"[...] Los altos índices de morbilidad y mortalidad relativos a causas externas entre adolescentes y jóvenes también merecen destaque, y pueden ser comprendidos a la luz de la creencia en la invulnerabilidad y en la necesidad social de auto-afirmación"*³⁰.

El término espiritual(es) apareció un total de cuatro veces (n=4), estas apariciones tenían proximidad con la temática estudiada, pero sin una diferenciación clara relacionada a alguno

de los conceptos (espiritualidad, religiosidad y religión), como puede ser ejemplificado por el trecho a seguir:

*"[...] Las prácticas de cura responden a una lógica interna de cada comunidad indígena y son el producto de su relación particular con el mundo **espiritual** y los seres del ambiente en que viven. Esas prácticas y conceptos son, generalmente, recursos de salud de eficacias empírica y simbólica, de acuerdo con la definición más reciente de salud de la Organización Mundial de Salud"*³¹.

El término correlativo trascendente(s) apareció una vez (n=01) con sentido discordante de aquellos relacionados a los términos centrales propuestos en la presente investigación:

*"Los accidentes y las violencias en el Brasil configuran un problema de salud pública de gran magnitud y **trascendencia**, que han provocado fuerte impacto en la morbilidad y en la mortalidad de la población"*³².

Los demás términos correlativos no obtuvieron ninguna aparición, ellos son: místico (s), ecuménico (s), espiritualista (s), dogma (s), fe y ritual (es).

Se constató que no hay una distinción clara en las políticas acerca de los términos espiritualidad, religiosidad y religión, lo que permite diferentes interpretaciones y conceptualizaciones por quien las adopta como principio de la práctica en salud.

A partir de las apariciones de los términos centrales y correlativos, se realizó un análisis a la luz de los sentidos, propuestas para integralidad, comprendido como polisémico y orientador de las prácticas de salud que valorizan la subjetividad del individuo y sus conocimientos³³.

Se observaron 25 apariciones unidas de forma puntual al término integralidad y 1 profundo, a su vez 9 apariciones no se unían a integralidad y 6 fueron término con otros conceptos, conforme el Cuadro 2.

Cuadro 2 - Análisis de la aparición de los términos centrales y correlativos.

Apariciones unidas a la integralidad	Apariciones no relacionadas a la integralidad	Términos con otros conceptos
- 25 (citados puntualmente) e, - 1 (profundo en el contexto)	- 9	- 6

Se destaca que, en el total de cuarenta y un (n=41) términos identificados, veinticinco (n=25) aparecieron puntualmente dentro de la perspectiva de la integralidad, como puede ser observado en el trecho reportado por la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer: principios y directrices (2004, p. 64) que dice:

*"[...] la atención integral a la salud de la mujer implica, para los prestadores de servicio, en el establecimiento de relaciones con personas singulares, sea por razones económicas, culturales, **religiosas**, raciales, de diferentes orientaciones sexuales"*²⁹.

Apenas un (n=01) término apareció seguido de explicación y contextualizado acerca del prisma de la integralidad comprendido en el presente estudio. Esta aparición es propuesta por la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas de 2002, que relaciona los sistemas tradicionales indígenas de salud a un abordaje holístico sustentado por principios de la armonía del individuo con el universo en que vive. Y esos conceptos son recordados con la definición de salud, recientemente defendida por la OMS.

A su vez, nueve (n=09) términos, correlativos y centrales, no estaban relacionados al sentido de la integralidad abordado y aparecieron relacionados a aspectos como: momento histórico y complemento de datos sociodemográfico. La Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (2002, p. 07) ejemplifica la aparición relacionada al momento histórico:

*"[...] En el Brasil, la población indígena, estimada en cerca de 5 millones de personas al inicio del siglo XVI, (...) fue diezmada por las expediciones punitivas a sus manifestaciones **religiosas** y a sus*

movimientos de resistencia, pero principalmente, por las epidemias de enfermedades infecciosas, cuyo impacto era favorecido por los cambios en su modo de vida impuestos por la colonización y cristianización"³¹.

Otros seis (n=06) términos, correlativos centrales, no se encuadraban en conceptualización de los términos propuestos y tampoco se relacionaban al sentido de integralidad. El trecho presente en la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre: principios y directrices, 2008, p. 15, ejemplifica la afirmación:

*"[...] Los altos índices de morbilidad y mortalidad relativos a causas externas entre adolescentes y jóvenes también merecen destaque, y pueden ser comprendidos a la luz de la **creencia** en la invulnerabilidad y en la necesidad social de auto-afirmação"*³⁰.

Políticas que proponen en su título la palabra integralidad o integral

Después del final de la primera etapa, las políticas que propusieron en su título las palabras "integral" o "integralidad" fueron analizadas íntegramente.

Se constató que entre los sesenta y cinco (n=65) documentos disponibles en la BVS, nueve (n=9) se encuadraron en el criterio propuesto: Política de Atención Integral a Usuarios de Alcohol y Otras Drogas (2003), Política Nacional de Atención Integral para la Salud del Hombre (2009), Política Nacional de Atención Integrada para la salud del hombre: principios y directrices (2008), Política nacional de atención integral a la salud de la mujer- plano de acción (2004-2007), Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer: principios y directrices (2004), Política Nacional de Atención Integral en Reproducción Humana Asistida (2005), Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra (2007), Política Nacional de Salud Integral de las Poblaciones del Campo y de la Floresta (2011), Síntesis de las Directrices para Política de Atención Integral a la Salud de la Mujer (2004-2007).

A partir del análisis de las políticas públicas nacionales mencionadas fue posible observar que la temática investigada, compuesta por los términos espiritualidad, religiosidad y religión, no apareció de forma significativa además de lo que fue identificado en la Etapa 1. Cuanto al principio de la integralidad, fue identificado prioritariamente en el sentido que implica la organización de los servicios para la producción de un cuidado integral, sobresaliendo en relación al sentido volcado para la subjetividad y diversidad cultural de los sujetos.

Se observó que el diálogo implicando las propuestas de Humanización y Bienvenida en las políticas presenta relación significativa con los conceptos adyacentes a los términos estudiados, aunque eso no haya aparecido de forma explícita.

DISCUSIÓN

Los resultados del análisis de las políticas públicas de salud en el estudio mostraron un abordaje sutil y no explicativa de la temática estudiada, lo que indica la necesidad de ampliación de la discusión sobre los aspectos relacionados a la espiritualidad, religiosidad y religión con respecto a la producción de cuidado en la salud, una vez que los documentos analizados se toman como guía de las acciones en salud colectiva²⁰.

En relación a la identificación de los términos centrales y correlativos investigados en el estudio, fue posible observar la predominancia de la aparición de los términos "religión" y "religiosa(o)(s)" en las políticas investigadas. Ese hallazgo va al encuentro de discusiones teóricas sobre el tema, que señalan esta relación como originaria desde los tiempos más remotos, una vez que los seres humanos buscan atribuir significado para la vida y la religión aparece como una de las principales fuentes de inspiración¹³.

En este contexto, la búsqueda por el conocimiento fomenta una relación históricamente conflictiva entre los campos

de la religión y de las ciencias³⁴. Sin embargo, este escenario está en transformación en las últimas décadas, porque hay un cambio en los paradigmas de salud con la inserción de los aspectos espirituales, lo que posibilita traer para el campo científico discusiones acerca de estos temas y una complementación de saberes entre ambas^{33,34}. Estas consideraciones ratifican la necesidad de comprender y profundizar el impacto de los aspectos religiosos y espirituales en la vida del individuo, en vista de su inferencia e impacto en el proceso de salud-enfermedad.

Es posible identificar en la literatura del área y en documentos públicos oficiales la consideración de la importancia de estos aspectos en la producción del cuidado en salud. En este contexto, se destacan la Constitución Federal de 1988, en el Art. 5º párrafo VII, que reporta la prestación de asistencia religiosa en las entidades civiles y militares de internación colectiva y la Ley nº 9.982/2000, que garantiza el acceso de los religiosos a los hospitales públicos y privados, desde que sean respetadas la voluntad de los pacientes y /o familiares y las normas de cada institución³⁴. Sin embargo, los resultados del estudio señalan para un abordaje aún limitado y poco consistente sobre como el cuidado en salud se relaciona con esta temática y como debe ser producido en ese sentido.

Además, es importante destacar otro resultado del estudio, que señala la aparición de los términos centrales y correlativos de manera poco clara y específica en lo que dice respecto a la diferenciación de los conceptos de cada término. En la mayoría de las apariciones, no fue posible afirmar si el término se refería al concepto de religión, de religiosidad o de espiritualidad defendidos por los autores de referencia del área utilizados en el estudio, habiendo diferentes interpretaciones para una misma colocación.

No se trata de limitar el abordaje de los términos, sin embargo, se cree en la

importancia de la creación de espacios de diferenciación conceptual en las políticas, una vez que el abordaje del tema en las prácticas será influenciada por las creencias de los profesionales, lo que ni siempre irá garantizar una valorización de la diversidad en el contexto de la salud. De esta forma, la ampliación de la discusión en el sentido de la diferenciación de estos términos puede abrir caminos para una reflexión más consistente sobre las diversas formas de vivenciarse la dimensión espiritual, con vistas en el fortalecimiento de prácticas más diversificadas y acogedoras.

La etapa 2 de la investigación buscó comprender como el contenido de las políticas que traen en su título la palabra integralidad/integral y que se aproxima de la temática estudiada y los resultados reforzaron aquellos obtenidos en la primera etapa. Era esperado que estas políticas dieran lugar a discusión acerca de aspectos importantes de la subjetividad y cultura de los sujetos, como la religión, espiritualidad y religiosidad, de acuerdo con el concepto polisémico del término integralidad, lo que no sucedió. Con todo, fue posible observar una aproximación de estos aspectos a partir de los conceptos relacionados a la propuesta de humanización y bienvenida presentes en los documentos analizados, aunque no haya sido identificada esta relación directamente presentada.

Se encontró, en la mayoría de las políticas, la humanización como eje orientador, y fue hecha durante la investigación una relación de la humanización con la temática del estudio. Esta relación señala que la humanización es una forma de asistencia que valoriza la calidad del cuidado y está asociada al reconocimiento de los derechos del paciente, de su subjetividad y referencias culturales³⁵.

De la misma forma, fue posible observar una asociación de la temática del estudio con la propuesta de la bienvenida, una vez que esta es entendida como una

postura ética que implica la escucha del usuario acerca de sus necesidades, en el reconocimiento de su protagonismo en el proceso de salud y enfermedad y compromiso de respuesta a las necesidades de los ciudadanos que buscan los servicios de salud³⁶.

Se observó además, en los documentos analizados, un predominio del abordaje de la integralidad relacionada a la organización de los servicios como modo de orientar las prácticas en salud³⁷. Se cree que este resultado pueda ser un factor de influencia en el pequeño abordaje de los temas espiritualidad, religiosidad y religión, ya que esta discusión se aproxima principalmente de otro sentido de la integralidad, aquel volcado para la atención a la subjetividad de los individuos, y menos discutido en los documentos.

La Constitución Federal de 1988 señala el atendimento integral a la salud como una de las directrices del SUS y, desde entonces, la integralidad viene siendo colocada como cuestión central en las políticas gubernamentales, en programas de intervención y en todo discurso del movimiento sanitario²⁵. La Integralidad en el contexto del SUS puede ser vista como una imagen objetiva con varios sentidos que reúne tres conjuntos: (1) la integralidad como un rasgo de la buena medicina, (2) como modo de organizar las prácticas y (3) como respuestas gubernamentales a problemas específicos de salud³⁸. En el primer conjunto de sentidos, un rasgo de la buena medicina, la integralidad consiste en una respuesta al sufrimiento de la persona que busca ayuda en el servicio de salud, teniendo el cuidado para que ella no sea reducida al sistema biológico⁹.

La integralidad en salud remite a la valorización de prácticas intersubjetivas, en que los profesionales se relacionan con sujetos y no con objetos, en una dimensión dialógica³⁹. En esta dirección, se reafirma la necesidad de considerarse, en el cuidado integral destinado al individuo, los aspectos relacionados a la vida espiritual,

una vez que esta es una dimensión integrante de la experiencia social y cultural humana y, por tanto, de la vivencia cotidiana de gran parte de la población⁴⁰.

Ante esto, se destaca la importancia de la recuperación conjunta de los diversos sentidos que componen la integralidad, a fin de alcanzar la complementariedad de acciones distintas que, propuestas en las prácticas en salud, pueden atender al individuo en su complejidad.

La Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (2002) fue la única que presentó un abordaje directo y profundo de la temática investigada en el estudio. Este documento contó con la participación indígena en toda su elaboración (implantación, evaluación y perfeccionamiento).

Se cree que esta preocupación, en activar la participación de los interesados en la constitución de la política, puede aclarar la defensa clara y profunda de la importancia de considerarse los aspectos espirituales en el proceso de salud destinado a esta población. En esta dirección, el cuidar en la salud no es solo un procedimiento técnico, sino una acción integral con significados y sentidos volcados para la comprensión de la salud como un derecho de ser; y pensar el derecho de ser en la salud es respetar las diferencias de los sujetos y permitir a los mismos participar activamente de la decisión acerca de la mejor tecnología por ellos utilizada²⁵.

A pesar de la referida política no poseer en el título el término "integral" o "integralidad", trajo proximidad en su contenido con la temática estudiada en la perspectiva de la integralidad y articuló el término correlativo "espiritual" con la definición de salud de la World Health Organization Amendments to the Constitution de 1999, que agrega el aspecto espiritual a las demás áreas (física, psicológica y social). En el decorrer de la historia de las civilizaciones, hay registros de cultos y rituales que ilustran la unión del hombre con lo trascendente lo que

puede ser observado también en las sociedades actuales³⁴. Esta política propuso una articulación con los saberes y prácticas de la población indígena, permitiendo así, la elaboración de una política que posibilita la obtención de mejorías del estado de salud consecuentemente con la realidad cultural.

Próximo a la propuesta de la política destinada a la salud de los pueblos indígenas, se identifica la Política Nacional de Educación Popular en Salud, aprobada en la Portería n° 2.761, del 19 de noviembre de 2013, aún no vigente y componiendo el acervo de la BVS hasta la fecha de la recolección de datos de este estudio.

Esta Política es propuesta por el Ministerio de la Salud, por medio de la Secretaría de Gestión Estratégica y Participativa (SGEP/MS), y reafirma los principios del SUS y el compromiso con la garantía de vida y disminución de las desigualdades sociales, conectado a tierra en la ampliación de la democracia participativa en el sector de la salud. Fundamentada en el referencial teórico de la Educación Popular en Salud, considera el conocimiento como producción histórico-social de los sujetos construido a partir del diálogo y defiende que los valores y principios presentes en las prácticas populares de cuidado contribuyen significativamente para la promoción de la autonomía del ciudadano, que es el protagonista de sus proyectos de salud⁴¹.

Se identifica en esta política un abordaje significativo de la temática en destaque del estudio, cuando explica la importancia de considerar la espiritualidad en el escenario de la Educación Popular. El documento reporta que la espiritualidad es una dimensión importante presente en las prácticas de Educación Popular en Salud y es responsable por orientar y proporcionar sentido a las opciones de vida más fundamentales de las personas¹³. Por lo que es posible que la Política Nacional de Educación Popular en Salud contribuya para profundizar el sentido de la

integralidad en salud en este contexto, a partir de la valorización de los proyectos personales y colectivos como parte fundamental de la estructuración del cuidado.

Como resultado de la presente discusión, se cree que las orientaciones volcadas para una dimensión más subjetiva de los individuos, considerando la dimensión de la “espiritualidad”, “religión” y “religiosidad”, deben ser fortalecidas en las políticas públicas nacionales de salud, en el sentido de la producción de un cuidado más integral. Esta afirmativa converge con los resultados obtenidos en el estudio y se vuelve relevante una vez que las prácticas de los profesionales en salud son informadas y guiadas dentro del ideario propuesto por estas políticas.

CONCLUSIÓN

Bajo la perspectiva de la integralidad, es importante que las prácticas en salud respeten el sujeto en todas sus dimensiones (física, social, mental y espiritual).

A investigación permitió verificar que las políticas públicas de salud en el Brasil, de forma general, presentan superficialmente la dimensión espiritual relacionada a la salud individual y colectiva. Se cree que la participación de la población en el desarrollo de las políticas públicas pueda representar un aspecto fortalecedor de la producción del cuidado integral más efectivo en ese sentido.

Se destaca el carácter inicial y los límites de la investigación, que no tuvo la intención de agotar el asunto, al contrario, pretendieron levantar indicativos para el desarrollo de otros estudios y evaluaciones más profundas sobre el abordaje de la temática en los documentos orientadores de las prácticas en salud.

Se cree además en la relevancia de estudios que investiguen el reflejo de este abordaje en las acciones cotidianas en diferentes contextos de gestión y producción del cuidado en salud.

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, Seção 1: 62.

CONTRIBUCIONES

Carolina Nantes de Castilho y Paula Tatiana Cardoso tuvieron iguales contribuciones en el desarrollo de la investigación y en la confección del artículo en sus diversas fases.