



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
DAS RELIGIÕES - MESTRADO**

**O ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA E A ESPIRITUALIDADE NA
PRODUÇÃO DE CUIDADO NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE**

MARIA DO ROSÁRIO DE ARAÚJO LIMA

**João Pessoa
Março – 2013**

MARIA DO ROSÁRIO DE ARAÚJO LIMA

**O ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA E A ESPIRITUALIDADE NA
PRODUÇÃO DE CUIDADO NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências das Religiões do Centro de Educação da Universidade Federal do Paraíba. Linha de Pesquisa: Espiritualidade e Saúde, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^ª Dra. Lenilde Duarte de Sá

**João Pessoa-PB
Março - 2013**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

*“O ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA E A ESPIRITUALIDADE NA PRODUÇÃO
DE CUIDADO NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE”*

Maria do Rosário de Araújo Lima

Dissertação apresentada à banca examinadora constituída pelos seguintes professores:


Profa. Drª. Lenilde Duarte de Sá
Orientadora/PPCG/UFPB


Profa. Drª. Soraya Maria de Medeiros
Membro-externo/UFRN


Profa. Drª. Berta Lúcia Pinheiro Klüppel
Membro/PPGCR/UFPB

DEDICATÓRIA

Ao meu querido filho e as minhas queridas filhas: Alcir de Araújo Lima, Ana Luísa de Araújo Lima e Aline Maria de Araújo Lima; pelo amor, amizade, companheirismo e felicidade que me proporcionam sempre;

À minha irmã Maria Verônica de Araújo, que colaborou na coleta dos dados, indo comigo à área rural do Conde-PB;

Ao meu querido esposo Jurandir dos Santos Lima, por seu amor encorajador, por acreditar no meu potencial muito antes de mim, e por me apoiar em todos os meus projetos;

Ao querido futuro genro Mateus Zenaide Henriques;

Aos enfermeiros, farmacêuticos, médicos, curandeiros, raizeiros, benzedeiras, pais de santos, parteiras, padres, pastores e outros que fazem - com zelo e ética - do seu dom nas artes de curar e cuidar, um instrumento de ajuda e orientação na hora da dor e aflição;

A vocês, todos e todas, os meus sinceros agradecimentos pela compreensão, paciência, e, sobretudo, pela força, que se tornou imprescindível na realização desta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Aos Deuses e as Deusas, por guiarem meus caminhos levando-me sempre às águas tranquilas. Por terem me amparado em todos os momentos desta jornada e me proporcionado a alegria de conhecê-los melhores, por meio do estudo da espiritualidade.

A toda minha família, pelo estímulo e apoio constantes.

À orientadora, Prof^a Dra. Lenilde Duarte de Sá, por ter me acolhido, pois para o profissional que está na assistência, afastado da academia, fica cada dia mais distante a possibilidade de um mestrado. Agradecida por ter acreditado em mim e caminhar ao meu lado na construção deste trabalho!

Aos colegas da turma de Mestrado (T6), que estiveram sempre presentes, debatendo ideias em todos os momentos do curso. Em especial, Ana Cristina Correia Ouro e Tainã Santa Cruz.

Aos estudiosos que se dedicam aos mais diversos temas atinentes à espiritualidade e ao fenômeno religioso dos povos orientais e ocidentais, na tentativa de conciliar saída para as diversidades de pensamentos. Admiro todos com que tive a oportunidade de ler e fazer descobertas de situações para as quais a maioria dos brasileiros ainda não compreende. Esses, especificamente são: Fernanda Lemos; **Sandra Duarte de Souza**; Maria Lucia Abaurre Gnerre; Marcos Ferreira dos Santos (USP); Fabrício Possebon; Tiago Antonio Avellar de Aquino; Neide Miele; Viviane Cristina Cândido; Severino Celestino da Silva; Leyla T. B. Silva; Dilaine Soares Sampaio de França; Maria Otilia Telles Storni; Eunice Simões Lins Gomes, Berta Lúcia Pinheiro Kluppel; Deyve Redyson Melo dos Santos; Suelma Moraes; Patricia Schermann (UNIFESP); Leonildo Silveira Campos (UMESP); Gloria das Neves Dutra Escorião e Eymard Mourão Vasconcelos. Agradeço por terem feito com que eu mudasse minha maneira de olhar o OUTRO.

As colaboradoras do estudo que expuseram suas concepções e experiências referentes ao tema com muita determinação e alegria.

À Secretária Municipal de Saúde do município do Conde-PB, Dra. Maria José de Andrade Carneiro, pela colaboração para realização das entrevistas.

As professoras, Prof^a. Dras. Soraya Maria de Medeiros componentes da banca, Berta Lúcia Pinheiro Kluppel, e Maria Lucia Abaurre Gnerre, presentes desde a qualificação, por todos os questionamentos e sugestões que contribuíram para o enriquecimento desta dissertação.

Às amigas: Maria Azimar Fernandes e Silva; Maria Luísa de Almeida Nunes; Anne Jaquelyne Roque Barreto; Maria do Socorro Borges Barbosa; Vera Lúcia de Almeida Becerra Pérez; Lucineide Alves Vieira Braga, Karla Fernandes de Albuquerque que estiveram sempre torcendo pelo meu crescimento nesta etapa de vida.

Aos antepassados Índios Tabajaras, Índios Potiguaras, Negros, Brancos e Mestiços.

Aos que lutaram e aos que ainda lutam, incansavelmente, por dias melhores para o nosso povo e para todo o gênero humano.

A todos e todas que direta ou indiretamente participaram e colaboraram desse estudo.

A vocês, todos meus sinceros agradecimentos!

A transcendência talvez seja o desafio mais secreto
do ser humano, nós mulheres e homens, na
verdade, somos de natureza transcendentais,
e por isso estamos sempre para além
e protestando contra limites impostos
(BOFF, 2009a, p.11).

RESUMO

LIMA, M.R.A.; SÁ, L. D.

Este trabalho foi desenvolvido no curso de mestrado em ciências das religiões da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), na cidade de João Pessoa-PB, nos anos de 2011 e 2012. Teve as seguintes indagações: Como os enfermeiros da atenção básica à saúde do município do Conde-PB compreendem a espiritualidade e a relaciona com a integralidade? Como os enfermeiros prestam cuidados frente as demandas espirituais dos usuários, levando em conta o contexto espiritual dos grupos étnicos e de mestiços existentes no município?. O objetivo foi analisar a compreensão de enfermeiros acerca da espiritualidade, na produção do cuidado na perspectiva da integralidade. Foram entrevistadas, seguindo o método de história oral temática, sete enfermeiras. A análise dos dados obtidos se deu por dois modos simultâneos, por se interpenetrarem e se completarem. Primeiro, as narrativas transcritas foram apresentadas em forma textual. Depois, à luz da literatura, foi realizada a análise em três temáticas: espiritualidade na visão de enfermeiros da atenção básica à saúde; espiritualidade na produção de cuidado da dimensão espiritual; e espiritualidade como referencial teórico na promoção da saúde na perspectiva do direito à diversidade de práticas religiosas e equidade étnica . O referencial teórico utilizado foi de Frankl, Foucault, Solomon, Boff, Gadamer, Pinheiro, Luz, dentre outros. As narrativas evidenciaram que as enfermeiras predominantemente compreendem a espiritualidade expressa pelas crenças nas tradições judaico-cristã. Apenas algumas delas demonstraram visões que se aproximaram de outros tipos de espiritualidade: racionalizada, energética e libertadora. As narrativas ainda apontaram que todas as enfermeiras reconhecem a relação existente entre espiritualidade, integralidade e humanização; que as suas crenças pessoais as apoiam na produção de cuidado nos momentos de crises de seus clientes. No entanto, mesmo afirmando não ter recebido preparo para cuidar da dimensão espiritual, elas identificam manifestações de comportamentos de necessidades espirituais. Com efeito, os discursos narrativos mostraram que as entrevistadas não valorizam as práticas domésticas de espiritualidade de raízes indígenas e afrodescendentes utilizadas pelos usuários na busca de saúde. Consideramos ser indispensável, tanto no ensino de graduação como na educação permanente dos enfermeiros, a apreensão de concepções de espiritualidade e das questões relacionadas ao direito à diversidade de práticas religiosas e a liberdade da não opção por religião.

PALAVRAS-CHAVE: Espiritualidade; Cuidado da dimensão espiritual; Ciências das religiões.

ABSTRACT

LIMA, M.R.A.; SÁ, L. D.

This work was developed in the master course in sciences of religions at the Federal University of Paraíba (UFPB) in the city of João Pessoa, in the years 2011 and 2012. Had the following questions: how nurses from primary health care in the municipality of Conde-PB understand spirituality and how do they relate to the integrality ? How nurses provide spiritual care facing the demands of the users, considering the spiritual context of ethnic groups and mestizos in the municipality '. The objective was to analyze the understanding of nurses about the spirituality, into care production in the perspective of completeness. Were interviewed, following the method of thematic oral history, seven nurses. The data analysis was made for two modes simultaneously, because they interpenetrate and complete. First, narratives transcribed were presented in textual form. Then, based on the literature, the analysis was performed on three themes: spirituality in the view of the basic health care nurses; spirituality in the care production of the spiritual dimension, and spirituality as a theoretical framework for health promotion in the context of the right to diversity of religious practices e and ethnic equity. The theoretical framework used was Frankl, Foucault, Solomon, Boff, Gadamer, Pine, Light, among others. The narratives revealed that nurses comprise predominantly spirituality expressed by beliefs in the Judeo-Christian traditions. Only some of them have shown visions that came from other types of spirituality: streamlined, energy and liberating. The narratives also indicated that all nurses recognize the relationship between spirituality, wholeness and humanity; personal beliefs that support the production of care in times of crises of their clients. However, even claiming not to have received preparation to take care of the spiritual dimension, they identify behaviors manifestations of spiritual needs. Indeed, the narrative speeches showed that the respondents do not value the domestic practices of spirituality of african descent and indigenous roots used by users in search of health. We consider it essential, both in undergraduate education and in continuing education for nurses, seizing conceptions of spirituality and issues related to the right to the diversity of religious practices and freedom of religion not by choice.

KEYWORDS: Spirituality; Care of the spiritual dimension; Sciences of religions.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVE	Acidente Vascular Cerebral
BDENF	Base de dados de enfermagem
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CF	Constituição Federal
CNE/CE	Câmara Nacional de Educação / Conselho de Educação
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
GM	Gabinete Ministerial
LAPPIS	Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NANDA	A North American Nursing Diagnosis Association
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNMNPC	Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares
PNPIC	Política Nacional de Prática Integrativas Complementar
RIME	Programa de Treinamento sobre a Intervenção Terapêutica: Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNIPÊ	Centro Universitário de João Pessoa
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Justificativa	16
1.2 Objeto da pesquisa	19
1.3 Objetivo geral	25
1.4 Objetivos específicos.....	25
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	26
2.1 Produção do cuidado na dimensão espiritual e tecnologia leve.....	26
2.2 Práticas de enfermagem e espiritualidade na atenção básica à saúde	36
2.3 Espiritualidade e integralidade na perspectiva da humanização: olhares entrelaçados	60
3 METODOLOGIA	80
3.1 Tipo do estudo	80
3.2 Local do estudo	82
3.2.1 Caracterização do cenário.....	82
3.3 Participantes do estudo.....	87
3.4 Coleta de dados	88
3.5 Análise de dados	90
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	92
4.1 Narrativas	94
4.2. Categorias temáticas de análises.....	107
4.2.1 Espiritualidade na visão de enfermeiros da atenção básica à saúde.....	107
4.2.2 Espiritualidade na produção do cuidado da dimensão espiritual.....	114
4.2.3 Espiritualidade como referência na promoção da saúde na perspectiva do direito à diversidade de práticas religiosas e equidade étnica.....	124
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
REFERÊNCIAS	138
ANEXO I.....	148
APÊNDICE I.....	149
APÊNDICE II	151

1 INTRODUÇÃO

O interesse no desenvolvimento do presente estudo, com tema “O enfermeiro da atenção da básica e a espiritualidade na produção do cuidado na perspectiva da integralidade”, no Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões, está ancorado, primeiramente, pela observação de que nas Unidades de Saúde da Atenção Básica¹ do município do Conde-PB, os enfermeiros cuidam pouco da espiritualidade de seus clientes. Estes, em geral, costumam utilizar recursos de raízes espirituais na busca de solução para seus problemas, mediante o uso, de orações, benzeduras, louvores, imposição das mãos sobre a cabeça, passes religiosos, chás caseiros, garrafadas de raízes de plantas, emplastos, banho de descarrego, dentre outros.

Ainda, em parte das situações, associam tais recursos ao tratamento alopático; além das queixas de sofrimento difuso² se apresentar como uma frequente demanda de atenção à saúde. Essas situações apontadas demonstram os conteúdos ecológicos vividos pelos munícipes, bem como evidenciam suas raízes espirituais e seus jeitos peculiares em relação à gestão do viver.

As práticas curativas domésticas dos grupos étnicos com forte ascendente nativo, segundo Luz (2005, p.155), “são parte indissociável das formas de vida, das cosmovisões e dos sistemas de valor e de significação das culturas locais”. Essa perspectiva exige dos profissionais da saúde que considerem os modos de ser e agir dos indivíduos, usuários dos serviços, para poder promover a equidade étnica, o a preservação do patrimônio cultural do local. Dessa maneira, abre a possibilidade das práticas oficiais de cuidado em saúde se integrar às cosmovisões das pessoas que compõem os grupos étnicos. Segundo ponto, se deve à migração das pessoas da religião³ católica que é hegemônica, para as religiões

¹ Atenção Básica à saúde adota a visão do ser humano de forma contextualizada às suas condições demográficas, epidemiológicas, socio-econômicas, políticas e culturais para que as ações de saúde sejam cada vez mais direcionadas e eficazes junto ao complexo organismo humano (BRASIL, 2011).

² Sofrimento difuso são as queixas somáticas inespecíficas como mal-estar, cefaleia, nervosismo, medo, dores pelo corpo, desânimo, insônia, entre outros. Esses sintomas são detectáveis, porém não diagnosticáveis através de exames laboratoriais, nem sempre classificadas nas enfermidades psiquiátricas, nem tampouco na nosologia da clínica médica, e, que, via de regra, é medicalizado com resolubilidade duvidosa (VALLA, 2011, p. 316-317; FONSECA, GUIMARÃES, VASCONCELOS, 2008, p. 286).

³ Religião é campo de elaboração subjetiva em que a maioria da população, especialmente a latino-americana, constrói de forma simbólica o sentido da sua existência e motivação para superação de crise colocada ou não pela doença (VASCONCELOS, 2011).

reopentecostais⁴, espírita, umbanda/candomblé, tradições exotéricas, dentre outras (IBGE, 2010).

Esse fenômeno do trânsito religioso reflete a falta de significado de vida das pessoas e a procura por recursos para amenizar o sofrimento, aliviar as angústias e/ou cura de doenças. Frankl⁵ (2005 e 1995) concebe a espiritualidade como busca pessoal pela compreensão de repostas a questões sobre a vida, seu significado e relação com o sagrado.

O terceiro motivo é devido à carência de discussão nos espaços acadêmicos da enfermagem sobre espiritualidade, religiosidade⁶, integralidade e diversidade de práticas religiosas. Esses conhecimentos apenas são expressos mais especificamente pelas teorias psicológicas, filosóficas, antropológicas e psiquiátricas, sendo reservados para uma minoria.

A quarta razão é por conceber “o processo de cuidado, no plano operativo das práticas de saúde, como uma atitude terapêutica que busca ativamente um sentido existencial e, enquanto tal, político” (AYRES, 2009, p.162).

Assim sendo, o cuidado em um conceito amplo pode incorporar diversos significados, abrange um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de responsabilização e de envolvimento com o assistido, levando em conta os contextos, os valores culturais internalizados como componentes da dinâmica da vida individual e coletiva. Pois, se parte do princípio de que “a posição das classes sociais menos favorecidas, dentro da sociedade lhes confere uma forma de agir, pensar, e se expressar também diferenciada” (MINAYO, 2004, p.67).

O quinto pretexto se deu ao fato da dimensão espiritual ter se tornado, em 2002, uma diretriz conceitual da Organização Mundial de Saúde (OMS). Atualmente, os domínios bem-estar físico, psicossocial e espiritual norteiam a produção técnico-científica das diversas áreas que compõem as ciências da saúde (PENHA; SILVA, 2007).

⁴ Neopentecostal tem forte relação com o xamanismo na modalidade de práticas de cura, a exemplo de impor as mãos sobre a cabeça do enfermo para as bênçãos ou para expulsar espíritos do mal, nos momentos de êxtases, ondem gritam, choram, dançam, pulam e rodopiam (FARIAS; BARCELLOS, 2012, p.183).

⁵ Frankl (1905-1997) é criador da Logoterapia, terceira escola de Viena em Psicoterapia. Sua abordagem é fenomenológica, existencialista e humanista. A Psicanálise Freudiana foi à primeira escola e a Psicologia Individual de Adler, a segunda (FRANKL, 2011).

⁶ Religiosidade é o culto prestado a uma divindade; crença na existência de um ente supremo como causa fim ou lei universal; a manifestação desse tipo de crença por meio de doutrinas e rituais próprios; qualquer filiação a um sistema específico de pensamento ou crença que envolve uma posição filosófica, ética, metafísica e etc. (HOUAISS, A. Dicionário eletrônico da língua portuguesa 1.0).

Por último, o município, local onde o estudo foi desenvolvido, possui uma população de 21.400 mil habitantes, segundo o Censo Demográfico (IBGE, 2010) e contempla um grupo de mestiços⁷; um grupo de indígena Tabajara; e três grupos afrodescendentes⁸, que se destacam pela percepção mística⁹ ligada à natureza; ao ritmo de cânticos e danças, evidenciando a cultura religiosa local pelas peculiaridades específicas, em relação aos demais recantos do território paraibano. Neste território, com cobertura de 100% de Atenção Básica à Saúde, 6.356 famílias são cadastradas e acompanhadas por nove equipes de saúde. Desta população, 3.737 pessoas estão acima de 60 anos de idade (BRASIL, 2011).

As famílias sobrevivem da pescaria no mar, da caça, da agricultura de subsistência, da coleta de frutos nos sítios do extenso litoral e da sua comercialização, além do comércio com alimentos e bebidas em palhoças pelas belas praias do local e da aposentadoria da Previdência Social.

Penha e Silva (2007), respaldadas em uma vasta literatura acerca do tema, destacam que o cuidado da dimensão espiritual na Enfermagem é fundamental, pois os seres humanos tendem a procurar formas alternativas de sentidos para a vida. Ademais, consideram que o cuidado na dimensão espiritual está subsidiado em três aspectos relevantes: o Religioso, o Científico e o Existencial. E complementam que o cuidado da dimensão espiritual situa-se nas expressões intuitivas, interpessoais, altruísticas e integrativas, nas quais há aceitação de uma dimensão transcendente da vida.

O enfermeiro na atenção básica à saúde tem contato com os diversos problemas de saúde. O sofrimento difuso, a doença crônica, o envelhecimento, a solidão, o vazio existencial e a possibilidade de finitude (enfermos sem perspectiva terapêutica, mas em cuidados paliativos) são exemplos de situações vivenciadas pelo ser humano. Essas situações possibilitam aos indivíduos buscar um encontro com a sua espiritualidade, a fim de mobilizar forças para superar seus problemas e medos, libertando-se em uma atitude de transcendência.

⁷ Mestiços são pessoas que descendem de duas ou mais raças humanas diferentes, possuindo características de cada uma das "raças" de que descendem. No Brasil, há o Dia do Mestiço, comemorado no dia 27 de junho no Amazonas, Paraíba e Roraima. A etnia mestiça (os que se declaram pardos) nesses estados tem como patronos Gilberto Freyre e Darcy Ribeiro (ANDRADE, 2009).

⁸ Todos os seres humanos são descendentes dos mesmos antepassados que habitaram a África milênios atrás. A espécie humana surgiu na África, há cerca de 130 mil anos (BOFF, 2009a).

⁹ Mística significa a capacidade de a pessoa sentir e de se comover diante do mistério de todas as coisas. Não é pensar as coisas, mas sentir as coisas tão profundamente que se percebe o mistério fascinante que as habita, de onde jorram e que as sustentam (BOFF, 2009a, p.54).

O papel social do enfermeiro é fundamental na equipe de saúde da família. Desenvolve um forte laço de pertencimento e afeto com os grupos étnicos¹⁰ sob sua responsabilidade. Os profissionais que mais desempenham ação de vínculo com as comunidades e exercem o apoio social¹¹ são os enfermeiros e os Agentes Comunitários de Saúde, que o fazem tendo como fundamento a escuta¹² e o acolhimento¹³, em uma interface com o cotidiano da população. Estes profissionais conhecem o dia-a-dia de vida e os problemas de saúde das pessoas e fazem parte do universo de valores, significados e concepções das famílias.

Nesse contexto, como enfermeira docente de estágio curricular de acadêmicos de enfermagem, vivenciando situações relacionadas à espiritualidade dos usuários, surge o interesse para um aprofundamento sobre a complexidade acerca do cuidado integral. Assim, estimamos que os enfermeiros percebam a relação existente da espiritualidade com a integralidade do ser no acompanhamento dos usuários.

Presumimos ainda que os enfermeiros empreguem seus valores na produção de cuidado, de acordo com as manifestações de necessidades espirituais dos clientes. A partir dessas considerações, suscitou as perguntas que instigaram a investigação: Como os enfermeiros da atenção básica à saúde do município do Conde-PB compreendem a espiritualidade e a relaciona com a integralidade? Como os enfermeiros prestam cuidados frente às demandas de necessidades espirituais dos usuários, levando em conta o contexto histórico-espiritual dos grupos étnicos existentes no município?

¹⁰ Grupo étnico é um grupo de pessoas que se identificam umas com as outras ou são identificadas como tal por terceiros, com base em semelhanças culturais ou biológicas, ou ambas, reais ou presumidas (ANDRADE, 2009).

¹¹ Apoio social é uma categoria definida como “um processo de interação entre pessoas ou grupo de pessoas que através do contato sistemático estabelecem vínculos de amizade e de informação”, recebendo apoio material, emocional, afetivo, que contribui para o bem estar dos indivíduos, tendo um papel positivo na prevenção de doenças e na manutenção da saúde (VALLA, 2011, p.318).

¹² Escutar permite às pessoas saberem que estão sendo escutadas e entendidas. Assim, elas expressam-se de forma mais completa. Ademais, a pessoa que escuta obtém informações úteis sobre a que está falando (MUNHOZ, 2010).

¹³ Acolhimento é a recepção do usuário, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo suas queixas, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, medos e ao mesmo tempo, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços (referência e contra referência) de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (MERHY et al, 2007).

1.1 Justificativa

As pesquisas da área da saúde referentes à espiritualidade têm demonstrado que o exercício da espiritualidade tem sido um importante instrumento de humanização e apoio para a melhoria geral da saúde dos indivíduos enfermos. Além da evolução clínica e da qualidade de vida destes, a prática espiritual abrevia o tempo de internação e do uso de medicação, diminuindo o custo de todo o tratamento do paciente e do Sistema de Saúde. Também têm mostrado que a espiritualidade é caminho para o desenvolvimento de potencialidades humanas na perspectiva da transcendência, liberdade, superação de limites impostos e de abertura para a dinâmica do outro e do mundo. Tudo isso tem gerado uma necessidade de se ampliar a discussão nessa área, preparando o profissional da saúde para tratar desses assuntos de forma cautelosa e para qualificá-lo a realizar pesquisas, que reverberem na prática profissional.

A partir da segunda metade do século XX, com o surgimento de novos modelos em cura e saúde, sobretudo com o movimento social urbano denominado contracultura, desencadeado nos anos 1960 e prolongado durante os anos 1970 nos EUA e na Europa, incluiu a importação de modelos e sistemas terapêuticos distintos daqueles da racionalidade médica (LUZ, 2005, p. 153).

A autora esclarece ainda que:

A importação de antigos sistemas médicos, como a medicina tradicional chinesa e a ayurvédica, a reabilitação das medicinas populares ou folk do país (como as xamânicas ou as ligadas às religiões afro-indígenas) foi um evento histórico que atingiu não apenas o Brasil, mas o conjunto dos países latino-americanos, principalmente durante a década de 80, basicamente nos grandes centros urbanos. Tal evento pode ser evidenciado pelos seguintes indícios, entre outros: grande desenvolvimento, nos centros urbanos, de farmácias e lojas de produtos naturísticos tradicionais ou recentes; reaparecimento, em feiras populares urbanas, do “erveiro” (vendedor de plantas medicinais) como agente de cura, e aparecimento, no noticiário da grande imprensa escrita e televisiva, de reportagens freqüentes sobre os efeitos curativos de terapias ou práticas terapêuticas não-convencionais, denotando aumento da procura das mesmas por um número significativo de pessoas (LUZ, 2005, p. 154).

Também, essa peculiaridade demonstra a relevância das terapêuticas não-convencionais. Segundo alguns estudiosos da área, a exemplo de Valla (1998b), a reabilitação da medicina popular no país, se deve como decorrentes da deficiência do setor saúde na

resolução dos problemas demandados, da dilapidação dos direitos sociais e humanos, da necessidade de aliviar o sofrimento e de buscar cura por meio de outras formas de terapias.

Entretanto, ressaltamos que a procura das pessoas por tais ações terapêuticas e pelas mais variadas formas de expressões religiosas, sejam elas: neopentecostais, espíritas, umbanda/candomblé, tradições exotéricas, dentre outras; tanto evidenciam um contexto dramático de crise social em que se encontram a maioria das populações na pós-modernidade, como demonstram a resistência dos sujeitos históricos de romperem interditos e de afirmação de propósito à existência.

Relacionado a esse contexto, os raizeiros, rezadeiras, pais e mães de santos, médiuns, padres, pastores, dentre outros, adquirem um significado relevante, tendo em vista que oferece, em geral, a “explicação do inexplicável” concomitante com o hegemônico modelo biomédico (SIQUEIRA et al, 2006).

O movimento da modernidade ocidental, iniciado com o Renascimento e o Iluminismo, tornaram as relações humanas mais frágeis e vulneráveis. Grupos de Ajuda Mútua, Serviços de Saúde, Escolas e Universidades, se apresentam como instâncias onde os indivíduos têm a chance de encontrar relações com mais segurança e assim desenvolver seu potencial. É notório também, um número crescente de pessoas que se declaram sem religião¹⁴ e busca na ciência a solução para seus problemas e o sentido para a existência. Coube ao século XX, a retomada da discussão sobre a dimensão espiritual e do homem, devido à crise que veio se desdobrando em decorrência de duas Guerras Mundiais e da lógica de mercado imposta pela globalização, até o presente início do século XXI.

As tecnologias de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e da produção do cuidado são intencionais e racionais. Elas, como ferramenta de trabalho incorporam: o acolhimento, a escuta, a interpretação de histórias, a negociação e a aprendizagem com a experiência do outro. As tecnologias dizem respeito tanto à cogestão da instituição saúde quanto à equipe interdisciplinar que aprende a aprender. Contudo, o resultado da qualidade do cuidado prestado só pode ser alcançado mediante um planejamento participativo e o uso cuidadoso dessas ferramentas (AYRES, 2009). A tecnologia não se refere exclusivamente a equipamentos, máquinas e instrumentos, mas também a certos saberes acumulados para a geração de produtos e para a organização das ações humanas nos processos produtivos de saúde, até mesmo em sua dimensão inter-humana (MERHY, 2005).

¹⁴ Atualmente, no Brasil é de 8% o número de pessoas que se declararam sem religião. No Estado paraibano esse percentual é de 4,3%. Porém, no Conde/PB, local do estudo, esse percentual é de 8,2% , de uma população de 21.400 habitantes (IBGE, 2010).

Perante essas considerações, justificamos a necessidade de investigar o atendimento da dimensão espiritual dos usuários da atenção básica, considerando a existência de relação da espiritualidade com a integralidade na produção do cuidado de enfermeiros, devido à relevância de sua atuação, junto às equipes e pela importância científica que o tema impõe na contemporaneidade face às teorias pós-críticas¹⁵.

Esperamos que este estudo ainda possa ampliar a incorporação das tecnologias leves nos serviços de saúde e a identificação das necessidades psico-espirituais, uma vez que a percepção subjetiva é um processo de mensuração complexa por envolver o reconhecimento de sinais e símbolos comunicacionais, sejam eles verbais ou não-verbais, que emergem do relacionamento humano.

¹⁵ Teorias pós-críticas consolidadas a partir da metade do século XX (este configurado como sendo crítico na evolução da humanidade/revolução científica e industrial), questionam a racionalidade; duvidam do progresso, nem sempre visto como algo desejável e benigno. Nestas teorias, o foco é nas questões de sexualidade, ética, pluralismo, diversidade religiosa, dentre outras. Nelas, também é ampliada a análise do poder para incluir os processos de dominação centrados na raça, na etnia, no gênero e na cultura colonialista. Em suma desde o final do Século XIX o positivismo e o Kantismo em seus desenvolvimentos passaram a ser questionados pelas pretensões totalizantes do pensamento moderno (DERRIDA, 1991).

1.2 Objeto da pesquisa

O objeto de estudo foi a espiritualidade a partir de experiências de enfermeiros da atenção básica à saúde, junto à população do município do Conde-PB, na produção do cuidado coerente com a lógica da integralidade e humanização preceituada pelo Sistema de Saúde. Ainda, foi alvo do estudo práticas domésticas de raízes indígenas e de matriz africana que se expressam pelos valores nas vidas das pessoas dos grupos étnicos e pela população mestiça no local, apesar de no passado próximo, a opressão imposta pelo colonizador levou os índios e negros a se converterem à cultura cristã como forma de minimizar a perseguição do dominador. Tal singularidade histórica foi determinante na decisão de investigar como o enfermeiro considera tal especificidade na sua produção de cuidados.

Reconhecemos que o tema da espiritualidade é complexo e polêmico, entretanto, vem sendo considerado na atualidade como aliado do desenvolvimento integral do homem e das pessoas que sofrem pelo vazio existencial e/ou por estarem doentes. Além disso, refletir tal temática busca contribuir com as discussões relacionadas à produção de sentido da vida no âmbito acadêmico; na ampliação de concepções do próprio tema e sua interface com a humanização e integralidade como políticas de Estado, cujos conceitos são formulados a partir dos estudos do Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS)/Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq).

Para Frankl (2010) cuidar é buscar a humanidade do ser, algo que lhe dê sentido¹⁶ para continuar, apesar das adversidades, do sofrimento, algo que não o deixe desistir da vida e sim, buscá-la para fortalecer e vislumbrar um porvir melhor. Portanto, aprofundar o entendimento acerca do cuidado da dimensão espiritual, de forma a contemplar a totalidade do ser humano, torna o estudo de relevância à saúde.

Acreditamos que, cuidar da dimensão espiritual do ser humano por envolver a educação de valores, promove a maximização das potencialidades das pessoas, valorizando suas capacidades, renovando a esperança e produzindo paz interior que lhes permitem lidar com seus problemas de modo mais saudável e dessa forma, possa caminhar na perspectiva da cidadania. Esse cuidado integral, além dos referenciais existentes no âmbito da educação, filosofia, psicologia, antropologia cultural, psiquiatria tem possibilidade de concretude, em particular também, em Paulo Freire que compartilha de tais pensamentos, dentre suas obras

¹⁶ O sentido é um chamamento interno que aponta para um destino e a vida se apresenta como uma missão. Uma missão que exige cuidado e responsabilidade em cada tomada de decisão (FRANKL, 2010).

citamos: a Pedagogia da autonomia (2002), Pedagogia da esperança (2000) e a Pedagogia da indignação (2000).

Existe consenso¹⁷ entre os estudiosos como Frankl (2005 e 2010); Panzini (2007); Boff (2008, 2009a, 2010); Valla (2001 e 2011); Campbell (2011); Eliade (2011); dentre outros, de que a espiritualidade é um elemento intrínseco ao ser humano e pode ou não estar relacionada a propostas de uma determinada religião. A espiritualidade, e não a religião que ajuda a compor alternativas de um novo paradigma civilizatório (BOFF, 2010).

Um estudo realizado pelas enfermeiras Gussi e Dytz (2008), utilizando as bases de dados LILACS e BDENF da Biblioteca Virtual de Saúde, analisou 57 artigos completos publicados entre 1957 e 2007. O estudo teve os seguintes descritores: enfermagem; religião e espiritualidade, à luz das ideias sobre “memória coletiva”, de Maurice Halbwachs. Ficou evidenciado que existe uma raiz religiosa católica com ramificações profundas na conformação da enfermagem brasileira, a qual estaria tão imbricada na memória coletiva que, mesmo com a expansão de instituições que não se declarem religiosas, os pressupostos cristãos se mantinham presentes e com muita vitalidade.

Porém, em um país com dimensões continentais como é o caso do Brasil, e com uma vasta pluralidade de prática religiosa terapêutica, apesar da forte influência do catolicismo no imaginário social, faz-se necessário direcionar a atenção e o entendimento sobre outras influências espirituais na prática de cuidar em saúde, como as indígenas e afrodescendentes, seja por parte do cuidador, ou por quem está sendo cuidado.

Deste modo, observamos que não é de hoje que a enfermagem busca referenciais que tratam o ser humano sob a perspectiva da espiritualidade, integralidade e humanização. Logo, a existência de confluência dos sentidos destes temas está conceitualmente emaranhada e viva na memória coletiva, o que tem possibilitado ao enfermeiro uma maior ampliação de seu campo de pesquisa e de práticas de cuidados.

Com essa discussão, Fleck et al (2003, p.2) corroboram,

a religiosidade e a espiritualidade sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ou estão doentes, Entretanto, a medicina ocidental [...] têm tido, essencialmente, duas posturas: 1) negligência, por considerar esses assuntos irrelevantes ou fora de sua área de interesse principal; 2) oposição, ao caracterizar as experiências religiosas de seus

¹⁷ Consenso é um conjunto articulado de ideias básicas sobre as quais é possível discutir uma temática. O tema em discussão requer necessariamente um mínimo de legitimidade entre as comunidades acadêmicas que o estudam (HOUAISS, A. Dicionário eletrônico da língua portuguesa 1.0).

pacientes como evidências de patologias diversas. A tradição oriental por outro lado busca integrar de forma explícita as dimensões religiosa e espiritual ao binômio saúde/doença.

As ponderações validam a compreensão do ser humano como um ser integral. Sendo assim, de acordo com Vasconcelos (2011), valorizar a dimensão espiritual não é uma questão de crer ou não em Deus, mas, sobretudo, considerar a realidade subjetiva e social que tem uma existência objetiva.

No processo histórico de consolidação da profissão de enfermagem no Brasil, somente a partir da década de 1980, foi intensificada a preocupação com aspectos epistemológicos. A enfermagem que até então tinha no servir abnegado à sua razão de ser, lançou um olhar mais crítico sobre sua história, articulando-a ao processo de formação e consolidação da sociedade capitalista, o que constituiu um passo qualitativo de grande significado (COELHO, 2005).

Nos dias atuais, apesar da secularização do cuidado pela enfermagem, observamos o emprego de atitudes vinculadas à espiritualidade e religiosidade dos profissionais em suas práticas. Considerando as limitações do paradigma biomédico e as acepções paradigmáticas relacionadas ao holismo¹⁸, compreendemos ser necessário à produção do cuidado em saúde com o foco na totalidade, apesar de o viés marxista conceber a determinação histórica e social da doença. Essa totalidade, além das concepções dos autores referidos, adota o pensamento complexo¹⁹ defendido por Morin (1990) e os sentidos da integralidade apontados por Pinheiro e Mattos (2004), por considerar a pessoa em seu contexto, a concepção de determinação social da doença e as subjetividades, dentre essas, as necessidades de ordem psicoespirituais.

No final da década de 1980, o termo integralidade passa a ser discutido pelos estudiosos críticos da saúde no Brasil. Esse profícuo debate foi ampliado com o movimento pela Reforma Sanitária que, em 1986, culminou com a histórica VIII Conferência Nacional de Saúde.

¹⁸ Holismo (do grego holos, significa totalidade, termo divulgado pelo filósofo sul-africano Jan Smuts, a partir de 1926) significa o esforço de surpreender o todo nas partes e as partes no todo. É uma maneira de ver o mundo, o Homem e a vida em si como entidades únicas, completas e intimamente associadas. Representa um novo paradigma científico e filosófico que surgiu como resposta ao mal-estar da pós- modernidade, que é em grande parte causado pela cisão dos aspectos humanos e naturais trazida pelo antigo paradigma (BOFF, 2008, p.27).

¹⁹ Edgar Morin descreve as diretrizes metodológicas para uma abordagem da complexidade, resumidas em três princípios: dialógico, recurso organizacional e holográfico (MORIN, 1990, p.83 e 85).

O Sistema de Saúde brasileiro criado pela Constituição Federal de 1988 garante o atendimento integral à saúde como dever de Estado (BRASIL, 2007). Logo, o princípio da integralidade foi concebido como fundante do agir em saúde, ao lado do princípio da universalização, que garante o acesso e por fim, o princípio da equidade.

Dessa forma, a integralidade em saúde representa um diferencial no Sistema Nacional de Saúde brasileiro em relação aos demais sistemas de saúde dos países do mundo Ocidental. Essas discussões têm surtido efeitos positivos junto aos profissionais de saúde, enfermagem e, em especial, aos enfermeiros.

Estudiosos e pesquisadores da enfermagem buscam ampliar sua visão acerca do cuidado com o ser humano considerando a priori, as suas várias dimensões. Compreendemos que no Brasil, na contemporaneidade, um novo panorama religioso é observado, no qual o universo espiritual está tomado por pessoas que constroem a sua espiritualidade sem seguir o modelo de uma religião formal (SOUZA, 2011).

Resultados de pesquisas foram publicados a respeito do enfraquecimento da transmissão das tradições religiosas, da proliferação de igrejas, da migração religiosa e do aumento do número de pessoas que se declaram sem religião, mas que buscam na ciência explicações para seus males (SOUZA, 2011).

Neste panorama etnicamente multifacetado, evidenciamos que outrora, o padre ou o pastor produziam, exclusivamente, sentido à vida das pessoas. Entretanto, atualmente também concorre para a produção de sentido: a visão científica, as celebridades políticas, empresários, esportistas, dentre outros. Assim, as pessoas interpretam a trajetória de vida e o mundo de uma maneira pessoal, sem se valer apenas da orientação religiosa formal, recorrendo também aos profissionais do saber científico e ou do popular.

Esse fenômeno, conhecido como laicização/secularização, ou seja, declínio social da influência da religião nas vidas das pessoas, revela a necessidade da ampliação de estudos acerca da produção de sentido da existência humana nos espaços de serviços de saúde do poder público. Até porque, nesse universo secularizado, há manifestações da religiosidade e espiritualidade em áreas pensadas sob o domínio da ciência.

Torna-se cada vez mais comum, os fiéis rezando na cartilha da autonomia religiosa, apesar de ser ainda minoria. Essa descrença da fé institucionalizada tem conferido características mutantes na relação do brasileiro com o simbólico e o sagrado, ressaltou Souza (2011). Ainda, a autora citada alhures, relatou que “o divino é constituído de multiplicidade simbólica, é híbrido, pouco ortodoxo, redesenhado a lápis, cujos contornos podem ser apagados e refeitos de acordo com a novidade da próxima experiência”.

Tais resultados têm levado cientistas das Ciências das Religiões, como os do Programa de Pós-Graduação na Universidade Federal da Paraíba – UFPB, a conceberem uma lógica plural, na qual contemplaram dentre suas linhas de pesquisa, a Espiritualidade e Saúde na estruturação das atividades acadêmico-científicas, conforme a Resolução/UFPB, nº 03 de 2006.

Assim, as produções de estudos interdisciplinares acerca da espiritualidade assumem definições amplas, aportadas na visão holística e ecológica. A espiritualidade funda uma alternativa ao realismo materialista, com capacidade de desenvolver a liberdade de escolha e o sentimento pertença das pessoas à Família Humana, a Terra, ao Universo e ao propósito Divino (BOFF, 2008).

A atitude do profissional nos serviços de saúde, traduzidas por diálogos, acolhimento, um toque, um olhar, um gesto, entre outras, é imprescindível na atenção à saúde e na produção de sentido de vida. Essa forma de cuidar é capaz de ultrapassar a fronteira do espaço-tempo, bem como transcender o sofrimento (situações-limite) em determinados momentos da existência, que acabam afastando o indivíduo de seu fluxo natural da vida, do ambiente de trabalho, da proximidade da família e amigos.

O transcender trata-se de um momento de aprendizado e crescimento interior humano, no qual o indivíduo adquire uma nova visão da vida e do mundo. Agora, com consciência substancialmente ampliada e se vendo como alguém que é diferente, que diante da situação em que vive, é capaz de perceber e ter consciência de sua insignificância. Pensar a espiritualidade, nesses termos, e como um problema de pesquisa, tem sido para os profissionais da saúde, uma aventura desafiadora, sobretudo se tentarmos articular a ideia de que seria um descuidado deixar de considerar a dimensão espiritual do ser humano durante a assistência.

Trevizan et al (2000) apontam que a dimensão espiritual sustenta e supera a intelectual, a estética e a moral, e que o homem integra a dimensão espiritual em sua vida mesmo que não a reconheça. Homens e mulheres presenciam hoje, na pós-modernidade, a crise econômica, social e de declínio na transmissão de valores universais pelas tradições religiosas. Esse conflito, ameaça à dimensão humana dos sujeitos e afeta a produção da saúde e de sentido da existência humana.

Há consenso entre leigos e estudiosos que os grupos sociais mais carentes, mas não só eles recorrem às práticas terapêuticas populares, através de rezadores católicos, raizeiros, pais e mães de santo, médiuns espíritas, pajés ou xamãs, parteiras leigas, dentre outros terapeutas (HELMAN, 2003; RABELO, 1994; LOYOLA, 1984).

Igualmente, junto a estes curadores, constrói-se toda uma rede de apoio e de entidades, que garante a inserção social destas práticas de cura como recurso da comunidade, tais como Centros Espíritas, Igrejas Pentecostais, Terreiros de Candomblé e Umbanda, dentre outros. Por sua vez, a OMS reconhece a importância destas práticas como patrimônio indígena e nativo de diversas culturas. O termo “medicina tradicional” é utilizado pela OMS para se referir a “práticas de saúde que incorporam saberes e crenças em medicamentos à base de minerais e plantas, rituais espirituais, técnicas de exercícios manuais”, utilizados na cura de enfermidades. Ainda destaca o papel dos curadores e de suas terapêuticas no âmbito da atenção primária em saúde nos países sul americanos, na América Latina e no Oriente (PANERAI; PEÑA-MOHR, 1989).

1.3 Objetivo geral

Analisar a compreensão de enfermeiros da atenção básica acerca da espiritualidade, na produção do cuidado na perspectiva da integralidade, junto à população do município do Conde-PB.

1.4 Objetivos específicos

Investigar o entendimento de enfermeiros sobre espiritualidade e sua relação com a integralidade na produção do cuidado;

Discutir o emprego da espiritualidade pelos enfermeiros na produção de cuidado da dimensão espiritual dos usuários-clientes, considerando as suas peculiaridades religiosas;

Discutir as concepções de enfermeiros acerca de práticas de espiritualidade de raízes indígenas e afrodescendentes utilizadas pelos usuários na busca de saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Exibimos nesta seção uma discussão teórica sobre o tema “O enfermeiro da atenção básica e a espiritualidade na produção do cuidado na perspectiva da integralidade”, e conceitos correlacionados que respaldam a pesquisa. Também daremos visibilidade aos principais autores que trabalham com o tema em questão.

2.1 Produção do cuidado na dimensão espiritual e tecnologia leve

Neste tópico apresentamos, em primeiro lugar, algumas considerações acerca da produção do cuidado em saúde como prática social de perspectiva crítico-reflexiva. Em seguida, abordamos brevemente o conceito de tecnologia leve, como ferramenta de trabalho na saúde e a ênfase ao cuidado na dimensão espiritual. Por ser nessa dimensão, que em potencial reside à liberdade de escolha, o poeta, o artista, os valores e os sentidos da vida a serem descobertos por cada pessoa como fator de proteção para saúde mental e a sobrevivência do ser humano no planeta terra.

O processo de trabalho da saúde é amplo e tem como eixo estruturante de suas ações o princípio da integralidade. Também, tem como ferramenta, as diretrizes da Política Nacional de Humanização. Nele, a prática da enfermagem está inserida como atividade de cuidado e contribuindo na gestão do Sistema de Saúde, no gerenciamento das políticas estratégicas, nos três níveis de atenção à saúde, como: Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, da Mulher, da Criança, do Adolescente, do Homem, do Idoso, dentre outras. E também nas políticas específicas, que contemplem as populações indígenas, quilombolas, ribeirinhas, assentadas, ciganas e outras (BRASIL, 2004).

Entretanto, temos a clareza de que a produção de cuidado na perspectiva da integralidade está ligada à capacidade do profissional enfermeiro de perceber as necessidades emergentes do ser humano, em sua totalidade, em determinado momento de sua vida. Para suprir essas necessidades, implica em considerar a construção solidária com ele (usuário) do cuidado a ser realizado, a interligação das relações interpessoais estabelecidas entre ambos e a qualidade da formação acadêmica do profissional.

Para Gadamer (2006, p.133-134), este mundo da ciência com suas estruturas próprias, não pode se iludir “quanto ao fato de que, desde o princípio, lhe são colocados limites. Assim, o cuidado se tornou algo especial a ser refletido, já que ele não permite um visível produzir. Já o era também para os gregos”.

Assim, discutir a produção do cuidado como atitude terapêutica se faz necessário, a fim de colocar o indivíduo no centro do processo de trabalho da saúde. Por isso, é indispensável à inclusão da visão de resolutividade das demandas, não apenas os ganhos e curas obtidas através da eficiência técnica e científica, mas também o respeito à integralidade e a dignidade de indivíduos que utilizam os serviços de saúde.

Ainda, é imprescindível pensar na responsabilização dos sujeitos implicados na produção de cuidados (gestor, trabalhador e usuário), sem perder o olhar na interligação das dimensões que determinam a unidade do ser humano como descreve Frankl (2010, p.23), “o homem possui três dimensões de forma concêntrica e integradas”: a biológica, que envolve o organismo e seus processos fisiológicos; a psicológica com seus impulsos, emoções, instintos, sensações, manifestando os padrões comportamentais e costumes sociais; e a espiritual que é o núcleo central, considerada por ele como “a dimensão especificamente humana”, na qual se revela a instância livre do ser humano.

A responsabilidade para o profissional da saúde indica a capacidade individual de assumir antecipadamente pelo que vai fazer, ou seja, ter consciência de todas as consequências de suas próprias ações e omissões. Implica ainda, no dever perante o frágil e o vulnerável, não como mera consciência passiva, mas como o dever fazer de alguém em resposta ao dever ser (KOERICH et al, 2006).

O cuidar, assim, também exige do profissional capacidade de estar atento para os limites envolvidos nessa relação, ou seja, até onde a ação de cuidado deve ir, de forma a respeitar o direito às diversidades de gênero, de etnia, de orientação sexual, de geração, de padrão físico-estético, de religião, de cultura e da individualidade do ser cuidado, tendo sempre em vista a inclusão social e o desenvolvimento do potencial humano.

É preciso ainda que o profissional tenha sempre em mente que sua ação limita-se à vontade e a anuência do ser com quem compartilha o cuidado, pois, observamos que, por vezes, há uma predisposição desses profissionais de agirem de forma superprotetora e, por outro lado, há os que se distanciam demasiadamente do cliente-usuário, temendo não conseguirem manter uma relação equilibrada na prática profissional (BERTACHINI; PESSINI, 2006).

Deste modo, se tornam elementos indispensáveis na produção do cuidado em saúde, os aspectos das dimensões éticas, as competências/habilidades de comunicação, interpretação,

tomada de decisão e intervenção por meio de projetos terapêuticos singulares²⁰ comprometidos com a vida e os direitos dos usuários.

Para otimizar a gestão do cuidado na perspectiva apresentada junto aos sujeitos ou coletivos, nos espaços públicos de atividades e intervenções, nos quais estão inseridos os profissionais, temos que querer como estratégia valiosa, espaço para a fala e a problematização das situações, a exemplo, o exercício de contar histórias de vida. Pois, a escuta da história pessoal de vida pode possibilitar às pessoas refazerem e reviverem as suas próprias histórias e, portanto, transformar a cultura do silêncio para que passem a ler o mundo em que vivem e transformar a própria realidade. Além de outras formas criativas, que possam induzir o indivíduo a desvelar o sentido no mundo, uma vez que o sentido da vida é amplo e sua descoberta só acontece por um processo de percepção.

Assim sendo, o cuidar se pauta em reiterados encontros entre subjetividades socialmente conformados em perspectiva de ação-reflexão-ação, os quais oportunizam a compreensão de si-mesmo, do outro e de uma determinada situação real e única. Esse outro sendo concebido como sujeito-histórico consciente, desejante e livre, e não sujeito anônimo/objeto, com o qual se interage. Deste modo, busca-se o sentido que funda o comportamento do indivíduo quando ele vive, ama, adoece e é finito.

Logo, o cuidado é algo mais do que uma atitude e, Heidegger (1889-1976) citado por Boff (2011) comenta a importância essencial do cuidado ao afirmar:

Do ponto de vista existencial, o cuidado se acha a priori, antes de toda atitude do ser humano, o que significa dizer que ele se acha em toda atitude e situação de fato, e está enraizado na atividade como um modo-de-ser essencial do ser humano; essa constitui uma dimensão ontológica do cuidado que não poderá ser desvirtuada (BOFF, 2011 p.34).

Tal dimensão ontológica do cuidado necessita de um permanente processo de capacitação, aprendendo e pesquisando, conhecendo as novas tecnologias, identificando seus conceitos. Isso implica em ser um profissional competente para integração e aplicação dos mesmos, na incorporação, na utilização e avaliação tecnológica dos produtos de seu serviço nas diversas áreas de atuações.

²⁰ Projeto Terapêutico Singular é o conjunto de atos assistenciais pensados coletivamente para resolver determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco. O risco não é apenas clínico, é importante enfatizar isto, ele é também social, econômico, ambiental e afetivo, ou seja, um olhar integral sobre o problema de saúde vai considerar todas estas variáveis na avaliação do risco. Ele é o fio condutor para o fluxo da linha do cuidado integral (FRANCO, 2004).

Torna-se imperativo que as tecnologias sejam dominadas pelos profissionais, como garantia de uso seguro e eficaz, possibilitando que valores humanitários prevaleçam sobre as práticas tecnicistas (KOERICH et al, 2006).

Entretanto, se observa que é arriscado definir a tecnologia apenas como instrumentos e técnicas ou associá-la a compreensão de superioridade, especialização e profissionalismo. A mudança do modelo assistencial com as tecnologias leves pressupõe impactar o núcleo do cuidado, compondo uma hegemonia do trabalho vivo²¹ sobre o trabalho morto²².

Para Koerich et al, (2006, p.180), a palavra tecnologia deriva do substantivo grego *téchne* que:

Significa arte e habilidade. “Essa derivação nos diz que a tecnologia é uma atividade essencialmente prática, tendo o objetivo de alterar mais do que compreender o mundo. A tecnologia utiliza as formulações criadas pela ciência para criar implementos e aparelhos que façam a natureza obedecer ao homem”. O termo *téchne* também significa fabricar, produzir, fazer ou construir, principalmente coisas materiais, através do trabalho ou da arte, como também causar fenômenos naturais, ações ou eventos. Em conformidade com autores trágicos gregos, como por exemplo, Homero, pode também ser compreendida como a habilidade em geral, o método, a maneira, o modo de fazer. Já o substantivo *teckos*, significa ferramenta, instrumento ou utensílio.

As tecnologias leves consideraram a existência de um objeto de trabalho dinâmico e não mais estático, exigindo dos profissionais uma capacidade diferenciada no olhar, criatividade, afetividade e ligação com o sagrado.

Contudo, coexistimos com frequência em ambientes pouco humanizados, cujo funcionamento é quase perfeito quanto à técnica, porém desacompanhado, muitas vezes, de afeto, atenção e solidariedade, transformadas em “objetos” e fonte de lucro, perdendo sua identidade pessoal, ficando dependentes e passivas, à espera do “poder científico” que os profissionais de saúde julgam ter, isso repercute no ambiente hospitalar, transformando-o num centro tecnológico onde os equipamentos são facilmente reverenciados e adquirem vida, enquanto as pessoas são por isso “coisificadas” (BERTACHINI; PESSINI, 2006, p.91).

²¹ Trabalho vivo é operacionalizado com a noção de autonomia e auto-governo dos indivíduos. Preserva-se julgamento, decisão, processo reflexivo, integração, intencionalidade e utilização de saberes específicos para situações em particular que se apresentam na atenção ao usuário (MERHY, 1997).

²² O trabalho morto é resultado de um trabalho humano anterior. É composto por todos os elementos que estão envolvidos nos processos de trabalho, como ferramentas ou matéria-prima, assim como também por componentes vinculados ao saber e ao modo de atuar dos profissionais envolvidos no trabalho (MERHY, 1997).

As tecnologias atendem à categoria de produto - cujos resultados são tangíveis e identificáveis: equipamentos, instalações físicas, ferramentas, materiais; como à de processo - que constituem as técnicas, métodos e procedimentos.

Também, as tecnologias servem tanto para gerar conhecimentos a serem socializados, como para reconhecer processos e produtos, transformando sua utilização empírica em uma abordagem científica.

Visando garantir o resultado para os quais as tecnologias foram incorporadas ao processo de trabalho em saúde é preciso gerar nas equipes de saúde a segurança e estímulo necessário para o desempenho operacional eficaz, sem esquecer-se do lado pessoal dos profissionais (KOERICH et al, 2006).

Nesse sentido, são exemplos de tecnologias leves ou de relações: o acolhimento²³, o encontro de subjetividade, o vínculo, a negociação, a interpretação de histórias, aprendizagem com a experiência do outro, a autonomização, dentre outras (KOERICH et al, 2006, p.182).

O acolhimento no setor saúde já acumula certa experiência em diversos serviços de saúde. Tal experiência é heterogênea, como o próprio SUS, e tem acúmulos positivos e negativos.

Discorrer sobre acolhimento significa, por um ângulo, reconhecer que grande parte do que sabemos se deve ao acúmulo prático, mas também, por outro lado, é preciso esclarecer a “qual” acolhimento queremos nos referir.

Isso porque, algumas dessas experiências se inscreveram numa atitude assistencialista e/ou de favor. Alguns desses significados não correspondem à saúde como direito e nem como questão de cidadania. Também, o acolhimento no campo da saúde tem sido identificado:

Ora como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável; ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. Ambas as noções têm sua importância. Entretanto, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo. Nessa definição restrita de acolhimento, muitos serviços de saúde: convivem com filas “madrugadoras” na porta, disputando sem critério algum, exceto à hora de chegada, algumas vagas na manhã. É preciso

²³ Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros no serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2010).

salientar que tais serviços atendem principalmente os “mais fortes” e não os que mais necessitam de assistência; reproduzem uma certa forma de lidar com trabalho que privilegia o aspecto da produção de procedimentos e atividades em detrimento dos resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob sua responsabilidade (BRASIL, 2010, p.13-14).

O acolhimento almejado é, portanto, uma postura acolhedora e implica estar atento e poroso às diversidades, dentre outras, citamos as de práticas religiosas, culturais e étnicas²⁴ (BRASIL, 2010).

Segundo Koerich et al, (2006), além das tecnologias leves, existem as leve-duras, que são os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo, entre outros; e as duras, que são os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, monitores, oxímetros, normas, estruturas organizacionais, dentre outros, enfim todos os revices utilizados. Por meio delas, o profissional pode desenvolver uma forma única de ser e de se relacionar com o mundo.

Dessa forma, promove o exercício da empatia, solidariedade, compaixão e outras virtudes que dignificam não somente o profissional, mas também a profissão.

Tomando por base as tecnologias de relações nos serviços da rede do SUS e tendo no centro as necessidades dos usuários na perspectiva da totalidade, a produção do cuidado ocorre de forma mais integralizada. Assim podemos afirmar que as “linhas de cuidado” estão sendo operadas (MERHY et al, 2004).

O desafio de quem opera o cuidado é o de utilizar as relações enquanto tecnologia leve, no sentido de edificar um cotidiano, por intermédio da construção mútua entre os sujeitos e, através dessas mesmas relações, dar sustentação à satisfação das necessidades dos indivíduos e os valorizar como potentes para intervirem na materialização do cuidado (FRANCO, 2004).

²⁴ Vejamos o caso de uma indígena que deu entrada numa unidade de saúde e, após o atendimento e a realização do diagnóstico, é indicada uma cirurgia (laparoscopia) urgente, a ser realizada pelo umbigo. Após a comunicação do procedimento, a usuária se recusa a realizar o procedimento, dizendo que não pode deixar que mexam no seu umbigo, pois (segundo a sua concepção, herança de sua cultura) este é a fonte de onde brota a vida. Se assim o fizesse, infortúnios diversos poderiam recair sobre ela, conforme acredita. Diante da recusa e frente à urgência para a realização do procedimento, a equipe entra em contato com o cacique ou a liderança política do grupo e, juntos, decidem que a usuária seria levada para uma unidade mais perto de sua aldeia. Decidem também que, antes do procedimento, o pajé ou a liderança religiosa realizaria um ritual ou procedimento cultural direcionado à preservação de sua integridade, de acordo com o ponto de vista da concepção de saúde da própria sociedade cultura. Isso foi realizado e acolhido pela equipe, que posteriormente teve sucesso na realização da cirurgia (BRASIL, 2010, p.21-22).

Para Merhy et al (2004), esta produção de cuidado pode ser entendida dentro da categoria serviço, expressando a necessidade de cumprir uma finalidade social útil ao todo do homem.

Entretanto, os resultados do trabalho com o uso das tecnologias não constituem mercadorias passíveis de comercialização, como produtos mercantis em si mesmos. Trata-se de serviços produzidos pelo encontro entre quem produz e quem recebe, ou seja, a produção é singular e se dá no próprio ato.

Essa visão transcende a simples definição de maquinário e, perante o cenário complexo, pela singularidade histórica e cultural de determinado local, arrazoamos que a dimensão da espiritualidade, enquanto tecnologia leve na prática de enfermeiro subsidia a produção do cuidado integral como um processo e valor de direito humano à saúde.

A prática de enfermagem envolve as tecnologias relacionais em diferentes tipos de cuidados de modo a contemplar não só as necessidades biológicas, psíquicas e sociais, contemplam também as espirituais. Sem o espiritual como base essencial, a unidade do ser não pode existir.

Também, o cuidar da integralidade do ser humano necessita considerar a perspectiva da transcendência que é também interligada com a ideia de autonomia. A esse respeito Boff (2009a, p.12) ressalta que, “o ser humano não goza de permanente equilíbrio. Ele sempre tende a está fora do centro, longe do meio termo e da justa medida. Isso não é um defeito, mas uma marca do ser humano”.

Portanto, deste parágrafo em diante, a ênfase da reflexão será direcionada ao cuidado na dimensão espiritual.

A abordagem da espiritualidade necessita ser mais discutida e apropriada pelos enfermeiros na produção do cuidado para propiciar a promoção da saúde atendendo a integralidade do indivíduo.

Nesta perspectiva, consideramos que o ser humano é um ser espiritual que caracteriza sua existência de forma a transcender sua missão particular de vida e sua responsabilidade frente ao mundo. O ser humano, para Boff (2011), é um ser único, fruto de um projeto sem precedentes e repetição, que difere de todos os outros animais por sua característica de humanidade, que envolve seu caráter de racionalidade.

Os estudos acerca do cuidado, na dimensão espiritual do ser humano, permitem vislumbrar que ele poderá ser caracterizado pela conexão da pessoa com aquilo que lhe traz significado ou sentido no viver e que eleva a esperança na dimensão terrena e divina.

Assim, o cuidado é caracterizado como uma ação impregnada de significados filosóficos e ontológicos. Em virtude desses significados se torna importante que se valorizem outros aspectos, inclusive o espiritual, visto que, tradicionalmente, o fazer da enfermagem tem sido limitado ao desenvolvimento de procedimentos técnicos.

Huf (1999) adverte que, o cuidado de enfermagem, na dimensão espiritual do ser humano, não deve ser confundido com evangelização. Este, por vezes, é manifesto no cuidado espiritual, o que não necessariamente representa a espiritualidade. Independente de catequese, o ideal do cuidado espiritual deve possibilitar o desenvolvimento da capacidade de transcendência humana por ter a possibilidade de criar espaço para o humor e a leveza, que vão além da dimensão psicológica e que caminha mediada pelo desejo em busca de um sentido.

Cuidar considerando o aspecto espiritual, por transcender à religião, não está relacionado ao credo que se possui, e sim em permitir a expressão da necessidade de crer, ter esperança e fé em algum potencial que habita no íntimo da consciência humana. Ademais, é buscar a humanidade do ser, algo que lhe dê sentido e prazer para continuar, apesar das adversidades, do sofrimento; algo que não o deixe desistir da vida, e sim buscá-la para fortalecer e vislumbrar um porvir melhor (FRANKL, 2010).

O enfermeiro deve compreender que o cuidado espiritual ao ser humano significa que as necessidades da pessoa devem ser mais relevantes do que qualquer crença religiosa que o cuidador possa ter, pois esta relação abarca responsabilidade, doação e depende ainda de perspicácia do profissional e de conhecimento sobre espiritualidade, comunicação e liderança.

O cuidado da dimensão espiritual exige conhecimento específico e astúcia sensível, visto que, nem sempre, a pessoa está consciente de sua necessidade espiritual. A livre decisão de aceitar ou não o cuidado espiritual deve ser respeitada, devendo ocorrer de forma espontânea, uma vez que essa é uma necessidade que não é satisfeita por meio de frases estereotipadas ou de rituais pré-estabelecidos, mas sim com sensibilidade, observação, empatia e o desenvolvimento de vínculos (HUF, 1999).

O processo formativo do enfermeiro ainda tem privilegiado o modelo tecnicista e rudicionista. Prioritariamente na atualidade enfatiza competências e habilidades técnicas, em detrimento das competências relacionais e atitudinais. Essa abordagem é bastante prejudicial ao cuidado da dimensão espiritual, pois pouco valoriza a expressão da subjetividade da pessoa e, a despeito do mundo viver um acirrado avanço tecnológico, o profissional enfermeiro precisa estar consciente de que o ser humano, na sua multidimensionalidade, foi e será a razão de sua prática social.

Nesse sentido, percebemos ser imperativo fortalecer a dimensão espiritual do ser humano, pois sem ela haverá desesperança e ou desespero e, até mesmo, ausência de significado para a existência humana. É indispensável, portanto, que sejam esclarecidas as razões que levam a pessoa, no enfrentamento de situações em que sua vida está ameaçada, a questionar o significado do sofrimento e/ou até da morte (HUF, 1999).

Com a técnica, podemos cuidar do corpo, mas desprovido da sensibilidade e do conhecimento da história de vida da pessoa, não podemos interconectar o seu eu profundo, com seu sofrimento, área peculiar de cada um, que corresponde à dimensão espiritual (FRANKL, 1995).

Daí advém, a preocupação de um preparo acadêmico prévio e competente, não somente do aspecto cognitivo, pois o profissional, ao desenvolver o cuidado espiritual, sentirá maior segurança e conforto em fazê-lo se “já houver tido algum tipo de experiência espiritual em sua vida ou explorado os seus próprios caminhos pessoais em níveis semelhantes de profundidade e desafio” (VASCONCELOS, 2011, p.304).

A inserção de saberes acerca da espiritualidade para o crescimento pessoal e enriquecimento de visão de vida tornam-se importante na formação do enfermeiro. Ainda mais, há necessidade da construção de um novo paradigma que religue, reencante o ser humano com as coisas belas da natureza, da arte, da música e aumente a compaixão pelos que sofrem (BOFF, 2011).

O fenômeno de cuidar, do ser humano na dimensão espiritual, potencializa a avaliação do sentido ontológico da espiritualidade, manifestado na forma de reflexão a respeito da vida e do viver com responsabilidade. Pois, o homem possui capacidade de dialogar com o seu eu mais profundo ou com sua consciência e de estar em harmonia com os seus desejos e apelos que vêm de seu interior.

Frankl (2010) considera que o ser humano, ao se dar conta de sua espiritualidade, conscientiza-se de sua responsabilidade, que para ele, é o fundamento primordial da existência humana autêntica.

A responsabilidade, contudo, está vinculada ao dever, passando a orientar-se em suas ações, pois, ao buscar sentido na vida, a pessoa se torna consciente de sua responsabilidade; busca entendimento do mundo externo, que ocorre por intermédio de tarefas e objetivos, que vão além dos seus significados interiores.

Algumas transformações estão marcando o século atual, dentre elas a volta e a valorização da dimensão espiritual na vida humana. Hoje, se tem maior percepção de que o ser humano não é só corpo, nem tampouco sentimentos e emoções, mas é também espírito,

caracterizado pela consciência de que é uma parcela do Todo e está ligado a todas as coisas (BOFF, 2011).

O operador da saúde necessita compreender e respeitar as crenças e rituais espirituais ou religiosos que o ser humano, que está ao seu cuidado, possa ter. Mister salientar a importância da espiritualidade no enfrentamento das adversidades pelo ser humano, pois as religiões participam de forma definitiva da realidade social e existencial básica da humanidade e na busca do sentido da vida.

As religiões também colaboram na criação de códigos que orientam quanto à responsabilidade do ser humano em relação ao ecossistema, como se comportar frente ao sofrimento, a penúria, indicando caminhos que possibilitam ao ser humano o alcance da felicidade, da libertação do sofrimento, da culpa e da morte (PESSINI, 2004).

A demonstração da espiritualidade ocorre de forma diferente para cada indivíduo. Cada um traz consigo seus ritos e ações que dão significados ao momento pelo qual estão passando, pois o sujeito-histórico possui uma capacidade ímpar de criar sentido e simbolizar situações e fatos.

Desse modo, deve-se respeitar a maneira pela qual a pessoa apregoa sua espiritualidade, pois se ela alcança conforto e paz por meio de práticas religiosas, como a oração, a meditação, ou outros ritos, que são a expressão de significados e de suas experiências, deverão ser viabilizados para que sintam tranquilidade (PESSINI, 2004).

Apesar do crescimento da ciência e dos avanços científicos, nem sempre é possível explicar a angustiante busca do ser humano para as incertezas e ansiedades da dimensão espiritual. Essa realidade impulsiona o ser humano na direção da transcendência, ou seja, na busca daquilo que está além dele, de sua possibilidade de agir e interagir com a realidade (PESSINI, 2004).

Há uma necessidade humana, histórica e ontológica, de se relacionar com a realidade sagrada, realidade que dele se distingue. O ser humano necessita da relação de transcendência em busca de autonomia para se colocar sujeito de sua vida; é nessa relação que ele avança para além do ser-no-mundo para o ser-com-o-outro em busca do sentido maior de sua existência humana (BOFF, 2009a).

No tópico a seguir, apresentamos de forma breve considerações sobre a formação do enfermeiro, a prática da enfermagem e a espiritualidade na atenção básica à saúde.

2.2 Práticas de enfermagem e espiritualidade na atenção básica à saúde

Visando uma prática de enfermagem coerente com o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituída pelo Ministério da Educação, a Resolução n. 3, em 2001. Esta norteia o processo formativo do enfermeiro e acrescenta ao currículo acadêmico a iniciação do aluno nas áreas de ciências humanas e sociais, como: filosofia, antropologia, educação, história da enfermagem, sociologia, dentre outras, juntamente com as disciplinas específicas da enfermagem.

Registramos que a implementação dessas disciplinas ao currículo, vem oportunizando o contato precoce do acadêmico com a realidade social, cultural e religiosa da comunidade e com o processo de trabalho em saúde, contribuindo para que ele possa identificar problemas, suas variáveis e os fatores que interferem no processo saúde-doença, exigindo que trabalhem situações pontuais por problemas focais.

A referida Resolução, em seu artigo 4º, definiu as seguintes competências/habilidades gerais do enfermeiro a serem desenvolvidas: atenção à saúde nos três níveis; comunicação (escrita, verbal, a não verbal, a simbólica e a cultural); liderança; tomada de decisões; administração/gerenciamento e educação permanente, que deve ser desenvolvida no decorrer do exercício profissional; além das específicas, que no Art. 5º da resolução foram estabelecidas.

Tomando por base Cortez (2009), em estudo denominado “Religiosidade e espiritualidade no ensino de Enfermagem: contribuição da gestão participativa para a integralidade no cuidado”, inferimos que é fundamental aproximar o foco dos três níveis de atenção à saúde, com a da espiritualidade e com a da religiosidade, visando à formação de enfermeiro com um viés mais consistente de liderança e comunicação na perspectiva da transcendência. Essa aproximação proposta objetiva o desenvolvimento de diálogos frente à diversidade de práticas religiosas e aos conteúdos subjetivos ou psíquicos que se expressam através delas.

Cortez (2009) ressalta ainda que o respeito à religiosidade, à espiritualidade e/ou a opção da não crença de quem é cuidado, assim como à sua visão de mundo e as suas opiniões, são pré-requisitos para a coexistência humana, isto é, o respeito pelas pessoas são palavras-chave quando discutimos essa temática, de modo que, inúmeras vezes a inflexibilidade que gera preconceito ocorre pelo desconhecimento do assunto. Isso porque, quem enxerga uma religião pelo prisma externo, vislumbra apenas, comumente, suas manifestações negativas, e não o que, de fato, significa para o indivíduo que está a professando.

Enfatizamos o princípio da Dignidade da Pessoa Humana, artigo 1º, inciso III da Constituição Federal (CF) de 1988, bem como os direitos e garantias fundamentais do indivíduo, artigo 5º, em que se destaca o respeito à privacidade, à intimidade, à moral, à vida, ao direito de crença e religião. Consonante a essas prescrições na prática de cuidado em saúde/enfermagem, nasce o Código de Ética de Enfermagem (Resolução COFEN nº 311/2007).

O Código de Ética de Enfermagem, especificamente no Artigo 18, prescreve o respeito, o reconhecimento e a realização de ações que garantam o direito da própria pessoa, ou em casos especiais, do seu representante legal, de tomar decisões sobre a saúde, o tratamento, o conforto e o bem-estar. Com este mesmo fim, o Artigo 19 destaca que o enfermeiro deve respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo o seu ciclo vital, inclusive nas situações de morte e pós-morte do cliente (LIMA, 2010).

Todas essas preceituações são equivalentes ao discurso oficial da humanização e que também são expressos na Carta dos Direitos dos Usuários na Saúde²⁵, que dispõe sobre os direitos e deveres dos mesmos. Esta foi expedida através da Portaria nº 1.820, em agosto de 2009, pelo Ministério da Saúde, após revisão da anterior publicada em 2006 (Portaria nº 675), ficando revogada (BRASIL, 2009).

A Carta baseia-se em seis princípios básicos de cidadania. Juntos, eles asseguram ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados. Os princípios constituem, a saber: todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos (...) (BRASIL, 2009).

Esta carta é uma importante ferramenta para o usuário conhecer seus direitos e ajudar o Brasil a ter um sistema de saúde com muito mais qualidade, dessa forma, garantir o protagonismo dos sujeitos. Nesse sentido, a formação do enfermeiro não deve desconsiderar os conhecimentos atinentes à espiritualidade, aos princípios básicos de cidadania, democracia e de pluralidade religiosa. A diversidade de práticas religiosas é profunda em todos os estados brasileiros. Em nenhum período da história houve uma única religião em todo o mundo.

²⁵ A Carta dos direitos dos usuários na saúde, após revisão, foi publicada no Diário Oficial da União – nº 155 - Seção I – Páginas 80 e 81 de 14.08.09 (PORTARIA GAB/MS - nº 1. 820, de 13.08.2009).

Ela existe entre ateus e religiosos, entre formas distintas de religião (cristãos e budistas, por exemplo), entre ramos religiosos com pontos em comum (como judeus e muçulmanos), entre expressões internas de uma mesma religião (católicos carismáticos e adeptos da Teologia da Libertação) e mesmo entre expressões geográfico-históricas da mesma fé, como católicos espanhóis e católicos norte-americanos (SILVA, 2004, p. 2).

O conceito de diversidade é amplo e se relaciona com alteridade, multiculturalismo e pluralidade. Tem aplicação em diferentes campos de áreas de conhecimento humano, como na antropologia cultura, direito, sexologia, biologia, saúde, meio ambiente, educação, entre outros. A diversidade étnica e religiosa se expressa de maneira muito intensa no país pela multiplicidade dos povos indígenas aqui existentes. Posteriormente, pelo “processo de colonização e pelo grande número de escravos trazidos da África, de onde todos vieram” (BOFF, 2009a, p.13).

O intenso fluxo migratório de povos do Oriente Médio e do continente asiático intensificou, ainda mais, esse processo de diversificação. A imigração dos espanhóis, portugueses, alemães, italianos, açorianos, eslavos de vários países, dentre outros, por meio de processos de intercâmbio e hibridações, acentuara ainda mais a diversidade étnica, cultural e religiosa da sociedade (ANDRADE, 2009).

É no contexto da educação e da saúde que a diversidade religiosa se manifesta na multiplicidade de comportamentos, atitudes, valores, símbolos, significados, linguagens, roupas e sinais sagrados, bem como nos referenciais éticos e morais utilizados pelos sujeitos para realizarem suas escolhas em relação ao outro, ao mundo e à vida. Interagir com essa variedade de conhecimentos, territórios e territorialidades presentes no cotidiano é altamente desafiador para docentes e profissionais da assistência em saúde.

Os conteúdos essenciais à formação de enfermeiros devem incluir as várias formas de diversidades como de étnica, geração, orientação sexual, gênero, padrão físico-estético, religião, dentre outras; o conceito ampliado de saúde proposto pela OMS; a política indígena; o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade; bem como a integração destes à realidade epidemiológica e profissional, como forma de assegurar a integralidade das ações do cuidar em enfermagem (BRASIL, 2001; CORTEZ, 2009).

Outros aspectos a serem aferidos no processo formativo são as necessidades de saúde dos grupos populacionais, inclusos ribeirinhos, ciganos, indígenas e afros pelas suas peculiaridades, em todo ciclo vital, considerando os perfis demográficos, sociais e econômicos estadual, regional e nacional. A implementação destas particularidades na formação do Enfermeiro, determina a possibilidade de mudanças nas práticas de saúde, tendo

como perspectiva a formação do profissional humanista, generalista, crítico, reflexivo, comprometido com as transformações exigidas pelo influxo do exercício da cidadania, sendo um sujeito ativo no seu próprio percurso de vida e de trabalho, contribuindo para a efetivação dos princípios do Sistema de Saúde. (BRASIL, 2001; CORTEZ, 2009).

Embora tenham ocorrido mudanças econômicas e sociais, a população continua com uma visão religiosa muito profunda, e, é cediço que, a religião popular é uma das características mais importantes na cultura dessas classes, visto que representa a forma pela qual se expressam os caminhos que escolhem para enfrentar as dificuldades em seu cotidiano. A religião popular é uma forma de saber e tem uma linguagem de elaboração e de expressão subjetiva. Faz parte desta cultura e é nela que a população se baseia para buscar o sentido da vida (VALLA, 2001). Daí a relevância dessa reflexão frente à atenção básica da saúde e o espaço acadêmico de Enfermagem.

Desse modo, faz-se necessário ao exercício da Enfermagem o emprego de processos formativos que utilizem o pluralismo de ideias pedagógicas como forma de oportunizar interações entre o saber científico com mítico, místico, espiritual, político e popular. Com isso, possibilita aos egressos a capacidade de investigar e entender o contexto das diversidades e como se produz o conhecimento na perspectiva de aprender a aprender que engloba aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver ou conviver junto e aprender a ser²⁶, segundo as diretrizes norteadoras da formação do enfermeiro (BRASIL, 2001).

Acreditamos que só nesses termos, será garantida a capacitação de enfermeiros com autonomia e discernimento das questões complexas do ser humano para executar o cuidado integral na atenção à saúde com baixa margem de prescrição, com qualidade, eficiência e resolutividade. É conveniente lembrar que cuidado integral não existe se as necessidades, incluídas aí as religiosas e espirituais, não forem observadas.

É conveniente lembrar que, a história da Enfermagem estabelece paralelo entre as práticas da saúde pública no Brasil, desde o modelo sanitaria, perpassando pelo paradigma biologicista/tecnicista; pelos cuidados primários de saúde e o atual modelo da integralidade.

Pela história da enfermagem, em 1950, as práticas da saúde pública no Brasil, inicialmente inspiradas no molde sanitaria, passaram a se configurarem em características de modelo biomédico de cunho flexneriano e em função dessas mudanças surge um movimento de crítica, orientado para a conscientização da necessidade de integração de aspectos curativos

²⁶ Aprender a ser tem a ver com o desenvolvimento integral da pessoa: inteligência, sensibilidade, sentido ético e estético, responsabilidade pessoal, pensamento autônomo e crítico, imaginação, criatividade, iniciativa (CORTEZ, 2009).

e preventivos. Passa a ser considerado hospital moderno, a instituição de conotação dinâmica, não limitada apenas em receber doentes, mas assisti-los de forma mais ampla, ou seja, não apenas ao nível curativo, mas, preventivo e educativo, estendendo este atendimento à família e à comunidade (RIZZOTTO, 1999).

Assim, a instituição hospitalar começa a realizar não só as tarefas básicas de curar, mas, também, a de reabilitar, prevenir, educar, pesquisar e ensinar. Logo, a Enfermagem passa a ser conceituada como um processo interpessoal, que considera o indivíduo em sua totalidade, como membro de uma família e de uma comunidade (LIMA, 2005; RIZZOTTO, 1999).

Com atividades dirigidas à promoção, proteção e recuperação da saúde, a enfermagem não se restringe à assistência curativa, mas atua na profilaxia das doenças, visando à consideração dos fatores sociais e econômicos, senão como determinantes, pelo menos como componentes das condições de doença.

Destacamos que, os cuidados primários de saúde tiveram como marco histórico as discussões iniciada na Conferência Internacional reunida em Alma-Ata na URSS, em 1978. Atualmente, a expansão e a qualificação desses cuidados são representadas pela Estratégia de Saúde da Família e por um conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) vem desenvolvendo essas prioridades por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe interdisciplinar/multiprofissional (CAMPOS et al, 2009).

A partir da década de 1990, com as discussões de gênero envolvendo relações de poder, excederam as ciências humanas e sociais. Estas foram também significativas na compreensão do processo de trabalho em enfermagem/saúde, uma vez que existe a predominância do sexo feminino na profissão (COELHO, 2005). Nessa década também, ocorreu à configuração da arquitetura do Sistema Único de Saúde-SUS²⁷ que abarcou uma concepção mais ampla de saúde e os princípios doutrinários da integralidade, equidade e universalidade, em busca de maior efetividade sanitária. Essa base discursiva resultou em um modelo de atenção integral que tem na atenção básica um de seus pilares.

²⁷ SUS, Sistema Único de Saúde, é organizado no sentido de atender a todas as pessoas, independente de raça, crenças, cor, situação de emprego, classe social e local de moradia. A Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) detalha o funcionamento do Sistema. O SUS foi resultado de um processo de lutas, mobilizações, participações e esforços desenvolvidos pelas pessoas de forma organizada (CAMPOS et al, 2009).

Assim, a ESF se afirma como processo capaz de contribuir para a mudança do modelo assistencial no SUS. A potencialidade dessa mudança advém do caráter estratégico, que permite um rompimento no comportamento passivo dentro das Unidades, com extensão das ações para e com as comunidades, possibilitando assim o desenvolvimento do trabalho em equipe, a responsabilização sobre um território, os vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre serviços de saúde, profissionais e população. Ainda este espaço tem se constituído de relevância para as diversas ações da enfermagem junto à população, pois é nele que acontece a valorização da subjetividade dos diferentes sujeitos implicado no processo da produção de saúde.

Este caráter estratégico de corresponsabilidade da saúde, chama à participação de grupos tidos como “marginalizados”, partindo do princípio de que a maioria da população encontra-se fora da sociedade e que isso acontece devido à sua ignorância e passividade.

Para Valla (1988), esses grupos precisariam ser animados e esclarecidos, porém, reconhece-os não como preteridos, mas inseridos em uma sociedade desigual. Ele adverte que não há marginalização da sociedade, mas há violência aos direitos desses seres humanos, dentro de uma ordem onde certo modo de viver, pensar e ser é tido como natural e vital para a manutenção dessa mesma ordem opressora, e por isso, tornado hegemônico.

No sentido da ampliação de ações de cuidados de atenção básica à saúde na perspectiva da integralidade do ser é interessante lembrar que, alas se abriram com o estabelecimento da Política Nacional de Medicina Natural (PNMN/2005) e, a de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS/2006). Em ambas, é perceptível o reconhecimento oficial da relevância destes cuidados em saúde, de seus agentes e da eficácia de alguns de seus métodos (BRASIL, 2005 e 2006).

Como exemplo dessas práticas, apresentamos o “Projeto Quatro Varas”, que vem funcionando, na cidade de Fortaleza no bairro do Pirambu, sob a coordenação do Dr. Adalberto Barreto, da Universidade Federal do Ceará em uma perspectiva plural de saberes. Ganham vida nesta experiência a terapia comunitária, as massagens terapêuticas, a fitoterapia popular e oficinas de arte e educação, em parceria com os saberes e cuidados nativos da região.

Neste projeto, de práticas muitas vezes paradoxais, não há como deixar de reconhecer os processos de produção de espiritualidade com a integralidade do cuidado, como afirmação do direito à saúde, para além da oferta de serviços de saúde. Nelas, a promoção da saúde é desenvolvida com a utilização de diversas abordagens teóricas, em consonância com

o campo de saber da Saúde Coletiva²⁸ para o enfrentamento, também, da hipermedicalização da sociedade contemporânea.

Nessas terapêuticas, ainda é possível reconhecer o modo cultural de quem cuida e de quem é cuidado, bem como apreender a diversidade e pluralidade dos objetos da saúde. O sujeito nessas práticas ocupa o centro do universo com o seu modo peculiar de atribuir significados e de corporificá-los. Conforme Pinheiro (2010), o usuário define suas escolhas e avalia seu agir como reflexo do seu pensamento em ação.

A partir dessa visão, entendemos que, a saúde é uma condição em que o indivíduo seja capaz de realizar suas aspirações, de satisfazer suas necessidades e mudar o contexto no qual está inserido.

Ainda em 2006, as três esferas de governo firmaram um Pacto pela Saúde como instrumento na produção de mudanças nas normas do SUS. Ele comporta três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Sua finalidade é qualificar a gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas. O Pacto pela Vida é significativo pelo compromisso firmado entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. As seis prioridades definidas foram: saúde do idoso; controle do câncer do colo do útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; e fortalecimento da Atenção Básica. Destacamos a última pela relação existente com o objeto deste estudo (BRASIL, 2006).

Em 2006, também a Portaria nº 648/GM instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, cuja revisão de suas diretrizes para reorganização da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ocorreu com a Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, ficando revogada a outra. Nesta, a Atenção Básica foi caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o

²⁸ Saúde Coletiva do ponto de vista do SABER, se articula em um tripé interdisciplinar composto pela Epidemiologia, Administração e Planejamento em Saúde e Ciências Sociais em Saúde, com um enfoque transdisciplinar, que envolve disciplinas auxiliares como a Demografia, Estatística, Ecologia, Geografia, Antropologia, Economia, Sociologia, História e Ciências Políticas, entre outras. Enquanto PRÁTICA, a Saúde Coletiva propõe um novo modo de organização do processo de trabalho em saúde que enfatiza a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos, a reorientação da assistência a doentes, e a melhoria da qualidade de vida, privilegiando mudanças nos modos de vida e nas relações entre os sujeitos sociais envolvidos no cuidado à saúde da população (CAMPOS et al, 2009).

tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2011).

Esta Portaria decidiu a responsabilidade do enfermeiro: realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações e outros), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em conjunto com os outros membros da equipe; contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS) (BRASIL, 2011).

As atribuições definidas são amparadas na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, no Decreto 94.406/87 que regulamentam o exercício da profissão de Enfermagem e no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (LIMA, 2010).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da Portaria GM nº 154 foram instituídos em 2008, visando aumentar a oferta de práticas de cuidados à população (BRASIL, 2008). A finalidade destes núcleos é a priorização do atendimento compartilhado e interdisciplinar mediante trocas de saberes, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos através de amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos ou situações singulares, projetos terapêuticos singulares, orientações específicas e atendimento conjunto, dentre outras iniciativas, a critério do grupo.

Porém, estudos recentes acerca das práticas de enfermagem vêm evidenciando lacunas na formação do enfermeiro em relação à concepção do ser humano como totalidade complexa com dinâmica subjetiva profunda; a convivência dinâmica de matéria e espírito entrelaçados e inter-retro-conectados; e a maneira pela qual a dinâmica interior ou

espiritual/nóética influencia a forma das pessoas enxergarem e atuarem no mundo em suas práticas profissionais (PENHA; SILVA, 2007; GUSSI; DYTZ, 2008; CORTEZ, 2009).

A subjetividade do ser humano é afetada de acordo com as experiências condicionantes e pelos valores e culturas internalizadas ao longo da vida. A subjetividade da totalidade humana, por si só justifica a busca constante dos profissionais de enfermagem à construção de relações humanizadas com as pessoas que buscam os serviços da Rede-SUS. Nesse sentido, Boff (2006) apresenta a espiritualidade por ser inerente ao ser humano, como uma fonte primordial de inspiração do novo e de esperança alvissareira. Logo, é possível perceber que a espiritualidade em potencial subsidia o desenvolvimento da capacidade de autotranscendência do ser humano.

O saber da espiritualidade não foi destacado pelas teorias críticas do século XIX e atualmente ainda é ausente nos debates em nossa cultura, mesmo que este tema perpassasse a dimensão ética e tenham as pessoas sede de ser mais, pela vocação natural de ser sujeito desejante. Entretanto, tal conhecimento apenas é expresso mais especificamente pelas teorias psicológicas, filosóficas e psiquiátricas, sendo reservado para uma minoria de “iniciados”. Este campo de saber, ainda carece, na formação dos profissionais da saúde, de uma reflexão mais aprofundada, visando o sentido do cuidar e dessa forma desmistificar esse saber e suscitar a compreensão de que “a experiência com o eu profundo cria conexão com o cosmo e com os outros, podendo transformar o tipo de relação que com eles se tinha”, diz VASCONCELOS (2011, p. 259).

Nessa direção, o mesmo pesquisador, lembra que tanto Freud quanto Jung, reconheceram que:

Só podemos acompanhar a trajetória subjetiva e existencial de nossos clientes e amigos, na medida em que já formos capazes de explorar nossos próprios caminhos pessoais em níveis semelhantes de profundidade e desafio. Se não tivermos cumprido nossa própria trilha, reagiremos ao desafio que o outro nos traz com resistência, indiferença, e encaminhamentos frios e formais.

A visão de espiritualidade apontada por Boff (2006 e 2010), Vasconcelos (2011), Frankl (2011), Solomon (2003), dentre outros, é congruente com as ideias da Integralidade defendidas pelos pesquisadores do CNPq/LAPPIS, com a lógica do campo de saber da Saúde Coletiva, e com as concepções da Política Nacional de Humanização, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e da Educação Popular na perspectiva freiriana de cunho libertador, devido à consistência teórica e a interrelação imbricada dos saberes.

O diálogo interdisciplinar e/ou transdisciplinar entre esses saberes é fundamental na superação do modelo técnico-assistencial ou biologicista de visão mecanicista, centrado na figura do médico, que desconsidera a valorização da singularidade do indivíduo em sua essência, como um ser que possui necessidades no âmbito psicológico, social e espiritual que precisam ser atendidas em sua plenitude.

Relatos de experiências foram evidenciados quanto à utilização da espiritualidade nas práticas cotidianas de cuidar, na consulta individual, no grupo, na busca ativa de casos, na reunião com a comunidade, na consulta domiciliar (SMEKE, 2011, p. 298). A autora refere que muitas vezes os profissionais se deparam com um emaranhado de queixas, dores, carências que se confundem e extravasam os limites da doença. Nesse momento, o sofrimento claramente extrapola a relação orgânica e “se quisermos realmente ajudar, precisamos sair do papel profissional e colocar em ação o lado humano intuitivo” (SMEKE, 2011, p.298).

Paiva e Fernandes (2011), também afirmam que a espiritualidade na prática do cuidar na atenção básica é uma dimensão importante tanto para os profissionais envolvidos no processo quanto para os usuários, pois é na espiritualidade que se encontra o artista e o poeta adormecido, além do sentido da existência e das vicissitudes dessa existência.

Nessa perspectiva, a prática de cuidado pode ser concebida como “uma interrelação” dinâmica, permeada pela espiritualidade do ser que cuida e o ser que é cuidado, em situação de saúde e doença. O valor do cuidar compreende não só a técnica, mas também conhecimento, expressão de sensibilidade, comportamentos, valores e atitudes que fazem parte das características singulares de cada ser no momento do cuidado. Portanto, a espiritualidade, na prática do cuidar ao usuário, possibilita aos profissionais atuarem de modo efetivo, uma vez que proporciona uma maior aproximação entre o cuidador e o ser cuidado.

Gadamer (1999), um dos filósofos críticos ao reducionismo consolidado no século XX, enfatiza que o diálogo é parte do tratamento da doença de um indivíduo. O mesmo foi influenciado pela filosofia de Martin Heidegger (1889-1976), e demonstrou a natureza da compreensão humana, como meio que possibilita a apreensão do indivíduo no mundo, em sua obra *Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Defendeu ainda, a ideia da experiência como um saber mais amplo e a tradição (isto é, todo um desdobramento histórico do Ocidente), como possuidora de algo a nos dizer.

O acesso ao diálogo entre profissional e usuário não é, porém algo fácil. A comunicação só vai ser bem sucedida se houver fusão de horizontes²⁹. Se há uma transformação no indivíduo que está falando e no outro que está escutando, então, se estabelece um diálogo que inaugura o tratamento e acompanha a cura. Mas, não existe uma perspectiva ideal de encontro, como a ideia de um símbolo de duas metades. Todo outro em sua alteridade³⁰ está sempre além do “tu” que o indivíduo conhece. Assim, a arte de compreender e interpretar do profissional implica na capacidade para o diálogo refere-se, antes, à impossibilidade de alguém abrir-se para o outro e encontrar nesse outro uma abertura para que o fio da conversa possa fluir livremente (GADAMER, 2006).

Em relação ao referencial da integralidade³¹ do cuidado, utilizamos o entendimento dos estudiosos do grupo de pesquisa do CNPq/LAPPIS, como Pinheiro e Mattos (2001, 2004) que defendem a tese de que, não devemos adotar uma definição para a integralidade, na medida em que, se assim fizermos, poderemos abortar alguns de seus sentidos e silenciar algumas indignações de atores sociais que lutam por uma sociedade mais justa. Devemos, sim, tomar a integralidade como princípio orientador das práticas, da organização do trabalho e das políticas, de modo a garantir o desenvolvimento de múltiplas possibilidades do cuidado.

A integralidade como valor, resulta na recusa a objetivação dos sujeitos e na afirmação da abertura para o diálogo. Portanto, para alcançar a integralidade do cuidado algumas reflexões devem ser realizadas, tais como as necessidades de saúde ampliadas, que, na interpretação de Pinheiro (2009) e Mattos (2001 e 2004), dizem respeito ao acolhimento, à escuta, ao vínculo, à relação com o cotidiano cultural/religioso, aos itinerários terapêuticos

²⁹ Horizonte é o âmbito de visão que abarca e encerra tudo o que é visível a partir de um determinado ponto. [...] A linguagem filosófica empregou essa palavra, sobretudo desde Nietzsche e Husserl, para caracterizar a vinculação do pensamento à sua determinidade finita e para caracterizar, com isso, a lei do progresso de ampliação do âmbito visual. Aquele que não tem um horizonte é um homem que não vê suficientemente longe e que, por conseguinte, supervaloriza o que lhe está mais próximo. Pelo contrário, ter horizontes significa não estar limitado ao que há de mais próximo, mas poder ver além disso. Aquele que tem horizontes sabe valorizar corretamente o significado de todas as coisas que caem dentro deles, segundo os padrões de próximo e distante, de grande e pequeno. A elaboração da situação hermenêutica significa então a obtenção do horizonte de questionamento correto para as questões que se colocam frente à tradição”. GADAMER, Hans-Georg, 1900-Verdade e método / Hans-Georg Gadamer; tradução de Flávio Paulo Meurer; revisão da tradução de Enio Paulo Giachini – 3. ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, Bragança Paulista, SP: Universitária São Francisco, 1999, p.452).

³⁰ Alteridade é a condição daquilo que é diferente de mim; a condição de ser do outro. Só temos relação de alteridade, sujeito a sujeito (...). O marxismo, por exemplo, convoca a classe trabalhadora como sujeito histórico, mas não os índios, não os desempregados, que no século passado eram chamados de lumpemproletariado. Em todas as culturas há sempre um setor secundário, considerado objeto, não sujeito histórico (BETTO; BOFF, 2010).

³¹ Integralidade é um dos princípios infraconstitucionais da atual Política de Saúde do Estado brasileiro. Este termo admite vários sentidos e mostra que saúde não se limita apenas ao corpo, inclui também a mente, a subjetividade, as emoções, as relações sociais e a coletividade (CAMPOS et al, 2009).

que os usuários percorrem devido ao sofrimento. Tal lógica é compartilhada por Cecílio e Merhy (2003), Pinheiro e Luz (2003), Ayres (2004, 2010, 2011), dentre outros.

Refletindo as discussões dos últimos parágrafos e o trabalho na atenção básica, que preconiza considerar o ser humano de forma contextualizada às suas condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, políticas e culturais, julgamos ser preciso redesenhar um novo modelo assistencial na perspectiva de produzir cuidados à dimensão espiritual. Este redesenho de cuidado abrange a religiosidade/espiritualidade do usuário e o diálogo entre os saberes científicos e populares, tendo em vista que a integralidade, como valor e como processo, se configura ponto de intercessão com a espiritualidade.

Pois, apesar dos princípios e diretrizes da Atenção Básica estar esboçados no campo do conhecimento e no campo da operação prática, ainda tem muito a ser percorrido, ou seja, necessita incorporar os fundamentos teóricos da espiritualidade.

A implantação de uma nova concepção política de cuidado pressupõe mudanças em vários níveis (político, institucional, organizativo e pessoal), exigindo tempo, vontade política e recursos de várias ordens. Nesse sentido, a ESF como expressão de processos instituintes, ou seja, do que pode vir a ser, fazendo-se assim, necessário pensá-la a partir de dois críticos enfoques. O primeiro, diz respeito ao seu conteúdo minimalista, normatizador e focalizador, expresso pela rigidez e a burocratização do processo de trabalho, extirpando o trabalho vivo; e o segundo, pelo baixo incentivo financeiro destinado a uma equipe mínima, pela quantidade insuficiente de trabalhadores com perfil adequado (MERHY, 2004).

Diferentemente do que se propaga no discurso médico hegemônico, a atenção básica em saúde não é uma ação simplificada. Quando assumida de forma integral e resolutiva, ela exige dos profissionais que nela atuam, além de um referencial teórico, um arsenal de atributos, recursos tecnológicos bastante diversificados e complexos, ou seja, relação intersubjetiva (tecnologia leve) como ferramenta de trabalho.

Para Campos e Guerrero (2010), a característica dos serviços de atenção básica pressupõe a divisão de trabalho a partir de duas perspectivas: a primeira, de natureza horizontal, exigida pela própria complexidade dos serviços oferecidos (unidades produtoras); e outra, vertical, necessária à subdivisão das unidades produtoras, exigindo assim, como pressuposto operacional, a cooperação entre aqueles que executam o trabalho e o conhecimento técnico para a resolubilidade das ações e a garantia da integralidade do atendimento.

Concernente a este assunto Merhy (2005), afiança que:

Um profissional de saúde, no desempenho de uma ação, mobiliza ao mesmo tempo, seus saberes e modos de agir. Esse modo de agir é definido primeiramente pela existência de um saber muito específico sobre o problema que vai enfrentar, sobre o qual se coloca em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos envolvidos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional.

É consensual entre os autores do setor saúde que, os profissionais em geral vivenciam constantemente momentos de crise, tanto das pessoas submetidas aos seus cuidados, quanto de seus próprios, no envolvimento num emaranhado de sentimentos e pensamentos, nos quais elementos subjetivos emergem. Em meio a tudo isso, esses profissionais precisam atender às demandas desses pacientes de forma que consigam alcançar os objetivos de seu cuidado. Para que isso ocorra, é preciso que os cuidadores estejam apercebidos de seus próprios processos interiores e também dos lampejos de energias sutis, muitas vezes inconscientes que apontam uma saída ou uma estratégia para melhor assistir aos pacientes.

O posicionamento do filósofo Regis de Moraes (2011, p. 197) esclarece:

O espiritual é muita coisa ao mesmo tempo, das visíveis as invisíveis. Nada é mais espiritual do que a cesta de alimento que nosso trabalho permite trazer para casa, que significará vida saudável para os nossos e para nós mesmos. É grandemente espiritual a descoberta de um novo medicamento que realmente amparará a vida. Espiritual é o abraço de um ser querido, ou às vezes apenas um olhar que nos fortalece e ampara [...]. Que espiritual é apenas termos um lar para onde voltar após o trabalho e outros cansaços! O fluxo de energia sutis, que sustenta e estrutura mais densa do nosso ser que vive sob enorme pressão atmosférica, é espiritual.

Tal citação nos convida a pensar que, a forma mais segura de canalização desse fluxo de energia vital é mergulharmos dentro de nós mesmos, caminho árduo, para atingi-lo de forma completa, dado o dinamismo da vida, que sempre apresenta-nos algo a conhecer. Há sempre, ainda, algo que não se mostra plenamente, sem falar nos constantes processos de transformações conscientes e inconscientes. Muitas são as formas de empreender essa caminhada: as tradições religiosas, as psicoterapias, as artes, as práticas integrativas, as crises vivenciadas e os encontros com outras pessoas.

Esses processos de transformações propiciam ligações sutis com imagens, símbolos, valores, fatos ocorridos, sentimentos reprimidos ou não considerados. Assim, intuições e sensações são percebidas, lembradas e valorizadas; os valores são confrontados e tudo vai gerando energia e aumenta a capacidade de interpretar, refletir e ressignificar as coisas, desenvolvendo, desse modo, uma inteligência espiritual.

Os efeitos dessas buscas refletem na forma como cuidamos de nossos pacientes, amigos e familiares. Esses efeitos são bem mais explicados por Vasconcelos (2011, p. 67):

A partir do autoconhecimento, o profissional passa a ter acesso à linguagem simbólica do inconsciente. Aprende a lidar com imagens e pequenas histórias carregadas de simbolismo que expressam dilemas, aprendizagens, medos e anseios presentes na profundidade do psiquismo. Pode, então, entrar num diálogo mais profundo com os pacientes e grupos envolvidos em problemas de saúde complexos. Passa a poder participar de forma voluntária do processo de elaboração do sentido e da mobilização interior, centrais na dinâmica de enfrentamento da crise do viver de seus pacientes. Abre a porta de acesso ao saber de manejo da subjetividade e das relações que se encontra acumulado no inconsciente.

No manejo da subjetividade, enfermeiros, como os demais profissionais que rotineiramente se deparam com problemas tão complexos, não conseguem visualizar outro caminho a não ser se fechar e criar uma couraça de insensibilidade, reforçada, inclusive, no decorrer da formação pelas exigências dos seus mestres. Para quebrar esse paradigma, é imperativo o desenvolvimento das dimensões sensitiva, afetiva e intuitiva. Do contrário, o sofrimento dos pacientes, intenso e constante, tornar-se-ão insuportáveis para esses cuidadores (VASCONCELOS, 2011).

Portanto, a descoberta do próprio homem como um ser-para-o-outro, cujo princípio é se unir ao outro a fim de ajudá-lo a fazer a experiência do transcendente favorece a produção de cuidados na atenção básica à saúde. Desse modo, os profissionais conseguirão superar a tendência de afastamento das pessoas que se encontram em cuidados paliativos (sem possibilidades terapêuticas).

Araújo (2008) adverte que o sofrimento e a proximidade da morte mobilizam muitos processos nos pacientes e familiares. O sentimento de fraqueza frente a situações irremediáveis traz abertura e disponibilidade para o desenvolvimento de relações afetivas intensas, reorganização de prioridades na vida. Além disso, possibilita encontros plenos de significados que possibilitam o perdão, a solidariedade, o amor e o respeito à vida de modo geral.

Os enfermeiros como profissionais da equipe de saúde da família em seus atendimentos nas Unidades ou por ocasião das visitas domiciliares cabem favorecer o encontro do sentido do sofrimento a partir de valores dos que sofrem. A esse respeito, estudos como os de Peres et al (2007), Saporretti (2008), Pessini; Bertachini (2009 e 2010) vêm referindo que muitos pacientes em cuidados paliativos, apesar de vivenciarem a ameaça em suas vidas, puderam fazer interiormente grandes reviravoltas, priorizando o que era significativo, mesmo na iminência de morte.

Nesses estudos foram também observados que, quanto maior a paz e a compreensão do que está acontecendo, melhores são as respostas à dor, e melhor é o enfrentamento à doença e, ainda, há uma melhor qualidade de vida. Contudo não se pode negar que a dor, o sofrimento e a morte iminente geram angústia espiritual. Caso o paciente não encontre sentido para seu estado, seu desespero e seu sofrimento podem se tornar intensos, porque está em jogo sua integridade pessoal e acima de tudo, existencial.

Sounders (1991), uma das fundadoras dos serviços de saúde que prestam cuidados paliativos a pessoas sem possibilidades terapêuticas da Inglaterra, formulou o conceito de dor total e descreveu que a pessoa vivencia: **dor física**, que é a sensação dolorosa associada às lesões reais; **dor psíquica**, que é o medo do sofrimento, da morte, do desconhecido, tristezas, raiva, revolta, perdas, inseguranças, incertezas, desespero, depressão; **dor social**, que é causada pelo isolamento, rejeição, abandono, mudanças de papéis, dependência e inutilidade; e **dor espiritual**, que é caracterizada pela falta de sentido de vida, de sofrimento, de morte e do medo do pós-morte.

Kubler-Ross (2000), em seus estudos com pacientes terminais, descreve as cinco fases do processo de morte e morrer: negação, raiva ou ira, barganha, depressão e aceitação. Alerta que a forma de experienciar essa situação é individual e temporal, sendo, portanto, necessário realizar o cuidado de forma específica para cada caso.

Elias (2005) em tese de doutorado “Programa de Treinamento sobre a Intervenção Terapêutica: Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME) para resignificar a dor espiritual de pacientes terminais”, demonstrou que é possível resignificar a dor simbólica da morte, representada pela dor psíquica e pela dor espiritual, durante o processo de morrer, ou seja, proporcionar melhor qualidade de vida no processo de morrer e morte mais serena aos pacientes terminais.

A perspectiva energética e a física quântica nos trazem hoje inúmeras e significativas contribuições para o entendimento e a valorização da dimensão espiritual, que até então não era considerada pela física clássica e pelas demais ciências de natureza cartesiana. Hoje, já existe um consenso, a nível internacional, de que as doenças da alma, geram doenças no corpo e quando não cuidamos do espírito, abrimos espaço para o trio maléfico: **raiva, inveja e vaidade**, o que para nós nada mais são que energias negativas. Logo, entender a experiência espiritual dos brasileiros, que é carregada de magia, de alegria e de esperança, é fundamental para o cuidado do corpo e da dimensão subjetiva.

O dinamismo humano inclui outros saberes/verdades que, embora não sejam científicas, compõe o substrato de experiência. Referimo-nos aos campos das artes, das

filosofias, das religiões, da medicina popular, entre outros, em que cada qual possui suas verdades e conjunto de saberes, ainda que por métodos diferentes.

Koenig (2005), um respeitado psiquiatra pesquisador em religião e saúde da atualidade mostra que, os pacientes em cuidados paliativos que utilizaram crenças espirituais, mostraram-se mais satisfeitos com a vida e sentiram menor dor em comparação com aqueles sem crenças. Referiu ainda que a espiritualidade está relacionada à menor risco de depressão, de complicações somáticas, de suicídio e de hospitalizações.

Para Araújo (2008, p.40), a necessidade espiritual do enfermo em fase terminal está relacionada com a dignidade no processo de morte e morrer. Essas necessidades são descritas a seguir:

a) Ter assegurada sua dignidade como pessoa: muitos temem perder sua identidade e seu direito de decidir sua vida, de se tornarem dependentes e inúteis;

b) Revisar sua vida: muitos encontram sentido na vida, fazendo uma revisão dos acontecimentos, isso proporciona uma reavaliação de valores e busca do sentido do seu sofrimento;

c) Buscar sentido: a doença pode proporcionar um reagrupamento de valores e impelir a pessoa doente a buscar algo mais forte e maior que a própria doença. A ideia de finitude imprime um desejo de encontrar um sentido para a existência;

d) Livrar-se da culpa: a sensação de não ter cumprido tudo o que deveria e a concepção de alguns pacientes que acham que suas doenças são consequências de suas falhas, podem gerar culpa e aumentar muito o sofrimento, por isso oportunizar o alívio da culpa pode trazer conforto;

e) Reconciliar-se: é possível que enfrentemos questões não resolvidas, mágoas, ressentimentos, assuntos inacabados. Favorecer o encontro com pessoas envolvidas nessas questões e propiciar a reconciliação sem dúvida contribuirá para a paz da pessoa doente;

f) Transcender a situação vivida: a pessoa doente pode transcender através da relação com Deus, com a arte e com a natureza ou ajudando alguém em dificuldade, mesmo sendo ele o mais necessitado;

g) Ser amado incondicionalmente: muitos pacientes sentem um profundo sentimento de solidão, talvez porque seja difícil para parentes e amigos acompanharem o sofrimento e a gradual deterioração física. É preciso reafirmar o amor e estar presente nesse momento;

h) Ter nova relação com o tempo: os projetos a longo prazo podem não ser reais, por isso, o tempo precisa ser definido de forma realista para que se possa viver plenamente o tempo que se tem;

i) Permanecer vivo: é a ideia de continuidade, de se manter vivo, mesmo que através de uma obra, da descendência, das palavras, de um feito ou da lembrança. Como fruto de uma vida, encontra-se sentido.

Para Frankl (2011), a vida tem um sentido transcendente para cada pessoa e nunca cessa de ter, mesmo no último momento. Descreve três meios de produção de sentido, a saber: a criatividade/fazendo alguma coisa concretamente; a experiência de um valor e a atitude frente ao sofrimento. Tais fontes são caminhos de se encontrar sentido na vida, resultante do que ele considera como análise fenomenológica da vivência imediata, genuína e não evasiva que é conhecida pelo homem no seu senso comum, mesmo não sabendo defini-las.

A seguir, conforme a concepção do mesmo autor, detalharemos os modos de construção de sentido. **Os valores criativos:** algo a ser produzido através do trabalho como as obras de artes ou as descobertas e invenções; **os valores vivenciais:** algo a ser vivenciado e amado através da afetividade e da capacidade de amar, sendo o foco dessa vivência o amor à natureza, à beleza, à cultura, às virtudes e às pessoas; e, **os valores atitudinais:** atitude e firmeza frente a situações inevitáveis, imutáveis ou fatais, compreendidas como postura ativa frente ao sofrimento, à dor, à culpa e à morte, revelando a força desafiadora e o poder de resistência do espírito.

Então, utilizar tais caminhos estratégicos junto ao cliente-usuário da atenção básica representa contribuir com a reconciliação do si mesmo, resolvendo sentimentos de culpa e com o desvelamento de sentido de vida. Também favorece a transcendência/autonomia do cliente como dono de sua história, frente aos níveis de qualidade de vida expressos pelo empoderamento, para fazer escolhas e propiciar a abertura para sua espiritualidade que gerará transformações pessoais e desse modo não se fechará no seu sofrimento. Isso é humanização!

No encontro entre dois sujeitos, o fluxo das emoções corre entre ambos, criando uma relação autêntica entre dois seres e não entre um técnico e uma doença. É com o uso da tecnologia leve que o “encontro acontece” e consequentemente o sentido de vida. Para ilustrar a força da “energia” gerada do encontro, apresento uma experiência pessoal, em uma Unidade de Saúde, por ocasião de uma consulta de enfermagem a uma senhora de 50 anos, mãe de seis filhos, acometida de câncer de mama em fase de tratamento quimioterápico:

“eu tou me sentindo uma doente feliz, eu encontrei vocês ó, meus amigos, né? Essa equipe de saúde é maravilhosa, então eu tou tirando de letra o meu tratamento. Eu não tou nem pensando em doença. Vou levando! Você acredita que eu tou me sentido melhor de que quando eu estava boa? Acredita? Eu não tou sofrendo” (usuária, 2010).

A fala dessa mulher, além de comover, confirma o que Frankl professa em relação aos valores atitudinais demonstrados anteriormente. Também, demonstra que a alma humana pode suportar tudo, exceto a falta de um apoio e de uma razão de viver. Mesmo com o adoecimento, a vida dela foi ressignificada. Daí a importância da postura acolhedora e de se buscar o desvelamento do sentido espiritual nos processos de cuidar, do enfermeiro.

Enfatizamos o pensamento de Merhy (2005) quando refere que as tecnologias leves apostam no diagnóstico sensível, na subjetividade, nas relações de poder e afeto, nos códigos familiares subliminares, dentre outros, que induzem à ampliação da pauta técnica para a ética, fundamentada em cidadania, solidariedade e humanização.

Moreira-Almeida et al, (2006), ao revisarem 850 artigos publicados ao longo do século XX no Brasil sobre espiritualidade e saúde, concluíram que os maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico (satisfação com a vida, felicidade, afetos positivo e moral mais elevados) e a menos depressão, pensamentos e comportamentos suicidas, uso/abuso de álcool/drogas.

Esses autores ainda apontaram que, os indicadores de qualidade de vida trabalhando com dados relativos às emoções e sensações, têm possibilitado a compreensão dos elos entre o corpo físico, a mente e as sensações oriundas de vivências socioculturais, estando aí incluídos os aspectos religiosidade/espiritualidade a experiência do sagrado. Também outros estudos têm apontado benefícios do envolvimento religioso na saúde mental, mais intensamente nas pessoas com estresse (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

Não podemos negar que, no Brasil uma nova fase civilizatória mais intuitiva, que cerebral, mais holística que analítica e mais espiritual que material, vem se conformando. Segundo Boff (2009b), essa fase mágica foi intensificada a partir dos anos 1970 com o forte movimento carismático católico oficial, oriundo dos Estados Unidos da América (EUA), que arrebanhou cristão da classe média, vindos de outros movimentos leigos, como o cursilho, o movimento de casais, movimento da ação católica brasileira e também das comunidades eclesiais de base, que tem caráter inclusivo pela ação-reflexão-ação.

Esse movimento atendia a busca de um sentido lido à subjetividade. Com essa experiência do espírito, os leigos da classe média romperam o monopólio da palavra, antes reservada ao clero, elaborando novos ritos de orações mediadoras para cura de enfermos com imposição das mãos e fala em línguas.

Para Pinheiro (2010), é premente para os profissionais da saúde a exigência de reconhecer o modo como o homem organiza sua vida, seja nas particularidades da esfera

privada, seja nas singularidades produzidas no grupo, na comunidade que entra, seguramente, em uma nova fase da civilização.

Também, não é possível recusar que as visões religiosas populares interagem com os meios sociais e são vivas, não estáticas, podendo ser inúmeras em uma mesma sociedade. Portanto, uma religião também expressa uma estrutura em seu dinamismo e tendências de um contexto particular. Tais concepções são a comunhão e a expressão própria do vínculo entre o profano e o sagrado que estão presentes no social (FAVERO, 2007).

Zacharias (s/d) lembra que a chamada “onda mística que assola o país já há alguns anos” não é algo a ser desconsiderado, pois não é tão simples assim. Religiosidade é uma questão histórica, cultural, psicológica, política e de poder que carece de ampliação do debate. É fato que em muitas regiões do Brasil as pessoas de baixa renda confiam mais nas tradicionais benzedeiras, raizeiros, jarezeiros, mães- de- santo, médiuns, entre outros, do que nas práticas médicas convencionais. Evidenciando assim uma sociedade organizada na desigualdade, em que muitos nunca tiveram acesso a tratamentos médicos adequados e que o apoio místico das benzedeiras foi o único alento em meio ao sofrimento físico, emocional e espiritual.

O mesmo autor ainda declara que apenas o tratamento médico não resolve todo o problema de saúde, pois se pode correr o risco de perder a alma sem as benzedeiras, os curadores e outros. Entendemos alma aqui como raiz, cultura e espírito de uma comunidade, desenvolvido através do tempo e das múltiplas influências psicossociais e espirituais. O apoio místico e/ou espiritual poderá ser compreendido e utilizado pelos profissionais da enfermagem como uma das expressões humanas do comportamento religioso no cuidado com o outro, observado em todas as culturas e épocas. Nesse sentido, destacamos Florence Nightngale³² que deixou um legado para a enfermagem: perceber o homem em todas as suas

³² Florence Nightingale é considerada a fundadora da Enfermagem científica Moderna e a Dama da Lâmpada, devido ao seu desvelo em cuidar exaustivamente dos soldados feridos da guerra da Criméia durante noite e dia. Ela, também se destacou em 1864, como ativista do movimento pela Lei dos pobres na Inglaterra, em um contexto de ascensão da burguesia inglesa. Nasceu em 1820, ao passar o inverno de 1844 em Roma, estudou as atividades de cuidar das Irmandades Católicas. Em 1849 fez uma viagem ao Egito e decidiu servir a Deus. Trabalhou em uma instituição protestante de Kaiserswert, na Alemanha, entre as diaconisas. Determinada a seguir sua vocação de enfermeira, procurou completar seus conhecimentos que julgava ainda insuficientes. Visitou o Hospital de Dublin dirigido pelas Irmãs de Misericórdia, Ordem Católica de Enfermeiras, que foi fundada 20 anos antes. Conheceu as Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo, na Maison de la Providence em Paris, e estabeleceu um forte vínculo com elas. Aos poucos, foi se preparando para a sua grande missão: a Guerra da Criméia, em 1854, declarada pela Inglaterra, França e Turquia, contra a Rússia. Os soldados encontravam-se em lamentável abandono. A mortalidade entre os hospitalizados era de 40% e decresceu a 2%. Os soldados fizeram dela um anjo da guarda tornando-a imortalizada (LIMA, 2005 e BROWN, 1993)

necessidades, sendo essas compreendidas por ela de forma ampla na perspectiva holística e que na atualidade, corresponde à integralidade do cuidado como valor. Ela pensava e sentia com a totalidade do seu ser. Atuava com imparcialidade religiosa e sem preconceitos. Mantinha contatos oficiais a respeito de questões relacionadas às condições sanitárias de saúde e também com autoridades políticas e religiosas da Índia (BROWN, 1993).

Partindo dessas considerações, inferimos que Florence deixou traços de ancestralidades místicas, religiosas e de espiritualidade elevada que são constitutivos de um processo identitário e que permaneceram e permanecerão para além de nossas próprias existências.

Destacamos que no país, a raiz religiosa originada da colonização portuguesa, marcou profundamente a organização do Estado e, em particular, a organização da assistência à saúde, seja controlando o ensino, seja exercendo uma função caritativa, mantendo sob sua responsabilidade administrativa a maioria dos hospitais, principalmente os destinados a indigentes denominados de Santa Casa de Misericórdia (GEOVANINI et al, 2005; LIMA, 2005). Assim, ao longo dos anos, devido à ausência do Estado brasileiro, a instituição religião, desempenhou um importante papel social na produção de cuidados de saúde às pessoas e de sentido de vida.

Vale recordar que, a história oficial da enfermagem brasileira começou com a criação em 1922 da Escola do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), atualmente, Escola de Enfermagem Anna Néry, embora já existissem anteriormente tentativas de ensino formal para a profissionalização da enfermagem (LIMA, 2005).

Entretanto, é oportuno observar que fomos o maior país de escravos das Américas ou, o mais economicamente dependente do trabalho escravo durante mais de três séculos (Sobral et al, 1997). Isto significa dizer que durante mais de três séculos todo trabalho no Brasil colonial foi fundamentalmente realizado por escravas e índias, inclusive o cuidado das pessoas doentes. No entanto a literatura sobre a enfermagem quase nada se tem produzido a respeito.

A implementação da enfermagem moderna visava atender a necessidade da saúde pública atrelada ao poder econômico. Entretanto, com o crescimento institucional desordenado, sua prática foi dimensionada para assistência hospitalar, aspecto evidenciado em toda América Latina (RIZZOTTO, 1999).

A mesma autora enfatiza que, apesar dos avanços técnico-científicos, ainda hoje observamos uma tendência hospitalocêntrica muito forte na formação do enfermeiro. Vivencia-se um processo de globalização, no qual rápidas mudanças são exigidas. Porém,

esse contexto parece não refletir na compreensão das pessoas acerca da enfermagem. Visualizamos que o espírito de solidariedade e religiosidade ainda permeia a percepção da sociedade em relação ao SER enfermeiro.

Os estudos históricos interessam à enfermagem, pois a construção de uma memória coletiva é o que possibilita a tomada de consciência do que somos realmente, enquanto produto histórico, o desenvolvimento da autoestima coletiva e a tarefa de (re) construção da identidade profissional.

A partir da década de 1970, a renovação dos estudos históricos passou a ocorrer em escala mundial. O ressurgimento do interesse dos estudiosos e do público em geral pelos temas históricos ocorreu no Brasil a partir da década de 80, com a reabertura política democrática. O interesse pela história da enfermagem é internacional, sendo na América do Norte, inclusive, reconhecida como campo de saber autônomo. Porém, essa estrutura social nunca foi aceita passivamente. Não devemos esquecer que nesse percurso sempre houve mulheres corajosas, inteligentes, resilientes e competentes, que demonstraram a superação do modelo de submissão ao saber médico. Elas se distinguiram e faziam mudanças de ordem social na enfermagem, tornando-se respeitadas e, por isso, encontraram lugar destacado na saúde.

Uma das estratégias de construção científica da enfermagem, de forma independente, deu-se com o estudo e a categorização de técnicas e de procedimentos de enfermagem e, posteriormente, com a criação de teorias aplicadas.

Para Penha e Silva (2007), o que norteia os cuidados de enfermagem é seu aparato teórico, pois, através das teorias, é possível descrever e explicar os relacionamentos entre indivíduos, grupos, situações ou eventos e mesmo prever desdobramentos destes fenômenos. Somente a partir da década de 50 do século passado, surgiram as primeiras teorias de enfermagem. Algumas delas têm como base o estudo das relações humanas.

A prática de enfermagem, seja na atenção básica e ou hospitalar, ocorre muitas vezes de forma estressante, pela existência de inúmeras dificuldades estruturais, financeiras, de recursos humanos, políticos e técnico-científicos. Amparado no paradigma positivista, o modelo biologicista, faz-se presente de forma constante nesses espaços; enfoca a restauração de uma parte do corpo afetada, sem priorizar os sentimentos do paciente ou de seus familiares (GEOVANINI et al, 2005).

Sá e Pereira (2007) revelaram que a primeira publicação científica brasileira sobre espiritualidade se deu em 1947 e que as publicações permanecem crescendo até os dias atuais. Também evidenciaram que apesar dos diversos trabalhos produzidos sobre espiritualidade e

assistência de enfermagem, a inclusão da espiritualidade nesta prática ainda é um problema a ser resolvido.

As autoras referidas constataram que a produção sobre o tema está atrelada à religião, principalmente nas décadas de 1950 e 1960, e nas demais décadas, foram atinentes as reflexões de caráter ético, bioético, filosófico e de tentativa de compreender a espiritualidade não somente através da pessoa cuidada, mas também dos profissionais. Ainda, observaram a necessidade de diferenciar os aspectos psicossociais e religiosos isoladamente de espiritualidade.

Elas, além disso, delinearam as tendências do assunto por categorias, que a seguir são descritas: espiritualidade como parte do caráter e da moral do indivíduo que escolhe fazer enfermagem; espiritualidade como filosofia de trabalho do enfermeiro; espiritualidade como parte do currículo e da formação do enfermeiro; espiritualidade na assistência ao paciente como necessidade humana básica; significado de espiritualidade para quem é cuidado; significado de espiritualidade para quem cuida; espiritualidade e humanização; espiritualidade, morte e morrer; e espiritualidade sob a luz da ética e da bioética. Tais revelações demonstram um entrelaçamento dos conceitos de espiritualidade com de integralidade na lógica da humanização.

Essas evidências salientam lacunas na prática da Enfermagem, uma vez que sofreu a influência do modelo biomédico e continua supervalorizando as técnicas, tratamento, tecnologias duras e a doença, ao invés da pessoa, alvo do cuidado. Nessa situação, a espiritualidade e as outras necessidades não biológicas assumem lugar secundário ou inexistente. A avaliação e as intervenções de enfermagem devem contemplar todas as necessidades, desde que precisem ser satisfeitas.

A compreensão ampla sobre espiritualidade, a capacidade de observação e de interação enfermeiro-cliente, na sistematização da assistência de enfermagem, permitem a identificação de necessidades espirituais, onde comportamentos exibidos podem evidenciar indícios de crise espiritual: falta de motivação na vida, perda de fé, vontade de morrer, falta de significado para o sofrimento, recusa de se comunicar com entes queridos, dentre outros.

A North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2007/2008) incluiu em sua taxonomia, diagnósticos de enfermagem que dizem respeito à espiritualidade: angústia espiritual, risco para angústia espiritual e potencial para bem-estar espiritual. Esses diagnósticos envolvem tanto aspectos religiosos como espirituais e, estão relacionados ao sentido da vida, ao sofrimento, à morte ou ao sistema de crenças.

Araújo et al, (2008, p.208), salientam que,

a religiosidade constitui um aspecto muito importante na vida dos idosos e, por isso, não deve ser negligenciada pelos profissionais da saúde, sejam esses ligados ao sistema de saúde pública ou à rede privada. O respeito às crenças individuais da pessoa idosa proporciona um melhor acolhimento e estabelece um vínculo de confiança, facilitando, inclusive, a adesão a terapêuticas.

As intervenções relativas às necessidades espirituais podem ser realizadas pelos enfermeiros a nível individual com a escuta ativa, acolhimento, vínculo resultante do diálogo terapêutico enfermeiro-paciente (tecnologia leve), cujos efeitos visem: o alívio do sofrimento, o encontro do sentido da vida, o fomento da esperança, o apoio espiritual e a clarificação de sentimentos nebulosos e valores.

Ao nível coletivo pode se desenvolver com a utilização de músicas, dinâmicas de interações afetivas, toques, danças, reflexões, massagens, além de outras ações criativas que proporcionem encontros autênticos. Estas estratégias em grupo favorecem a troca de experiências, o fomento do sentimento de pertença e de não estar sozinho em dada situação. Também, possibilita aos participantes ajudar ou ser ajudado e a perceber um propósito comum. Outra maneira de intervenção é encaminhar o usuário a outros serviços da rede SUS para realizar uma prática terapêutica integrativa adequada a suas necessidades. Essa modalidade inclui acompanhamento e avaliação sistemática pelo enfermeiro, pois, a relação terapêutica é fruto de sucessivos encontros de subjetividades, precisa ser estabelecida no cuidado espiritual.

Nessa relação dialógica, o profissional deve estar atento aos fatores, quais sejam: tipo de problema enfrentado pela pessoa cuidada; disponibilidade de tempo para o acompanhamento; enfrentamento de questões existenciais envolvidas; sua formação e suas habilidades para o cuidado espiritual. Tais fatores precisam ser levados em consideração se quisermos cuidar das pessoas e ajudá-las a suprir suas necessidades e seus desejos de procura de sentido para existência.

Conforme ficou demonstrado, a esfera de atuação da Enfermagem constitui-se num campo extremamente promissor para o atendimento das necessidades espirituais, oferecendo às pessoas que aí militam oportunidades singulares para compreenderem o significado de seu trabalho e contribuírem diretamente para o que existe de mais nobre e sagrado - a vida humana na sua inteireza. Assim sendo, cabe ao enfermeiro, que gerencia o cuidado ao cliente, compreender e valorizar a amplitude de suas ações e contribuições, na constante busca de utilidade aos outros.

Enfim, ressaltamos que, a assistência na dimensão espiritual não requer condições especiais; pode ser trabalhada junto às pessoas de todas as idades individualmente, em grupos, com altos níveis educativos e com analfabetos, em ambientes variados como Unidades de Saúde, Escolas, Associações Comunitárias, em leito nos domicílios ou em Hospitais, no Grupo do Movimento dos Sem Terra, Assentamentos de Grupos Étnicos, Empresas, Consultórios, entre outros espaços. Na prática, pode ser facilmente estimulada e ou desenvolvida. Obter resultado com a assistência espiritual leva o Ser-Enfermeiro ao máximo da Transcendência do Ser-Enfermagem. É uma experiência única e jamais se repete por igual. A seguir teceremos considerações acerca da espiritualidade e integralidade na perspectiva da humanização a fim de subsidiar a produção de cuidado da dimensão espiritual.

2.3 Espiritualidade e integralidade na perspectiva da humanização: olhares entrelaçados

Nos últimos anos, encontramos cada vez mais bibliografia e fóruns de discussões acerca da espiritualidade na enfermagem e nas demais profissões da área da saúde, apesar de inexistir uma definição de espiritualidade que seja aceita por todos.

Essa temática tem chamado a atenção dos profissionais produtores de cuidados às pessoas enfermas, pelo fato de pesquisas recentes demonstrarem que este saber pode ser um caminho para induzir com maior rapidez um processo de cura ou enfrentamento das doenças com liberdade de espírito.

Conceituar espiritualidade, por ser uma tarefa complexa, envolve significados individuais e coletivos, propósitos e valores universais humanos, como responsabilidade, autonomia, compaixão, protagonismo, honestidade, entre outros. A Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1988, incentiva investigações sobre a espiritualidade pela possibilidade de favorecer a educação integral do homem e a qualidade de vida. Atualmente, o bem-estar espiritual vem sendo considerado como mais uma dimensão do estado de saúde, junto às dimensões corporais, psíquicas e sociais (PEDRÃO; BERESIN, 2010).

A esse respeito, existe consenso que espiritualidade é uma dimensão inerente ao ser humano e se expressa como uma força primordial no desenvolvimento do sentido de vida de uma pessoa; dá uma orientação à realidade na vida cotidiana e um significado para a existência³³, independente da confissão religiosa (HUF, 2002). Portanto, a espiritualidade é o que diz respeito às transformações, de dentro para fora, que o sujeito deve sofrer para ter acesso a verdade.

Para Frankl (2010), a dimensão espiritual ou noética é a genuinamente humana, pois, nela estão a vontade de sentido primário, a livre tomada de decisões e as virtudes. Então, não se pode justificar, como ocorre frequentemente, falar do ser humano como mero corpo-mente. Corpo e mente só pode compor uma unidade psicofísica. Essa unidade jamais seria capaz de representar a totalidade humana.

Nesse sentido, espiritualidade e religião não têm as mesmas características. Religião segundo Boff (2009a), é uma crença no sobrenatural ou numa força superior que tem poder sobre o universo e comanda a adoração e a obediência; um código abrangente de ética e filosofia. Já espiritualidade é uma qualidade que pode ser mais ampla do que religião. Uma

³³ Existência. Esta palavra dividida “Exis-tência” quer dizer: vivemos para fora (ex), somos seres humanos abertos em todas as direções. Somos um nó de relação conosco mesmo, com os outros, com a sociedade, com a natureza, com o universo e com DEUS (BOFF, 2009a, p.14).

pessoa não tem que pertencer a uma religião institucionalizada para desenvolver a dimensão espiritual. Esta, também pode ser desenvolvida no espaço da ciência, da família e da comunidade, de modo que, a frustração ou a não realização da vontade de sentido primário pode gerar o que Frankl denomina "vazio existencial", podendo este, inclusive, transformar-se num tipo de neurose ("neurose noógena") que não tem sua causa na dimensão psicológica, mas que se refere ao núcleo espiritual da pessoa, à sua intimidade ontológica (FRANKL, 2005).

O cuidado³⁴ representa uma atitude de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro, pela busca de sua transcendência. A escuta-transcendente que compreende e interpreta para dar resolubilidade às demandas, gera acolhimento e vínculo. Essa forma de cuidar é permeada pela espiritualidade na perspectiva da cidadania; canaliza ou reorganiza Energia ao ser cuidado para que ele a utilize no enfrentamento da vida e na busca de significado para todas as situações vividas.

O termo espiritualidade admite vários sentidos, para não correr o risco de reducionismo. Essa posição é coerente com a concepção de prática de integralidade e da humanização, conforme as formulações do Estado via Políticas Públicas de Saúde.

Para Pinheiro e Mattos (2004), o cuidado deve ser aprendido como uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde, como o direito de ser. É o tratar, o respeitar, o acolher, o atender ao ser humano em seu sofrimento em grande medida, fruto de sua fragilidade social.

A ação integral é também atingida com o “entre-relações” de pessoas, ou seja, ação integral com efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.

A atual proposta de humanização do Ministério da Saúde também consiste em modificar a cultura institucional por meio do reconhecimento e valorização dos aspectos subjetivos, históricos e socioculturais dos usuários, trabalhadores e gestores, além de preconizar a melhora das condições de trabalho e a qualidade do atendimento nos serviços com a resolutividade das demandas (BRASIL, 2004).

³⁴ Cuidado emerge no contexto tardio da reforma sanitária brasileira como movimento reconstrutivo instruído por um duplo interesse: de um lado, a demanda por uma atenção integral à saúde e, de outro, a necessidade de humanização que devem responder a tal demanda (PINHEIRO, 2011, p. 27-28).

Nessa perspectiva, é grande o desafio de implementar propostas, não apenas como uma normativa imposta hierarquicamente, na qual normalmente visam apenas índices e metas que devem ser alcançadas, sem levar em consideração o caráter qualitativo dos atendimentos.

Em contrapartida, a realização dessa tarefa oferece a possibilidade da instituição como um todo assumir o lugar de sujeito protagonista, nessa enorme tarefa de mudança da cultura do atendimento e de construção da imagem do serviço público, tão desgastado ao longo da história, perante as comunidades (AYRES, 2004).

A tendência da enfermagem em perceber o indivíduo numa perspectiva mais integral tem gerado questionamentos sobre a assistência da dimensão espiritual. O preceito básico do holismo é que o indivíduo seja considerado como o todo individual, sendo mais do que a soma de suas partes. Essas dimensões interagem e assim, tratando uma delas, as demais seriam beneficiadas. Embora esta compreensão exista, as intervenções de enfermagem são predominantemente direcionadas as manifestações psíquicas e físicas.

Frankl (1995) assinala que o cuidado adequado da dimensão espiritual é determinante para se superar situações de adversidades, porque essa dimensão possui potencialmente uma capacidade única de conservar a liberdade de espírito. Daí ser importante para os profissionais avaliá-la e nela intervir quando necessário. Entretanto, alguns estudos da área têm apontado que as manifestações de comportamentos de necessidades dessa dimensão devam ser diferenciadas de comportamentos psicofísicos e dos psicossociais. Então, diferenciar tais aspectos se torna importante para a qualidade de prestação de cuidados a dimensão espiritual do ser humano.

A maior ameaça para a aceitação da saúde espiritual e/ou educação para os valores, como uma área de estudo legítima, é o impacto do cientificismo nas disciplinas de saúde. A visão de mundo que prevalece nas disciplinas de saúde tem raízes no empirismo e nas ciências naturais, que tem como base metodológica, de alguma forma, o naturalismo (a visão de que todos os fenômenos podem ser explicados com base nas leis e nas causas naturais).

Notamos que muitos profissionais da saúde e enfermagem vêm procurando compreender os conceitos que envolvem a dimensão espiritual, enquanto outros ainda são céticos e acham que estes olhares não são questões científicas. A enfermagem moderna, teoricamente, sempre teve em sua prática a preocupação de assistir o cliente nas suas necessidades espirituais, porém tem tido dificuldade em diferenciar a espiritualidade dos aspectos religiosos e psicossociais do indivíduo, conforme indicam vários trabalhos da área a esse respeito.

Nesse sentido, concordamos com Vasconcelos (2011) ao dizer que a espiritualidade ligada à religião vem sendo utilizada, ao longo dos anos, na prática de saúde e de enfermagem, de forma missionária e acrítica. No entanto, como instrumento de cuidar humanizado na perspectiva da integralidade e da cidadania no campo da saúde, necessita que esta seja distinta de religião e de expressão religiosa. Isto implica em um repensar conceitos, práticas de processos relacionais que caracterizem intervenção de cuidado, a fim de evitar proselitismo, tendo em vista o Estado laico³⁵ em que vivemos.

De acordo com Pinheiro e Luz (2003), a concretização da integralidade não passa pela aplicação exclusiva dos saberes disciplinares já existentes, mas pela construção incessante de práticas eficazes. Trata-se de um desafio que tem como horizonte não apenas um êxito técnico, mas um sucesso prático, que se diferencia daquele na medida em que tem de ser remetido explicitamente ao plano das relações.

Portanto, a valorização do ser humano deve conduzir o pensamento e as ações do profissional, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana, rejeitando qualquer tipo de preconceito.

A integralidade não pode ser percebida só como atributo de prática biomédica, mas como um valor e bandeira de luta que permeia a prática de todos os profissionais de saúde, independente dela se dar no âmbito público ou privado. Deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde.

Essa compreensão alinha-se com o pensamento de Boff (2009c, p.104), ao afirmar que:

A espiritualidade é aquela atitude pela qual o ser humano se sente ligado ao todo, percebe o fio condutor que liga e re-liga todas as coisas para formarem um cosmo. Essa experiência permite ao ser humano dar um nome a esse fio condutor, dialogar e entrar em comunhão com ele, pois o detecta em cada detalhe do real. Chama-o de mil nomes: Fonte Originária de todas as coisas, Mistério do Mundo ou simplesmente Deus.

A citação desvela uma concepção de espiritualidade pluralista que independe de religião institucionalizada. Esta visão é coerente com a visão de Horta (2005, p. 28), quando,

³⁵ Estado Laico também conhecido como Estado secular é aquele que não possui uma religião oficial, mantendo-se imparcial no que se refere aos temas religiosos. Geralmente, o Estado laico favorece, através de leis e ações, a boa convivência entre os credos e religiões, combatendo o preconceito e a discriminação religiosa (TEIXEIRA, 2011).

refere-se ao holismo: [...] universo como um todo, o ser humano é um todo, a célula é um todo, não é mera soma das partes constituintes.

Acerca desse conteúdo, Boff esclarece:

A espiritualidade tem a ver com experiência, não com doutrina, não com dogmas, não com ritos, não com celebrações, que são apenas caminhos institucionais capazes de nos ajudar a alcançá-la, mas que são posteriores a ela. Nasceram da espiritualidade, pode até contê-la, mas não são a espiritualidade. São água canalizada, não a fonte de água cristalina (2006, p. 44).

Outra concepção de espiritualidade está ligada a forma peculiar de estar no mundo, de se relacionar com as pessoas e de empreender uma teia de ligações frente ao consumo materialismo e às dificuldades para se abrir a totalidade. Esta visão defendida por Robert Solomon (2003), na esteira de Hegel (1770-1831), Nietzsche (1844 a 1900) e outros, se caracteriza por “um amor bem pensado a vida”, em seu poder de fazer escolhas assertivas e encontrar sentido de vida; e em todos os momentos, extrair aquilo que é importante para o crescimento, mesmo em fase de sofrimento. Isto é, um comprometimento de vivê-la intensa e proveitosamente cada momento presente com alegria sem objetivar uma vida eterna paradisíaca ou de uma próxima encarnação. Nesse sentido, mesmo que alguma religião esteja inteiramente correta o cético que tenha vivido de forma íntegra e profícua terá feito a sua parte.

O autor parte da assertiva de Aristóteles de que “O homem é um animal racional” e argumenta que a espiritualidade está relacionada à ideia de conhecimento, independente de sua distinção (comum ou científico). Para Solomon (2003), razão e espiritualidade não se opõem, já que elas andaram ao longo da história de mãos dadas.

Solomon (2003, p.168) na defesa de sua concepção de espiritualidade racionalizada ou naturalizada se valeu daquele que ele chama de “um dos primeiros existencialistas”, o filósofo espanhol Miguel de Unamuno que consonante a Kierkegaard encoraja para um salto de fé, que seja além da razão. Para o espanhol, o enfrentamento da desesperança é em si mesmo o sentido da vida humana. Nesse sentido ele propõe a responsabilidade pessoal e a importância do compromisso pessoal para consigo mesmo. “Que a vida tenha ou não um sentido — seja o que for que pensemos que ela significa —, nós fazemos sentido por intermédio de nossos compromissos” (SOLOMON, 2003, p. 169).

Este olhar é harmônico com a afirmativa, o sagrado se manifesta sempre através de alguma coisa (uma pedra, árvore, água, terra, lua, sol ...); o fato de esta alguma coisa ser um

objeto do mundo imediato ou um objeto da imensidão cósmica, uma figura divina ou símbolo, uma lei moral ou até uma ideia, não tem importância (ELIADE, 2011).

Compreendemos que a visão de espiritualidade nos termos apresentados poderá auxiliar o enfermeiro e demais profissionais da saúde a crescer além da rotina, da técnica, e até ressignificar seus valores e forma de cuidar, proporcionando um atendimento mais próximo possível da integralidade do ser humano.

Essa lógica de espiritualidade também se insere nos cuidados paliativos, pela possibilidade de relacioná-la com toda experiência humana que gera situações-limite de desafio à capacidade do ser humano. Partindo dessa perspectiva, a espiritualidade proporciona uma consciência pautada no respeito, nas escolhas do outro e na dignidade humana, procurando desenvolver sempre a autonomia e a determinação da pessoa – enfermeira ou paciente – em enfrentar as situações de angústia e sofrimento, desenvolvendo um modo-de-ser e de viver.

Igualmente, a espiritualidade na prática do cuidar possibilita o enfermeiro a aprender com cada pessoa que convive pessoalmente e / ou no trabalho, sem dicotomias, exercitando as virtudes humanas, entre elas: o respeito à singularidade do outro, a solidariedade e a fé no ser humano.

Gadamer (2006), um dos filósofos filiado à supra visão, defende que os profissionais das ciências da saúde devem buscar sua atuação em conjunto com o paciente, de forma dialogada, para o sucesso no tratamento das doenças. Ele enfatiza o papel do diálogo, que possibilita a cooperação do paciente, e sobre a psicossomática, área que traz à consciência que o cuidador necessita da colaboração do paciente.

Esse olhar possibilita práticas humanizadas e articuladas aos avanços tecnológicos das relações interpessoais; o incentivo ao diálogo constante entre os profissionais e com os usuários; o vínculo entre profissional e usuário, proporcionando assim, um tratamento respeitoso em relação à subjetividade e à singularidade. Dessa forma, tem-se a satisfação dos sujeitos implicados neste processo e o destaque do uso consciente das tecnologias, sejam elas, leves ou duras.

No Brasil, o discurso oficial sobre a humanização da saúde tem produzido criativos debates e iniciativas em torno da organização da atenção à saúde em diferentes aspectos e dimensões em todas as regiões do país.

Ayres (2004) reconhece que as aproximações acerca da humanização são amplas, diversas e situam-se além dos limites normativos, dos problemas tecno-científicos estritos aos riscos, disfunções e distorções. Porém, argumenta ser preciso fugir da ampliação

excessivamente abstrata, sendo necessárias experiências vividas da humanização, como um valor democrático participativo, que questiona o instituído. O mesmo autor adverte:

Reiterados encontros entre subjetividades socialmente conformadas, os quais vão, progressiva e simultaneamente, esclarecendo e (re)construindo, não apenas as necessidades de saúde, mas aquilo mesmo que se entende ser a boa vida e o modo moralmente aceitável de buscá-la (AYRES, 2004 p. 2).

Ainda, como pesquisador do LAPPIS/CNPq, lembra que as propostas de integralidade, como estruturante do agir em saúde e da humanização do cuidado, se configuram em poderosas estratégias de Estado para enfrentar criativamente a crise e construir alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde, desde a década de 1990 no Brasil (AYRES, 2004).

Ressaltamos que o princípio da Integralidade representa um diferencial em relação aos demais planos de saúde dos países do Ocidente. Porém, assinalamos a necessidade da construção de identidade, confiança, responsabilidade, como traços principais a serem observados nas interações entre profissionais e pacientes no espaço público da saúde, bem como pontos-chave para a reconstrução ética, política e técnica do cuidado em saúde.

Luz (2005) alerta que as práticas de saúde contemporâneas estão passando por uma crise em sua história. Em contraste com seu expressivo desenvolvimento científico e tecnológico, o cuidado em saúde vem encontrando sérias limitações para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações.

Gadamer (2006), em uma série de ensaios sobre a saúde, demonstra como a totalidade hermenêutica de uma reflexão existencial pode jogar luz sobre os significados de adoecer, do conhecimento científico em saúde e das técnicas e artes de curar. Aqui, cabe destacar que o vínculo entre a ontologia existencial e a reflexão sobre as práticas de produção de saúde com utilização de tecnologia leve (comunicação) é de caráter esclarecedor e animador. O potencial hermenêutico, de que se investe na noção de práticas humanas inter-relacionais, tem riquíssimas implicações para o desafio de reconstrução de trabalho/vivo na saúde, como defende (MERHY et al, 2004).

Estas reflexões esclarecem como a espiritualidade, pelo seu caráter fenomenológico, pode iluminar as formas de cuidar que visam o alívio do sofrimento e o sentido de vida. A espiritualidade é uma dimensão profunda que integra e transcende as outras dimensões humanas. É o princípio de vida que permeia a pessoa por inteiro, incluindo a vontade, a moral, a ética, a arte, os valores e a fonte da própria consciência.

Assim, é preciso notar que, durante toda a história da humanidade, o ser humano procura de diversas formas entender sua existência, criando conceitos e explicações para os mais variados fenômenos da vida. Utiliza, para isso, a razão, a sensação, a emoção e a intuição. Antigamente, a sensação, a emoção e, sobretudo a intuição, eram valorizadas sem que fosse deixada de lado a razão. Os mitos, as poesias, as fábulas e as parábolas são exemplos de como aspectos tão densos e profundos da vida eram compreendidos de forma tão simples.

Campebell (2011), uma das maiores autoridade no campo da Mitologia, afirma que os indivíduos, de antigamente e de hoje, sempre estiveram e/ou estão procurando uma experiência de estarem vivos, de modo que tenham ressonância no interior do ser e da realidade mais íntima, para que realmente sintam o enlevo de estarem vivendo.

Frankl (2011), a esse respeito, acrescenta que junto ao sofrimento, há uma conquista interior, sendo estes considerados inseparáveis. A liberdade espiritual do ser humano, que não lhes pode ser tirada, permite que a vida passe a ter um significado maior, mesmo em situações atribuladas.

Gadamer (2006, p.166) lembra que neste momento da história, o significado filosófico atribuído à arte da compreensão que “lida com o incompreensível e com a imprevisibilidade da vida mental-espiritual, se tornou algo especial a ser refletido. Essa arte se chama Hermenêutica”. Esta, associada ao método fenomenológico³⁶, desempenha papéis importantes em muitas áreas do saber e em especial, para assistência espiritual dos indivíduos.

Na Idade Média, também conhecida por alguns historiadores como “Idade das Trevas” (exorbitância dos dogmas cristãos), a ciência com seus métodos, fora impedida de realizar avanços, levando o apagamento do Homem e da Natureza como paraíso perdido (Morais, 2011). Tudo isso em nome do Sagrado e da religião, por entender que a vida e o homem bastavam nessa relação com os dogmas cristãos, com Deus e seus supostos, representantes legítimos na terra. Esse campo epistêmico teocêntrico, paulatinamente, vai dando lugar, durante os séculos XV e XVI, a partir do Renascimento³⁷, ao estabelecimento da ciência experimental como fonte também da verdade (MORAIS, 2011).

³⁶ Método fenomenológico é uma prática ilimitada de natureza humanizada que pode ser utilizada em pesquisa qualitativa. Ela se justifica por oportunizar aos pesquisadores dar voz ao homem e visibilidade aos fenômenos por ele vividos. Dessa forma, o homem se torna protagonista na elaboração do conhecimento e ao mesmo tempo é recolocado no centro do universo (Gadamer, 2006).

³⁷ Renascimento é aqui entendido ao mesmo tempo medievalidade e modernidade, como uma época de modificações de costumes e ideias. Uma série de momentos inaugurais ocorreu na criação artística, filosófica, científica e tecnológica com ressonância progressiva, partindo dos centros urbanos para toda a Europa, a despeito das reações políticos-religiosas de conservação e repressão, facilmente ilustradas pelos tribunais da Inquisição,

Durante a História, observamos que as relações entre os diversos saberes religiosos, filosóficos, artísticos e científicos alternaram-se conforme as estruturas estabelecidas de poder, na qual a lógica era impressa de acordo com as instituições dominantes. O Iluminismo levou-nos a caminhar para o outro extremo, posto que super valorizava a objetividade e desprezava, na Modernidade, tudo aquilo afeto à religiosidade e ao espírito, perdendo-se a perspectiva do sublime e do sagrado (ELIADE, 2011).

Como na Idade Média, no período iluminista, grandes atrocidades foram cometidas em nome de Deus e da religião. A Idade Moderna e a Contemporânea foram legitimadas em favor do avanço da ciência, que passou a ser a detentora da verdade, pois a supervalorização da cientificidade, como única forma de conhecimento, ofuscou outras formas de saber como a filosofia, a arte, a tradição, a cultura e o popular, causando uma redução e um prejuízo no modo como vemos e transformamos a realidade.

Contudo, os fatos não aconteceram de forma simples e linear, pois vemos sempre um dobrar e desdobrar nos acontecimentos históricos. Vez por outra, a religião assume lugar de destaque nos caminhos e nas decisões políticas do mundo, imprimindo sua lógica, quase sempre questionada pela ciência, que tenta com seus variados métodos se impor e retomar seu posto como última verdade.

Em relação a essa problemática, Michel Foucault, em seu curso “A hermenêutica do sujeito”, proferido em 1982, no Collège de France, com o seu filosofar lança um olhar sobre a história do Ocidente e nas relações entre subjetividade e verdade. Ele alegou que as concepções de mundo é o foco de como se chega à verdade iluminação. O homem pode buscar a verdade através da espiritualidade, que é possível no exercício da ascese, ou seja, ao aperfeiçoamento espiritual (FOUCAULT, 2010).

O sujeito, ao se transformar para melhor, torna-se sujeito da verdade³⁸ e constrói outro caminho na busca do próprio conhecimento, compreendendo que o conhecimento em si propicia o encontro da verdade. Foucault (2010, p.17), ao delinear a visão espiritual de acesso à verdade, clarifica bem o impasse:

Para a espiritualidade, um ato de conhecimento, em si mesmo e por si mesmo, jamais conseguiria dar acesso à verdade se não fosse preparado,

pela contra reforma, pelas guerras e perseguições religiosas, presentes em todo o período até o século XVII (AYRES, 2011).

³⁸ A verdade não é o preenchimento de um vazio. Ela é uma iluminação do sujeito. Ela opera uma transfiguração e uma beatitude. Ela oferece uma tranquilidade de alma (FOUCAULT, 2010, p.17).

acompanhado, duplicado, conformato por certa transformação do sujeito, não do indivíduo, mas do próprio sujeito no seu ser de sujeito.

O mesmo autor ilustra que o conhecimento toma lugar relevante nesta busca, no chamado momento cartesiano, que começa quando ascende a verdade através do conhecimento e, somente nele, sem que seja necessária qualquer modificação ou alteração do sujeito.

Esse mesmo sujeito é capaz, por si mesmo e pelos esforços de conhecimento, reconhecer e ter acesso à verdade. A lógica dessa estrutura é representada na ênfase dada ao “conhece-te a ti mesmo” e não como deveria ser no “cuidado de si”, que compreende o poder e a capacidade do sujeito de ser sujeito em si mesmo.

A discussão trazida por Foucault (2010) nos remete há um percurso ocidental de busca de conhecimento acerca da espiritualidade do período socrático. Porém, frisamos que no período medieval, o cristianismo no ocidente tanto dominava como controlava a vida social, econômica, política das comunidades pela imposição de normas e condutas, bem como pelo domínio das produções artísticas e do saber.

Porém, é com a hermenêutica do si, especialmente a aula do dia 06 de janeiro de 1982, que Foucault reativa uma espiritualidade como alternativa ao modelo que constituiu um sujeito sujeitado.

O conceito de espiritualidade de Foucault diz respeito às condições da constituição da subjetividade do sujeito por si mesmo e, como tal, implica,

o conjunto de buscas, práticas e experiências tais como as purificações, as asceses, as renúncias, as conversões do olhar, as modificações de existência, etc., constituem, não para o conhecimento, mas para o ser mesmo do sujeito o preço a pagar para ter acesso à verdade (FOUCAULT, 2010, p.17).

A espiritualidade, então, incide sobre a história da construção de subjetividade do homem na dupla possibilidade de que o homem governe a si mesmo e seja o sujeito de sua própria subjetividade como polo de tensão em relação a uma constituição do sujeito como sujeito sujeitado. A história da espiritualidade ocidental é, então, uma história da constituição da subjetividade do sujeito por ele próprio, em contraponto com uma história da sujeição do homem pelo homem.

Logo, o ato de conhecimento ou o acesso à verdade que ilumina é, então, preparado, acompanhado, duplicado e consumado por transformações no sujeito e isso é o que Foucault chama de espiritualidade.

No Oriente, em povos da África e alguns povos nativos da Oceania e das Américas, essa lógica se repete ou mesmo integra harmonicamente essas duas possibilidades, perfazendo uma totalidade. Boff explica (2006, p.37):

O caminho espiritual do oriente é o da totalidade, vale dizer, da unidade da realidade. As coisas não estão colocadas umas ao lado das outras, em justaposição, mas são todas sinfônicas, interligadas. Há uma grande unidade, mas uma unidade complexa, feitas de muitos níveis, de muitos seres diferentes, todos eles ligados e religados entre si (...). O drama é sentir-se um elo vivo e esquecer que este é um elo da única corrente de vida (...). A experiência de totalidade, uma experiência de não dualidade. Isso equivale a dizer: sentir-se pedra, planta, animal, estrela, numa palavra, sentir-se universo.

As concepções espirituais indígenas e afro-brasileiras também acontecem de forma semelhante, por ser um conteúdo profundamente enraizado na ecologia. O mundo, os ambientes e seus moradores estão impregnados de uma energia cósmica, penetrante no universo, na realidade e principalmente no homem que contagia sua própria realidade com energias sutis de respeito por todas as coisas vivas e inanimadas (ELIADE, 2011).

No ocidente, a Medicina consolida-se como prática técnico-científica, apoiada no modelo mecanicista de explicação do ser humano e do processo saúde-doença. Neste modelo, o ser humano é visto como uma máquina; a doença é o mau funcionamento dessa máquina e os profissionais de saúde são mecânicos que consertarão a máquina com defeito. O objeto de estudo é a doença e seu enquadramento em entidades patológicas e definições anatomo-químicas. Mas quais são as consequências dessa visão? Vasconcelos (2011, p. 26) assinala:

A razão tornou-se o único meio aceito como legítimo de compreensão da vida e da definição dos caminhos de organização da sociedade capaz de levar ao progresso e ao bem estar, desvalorizando as percepções oriundas dos sentimentos, da intuição, da inspiração poética e da vivência religiosa.

A forma como percebemos o mundo, a partir do conhecimento científico, é dualista. Há o mundo da matéria, de tudo o que é concreto, e há o mundo do espírito, sendo este último objeto de estudo apenas da filosofia e da teologia. Se analisarmos essa dicotomia, muitos aspectos religiosos que influenciam o processo de saúde não são levados em consideração e nem discutidos abertamente (VASCONCELOS, 2011).

Essa lógica começou a entrar em crise desde o século XX, devido à crítica ao modelo centrado na doença; à falácia de um conhecimento objetivo afastado da subjetividade; e as consequências catastróficas da supervalorização da razão em relação à sensação, à emoção e à

intuição. Percebendo que esse modelo não dá conta de toda a complexidade da vida, abre-se espaço para outras formas de explicar os processos vividos pelo homem.

Ampliando a discussão de forma aberta e crítica sobre o modo de fazer ciência na saúde, a religiosidade ou espiritualidade se insere em uma construção objetiva de investigação que ressignifica variadas dimensões do homem nas práticas de saúde.

Muitos profissionais hoje têm interesse por questões espirituais e pelas formas de vivê-la, sem obrigatoriamente seguir uma tradição religiosa, dando origem à experiência pessoal de transcendência. Isso devido ao descrédito das formas constituídas de caminhos religiosos ou de, até mesmo, de propostas de libertação humana, como o liberalismo, o nazismo e marxismo.

Inundado de muitas filosofias, religiões e observando os limites do modelo cartesiano de razão e ciência, o homem se pergunta sobre o sentido da vida, a existência de Deus e de perspectivas quanto à ciência e o seu futuro (FOUCAULT, 2010).

As concepções de espiritualidade são diversas e grandes pensadores dedicaram e outros continuam dedicando esforços para compreender esse tema na contemporaneidade. Tendo por base as diversas visões acerca da espiritualidade destacamos três enfoques que mais influenciam a saúde: a psicanálise, a psicologia analítica ou Junguiana e a análise existencial.

Para Freud (1976), a busca espiritual ou mesmo religiosa é consequência do sentimento de desamparo. Em face desse sentimento, a ideia de salvação, de imortalidade, de lugar protegido, seguro e paradisíaco tranquiliza e reestrutura o ser humano. Essa concepção de imortalidade surge nos níveis primários de desenvolvimento infantil, sendo posteriormente substituída pelo conhecimento da realidade. O mesmo autor esclarece que a ideia de Deus, divindades, rituais, leis, normas e princípios morais são uma representação do complexo centrado na figura paterna. Então, os aspectos espirituais ou religiosos servem para segurar ou barrar as pulsões antissociais e trazer certo grau de conforto para o ser homem. Estes aspectos necessitam ser encarados com certa reserva por se tratar de uma ilusão humana.

Jung (1984), um dos discípulos de Freud e depois dissidente, traz uma visão diferente da espiritualidade e, por isso mesmo, seu rompimento com seu mestre. Para ele, a espiritualidade não seria uma resposta à angústia ou ao desamparo frente à morte, e sim algo inerente ao homem. A morte, por tanto, seria encarada como a conquista da totalidade, antes precedida da sabedoria adquirida durante as experiências e oportunidades da vida, fruto de um estágio de desenvolvimento humano além do estágio infantil e juvenil.

Para o referido autor, os conteúdos vivenciados pelo ser homem seriam, assim, reprimidos e reapareceriam de forma coletiva em um contexto individual. A transcendência para ele seria a manifestação do simbólico, não de forma consciente, mas advinda da psique inconsciente e coletiva, dando o caráter de revelação ao conteúdo vivenciado.

Frankl (2010), outro discípulo de Freud e depois de Adler, vivenciou suas teses nos campos de concentração nazistas, defende que o ser homem possui a dimensão espiritual como forma de organizar a existência, que permite encarar à vida e a morte em uma visão de liberdade. Para ele, o ser homem configura-se ser humano na busca pelo propósito da vida e no querer um significado para o vazio existencial.

Portanto, rejeitando a bidimensionalidade do homem, herança iluminista que avançou sempre mais ao reducionismo contemporâneo, e aceitando a multidimensionalidade do ser humano, temos: Frankl (1994), Pinheiro e Mattos (2004), Luz (2005), Gadamer (2006), Boff (2009a), Ayres (2010), dentre outros.

Logo, compreender que existe um sentido de vida latente no momento presente e as formas de recuperação da capacidade de amar, de produzir algo pelo trabalho, e de suportar sofrimento, representa um grande desafio na produção do cuidado da dimensão espiritual em saúde/enfermagem. Pois, segundo Frankl (2011), há no mundo sentidos a serem revelados por cada pessoa.

2.4 Espiritualidade: transcendência e transparência

Na sociedade contemporânea, a espiritualidade vem sendo cada vez mais valorizada como uma dimensão do humano. Ela vem sendo vivenciada através de uma busca de experimentação pessoal da transcendência e por meios bastante variados. Essa emergência mística no Brasil, nas últimas bienais do Rio e São Paulo ficaram bastante evidenciadas pela procura e venda de livros, nas quais os mais vendidos foram os exotéricos, incluídos os de espiritualidade (FREI BETTO; BOFF, 2010).

O termo transcendência possui raiz latina na palavra "ascender" ou “indo além”, e abarca três significados diferentes, porém relacionados.

A primeira acepção foi da filosofia antiga, que partiu do seu conceito irmão transcendência/imanência, usado para se referir a relação de Deus com o mundo. Este sentido é de importância na teologia, que, no caso, o transcendente significa Deus, que está completamente além dos limites cosmológicos.

A segunda é da filosofia medieval, cuja concepção era próxima das categorias de Aristóteles, que foram usadas para organizar o conceito de realidade. Os exemplos básicos estão presentes nas características, designadas transcendentais, de unidade, verdade e bondade.

A última acepção é da filosofia moderna. Esta é ligada à teoria do conhecimento e a preocupação com as possibilidades condicionais do próprio conhecimento. Em outras palavras, transcendência significa, literalmente, ir além dos limites do conhecimento.

Para Vaz (1993), a palavra transcendência designa um aparente movimento intencional pelo qual o homem transgride os limites da sua situação no mundo e na História e se lança na direção de uma dimensão espiritual e trans-histórica. Transcendência envolve forma de relação de objetividade e a relação de intersubjetividade, que liga ao outro. Assim, avança além do ser-no-mundo e do ser-com-o-outro. Deste modo, a compreensão da transcendência e a sua manifestação nos leva a compreender o ser humano na articulação do acontecer de sua existência.

O ser homem na busca de propósito da vida e no querer um significado para o vazio da existência, se constitui humano (FRANKL, 2010). Para esse autor, o homem é composto por uma tríade integrada, ou seja, um ser biopsicoespiritual que forma a totalidade. Senão, vejamos:

Não será demais enfatizar que somente esta totalidade tripla torna o homem completo. Portanto não se justifica, como frequentemente ocorre, falar do ser humano como uma ‘totalidade corpo-mente’; corpo e mente podem constituir uma unidade, por exemplo, a ‘unidade’ psicofísica, porém, esta unidade jamais seria capaz de representar a totalidade humana. A esta totalidade, ao homem total, pertence o espiritual, e lhe pertence como a sua característica mais específica. (FRANKL, 2010, p. 23).

Frankl com a definição de tridimensionalidade humana interpenetradas do ser humano reconhece suas diferenças ontológicas, mas, também, a sua unidade antropológica. Isso está posto como vemos em seu comentário:

A imagem do homem se dá na coexistência entre sua dimensão antropológica e suas diferenças ontológicas, entre o modo único da unidade de ser que o homem possui e as modalidades diferenciáveis do ser, no sentido de existir (FRANKL, 1990, p.40).

Contudo ainda poderíamos nos perguntar: o que é essa dimensão espiritual? Como diferenciá-la de aspectos religiosos e psicossociais? Como perceber e caracterizar a espiritualidade no homem?

O que diferencia o ser humano dos demais seres vivos é a dimensão espiritual. Um aspecto que se pode destacar, para tentar responder a tais perguntas, está naquilo que é próprio do espírito, sua liberdade e sua responsabilidade. Na visão Frankliana, o homem é livre ôntica e ontologicamente, em sua condição primária. Esta liberdade origina-se da dimensão espiritual, parte da pessoa, e não se submete aos condicionantes biopsicossociais ou mecanismos de qualquer sorte.

O ser humano, quando toma qualquer decisão em sua vida, o faz através do livre arbítrio que possui. Sem essa liberdade de escolha, não há qualquer decisão. A liberdade, como algo extremamente pessoal, não pode ser imposta. Precisa ser assumida através da livre expressão. Jamais poderia originar-se de outra dimensão a não ser da espiritual, visto que todas as outras estão atreladas a leis e mecanismos neurobiológicos, psicobiológicos e ou psicossociais (FRANKL, 1995).

A liberdade vai estar sempre ligada à responsabilidade e, esta, vem antes da liberdade. Primeiro, o ser humano é responsável por sua vida, por si próprio, pela sua consciência e pelos outros. A partir daí, torna-se livre para discernir e escolher, com base em seus valores objetivando-os e partindo de si próprio. A responsabilidade deve ser entendida como habilidade de responder a algo. Esse “algo” fora de nós ou além de nós, portanto, algo transcendente ao ser humano.

Daí, pode se dizer que, a responsabilidade é um exercício de transcendência, uma vez que, cotidianamente somos convidados a posicionarmos frente à dada situação para um “tu”, para um “nós”, para um outro, isso nada mais é que transcendência ou responsabilidade.

A espiritualidade, como elemento de conexão do eu profundo, é um canal de abertura para a transcendência. Porém, necessita que o indivíduo seja iniciado e acompanhado sistematicamente nessa caminhada de crescimento. Experiência de contato com a dimensão espiritual vai além das realidades consideradas normais na vida humana. Seria a arte e o saber de tornar o viver orientado e impregnado pela transcendência. Esse tipo de elaboração está fortemente ligado à ideia de espiritualidade defendida por Boff (2008, 2009a, 2011).

A experiência do transcendente, que existe em termos de latência e possibilidades, sempre encantou e mobilizou a humanidade. Nas tradições religiosas ocidentais do cristianismo, islamismo e judaísmo, a relação com o transcendente imanente³⁹ é assumida como pessoal e dialógica. Um encontro eu-tu, encontro entre desiguais, estabelecendo uma comunhão e inaugurando uma aliança (VASCONCELOS, 2011).

Nessa perspectiva, o transcendente/Deus/Uno é experimentado de forma tão intensa que ele se anuncia em cada coisa e na história humana. Assim, vem enraizado dentro do mundo; tudo se torna um sacramento dele; e é chamado de mil nomes. Isso é a imanência (BOFF, 2009a).

Boff ainda diz que, a transcendência não se contrapõe à imanência, pois é compreendida como dimensão, não percebida a priori, da realidade existencial, mas algo presente da experiência humana, nem sempre revelado. A imanência não está fora da transcendência, mas, sobretudo, imbricada nela, possibilitando um desdobrar de uma realidade não vista, mas presente (BOFF, 2009a).

Assim, é compreensível a integração de duas concepções aparentemente opostas, transcendência e imanência, como definiu Boff (2010, p.24), em “transparência”, que é uma síntese dialética, significando a presença da transcendência dentro da in-manência, ou seja, uma transcendência imanente. Em outras palavras, a transparência é uma categoria que intermédia à transcendência e a imanência.

Nesse sentido, transparência é explicada:

A história tem mostrado um ser humano nunca pronto, sempre em construção. Ser marcado por limitações imensas em seu corpo, na sua

³⁹ Imanente é um termo para se referir à dimensão concreta, material e empírica da realidade e que, a forma dualista de compreender a vida, era referida como seu contraponto (BOFF, 2009a).

inteligência e capacidade de afeto; ser enraizado num determinado local, tempo e contexto social e cultural; submetido a situações de opressão, de miséria e de falta de perspectivas de superação. Mas, nas mais profundas situações de opressão, seus sonhos e desejos latejam incessantemente, empurrando-o para uma teimosia e persistente busca de superação. (...) Nos momentos mais difíceis, seu humor relativiza todas as coisas e delas ri, mostrando que não está definitivamente encurralado. Esta dimensão de abertura e força do ser humano, de romper barreiras, de superar proibições e de ir além de todos os limites é a sua transcendência (VASCONCELOS, 2011, p. 31).

Esse esclarecimento não destoa de Boff (2009a, p.22) quando diz que, “o homem vive permanentemente um drama entre duas forças (transcendente e imanente) que o puxam cada qual para seu lado”.

Desse modo, a espiritualidade não está ligada simplesmente a questões metafísicas, antes disso, é parte integrante do todo que é o homem. O Segundo ponto corresponde ao conceito de espiritualidade, que é aquilo que produz no ser humano uma mudança interior para melhor, não podendo ser confundido com o de religiosidade, pois o primeiro é mais amplo e complexo.

Para Frankl (1995), a capacidade de transcender do ser humano, advém de sua dimensão noética ou espiritual. Pois, nela, se encontra a liberdade de decisão frente a todos os condicionamentos humanos, inclinando-se para o interesse prático e artístico. O pensamento criativo, a intencionalidade, a religiosidade, senso ético e a compreensão de valores como significados universais (Frankl, 2005).

Assim, revela-se a responsabilidade como outro aspecto da espiritualidade, porque inclui o “para que” da liberdade humana. Neste sentido, o homem se torna o responsável para cumprir e realizar o sentido e os valores. E assumir isso é o sentido maior da existência.

Diante dessas perspectivas, salientamos ser possível e importante o desenvolvimento da espiritualidade. Entretanto, se faz necessário à introdução do indivíduo nessa jornada. Esta ocorre em forma de estágios, chamado por Leloup e Boff (2010) de itinerários espirituais. O primeiro itinerário de iniciação é descrito como experiência com o “numinoso⁴⁰”, que acontece através de processos internos individuais de interiorização, que conecta a dimensão profunda da subjetividade e proporciona muitas vezes um estado alterado de consciência.

⁴⁰ O numinoso se manifesta na grande natureza, para outros, manifesta-se na experiência da arte, para outros, ainda, é através de um encontro amoroso, do encontro de um espírito, com outro espírito, de um coração com outro coração. A experiência do numinoso pode acontecer em experiência de solidão, quando, de repente sentimo-nos envolvidos por uma presença e por proximidade com a morte, além de outras situações (LELOUP; BOFF, 2010).

Esse estado traz ao indivíduo encontro com conteúdos surpreendentes e, muitas vezes, capazes de transcender a dor e o sofrimento, além de causar um bem-estar profundo, que alguns místicos chamam êxtase.

Segue-se a este um estado de metanóia⁴¹, tido como segundo itinerário espiritual, de busca dos significados das experiências vividas. Entra-se na terceira etapa, chamada de consolações, estado de paz mais duradouro e de consolação pelas experiências gratificantes vividas. Esta etapa poderá trazer riscos espirituais se o percurso não for continuado.

Os itinerários seguintes são o da dúvida e o da passagem pelo vazio. É nesse momento que a pessoa, saída da experiência do numinoso ou da hierofonia, para Eliade⁴² (2011), vivencia a volta à realidade. Questionamentos, dúvidas e incertezas assolam e lhe tiram a paz. Esse estado pode muito bem ser representado por um reservatório vazio e sujo que recebe inesperadamente uma quantidade inimaginável de água, e da mais pura. Até que a sujeira já existente possa “sentar”, ir para o fundo, o reservatório e a água terão aparência lamacenta, descrevendo assim esse estágio.

De nada adiantará tentar limpar a água, ou acrescentar mais água ao reservatório. É preciso esperar, viver esse tempo, que se configura difícil, mas imprescindível para avançar outros estágios.

Os últimos itinerários são a abundância da transcendência/transformação e o retorno à vida cotidiana, na qual acontece a verdadeira, duradoura e autêntica mobilização do potencial da espiritualidade. Vasconcelos (2011) chamou esse estágio de espiritualidade engajada, na qual a força oriunda do espírito humano já conectado, não somente consigo mesmo, mas com a vida, é empregada para uma causa ou para alguém. O fascínio agora é conseguir, com alívio da dor de alguém, com a luta contra a injustiça, contra a miséria ou no empenho de se conseguir algo em prol dos outros e da vida.

⁴¹ Metanóia significa mudança de vida e de consciência. No contexto da religião pode significar arrependimento ou o processo de conversão, tanto intelectual como moral e espiritual. Em psicologia, segundo Carl Jung denota um processo de reforma da psique (BOFF, 2010).

⁴² Eliade inicia seu livro apontando seus objetivos com a obra “O Sagrado e o Profano”. Segundo o autor, o sagrado manifesta-se sempre como uma realidade inteiramente diferente das realidades naturais. Ele propõe-se apresentar o fenômeno do sagrado em toda a sua complexidade, e não apenas no que ele comporta de irracional (como fizera Rudolf Otto, em 1917). Especialmente Mircea quer ilustrar a oposição entre o sagrado e o profano. O sagrado é percebido pelo homem justamente porque ele se mostra como algo absolutamente diferente do profano: o sagrado se manifesta nas hierofanias. Para aqueles que têm uma experiência religiosa, toda a natureza é suscetível de se revelar como sacralidade cósmica. O Cosmos em sua totalidade pode tornar-se uma hierofania. O sagrado equivale ao poder e à realidade por excelência (ELIADE, 2011).

Portanto, neste último estágio espiritual, o sentido da espiritualidade é de alimentar nos seres humanos, a fonte de onde jorra, continuamente, a vida. A espiritualidade passa a ser um ponto que coloca a centralidade da vida a partir daqueles que menos tem vida. Uma vez que, todo tipo de espiritualidade tem dimensão ética de defender e expandir a vida como um valor maior.

Para Leloup e Boff (2010), os trabalhadores explorados, os pobres, os excluídos e marginalizados, os injustiçados, os humilhados e todos os usurpados em sua dignidade e cidadania possuem vida, podendo se transformar e transcender. Esses são frutos do sistema capitalista, que concentra os meios de vida, saúde, educação, habitação, alimentação e lazer nas mãos de poucos. Esse grupo necessita de promoção de cuidados da dimensão espiritual na perspectiva do apoio social para a transcendência dessa situação.

Vivenciar a espiritualidade engajada requer um comprometimento com os que sofrem, valorizando suas experiências e conhecimentos, percebendo que há muita riqueza de vida neles. Reconhecer isso exige ver todos os aspectos de vida dessas pessoas, não limitando aos aspectos econômicos.

Os que viveram o estágio de engajamento ativo empreenderam incansavelmente uma luta contra o sistema estabelecido e se misturam de forma tão homogênea que se fizeram eles próprios excluídos, injustiçados e humilhados, conseguindo ajudar não só aos outros, mas a si mesmos em participação. Temos muitos exemplos de pessoas que provavelmente conseguiram esse nível espiritual: Francisco de Assis, São Vicente de Paulo, Wanda Horta, Ana Nery, Florence Nightingale, Betinho, Madre Tereza de Calcutá, Luther King, Gandhi, Paulo Freire, Zilda Arns, Dalai Lama, Chico Xavier, entre outros.

Ancorada em Leloup e Boff (2010), destacamos que esse último itinerário espiritual não é estanque e não ocorre de forma linear. A permanência por esse caminho se dá em muitas idas e voltas. Não é traçado um modelo de santidade.

Eliade (2011) também trata a existência humana propriamente dita e da vida santificada. Traz a sacralidade para vida interior do homem, o comportamento do *homo religiosus* e o universo mental. Resgata a compreensão das totalidades das situações existenciais e as entende como experiências vividas. Ademais, demonstra a evidência que a vida possui uma dimensão a mais. Não é apenas humana. É ao mesmo tempo “cósmica”, visto que tem uma estrutura trans-humana. Esta “trans-humanidade” é o que pode se chamar de “existência aberta”, isto é, não é fechada para si mesmo, mas aberta para o mundo. Daí, percebemos a espiritualidade como caminho de perspectiva revolucionária pela possibilidade

de vivências dos aspectos espirituais de valorização de ações solidárias e do respeito às diferenças.

A enfermagem, desde os primórdios, tem enraizado esse paradigma de atuação como prática espiritual, através do altruísmo e solidariedade, muitas vezes confundida com generosidade e gratuidade. Porém, a discussão mais aprofundada acerca do cuidado de perspectiva espiritual ou filosófica emerge no conceito mais tardio da reforma sanitária brasileira, como movimento reconstrutivo instruído por um duplo interesse: de um lado, a demanda por uma atenção integral à saúde e, do outro, a necessidade de humanização das práticas que deve responder a tal demanda (AYRES, 2011).

Então, temos como desafio analisar as concepções de enfermeiros do município do Conde-PB, quanto à espiritualidade na perspectiva da integralidade com os processos relacionais ou comunicacionais, caracterizadores de ações de cuidados da dimensão espiritual do ser humano.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo do estudo

O presente estudo de campo é de natureza qualitativa, no qual se utilizou o Método da História Oral Temática como técnica metodológica. A opção pelo método qualitativo se deu pela possibilidade de realização de uma investigação exploratória e descritiva, uma vez que este tipo de pesquisa impõe ao pesquisador uma maior familiaridade com a temática a ser pesquisada (MINAYO, 2007).

Também entendemos que, a abordagem qualitativa equivale a “um processo de reflexão e análise da realidade através da utilização de métodos e técnicas para compreensão detalhada do objeto de estudo em seu contexto histórico e de acordo com sua estruturação” (OLIVEIRA, 2008, p.37).

O estudo foi precedido de pesquisas em amplos estudos teóricos sobre espiritualidade e Políticas Nacionais de Saúde, por ser um objeto cuja análise perpassa pela interdisciplinaridade.

Empreendemos várias viagens ao município do Conde-PB, visando conhecer sua história e aos serviços da rede do Sistema Único de Saúde, para definir melhor o objeto e permitir a elaboração do projeto de pesquisa a ser apresentado ao Comitê de Ética. Conforme recomendações de Marconi e Lakatos (2010), em primeiro lugar, realiza-se uma pesquisa bibliográfica sobre o tema em questão, a fim de se apropriar do estado atual do problema, quais os trabalhos que já foram realizados a respeito e as opiniões reinantes sobre o assunto.

Mediante a definição dos sujeitos da pesquisa, para que pudessemos ingressar de maneira efetiva no campo, contactamos com a Secretária de Saúde do Município, visando obter autorização formal para realização das entrevistas. Houve por parte da Secretaria colaboração e disponibilização dos dados solicitados, assim como o Relatório da Atenção Básica, do mês de Dezembro de 2011 e os contatos dos Enfermeiros.

Para Severino (2007), na pesquisa de campo, o objeto estudado é abordado em seu meio ambiente próprio, no qual oportuniza que a coleta de dados seja realizada nas condições naturais em que os fenômenos acontecem, podendo ser diretamente observados, sem intervenção e manuseio por parte do pesquisador, respeitando o vínculo que há entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O autor considera ainda, a tentativa de explicar

profundamente o significado e as características obtidas através de entrevistas com questões abertas, sem a preocupação de expressar quantitativamente os resultados.

O estudo ocorreu nos anos de 2011 e 2012, com desenvolvimento em um Programa de Pós-graduação em Ciências das Religiões, na linha de pesquisa: saúde e espiritualidade, no Centro de Educação, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), no qual utilizamos o Método da História Oral Temática.

A História Oral Temática favoreceu a apreensão das concepções dos enfermeiros sobre a espiritualidade na produção de cuidado, na perspectiva da integralidade. Levamos em consideração seus sentimentos e seus valores construídos dentro do contexto em que estão inseridos. Nesse sentido, Bom Meihy (2006, p. 21) professa que:

(...) a história oral respeita as diferenças e facilita a compreensão das identidades e dos processos de suas construções narrativas. Todos são personagens históricos, e o cotidiano e os grandes fatos ganham equiparação na medida em que se traçam para garantir a lógica da vida coletiva.

3.2 Local do estudo

3.2.1 Caracterização do cenário

O município do Conde-PB, cujo início se deu com a aldeia Jacoca de índios Tabajaras, outrora território sesmaria da Jacoca ou Sítio dos Caboclos que atualmente corresponde a Mata da Chica, foi administrado pelos missionários franciscanos, logo depois de sua chegada à Paraíba, em 1589. A sede do município originou-se da fusão dessa aldeia com outra denominada Pindaúna, de índios Potiguaras, durante a ocupação da capitania pelos invasores holandeses, em 1636, quando ocorreu a ocupação da Capitania da Paraíba⁴³ (MARINHO et al, 2004).

Para esses autores, a região onde se localiza a sede municipal ainda era habitada pelos índios que, por ordem do governador holandês, foram se alojar na capital. Este povoado foi batizado de Maurícia ou "Mauricéia", em homenagem ao holandês governador da província: Conde Maurício de Nassau (1637-1644)

Em seguida, houve a expulsão dos holandeses e a restauração da capitania pelo governo português, modificando assim, o nome de Maurícea para Freguesia, e, mais tarde à categoria de vila com o nome Conde, que permanece até hoje.

A Freguesia foi criada em 1668, em homenagem a Nossa Senhora da Conceição. Seu progresso foi rápido, chegando a se tornar vila e sede da Comarca. Porém sua emancipação política só ocorreu por meio da Lei nº 3.107, de 18 de Novembro de 1963 (PREFEITURA DO CONDE, 2011).

O município do Conde⁴⁴ é localizado em uma área territorial de 164,80 km² e fica situado no litoral sul da Paraíba, a 22 km de João Pessoa e faz parte da grande Região Metropolitana de João Pessoa. Possui 18 km de belas praias cênicas, com ondas sonoras, águas verdes, mornas, cercadas por belezas selvagens e místicas, sendo a praia de Tambaba

⁴³ Para rememorar a história, a Paraíba (que significa "Rio que é braço de mar" - Pará-ibá) foi fundada em 1585 entre o Rio Sanhauá e o mar. Antes de seu descobrimento era ocupada pelos índios Potiguaras, passando posteriormente a ser de domínio holandês e português. Estudos sobre mapeamento genético brasileiro efetuado pela Universidade Federal de Minas Gerais comprovou que um terço da população nacional tem sangue indígena (FARIAS; BARCELLOS, 2012, p.92).

⁴⁴ O Conde limita-se ao norte com João Pessoa e Santa Rita; ao sul, com a nascente do Rio Graú; ao leste, com o Oceano Atlântico. O Conde, Alhandra, Pitimbu, Bayeux, Caaporã, Cabedelo, Cruz de Espírito Santo, Lucena, Mamanguape, Rio Tinto e Santa Rita formam a grande Região Metropolitana de João Pessoa (LEI ESTADUAL COMPLEMENTAR, n. 59 de 2003 e n. 90 de 2009).

reservada à prática de nudismo, a mais evidenciada nesse aspecto, pelo seu caráter naturístico. Essas praias transcendentemente belas e as formas exuberantes, esculpidas pela natureza, expressam o sagrado e evoca pessoas à reflexão através de suas pedras e grutas com histórias encantadas.

Também, este município possui histórias místicas e mitos, de um passado próximo, como da Mãe D' água, da Mula sem Cabeça, da Comadre Fulozinha, do Saci e do Pai do Mangue, que enriqueceram o imaginário popular das pessoas. Além das lendas de seres encantados advindas do mundo indígena. Por ser cercado de formas exuberantes, esculpidas pela natureza, traduzidas pelas montanhas, expressam a imponência do divino. Bem como, se constitui em patrimônio histórico pelos Manguezais; reserva da Mata Atlântica, como a Mata da Chica, que é considerada de interesse ecológico, segundo a Constituição Estadual; e as exóticas praias de Jacumã, Tabatinga, Carapibus e Coquerinho, com seus belos arrecifes.

Os nativos habitantes, convivendo com tais belezas naturais e seus mitos, produzem uma dinâmica de vida individual e coletiva enraizada na Mãe Natureza que torna peculiar o local. Toda essa singularidade descrita convoca pessoas ao respeito aos ancestrais indígenas Tabajaras e a contemplação, pela presença marcante do místico e do espiritual. Desde a criação da rodovia PB-008, suscitam cobiças de especuladores, de toda parte do mundo, que fazem do sagrado um imenso negócio lucrativo pelo turismo (MARINHO et al, 2004).

O relevo do município é caracterizado por baixa litorânea, mangues, planícies aluviais embutidas nos tabuleiros/várzeas e baixos planaltos sedimentares/tabuleiros e quatro tipos de solos diversificados. Grande parte de suas terras é ocupada por sítios ou granjas de proprietários que, em geral, residem em João Pessoa e por seis assentamentos conquistados pelo protagonismo dos munícipes indígenas e afrodescendentes.

A região como a de Gurugi é símbolo de resistência, não só no município como em toda a Paraíba, uma vez que, após uma longa luta, as terras foram entregues aos antigos posseiros, os remanescentes afrodescendentes, Gurugi I e Ipiranga. Também na região de Mituaçu no município tem outro grupo de afrodescendentes.

No assentamento “Sítio Aldeia Barra de Gramame” dos Índios Tabajaras⁴⁵ com 21 hectares, existem duas igrejas evangélicas e uma Oca onde são realizados os encontros do grupo Tabajara. O cacique Ednaldo, presidente da Associação dos Povos Indígenas do

⁴⁵ O território tradicional dos Tabajaras é formado pelos Municípios do Conde, Alhandra, Caaporã e Pitimbu. Pela posse desse território desde o Século XVI, a história tem registrado muitas lutas entre indígenas e brancos portugueses, franceses, e holandeses, que guerreavam entre si pela posse da costa nordestina brasileira. Os territórios de Itamaracá e Pernambuco foram os núcleos iniciais de exploração e povoamento no litoral pelos portugueses (FARIAS; BARCELLOS, 2012, p. 75).

Nordeste e o vice cacique Carlinhos, dentre outras famílias indígenas, aguerridas à causa dos índios vêm empreendendo esforços para reviverem o legado deixado pelos seus ancestrais com o ritual do Toré⁴⁶ e todos os símbolos diacríticos na busca de sentido de vida, pois muitos deles foram naturalizados. Eles pintam os corpos e utilizam colares e braceletes de fabricação artesanal, de peles das cobras. Deste grupo, 50 famílias em março de 2011 foram cadastradas junto à Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para o recebimento de cestas básicas (FARIAS; BARCELLOS, 2012, p. 211).

Os autores ainda dizem que, na etnia Tabajara paraibana por ser singular, os seus conhecimentos ainda hoje são transmitidos oralmente pelos chamados “Troncos Velhos” ou anciões, segundo eles, a praia de Tambaba é lugar sagrado, por ser cemitério onde sepultavam seus mortos. Lá tem uma pedra no meio do mar com um coqueiro, era o local onde os caboclos iam entrar em contatos com os espíritos das águas e das matas com o ritual de catimbó (FARIAS; BARCELLOS, 2012, p.162).

Ressaltam também que em 2006, a população de índio Tabajara entrou num processo de (re) organização de indianidade perante a sociedade e na luta por seus direitos, especialmente a reivindicação do território. A religiosidade Tabajara é predominante na denominação evangélica pentecostal, mas, perpassam como visitante nas demais igrejas. Hoje sua existência no município é um fenômeno a ser considerado e preservado por toda sociedade (FARIAS; BARCELLOS, 2012).

As espécies animais originárias da região são o tatu, a paca, a cotia e o tamanduá. Os rios que cortam o município são: Gramame, Jacoca e Pituaçu (MARINHO et al, 2004).

De acordo com os autores supracitados, a vegetação típica de Mata Atlântica, pequenos trechos resistiram à ação antrópica. Encontram-se ainda poucos exemplares de jatobá, sucupira, pau-brasil e pau d’arco. Hoje, a vegetação é composta por arbustos do tabuleiro, por coqueiros e mamoeiros, que são cultivados pelos índios e homens comuns, por capim, gengibre e pinheiro de praia, por manguezais e samambaias.

A terra também é usada para o lazer, mas há extensas áreas destinadas ao cultivo comercial do mamão, do coco, do inhame e, sobretudo, da cana-de-açúcar. Com um espaço dividido para produção tipo exportação e granjas, a expulsão dos posseiros é uma dura realidade nesse território.

⁴⁶ Toré é um ritual religioso e cultural de caráter lúdico e organizador da energia vital para os índios. Envolve adultos, anciões, mulheres, jovens e crianças. Em círculo, cantam e dançam ao som de tambores e gaitas, batendo forte com o pé direito na terra para receber sua energia (FARIAS; BARCELLOS, 2012, p.198).

A assistência à saúde das famílias condenses ocorre com o apoio do Governo Federal, sendo gerenciada pelo poder público municipal, sobretudo àquelas que mais necessitam das ações. O setor de saúde possui uma rede de serviços estruturada que conta com um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS); um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Vigilância Epidemiológica; Vigilância Sanitária; Policlínica; Laboratório de Análises Clínicas; Centro de Reabilitação Motora; e nove Equipes de Saúde da Família, composta por médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS), entre outros.

As Unidades de Saúde ofertam os seguintes programas: Materno-infantil, Diabetes, Hipertensão Arterial, Esquistossomose, Desnutrição, entre outros. Nesses programas os enfermeiros são desafiados a produzir cuidados em saúde com a utilização de tecnologias leves, junto a uma clientela que expressa diversas formas de manifestações culturais e espirituais, estas variando entre a católica, indígena e afro-brasileira.

Dentre as regiões municipais, as mais assistidas são a do bairro Nossa Senhora das Neves I e II, com 1.954 famílias adscritas, na sede municipal. As regiões com menores números de famílias acompanhadas são as da zona rural. Nesta área, temos Gurugi, com 572 famílias, destas, dois grupos são de Quilombolas; Mituaçu, com 242 também Quilombolas; e, Mata da Chica com 377 famílias, destas algumas são indígenas Tabajaras. Totalizando, o poder público assiste a 6.356 famílias condenses, correspondente a 100% de cobertura de atenção básica. Estas famílias são distribuídas em área territorial delimitada, perfazendo um total de 21.400 habitantes assistidos, sendo desta população, 3.737 pessoas caracterizadas com idade superior a 60 anos (PLANO DIRETOR DO CONDE, 2009; RELATÓRIO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2011).

O grande patrimônio histórico-cultural do município é sua própria história mencionada nos anais do acervo histórico do Estado da Paraíba, conforme descrição já feita anteriormente. Outro patrimônio de valor é a Igreja Nossa Senhora da Conceição, construída em 1768 e os traços de acentuada religiosidade, conserva até hoje, como os novenários, as procissões e as peregrinações dedicados aos santos da devoção de cada comunidade. Fazem parte também dessa tradição, as rezadeiras ou benzedadeiras, médiuns, pais de santos e os raizeiros, com a produção de medicamentos de raízes e de ervas medicinais, chamadas de garrafadas (MARINHO et al, 2004).

A escolha do cenário da pesquisa se deu pelo local ser referência de espiritualidade e de religiosidade popular de raízes indígenas e de matriz africana, conforme referida nos parágrafos anteriores. Essa questão singular foi determinante na potencialização da

investigação, tendo como objeto do estudo a espiritualidade na produção de cuidado na perspectiva da integralidade do ser; e, se essa especificidade histórica e cultural da população foi levada em consideração. Também essa escolha se deve ao fato do local ser campo de atuação da pesquisadora, por ocasião de acompanhamento do Estágio Curricular das acadêmicas do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, nos serviços de Atenção Básica à Saúde.

3.3 Participantes do estudo

Segundo Bom Meihy e Holanda (2007), a História Oral admite passos, com conceitos apropriados, que se tornam imprescindíveis, denominados de comunidade de destino, colônia e rede.

A comunidade de destino possui dois pressupostos: material (físico) e o outro, de base psicológica (experiências de cunho moral), de gênero ou de orientação. Tais pressupostos são caracterizados pela memória coletiva, marcada pela repetição de vivência comunitária e que se constitui como um artifício político-social para distinguir os elementos identitários de uma comunidade.

A colônia é definida pelos padrões gerais de pessoas de uma mesma comunidade de destino, que possibilita o entendimento do todo pretendido.

A rede trata-se de uma subdivisão da colônia, se constitui a menor parcela da comunidade de destino e representa os olhares diferentes dentro de um mesmo plano.

O universo da pesquisa foi composto pela comunidade de destino, representada pelos serviços da rede de Atenção Básica à Saúde na cidade do Conde-PB. Nesse enfoque, a Colônia foi constituída por 100% dos enfermeiros, totalizando doze profissionais, que está inserida na comunidade de destino, sendo a rede espécie ou parte menor inserida nos limites da pesquisa.

Neste estudo, a rede foi composta por sete participantes, dentre os doze enfermeiros atuantes na atenção básica do município, que concordaram em participar do estudo, doravante denominadas de colaboradoras.

São colaboradoras por se tratar de um processo de interação entre entrevistada e entrevistadora, no qual as duas partes estão em interação, negociando a modulação de expressões e subjetividades.

Após ser estabelecida a formação da rede, procuramos identificar o ponto zero. Conforme afirma Bom Meihy (2002), o ponto zero caracteriza-se por um depoente que conheça a história do grupo ou de quem se quer fazer a entrevista central.

A construção do material empírico foi realizada, após autorização da Secretária Municipal de Saúde do Conde-PB e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o registro CAEE nº 01092812.2.0000.5188 (ANEXO I), a fim de garantir os aspectos éticos para o desenvolvimento de pesquisa com seres humanos, regida pela Resolução de nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

3.4 Coleta de dados

Sobre a produção dos dados utilizamos a técnica da História Oral Temática, na qual Bom Meihy (2002) ressalta que a entrevista deve ser efetuada observando três momentos: a pré-entrevista, a entrevista e a pós-entrevista.

A pré-entrevista corresponde à fase de preparação do encontro. Essa fase ocorreu no mês de agosto de 2012. Ocorreram vários contatos pessoais entre a pesquisadora e as colaboradoras e também através de telefone, para assegurar a gravação das entrevistas. Nesse momento, foi realizada a apresentação do projeto da pesquisa e a pactuação referente à participação das colaboradoras no estudo, as quais responderam afirmativamente. Dentre doze enfermeiras, uma se encontrava em licença para tratamento de saúde; e três outras, apesar de ter realizado contato pessoal, não foi possível realizar as entrevistas pela dificuldade de acesso às Unidades de Saúde, em decorrência das chuvas no período; e uma delas se recusou a participar do estudo.

Em seguida, foi preparado todo o material a ser utilizado para coleta de informações, sendo ele: um gravador de voz e uma câmera fotográfica, testados antecipadamente. Também, na busca de atingir a meta do estudo, foi delineado como instrumento de produção do material empírico, um roteiro de entrevista contendo: parte I – dados de identificação das colaboradoras; parte II – roteiro de entrevistas, com perguntas abertas e fechadas, inclusa a de corte.

De acordo com Minayo (2007) através da entrevista, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta de informação imprescindível ao estudo.

Para Bom Meihy (2002), a pergunta de corte representa o elemento comum a toda entrevista, com a finalidade de nortear o percurso do rumo ao alcance dos objetivos propostos. O quesito de corte foi: “Conte para mim, como você emprega a espiritualidade no cuidado aos seus usuários. Dê exemplos”.

Após essas etapas, respeitando as pactuações prévias, as entrevistas foram realizadas individualmente pela pesquisadora nas Unidades de trabalho das colaboradoras, observando data e horário combinado, com auxílio do aparelho de gravador de voz; máquina digital e roteiro de entrevista (APÊNDICE I).

Momento antes de iniciar a entrevista foi disponibilizado um período para a leitura e esclarecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE II), a fim de garantir a participação consciente das voluntárias colaboradoras na pesquisa e a preservação

do anonimato com atribuição de pseudônimo, conforme preconiza a Resolução 196/96, como também foi realizado o registro de que a entrevista seria conferida e que nada seria publicado sem autorização.

Apesar de existir um roteiro pré-estabelecido, ao final das entrevistas houve um momento de descontração, no qual foram anotadas, em Caderno de Campo, as impressões subjetivas apreendidas pela pesquisadora, às informações acrescentadas que complementaram as colocações das entrevistas gravadas.

A pós-entrevista constitui a fase na qual se mantém o vínculo com as colaboradoras, para dar continuidade ao processo, por meio de telefones ou e-mails, por exemplo. Na concepção de Bom Meihy (2002), a pós-entrevista compreende as etapas de transcrição, textualização, transcrição, conferência e autorização para publicação do texto. A seguir, cada etapa foi definida.

A transcrição é a mudança do material oral para o escrito, realizada pela própria pesquisadora, buscando estar atenta a forma como as colaboradoras do estudo denotam a espiritualidade, através do registro integral de suas considerações acerca das questões norteadoras do tema. A escuta foi repetida inúmeras vezes para uma aproximação maior do discurso das colaboradoras da pesquisa.

Na textualização foram eliminadas as perguntas de corte, os erros gramaticais, os sons e ruídos em favor de um texto enxuto, claro e coerente. Nesse momento, buscou-se extrair do texto um **tom vital**, requalificando a entrevista segundo sua essência, pois cada fala tem um sentido geral mais importante e é este recurso que entende o significado da mensagem e reordena a entrevista em congruência com seu eixo central.

A fase da transcrição correspondeu ao texto apresentado em sua versão final. Essa etapa surge como um ato de recriação. Nesta etapa buscamos respeitar a forma de expressar dos profissionais, permitindo uma aproximação real do sentido e da intenção original que o colaborador quer comunicar, a partir do que foi registrado.

A conferência do texto ocorreu após todas as etapas, no mês de novembro do ano em curso. Depois de fazer a conferência com as entrevistas, foi solicitada autorização às colaboradoras da pesquisa para uso e divulgação dos resultados e então, assinar a Carta de Cessão.

3.5 Análise de dados

No processo de análise dos dados, dois modos simultâneos foram utilizados, modos estes que se interpenetram e se completam. Inicialmente, se apresentou em forma textual as narrativas transcritas que foram emitidas durante as entrevistas, com o emprego de pseudônimo, substituindo os reais nomes das colaboradoras para não identificar as autorias das falas, numa pesquisa que se realizou em uma cidade relativamente pequena e onde todos se conhecem; em seguida os pontos fortes e frágeis foram identificados nas entrevistas, à luz da literatura pesquisada.

No segundo modo de análise, o processo foi caracterizado pela Análise Temática, conforme Bardin (2009), no qual as identificações das categorias temáticas de análise ocorreram em consonância com o enunciado das narrativas das colaboradoras e a inferência dos autores pertinentes ao tema em foco.

Ainda, para atingir mais precisamente os significados evidentes e latentes trazidos pelas colaboradoras, foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática, por se tratar da forma que melhor atende a investigação qualitativa do material referente à saúde, segundo Minayo (2007), uma vez que a noção de tema refere-se a uma afirmação a respeito de determinado assunto.

Para Bardin (2009), tema é a unidade de significação, o que naturalmente emerge de um texto analisado, respeitando os critérios relativos à teoria que serve de guia para esta leitura.

Sendo assim, a análise de conteúdo temática consistiu em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado (BARDIN, 2009; MINAYO, 2007).

Esse modo de análise se caracterizou pela divisão de seis etapas: a) pró-análise; b) exploração dos dados; c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2009; MINAYO, 2007).

A etapa de pró-análise se constituiu pela ordenação dos fragmentos narrativos extraído do texto final com o objetivo de preservar as informações decorrentes das falas e do sentido atribuídos pelos colaboradores.

A etapa de exploração dos dados se procurou agrupar os fragmentos narrativos, primeiramente utilizando os temas comuns e, aqueles que não estavam diretamente relacionados com os temas mais abrangentes, foram agrupados em subtemas por aproximação.

A etapa de análise final corresponde ao tratamento dos resultados. Nesta etapa se procurou descrever as categorias buscando aproveitar todos os temas comuns emergentes das narrativas, o que resultou em seis primeiras categorias. Na sequência, foi reordenado com o agrupamento das categorias, definindo um total de três categorias finais de análises.

Estas últimas categorias definidas, se constituíram de temas que representam a compreensão de espiritualidade e as vivências das colaborados na produção do cuidado da dimensão espiritual do ser humano sob seus cuidados. Esta última etapa ficou evidenciado os resultados obtidos, as inferências em relação às concordâncias e discordâncias, bem como as interpretações dos contextos inerentes às três categorias de análises.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, procedemos com a exposição do material empírico, obtido junto a uma rede composta por sete colaboradores, a partir de suas experiências profissionais acerca da espiritualidade. Esse produto da fase exploratória foi adquirido através de um roteiro de entrevista e com o diálogo da literatura pertinente.

Inicialmente, exibimos o perfil dos colaboradores, por permitir conhecê-los melhor. Com este perfil delineado ficou demonstrado que, os colaboradores são do sexo feminino e que destes 70% professaram a religião evangélica e 30% a católica. Essa atitude religiosa dos entrevistados é importante por ser uma possibilidade de encontro de sentido de vida bem como um elemento de prevenção do vazio existencial (FRANKL, 2010).

Quanto à idade foi de 26 anos a 67 anos. Em relação ao tempo de atuação profissional na atenção básica no município foi de 2 a 11anos. Esse tempo permite acumular experiência, para que o profissional possa elaborar um diagnóstico comunitário com a comunidade sob seus cuidados. A partir desse diagnóstico, pressupõe-se que o vínculo afetivo com a população seja aprofundado (MERHY et al, 2007).

Em relação ao ano de conclusão do curso de enfermagem, verificamos a variação entre 1992 a 2009. Porém, o que mais chamou nossa atenção foi o fato de que todas as colaboradoras afirmaram não ter recebido preparo para assistir o cliente na dimensão espiritual na graduação, nem na pós-graduação e nem em outras modalidades de curso de educação espiritual.

Tal resultado assinala a lacuna na formação do enfermeiro sobre espiritualidade e o cuidado da dimensão espiritual. Pois, essa forma de cuidado reconhece as expressões de subjetividade do ser humano e promove o alívio do sofrimento e o sentido da existência.

Salgado, Rocha e Conti (2007), apontaram também inúmeras dificuldades dos enfermeiros na abordagem de clientes quanto à espiritualidade, estas, em sua grande parte, pela falta de espaço na formação acadêmica e no ambiente profissional para discutir de forma crítica e abertamente esta temática. Os autores reforçaram ainda, que se este tema continuar sendo um tabu manterá o cuidado fragmentado, além de negligenciar a assistência psicoespiritual ao cliente, o dever profissional e o direito do atendimento integral ao cliente.

Prosseguindo, apresentamos as narrativas das colaboradoras e os seus respectivos pseudônimos como forma de garantir o anonimato preceituado pelas normas legais. E por último, propomos três categorias temáticas que emergiram das entrevistas com a escolha do tom vital, como uma luz a guiar a análise, a saber:

- 1ª Categoria:** Espiritualidade na visão de enfermeiros da atenção básica à saúde;
- 2ª Categoria:** Produção do cuidado na dimensão espiritual;
- 3ª Categoria:** Espiritualidade como referência na promoção da saúde, na perspectiva do direito à diversidade de práticas religiosas e equidade étnica.

4.1 Narrativas

Na sequência, apresentaremos as narrativas transcritas das sete colaboradoras da pesquisa com os seus respectivos pseudônimos. Em seguida a este item, serão exibidas as categorias temáticas propostas para análise, onde os aspectos fortes e frágeis do estudo que forem sendo identificados serão discutidos, à luz da literatura pesquisada.



Rosa, 34 anos, de religião católica, olhar sereno e acolhedor, transmitindo paz. Acompanha 800 famílias cadastradas na área urbana e aparenta ser responsável em suas práticas. A entrevista ocorreu na Unidade de Saúde da Família (USF), onde trabalha. A colaboradora demonstrou sensibilidade e entusiasmo ao participar do estudo. Disse não ter recebido preparo para cuidar da dimensão espiritual do cliente na graduação e nem nas pós-graduações, realizadas na área de Obstetrícia e Saúde da Família.

Tom vital: “Perceber o usuário como um todo”.

Espiritualidade é a busca de compreender o ser humano, que é o outro em sua totalidade! Espiritualidade para mim é também um desejo maior de ajudar as pessoas; envolve a gente se colocar no lugar da pessoa que necessita de cuidados. Na minha concepção espiritualidade tem relação com a integralidade e a humanização no cuidado. Tal relação é expressa como processo e valor no diálogo profissional-usuário. Se o ser humano for atendido sem essa visão, fica faltando o profissional perceber o usuário como um todo.

Eu nem sempre emprego meus valores religiosos no cuidado aos usuários, mas quando o caso exige, sim. Falo: “vamos ter paciência; Jesus sempre está com a gente; todos nós temos problemas; pode contar comigo; dentre outras coisas”. Respeito à crença de cada pessoa e elas não são obrigadas a aceitar a minha.

Eu cuido da dimensão espiritual quando atendo o usuário chamando pelo nome, procurando saber condições de moradia e trabalho, a qualidade das relações familiares, expectativas em relação à vida, dentre outras questões. Quando identifico indícios que o paciente está com “problemas a mais, ou seja, crise espiritual”, como depressão, falta de propósito na vida, recusa de se comunicar, insônia, perda de fé, dentre outros comportamentos, seja idoso, mulher, criança ou adolescente, acolhemos, dou uma maior atenção, intensifico a visita domiciliar e a do Agente Comunitário de Saúde (ACS), e monitoro a situação. Cito o caso de uma criança que estamos desconfiando que o pai a abuse sexualmente. Uma enfermeira da Policlínica que atende 24 horas me disse ter dado um remédio para ela dormir, porém placebo. A menina dormiu a noite toda. O pai, que trabalha à noite, chegou na Policlínica às 5 horas da manhã atrás dela, dizendo que ela não dorme sem Diazepam. Ele não deixa ninguém falar com essa criança de 12 anos. O Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF) me procurou para saber sobre esse caso. Entendo que a responsabilização com o atendimento é também espiritualidade!

Não valorizo práticas de raízes afrodescendentes. Visitei uma senhora que é ligada à Umbanda, com uma ACS da área e percebi que o quarto dela estava cheio de bonecos de pano espetados e um gato preto acorrentado sugerindo ser práticas de magias negras ou feitiços. A agente já sabia algo a esse respeito. Eu fiquei aterrorizada e a ACS também. Fiz as orientações relacionadas com a saúde e ainda falei de Jesus, sem ferir a sua religião e o seu modo de viver. Ela nos recebeu bem.



Jasmim, 26 anos, evangélica fervorosa, concluiu o Curso em 2009, na cidade de Curitiba, capital de Paraná. Demonstrou conhecimentos acerca da sistematização dos cuidados em Enfermagem e sobre o SUS. Concedeu entrevista na Unidade de Saúde da Família (USF) da área rural, onde acompanha 900 famílias cadastradas. É expressiva ao falar e defende suas ideias com convicção.

Tom vital: “Espiritualidade, integralidade e humanização têm aproximações entre si”.

Espiritualidade é algo que não é físico nem psicológico, é divino! Espiritualidade é uma dimensão que se conecta a algo superior.

Para mim, espiritualidade, integralidade e humanização têm aproximações entre si. No cuidado, espiritualidade e integralidade se interpenetram e se expressam pela atitude ética e acolhedora do profissional junto ao usuário-cliente e família. Isso para mim é integralidade!

Eu cuido da espiritualidade do usuário após estudo do seu histórico. Às vezes, identifico comportamento de angústia e desesperança pelo semblante triste, queixas excessivas, desvalorização da autoestima, dentre outros. Aí, percebo que ele precisa de uma palavra sobre Deus, além de outras necessidades. Às vezes, os usuários veem ao serviço buscar ajuda não só física, e sim, espiritual. Se for avaliado o problema dele sem observar o lado espiritual, ele vai sair da mesma forma que entrou e o seu problema, de ordem subjetiva, não terá sido resolvido.

A comunicação me possibilita identificar problemas físicos, espirituais ou psicológicos. Quando é físico, encaminho ao médico, pois tem os medicamentos e exames a serem prescritos. Quando é psicológico, encaminho para o serviço de psiquiatria ou psicologia. Se for espiritual, falo de Jesus e assim alimento a sua confiança na solução de seus problemas.

Eu tenho conhecimento de algumas pessoas que se utilizam de chás, garrafadas, banhos de ervas, passes, água benta, rezas, dentre outros rituais, em busca de saúde. Porém, observo que alguns, ao aderir as tais práticas, às vezes recusam os medicamentos, especialmente àqueles de uso contínuo. Isso se torna um problema. Alguns acreditam que vão ser curados pelos espíritos ou xamãs. Eu não valorizo essas crenças, nem suas práticas.



Tulipa, 67 anos, de religião evangélica, com aparência alegre e ar de esperança. Expressiva ao falar, demonstra ser articuladora e sensível para lidar com a classe popular menos favorecida pelo poder econômico. A entrevista foi concedida no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), onde acompanha em média 40 usuários, sob seus cuidados.

Tom vital: “Lemos texto da bíblia para o dia, discutimos para saber como cada um interpreta e cantamos para louvar e agradecer a vida ao Senhor”.

A espiritualidade é ligada à religião formal e serve para orientar as pessoas no que for necessário. É instrumento de orientação religiosa. É foco para se ligar a Deus. Espiritualidade no cuidado envolve a prestação de informações positivas e necessárias ao usuário. Abrange também uma relação de confiança entre o profissional e usuário. Daí se percebe a afinidade com a integralidade e humanização defendida pelo SUS.

Eu cuido da espiritualidade dos usuários, a partir de minha visão religiosa e observo melhoras significativas neles.

O usuário assistido em sua totalidade implica cuidar também do seu espírito e de como ele deve se comportar na igreja, família e sociedade. Essa lógica é utilizada desde o primeiro contato com o usuário e familiar, no momento da admissão ao CAPS. Na segunda-feira, a gente pergunta como eles se relacionaram com os familiares e amigos no final de semana. Aí vai se percebendo como eles passaram o sábado e o domingo e como estão. Em seguida, lemos um texto da bíblia para aquele dia, discutimos para saber como cada um interpreta e cantamos para louvar ao Senhor e agradecer a vida. Depois, eles vão participar de oficinas de artes e/ou pinturas, além de atividades de cunho lúdico, como: bingos integrativos, jogos de dominó e outras. Também comemoramos com festa, os aniversários. No almoço se ora para agradecer o alimento. Isso é a rotina! Com essas ações obtivemos resultados positivos. A exemplo, uma paciente que tinha vontade de bater nas pessoas por ouvir vozes, e, em outros momentos ela não queria falar com ninguém e se escondia debaixo da cama. Hoje é

outra pessoa com o cuidado da dimensão espiritual. Hoje, ela é consciente do seu problema e lida melhor com ele e com as pessoas.

No grupo assistido pelo CAPS, desconheço a existência de práticas de raízes indígenas e afrodescendentes. Porém, tenho conhecimento que é para se respeitar e valorizar todas as formas de crenças como: Candomblé, Espiritismo e outras.



Orquídea, 43 anos, é evangélica, atua na área rural, com 575 famílias cadastradas sob seus cuidados. Apresentou-se perseverante no desejo de desempenhar positivamente o seu papel social de enfermeira em um território marcado pelos conflitos de posse da terra dos grupos étnicos, tanto dos afrodescendentes, como de indígenas Tabajaras.

Tom vital: “Existe relação entre espiritualidade, integralidade e a humanização”.

Eu penso que espiritualidade é ligada à religião formal. Mas, não é ir apenas para a igreja: orar ou rezar! Espiritualidade ou religião é tudo na vida de uma pessoa. Envolve a gente ajudar o outro e também pensar em si. O amor ao próximo é fundamental na minha relação com o enfermo e seus familiares. Na minha profissão, se não fosse esse amor, eu não estaria aqui! Percebo claramente a existência da relação entre espiritualidade, integralidade e humanização. Essas palavras andam juntas, uma puxa a outra, mediada pelo diálogo nos momentos de doenças graves entre profissional e usuário.

Atendo os usuários a partir de meus valores religiosos na Unidade e nos domicílios. Procuro compreender a situação apresentada por eles, depois encaminho quando for o caso, e conforto na medida do possível, quando o espiritual necessita. Em meu ver, às vezes, uma palavra pode ajudar muito uma pessoa que naquele momento está precisando.

Eu cuido da espiritualidade do cliente, observando o ânimo ou a subjetividade, que a meu ver é à dimensão espiritual dele. Observo ainda a satisfação das necessidades de saúde física e emocional através da interação com ele.

Na minha área tem 575 famílias, estando inclusas duas comunidades de Quilombolas que são remanescentes de afrodescendentes: Gurugi e Ipiranga. Algumas pessoas dessas comunidades produzem remédios fitoterápicos, como: pomadas, lambedores e outros. Esses grupos não aceitam bem a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Disseram-me que por serem Quilombolas, deveriam ter uma ESF diferenciada. Giselda, líder do grupo reclama, dizendo que já deveria ter sido implementada. Sandra, que é outra líder me pergunta se eu recebo

salário diferenciado, pois a partir de 80 famílias era para ter uma equipe específica. É uma regra deles. Eles apresentam “o coco de roda e ciranda” nos primeiros sábados de cada mês. Vem muita gente da UFPB, turistas e também da região para essa manifestação cultural. Às vezes, o grupo se apresenta fora do Estado.

Os valores mudaram, não existem valores como os de antigamente. Agora é tudo muito moderno, é tudo mais fácil, mais simples e o povo deixou de ter os cuidados como antigamente. Eu tenho uma cliente que frequenta o Centro Espírita de Alhandra, que é próximo daqui. Lá, o médium recebia o espírito do Pai Inácio, escravo da Bahia e prescrevia até medicamentos. Às vezes, ela mostra a receita e eu fico calada. Fazer o quê? Particularmente, não concordo. Ela arruma um carro e sai daqui cheio de gente para se consultar com esse Sr. Inácio. Soube até que ele morreu recentemente, mas foi substituído. Aqui próximo em Jacumã, tem um Centro Espírita chamado Chico Xavier. Muita gente da área vai também lá. Aqui tem algumas rezadeiras e macumbeiros na região.



Dália, aos 41 anos, católica, é graduada em Pedagogia e Enfermagem, desde 2006. Tem 1600 famílias cadastradas sob sua responsabilidade. É expressiva ao falar e possui olhar acolhedor. Concedeu entrevista no local de trabalho com alegria.

Tom vital: “Escuta de sentimentos dos usuários-clientes”.

Espiritualidade é algo além do corpo físico. É ligada a Deus, criador de todas as coisas e tem a ver com a subjetividade de cada pessoa. Entendo que a espiritualidade é parte da integralidade do ser e da humanização preceituada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Cuido da espiritualidade dos usuários apoiada em minha crença, junto aos que se sentem desesperançados devido às doenças crônicas e com aqueles que se encontram incapacitados fisicamente, sem aceitar a situação.

O cuidado da dimensão espiritual do usuário realizada por mim envolve a escuta de seus sentimentos, às vezes me sinto impotente, daí respiro! Depois explico que eles precisam acionar a força e a esperança em Deus, além de prestar outras orientações. Cito como exemplo, o caso de uma mulher mãe de três filhos com gravidez indesejada que queria fazer o aborto de todo jeito. Com muita conversação, repensou e desistiu de abortar. A espiritualidade faz a diferença no assistir e a comunicação flui melhor. Outro caso é de uma senhora em fase terminal devido a um câncer. Rotineiramente ia à sua casa e não falava muito com ela, mas conversava muito com os seus familiares. Ouvia suas queixas, tirava suas dúvidas e aconselhava como orientava sobre os cuidados que eles deviam ter. Pedia para terem paciência e o relacionamento deles foi melhorando e o morrer dela se tornou mais digno. Outra situação é de um paciente de 24 anos, sofreu uma lesão na coluna aos sete anos de idade e vive acamado todos esses anos. Utiliza sonda vesical de demora e tem várias escaras. Ele já está muito estressado e os familiares também. É uma situação desafiadora para mim e para a equipe. Eu assisto essa família e percebo como todos sofrem e ficam desesperados! Digo para a mãe: “eu sei que é difícil para você e os demais da família, mas pense que é muito mais difícil para ele”. Tento levar a essa família, uma palavra de conforto e tiro suas dúvidas em

relação aos cuidados. Até, em casa fico pensando na situação dele! O fato de se acreditar em Deus ajuda muito no enfrentamento de situações dessa natureza. Com os idosos da área realizo roda de conversação para troca de experiências e em seguida, fazemos algumas brincadeiras e um lanche com frutas para comemorarmos os aniversários deles e/ou as datas comemorativas. Eu não valorizo, por desconhecer o uso pelas famílias de práticas populares de raízes indígenas e afrodescendentes, aqui na área. Mas, sabe-se que alguns idosos se utilizam de chás de ervas e benzeduras. Nas consultas, eles ficam calados.



Margarida, 45 anos, católica e com aparência jovial, demonstra sensibilidade e abertura para a dinâmica do outro. É comunicativa, demonstra jeito para lidar com a comunidade. Há 11 anos atua na área rural e tem 390 famílias cadastradas, sob sua responsabilidade. Concedeu a entrevista na Unidade que atua e demonstrou interesse em participar do estudo.

Tom vital: “Cuido dos usuários sempre a partir do meu olhar religioso. Não recebi orientações específicas para tal assistência na formação”.

Espiritualidade é um tema bem complexo, tem sentido amplo. Para mim, espiritualidade é a gente ter crença em algo e sentir-se seguro. É a fé interior de cada um! É uma força interior que anima o viver de cada um, é energia. A espiritualidade e a tecnologia leve estão interligadas com a integralidade, especialmente como processo, valor, devido à interação e o vínculo estabelecido com o usuário.

Cuido dos usuários sempre a partir do meu olhar religioso. Não recebi orientações específicas para tal assistência no decorrer da formação. Mas, tento respeitar a religião de cada um. Sou católica! Várias vezes fui convidada, pelos evangélicos para participar de seus eventos. Participei de alguns e foi gratificante. Tenho um vínculo harmonioso com todos.

Eu cuido da dimensão espiritual ao acolher e compreender a subjetividade do outro, esta se expressa através da comunicação verbal e não verbal. Às vezes o paciente chega à Unidade e não tem problema de ordem biológica, vem só para desabafar, ou por carência afetiva. Escuto e puxo pelas suas inquietações, daí percebo que lá no fundo, existe uma dor e a conversa vai aliviando. Aí a pessoa sai mais leve, por se sentir compreendida. E em outro momento, chega e diz: “dei a volta por cima”. Isso é gratificante!

Uso essa visão de cuidado também no domicílio junto aos usuários acamados, a fim de apoiá-los. Energizo-os através do toque e da palavra, dessa forma estímulo a melhora da autoestima, seguro na mão, olho nos olhos e puxo conversa de acordo com a situação. Apoio

espiritual para mim é conquistar o paciente para reagir em favor de sua vida. Cito o caso de uma mulher de meia idade com Acidente Vascular Encefálico (AVE) que se encontrava acamada e com depressão, ficava toda coberta com o lençol, sem querer falar com ninguém e nem tomar os remédios. Ao chegar à sua casa, ela não quis falar comigo. Fiquei alguns minutos ao lado da sua cama falando de como ela era comunicativa, trabalhadora e de sua importância na família e comunidade. Relembrei algumas brincadeiras por ela vividas e aos poucos a cabeça foi descoberta. Eu acariciei sua mão e olhando nos olhos, ressalttei a sua importância. Enfim, ela ficou falando com as pessoas e passou a aceitar os medicamentos.

Eu desconheço práticas religiosas de raízes indígenas utilizadas para a saúde. Os índios daqui são esquisitos, são pessoas como nós, porém desconfiados. Trato bem todos. Fiz visita em uma de suas residências, havia uma jovem gestante e fui bem recebida. Sou comunicativa, então eles vão se soltando aos poucos. Preciso de treinamento da Fundação Nacional de Assistência ao Índio (FUNAI), para melhor lidar com eles. Na minha formação, a espiritualidade indígena, nem a afro foram abordadas. Aqui na área, segundo a agente de saúde, tem algumas rezadeiras, que são procuradas para rezar crianças e uma parteira leiga muito idosa.



Magnólia, 37 anos, evangélica, com traços meigos. Trabalha na Unidade de Saúde da Família (USF) e acompanha 1.000 famílias. Demonstra postura acolhedora, refere ter respeito ao direito à diversidade, entretanto opta pela não valorização das diferenças, em relação aos grupos étnicos.

Tom vital: “Busca manter uma postura de neutralidade na prestação do cuidado”

Espiritualidade é ligada ao Deus que se crê! É dimensão subjetiva do ser humano que anseia por liberdade e dignidade. Eu percebo que o cuidado da espiritualidade do usuário envolve o uso da tecnologia leve. Para mim, espiritualidade é imbricada com o princípio da integralidade e as diretrizes de humanização defendida pelo SUS. Na minha prática, tento não misturar as coisas. Considero o contexto cultural e social de cada usuário. Evito discriminar as diversidades de gênero, de etnia, de geração, de orientação sexual, e, sobretudo, de religião. Busco manter uma postura de neutralidade na prestação do cuidado.

Cuido da espiritualidade dos clientes, a partir de minhas crenças nos casos de morte de alguém das famílias e de diagnósticos graves de usuários, sob a minha responsabilidade. Deixar a fé pessoal de fora nesses momentos é difícil. Procuro sempre prestar assistência aos enfermos e/ou seus familiares, seja, na Unidade ou nos domicílios demonstrando atitude ética, carinho e atenção. Quando ocorre morte de paciente da área, visito os seus familiares, pois a presença de um dos profissionais da equipe, junto à família é significativa para amenizar o sofrimento da perda. Visito também os pacientes acamados, em estado grave ou não, para prestar informações aos familiares em relação aos cuidados a serem prestados e acompanhar o quadro clínico, além dos procedimentos que realizo.

Quanto às práticas de espiritualidade ou religiosidade de raízes indígenas e afrodescendentes, entendo e respeito, mas não valorizo como as dos grupos Quilombolas existentes no município. Porém, em minha área não há vivências dessas práticas.

4.2. Categorias temáticas de análises

Procederemos com a análise e discussão do material empírico que delineou as categorias temáticas. Estas foram extraídas a partir dos núcleos de sentidos identificados. A seguir as três categorias definidas serão analisadas e discutidas à luz da literatura selecionada.

4.2.1 Espiritualidade na visão de enfermeiros da atenção básica à saúde

Iniciaremos nesta primeira categoria, a análise das narrativas das colaboradoras do estudo ponderando pontos fortes e frágeis identificados. Suas experiências profissionais na atenção básica à saúde se revestem de importância, quando consideramos que a ação de cuidar é compreendida como uma relação permeada de interações intersubjetivas ricas e dinâmicas que exige tanto a racionalidade, quanto as relações interpessoais ou tecnologias leves.

Apresentamos a seguir, os sentidos atribuídos sobre espiritualidade pelas entrevistadas; as orientações espirituais percebidas nos fragmentos narrativos conforme o referencial teórico pesquisado.

Espiritualidade é ligada à religião e serve para orientar as pessoas no que for necessário. É um instrumento de orientação religiosa. É foco para se ligar a Deus (**Tulipa**).

Espiritualidade é algo além do corpo físico. É ligada a Deus, criador de todas as coisas e tem a ver com a subjetividade de cada pessoa (**Dália**).

Eu penso que espiritualidade é ligada à religião formal. Mas, não é ir apenas à igreja: orar ou rezar! Espiritualidade ou religião é tudo na vida de uma pessoa. Envolve a gente ajudar o outro e também pensar em si. O amor ao próximo é fundamental na minha relação com o enfermo e seus familiares. Na minha profissão, se não fosse esse amor, eu não estaria aqui (**Orquídea**).

Nestes fragmentos, observamos que a visão de espiritualidade é de perspectiva **teológica**. As evidências são demonstradas por dois movimentos dinâmicos e distintos: um movimento ascendente de ligação com Deus pela religião professada, a qual envolve ritual e crença de influência Judaico-cristã e outro horizontal que, se caracteriza pela dimensão existencial: “ajudar o outro”.

No entanto, esse tipo de espiritualidade na prestação de serviço do setor público é questionado pela possibilidade de ferir preceitos constitucionais de laicidade com a ocorrência de proselitismo. Contudo, religiosidade e espiritualidade podem estar relacionadas, mas não

são sinônimos. Não se pode negar que a religião é um meio utilizado para proporcionar segurança, consolo, sociabilidade, distração, status e auto absolvição de culpas. Porém, a individuação e o desabrochar pleno da existência humana ocorre pela indução competente da dimensão espiritual (FRANKL, 2005).

Para Boff (2010), a espiritualidade possui um sentido mais amplo do que religião. A religiosidade é apenas uma expressão da espiritualidade. Ela envolve um sistema de cultos, dogmas e doutrinas que são compartilhados por um grupo, e, portanto, tem características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorais específicas com seus símbolos. Já a espiritualidade está relacionada com transcendência, com questões definidoras sobre significado da vida e com a percepção de que há mais na vida do que aquilo que pode ser visto ou entendido.

Entretanto, a fala de **Orquídea** revela uma particularidade relevante da espiritualidade quando diz:

[...] Espiritualidade é ligada à religião. Mas, não é ir apenas à igreja: orar ou rezar!

A espiritualidade, como parte inerente do ser, exige que o sujeito transforme-se, torne-se outro para acessar a verdade/iluminação. Há um preço a pagar pelo conhecimento que põe em jogo o ser mesmo do sujeito. Esse preço é a transformação, sem o que não há acesso à verdade/centralidade do ser. A conversão arranca o sujeito de sua condição atual. Ela é um movimento de ascensão do sujeito e de vinda da verdade que o ilumina (FOUCAULT, 2010).

Espiritualidade é a busca de compreender o ser humano, que é o outro em sua totalidade! Espiritualidade para mim é também um desejo maior de ajudar as pessoas; envolve a agente se colocar no lugar da pessoa que necessita de cuidados (**Rosa**).

Espiritualidade é algo que não é físico, nem psicológico, é divino! É uma dimensão que se conecta a algo superior (**Jasmim**).

Essas falas sugerem pensar em espiritualidade racionalizadora ou naturalizada ou leiga, que segundo o filósofo Solomon (2003) é um modo peculiar de estar no mundo e de preocupação pelos outros. Concebe “a vida como um bem maior ou valor” e por meio dela,

reencanta o viver cotidiano. É ainda de natureza transreligiosa por prever o respeito ao outro, independente da crença e/ou da não crença.

Esse tipo de espiritualidade tem como base a confiança na dimensão cósmica. Evoca a leveza do ser e instiga o debate sobre felicidade alcançada através de status social, consumismo, traição e perdão. Caracteriza-se por “um amor bem pensado à vida”, isto é, um comprometimento de vivê-la intensa e proveitosamente e em todos os momentos extrair aquilo que é importante para o crescimento, mesmo em fase de sofrimento. Essas ideias são compartilhadas ainda por Boff (2009a), Foucault (2010), Ricoeur (1991), dentre outros.

A alteridade é um termo cuja semântica se alimenta de uma relação com o mesmo e o outro. Deste modo, a questão da alteridade por ser universal, convoca todos a uma dinâmica dialética para o interior do processo de pensar, introduzindo nele uma estrutura inquietante, de confrontos e de determinações recíprocas (RICOEUR, 1991; FREI BETO; BOFF, 2010).

A confiança é um atributo que fornece sustentação ao bem-estar emocional do indivíduo e é determinante no desenvolvimento de qualquer tipo de espiritualidade. Ao se argumentar sobre confiança, concebemos logo que esta não envolve somente aquilo que tange à segurança física e à satisfação de necessidades básicas, mas também a segurança na própria existência e no lugar que se ocupa no mundo.

Desse modo, o que faz uma pessoa espiritualizada é a subjetividade apaixonada ao aderir a um projeto maior que o indivíduo, assim como um militante adere a um movimento popular ou partido de esquerda, sem que espiritualidades culturais de grupos étnicos e religiosos do mundo moderno pluralista sejam de alguma forma agredidas. Isto é um tipo de espiritualidade leiga, entendida como constituição de si por si mesmo e como preço a pagar pela verdade. Esse ascese pode ser discutido em ambientes seculares e sob parâmetros seculares (FOUCAULT, 2010).

Essa concepção de espiritualidade também encontra respaldo em Frankl (2010) quando diz, “o homem se configura como humano na busca de propósito para o vazio existencial e a dimensão espiritual é o núcleo das dimensões humanas, além de ser superior às outras: a psicológica e a biológica”.

Espiritualidade é um tema bem complexo, tem sentido amplo. Para mim, espiritualidade é a gente ter crença em algo e sentir-se seguro. É uma força interior que anima o viver de cada um, é energia (**Margarida**).

Este olhar se aproxima da espiritualidade **energética**, por envolver o sentir. Essa perspectiva transcende a religião e seus dogmas. Pode ser concebida como algo subjetivo e

abstrato que deriva do senso de união como uma força de ordem superior, daí ser possível pensar em termos de energia vital. No oriente, a perspectiva energética do corpo é caracterizada por um tipo de energia animadora da vida, idealizada como um campo energético ao redor do corpo.

Cientistas dedicam-se estudar a Física das energias sutis (invisíveis, impalpáveis, mas reais) reconhecendo que são muitas as dimensões da realidade, à semelhança de planos que se interseccionam e se superpõem, com constante relação de interdependência entre todos eles. Segundo Moraes (2011, p.185), “tudo no universo é energia; somos seres humanos, campos energéticos integrados ao imenso campo energético universal”.

As técnicas de toque terapêutico (imposição das mãos) sistematizadas pela enfermeira americana Dolores Krieger utilizam o princípio da polaridade energética. Esse método é capaz de abrir pontos possivelmente bloqueados atuando como um relaxamento capaz de curar e ou estimular a vitalidade. A medicina chinesa concebe duas correntes: positiva e negativa, que quando estão em completo equilíbrio, significam estado de saúde. Os orientais conhecem bem os canais através dos quais essas energias fluem diferentemente dos ocidentais. Outras técnicas são utilizadas como Reike, Johrei (religião messiânica), Passe (espírita), orações com imposição das mãos (carismática católica, evangélica, culto de jurema e outras).

Espiritualidade é ligada ao Deus que se crê! É dimensão subjetiva do ser humano que anseia por liberdade e dignidade (**Magnólia**).

Tal fragmento sugere refletir o direito à diversidade de práticas religiosas e se alinha com a espiritualidade de perspectiva libertadora. Este sentido é de cunho inclusivo e se insere na crença e no culto dos grupos católicos da América Latina, denominados Comunidades Eclesiais de Base. Estas comunidades buscam fortalecer os valores como democracia, igualdade, justiça e cidadania apoiada pelo Concílio do Vaticano II ocorrido em 1960 e pela Teologia da Libertação (BOFF, 2010).

Enfim, as visões reveladas sobre espiritualidade são congruentes com Frankl (2005, 2011) e Boff (2006, 2009, 2010) quando afirmam que: a experiência humana, essencialmente, está orientada para além de si mesmo, para algo ou alguém; considerando ser fundamental entregar-se o homem a uma obra a que se dedica, a uma pessoa a quem ama, ou a um Deus a quem serve. Para esses autores, há no mundo em potencial sentidos a serem revelados, eles devem ser procurados e encontrados por conta própria de cada um. “O indivíduo precisa de ‘algo’ em função do qual viver. Os sentidos são únicos em cada situação e são também

mutáveis. Mas, não faltam nunca. A vida não deixa jamais de ter sentido” (FRANKL, 2005 p.31-33).

Ainda nesta primeira categoria, observamos que todas as entrevistadas reconhecem a existência de interligação da espiritualidade com a integralidade e humanização. Os fragmentos que expressaram tal relação no cotidiano da produção de cuidado foram agrupados e transcritos a seguir:

A espiritualidade tem relação com a integralidade e a humanização no cuidado. Tal relação é expressa como processo e valor no diálogo profissional-usuário. Se o ser humano for atendido sem essa visão, fica faltando o profissional perceber o usuário como um todo **(Rosa)**.

A espiritualidade e a tecnologia leve estão interligadas com a integralidade, especialmente, como processo devido à interação e o vínculo estabelecido com o usuário **(Margarida)**.

Percebo claramente a existência da relação entre espiritualidade, integralidade e humanização. Essas palavras andam juntas, uma puxa a outra, mediada pelo diálogo nos momentos de doenças graves entre profissional e usuário **(Orquídea)**.

O núcleo de sentido que permeia estes fragmentos é o **diálogo** e encontram fundamento em Gadamer (2006, p.133), quando diz, “a palavra diálogo implica o falar com alguém, o qual responde a seu interlocutor. Esse tipo de interação é inseparável do profissional-cliente. É parte do cuidado e do tratamento da doença de um indivíduo”. Gadamer, considerado filósofo do diálogo, ainda ressalta que o objetivo do diálogo é, além de tudo buscar juntos, entender e construir uma concepção de mundo que seja de ambos.

Assim, a comunicação se torna fundamental e a fusão de horizontes acontece. Se há uma transformação no indivíduo que está falando e no outro que está escutando, se estabelece o diálogo de perspectiva transformadora. E isto é um dos sentidos da espiritualidade: promover a transcendência.

Contudo, não existe uma perspectiva ideal de encontro, como a ideia de um símbolo de duas metades. Para Gadamer, todo outro em sua alteridade está sempre além do ‘tu’ que o indivíduo conhece. Assim, a arte de compreender e interpretar do profissional implica na capacidade para o diálogo. Refere-se antes à impossibilidade de alguém abrir-se para o outro e encontrar nesse outro uma abertura para que o fio da conversa possa fluir livremente.

No cuidado, espiritualidade e a integralidade se interpenetram e se expressam pela atitude ética e acolhedora do profissional junto ao usuário-cliente e família. Isso para mim é integralidade! **(Jasmim)**.

Essa fala evidencia a integralidade como valor (atitude ética) e resulta na recusa a objetivação dos sujeitos e na afirmação de abertura para o diálogo. Esse sentido é defendido pelos pesquisadores do LAPPIS/CNPq e está presente no encontro, na conversa, em um gesto e na atitude do profissional, que busca prudentemente reconhecer o outro em sua subjetividade, ou seja, para além das demandas explícitas (PINHEIRO e MATTOS, 2009).

Também tem haver com a resolução de problema (MERHY, 2004). A integralidade no cuidado não pode ser percebida como atributo da prática biomédica, mas como um valor, processo e bandeira de luta na perspectiva da cidadania. A integralidade está presente na preocupação do profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos (AYRES, 2009; PINHEIRO, 2002; CECÍLIO, 2001; MERHY, 2004; DESLANDES, 2010).

Espiritualidade no cuidado envolve a prestação de informações positivas e necessárias ao usuário. Abrange também uma relação de confiança entre o profissional e usuário (**Tulipa**).

Entendo que a espiritualidade é parte da integralidade do ser e humanização, defendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (**Dália**).

Eu percebo que o cuidado da espiritualidade do usuário envolve o uso da tecnologia leve. Para mim, espiritualidade é imbricada com o princípio da integralidade e com as diretrizes da humanização defendida pelo SUS (**Magnólia**).

Tais percepções admitem que o ser humano se imponha pela necessidade das tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento e de vínculos. Merhy (1997) reconhece que as tecnologias em saúde não estão totalmente vinculadas a um equipamento tecnológico e classifica-as como: leves, leves-dura.

Assinalamos que, as tecnologias leves no setor saúde são ferramentas de trabalho na produção de cuidado e são representadas pelas diretrizes de humanização no SUS. Segundo os pesquisadores do LAPPIS, como Pinheiro e Mattos (2004), o cuidado deve ser compreendido como uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde, como o direito de Ser. É o tratar, o respeitar, o acolher e o atender ao ser humano em seu sofrimento, em grande medida, fruto de sua fragilidade social. Porém, lembramos que junto ao sofrimento há possibilidades de conquista interior pela aprendizagem, desde que o cuidado da dimensão espiritual seja eficaz para induzir as transformações que o sujeito deve passar para alcançar a liberdade.

Para Frankl (2010), a existência do ser humano é algo essencialmente espiritual e a realização dessa existência envolve elementos tanto fisiológicos como psicológicos. Corpo e mente, embora integrem uma unidade psicofísica, não constituem a totalidade humana, que acontece somente com a existência pessoal espiritual, visto que esta se realiza completamente na dimensão espiritual.

O enfermeiro para cuidar da dimensão espiritual do outro precisa encontrar o seu próprio sentido de existir como forma de retroalimentar a sua capacidade de conduzir o cuidado ao outro observando e valorizando as características da totalidade de cada ser humano. Assim, o processo ocorre de forma espontânea, estando longe da “obrigação” rotineira que caracteriza a ação de muitos profissionais de enfermagem, transcendendo a ação mecânica de cuidar, valorizando a dimensão espiritual do ser humano.

O fragmento da fala a seguir expressa um pouco esse sentido:

No atendimento ao usuário escuto, e puxo pelas suas inquietações, daí percebo que lá no fundo existe uma dor e a conversa vai aliviando. Ai a pessoa sai mais leve por se sentir compreendida. E em outro momento diz “dei a volta por cima, sou outra pessoa (...)”. Isto é gratificante! **(Margarida).**

A transcendência expressa pela espiritualidade na vivência também nos remete a pensar na teoria do apoio social. Esta parte da premissa de que se a origem das doenças está nas emoções, “a solução dos problemas de saúde estaria relacionada com as mesmas. Dessa forma, ocorre melhoria na saúde das pessoas quando elas podem contar com o apoio de um grupo”. Geralmente esse apoio se dá em torno de uma instituição, onde ocorrem encontros sistemáticos entre as pessoas (VALLA, 2011, p.318).

Tal forma de cuidar da dimensão espiritual humana nos leva a conceber a espiritualidade proporcionando experiência tonificante e luminosa. Esta pode ser vivida no exercício da ciência, da filosofia, da arte e também no da religião, e em especial a natural.

Daí ser importante para o enfermeiro desenvolver a sua espiritualidade em uma perspectiva transreligiosa, quase que como uma pré-condição para o cuidar de outro ser humano nessa busca. Segundo Huf (1999, p.23) “a assistência espiritual torna-se uma realidade vivenciável na prática, na qual enfermeiro e cliente encontram o seu sentido de vida e autotranscendem a situações de dor, sofrimento e morte”.

4.2.2 Espiritualidade na produção do cuidado da dimensão espiritual

Procederemos com a segunda categoria temática de análise. Esta cumpre a finalidade de discutir as narrativas das colaboradoras do estudo atinentes a produção do cuidado junto os usuários na perspectiva da integralidade do ser.

A seguir serão expostos os fragmentos atinentes à questão: Você cuida da dimensão espiritual dos clientes, a partir de seus valores religiosos?

Nem sempre emprego meus valores religiosos no cuidado aos usuários, mas quando o caso exige, sim, falo “vamos ter paciência, Jesus sempre está com a gente, todos nós temos problemas, pode contar comigo, dentre outras coisas”. Respeito à crença de cada pessoa e elas não são obrigadas a aceitar a minha **(Rosa)**.

Eu cuido da espiritualidade do usuário após estudo do seu histórico. Às vezes identifico comportamento de angústia e desesperança pelo semblante triste, queixas excessivas, desvalorização da autoestima, dentre outros. Aí percebo que ele precisa de uma palavra sobre Deus, além de outras necessidades **(Jasmim)**.

Cuido dos usuários a partir da minha visão religiosa e observo neles melhoras significativas **(Tulipa)**.

Atendo os usuários a partir de meus valores religiosos na Unidade e nos domicílios. Procuro compreender a situação apresentada por eles, depois encaminho quando for o caso, e conforto na medida do possível, quando o espiritual necessita. Em meu ver, às vezes, uma palavra pode ajudar muito uma pessoa que naquele momento está precisando **(Orquídea)**.

Cuido da espiritualidade dos usuários apoiada em minha crença, junto aos que se sentem desesperançados devido às doenças crônicas e com aqueles que se encontram incapacitados fisicamente, sem aceitar a situação **(Dália)**.

Cuido do espiritual do cliente sempre considerando o meu olhar religioso, pois não recebi orientações específicas para a assistência dessa dimensão durante a formação. Tento respeitar a religião de cada um. Sou católica, várias vezes, fui convidada pelos evangélicos para participar de seus eventos. Participei de alguns. Tenho um vínculo harmonioso com todos **(Margarida)**.

Cuido da espiritualidade dos clientes, a partir de minhas crenças nos casos de morte de alguém das famílias e de diagnósticos graves de usuários, sob a minha responsabilidade. Deixar a fé pessoal de fora nesses momentos é difícil **(Magnólia)**.

Nestas narrativas, observamos que todas utilizaram seus valores espirituais para prestar cuidado aos clientes que apresentaram manifestações de necessidades psicoespirituais. Estes fragmentos ainda revelam que os enfermeiros cuidaram da dimensão espiritual dos

clientes-usuários, porém sem considerar suas crenças. Isto indica que os contextos religiosos dos grupos étnicos e dos mestiços não foram considerados.

Esta forma de cuidar expressa uma dificuldade que está ligada à falta de preparo na formação e ao fato de que elas sintam estar traindo o seu credo em acolher as manifestações de fé, esperança e de religiosidade do outro, que são diferentes das suas.

Também esses fragmentos revelam a necessidade de uma educação permanente em serviço e ou na academia que possibilite problematizar as situações relacionadas com a temática e dessa forma buscar novas teorizações a fim de ampliar esse campo de saber. Talvez, desse modo, possa permitir aos enfermeiros vivificar e produzir um reencantamento na arte de cuidar, com mais respeito às diversidades de práticas religiosas ou espirituais dos grupos étnicos.

Margarida foi enfática em relação a essa questão. Resultados semelhantes foram encontrados por Benko e Silva (1996), ao investigarem a opinião de docentes de enfermagem sobre a assistência espiritual no ensino de graduação. Elas verificaram que existe falta de clareza na enfermagem sobre o que é espiritualidade, religiosidade e assistência espiritual.

O fenômeno do cuidar com atenção na dimensão espiritual não está relacionado à religião formal que se possui, e sim, em permitir a expressão da necessidade de crer, de ter fé em algum potencial que reside no íntimo da consciência humana. Assim, a dimensão espiritual seja do cuidador ou do cuidado precisa de acompanhamento e atenção diária para que a vida possa florescer em sua plenitude e a morte ser concebida, como parte da experiência humana e último estágio de desenvolvimento.

Gussi e Dytz (2008) consideram que independente da crença religiosa da enfermeira, ela deve conhecer as religiões de seus usuários-pacientes e por todas as maneiras devem encorajar e reforçar essas crenças e também conscientizá-los da própria energia interior.

No Brasil, segundo o Censo Demográfico de 2010, os dados sobre religião apontaram que depois de católicos e evangélicos, o maior grupo é o dos que se declaram sem religião, que representa 8% da população de 190,7 milhões de brasileiros. Entre os sem religião, 615 mil se declararam ateus e mais de 124 mil, agnósticos. Uma curiosidade importante é que 15,3 mil têm mais de uma religião, evidenciando assim o trânsito religioso, a existência do sincretismo e a busca do sentido da existência. A população espírita passou de 1,3% (2000) para 2% no ano de 2010. Os seguidores da umbanda ou do candomblé são 0,3%, o mesmo percentual registrado no levantamento anterior. Já 2,7% seguiam outras religiões e 0,1% da população não declarou ou não soube qual era sua religião.

No Conde-PB, também o Censo demográfico de 2010, mostrou as crenças religiosas em uma população de 21.400 habitantes. Contudo a predominância (14.635 pessoas) é da religião católica (67,%). Seguida pelas (4.659 pessoas) evangélica (21,7%), inclusas todas as denominações. Em terceiro lugar os que declaram (1.762 pessoas) não possuir religião (8,2%). Em quarto lugar ficou a religião espírita (1,8%). O quinto lugar com 0,09% a religião de tradições indígenas e o sexto lugar com outras religiões como, budismo e ortodoxo (IBGE, 2010).

A pouca expressividade da religião de tradições indígenas se atribui ao fato do Censo ter sido realizado por amostragem. Em recente estudo de Farias e Barcellos (2012, p.17) assegura “a existência de uma população de 750 indígenas Tabajaras no litoral sul do Estado paraibano (Conde, Alhandra, Caaporã e Pitimbu)”. Os autores apontaram que, em 2006 essa população entrou no processo de (re)organização da cultura e da religiosidade.

O Censo de 2010 também evidenciou a descrença na fé formal e o declínio das tradições. Essa descrença ainda confere características mutantes na relação das pessoas com o simbólico e o sagrado. Esses dados ainda revelaram a diversidade dos grupos religiosos, porém, não se pode negar que a tendência à intolerância religiosa existe. Para tanto, foi estabelecida por Lei Federal nº 11.635/07, a data 21 de janeiro como Dia Nacional de Combate à Intolerância Religiosa (BRASIL, 2007).

Daí se justifica a necessidade dos profissionais da saúde/enfermagem estarem atentos à pluralidade religiosa para acompanhar o desenvolvimento do potencial das pessoas sob seus cuidados como forma de contribuir com a efetivação do direito à diversidade de crença, da liberdade pela não opção por religião e da laicidade.

Koenig (2005) sugere questões para levantar a história espiritual de paciente religioso, desde que o profissional colete as informações de forma sensível e cautelosa: O paciente usa a religião para ajudá-lo a lidar com a doença? Ou a religião seria uma fonte de estresse? O paciente é membro de uma comunidade de apoio espiritual? O paciente tem alguma questão ou preocupação sobre problemas espirituais? O paciente tem alguma crença espiritual que possa influenciar positivamente o tratamento?

Para o paciente, sem religião ou crença na existência de Deus, budista, ateu, agnóstico, dentre outras, o autor referido sugere perguntar: Como o paciente lida com a doença ou sofrimento? O que dá um significado e propósito a sua vida? Quais crenças culturais podem ter impacto no tratamento da doença, e quais recursos sociais estão disponíveis para apoiá-lo em casa? Desta forma, informações vitais são colhidas pelo profissional sem ofender o paciente ou fazê-lo sentir-se pressionado ou desconfortável.

Levar em conta uma breve história espiritual é um ato necessário para que os profissionais se tornem familiares com as crenças de seus pacientes e como eles encaram o tratamento; para entender o papel que a espiritualidade tem no lidar com as doenças ou durante o estresse; identificar necessidades psicoespirituais que necessitem apoio, encorajamento e o devido acompanhamento.

Acreditamos que a integralidade do cuidado só existe se a religiosidade ou espiritualidade forem consideradas e respeitadas como sendo também condição para a qualidade de vida e autonomia do sujeito.

As discussões apresentadas representam um avanço na possibilidade de se alcançar a integralidade do Ser. Todavia, é preciso avançar na promoção da espiritualidade junto aos grupos vulneráveis de jovens e idosos para fomentar o autocuidado, o cultivo do sentimento de pertença de grupos étnicos, por conceber a saúde como fenômeno universal. As práticas eficazes de integralidade e espiritualidade são modos de agir no mundo, que expressam os valores internalizados dos indivíduos, através dos seus protagonismos, na busca por cidadania e qualidade de vida.

Continuando com as análises dos fragmentos narrativos ainda da segunda categoria, apresentaremos as vivências de cuidados na dimensão espiritual que convergiram com o quesito de corte do estudo: Conte para mim, como você cuida da dimensão espiritual dos usuários? Dê exemplo.

Inicialmente temos:

Eu cuido da dimensão espiritual quando atendo o usuário chamando pelo nome, procurando saber as condições de moradia e trabalho, a qualidade das relações familiares, expectativas em relação à vida, dentre outras questões. Quando identifico indícios que o paciente está com “problemas a mais, ou seja, crise espiritual”, como depressão, falta de propósito na vida, recusa de se comunicar, insônia, perda de fé, dentre outros comportamentos, seja idoso, mulher, criança ou adolescente, acolhemos, dou uma maior atenção, intensifico a visita domiciliar e a do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e monitoro a situação. Cito o caso de uma criança que estamos desconfiando que o pai a abuse sexualmente. Uma enfermeira da Policlínica, que atende 24 horas, me disse ter dado um remédio para ela dormir, porém placebo. A menina dormiu a noite toda. O pai, que trabalha à noite, chegou na Policlínica às 5 horas da manhã atrás dela, dizendo que ela não dorme sem Diazepam. Ele não deixa ninguém falar com essa criança de 12 anos. O Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF) me procurou para saber sobre esse caso. Entendo que a responsabilização com o atendimento é também espiritualidade! (**ROSA**).

A comunicação me possibilita identificar problemas físicos, espirituais ou psicológicos. Quando é físico, encaminho ao médico, pois tem os

medicamentos e exames a serem prescritos. Quando é psicológico, encaminho para o serviço de psiquiatria ou psicologia. Se for espiritual, falo de Jesus e assim alimento a sua confiança na solução de seus problemas (**Jasmim**).

Percebemos na forma de atendimento demonstrado por **Rosa e Jasmim**, evidências de aproximação do aspecto espiritual da saúde que reporta à vitalidade. É importante que o profissional desenvolva um olhar sensível e com interesse genuíno pelo cliente para identificar as possíveis necessidades de falta de significado de vida que este expressa. Não podemos esquecer que a dimensão espiritual do ser humano é o núcleo de sentido da existência (FRANKL, 2010).

Eu assisto o usuário em sua totalidade. Isto implica cuidar do seu espírito e de como ele deve se comportar diante da religião, seja ela qual for diante da família e sociedade. Essa lógica da espiritualidade ou da Integralidade é utilizada desde o primeiro contato que se tem com o usuário e familiar, no momento de admissão ao Centro de Apoio Psicossocial (CAPS). Na segunda-feira, a gente pergunta como eles se relacionaram com os familiares e com os amigos durante o final de semana. Ai vai se percebendo como eles passaram o sábado e o domingo e como estão. Em seguida, é lido texto da Bíblia para aquele dia, discute-se para saber como cada um interpreta e canta-se louvando ao Senhor e agradecendo a vida. Depois, eles vão participar de oficinas de artes e pinturas, além de outras atividades. Na hora do almoço se ora novamente e agradece a Deus pelo dia e pelo alimento. Isso é a rotina. Com essas intervenções obtiveram-se resultados satisfatórios. Dentre outros casos, cito o exemplo de uma paciente que tinha vontade de bater nas pessoas por ouvir vozes, e às vezes ela não falava com ninguém e se escondia debaixo da cama. Hoje, ela é outra pessoa. Tem consciência do seu problema e lida melhor com ele e com as pessoas (**Tulipa**).

Observamos que **Tulipa** utiliza a espiritualidade/religiosidade ligada à religião no enfrentamento das questões referentes à saúde mental e conseguiu auxiliar a cliente a superar sua problemática imediata.

Este tipo de cuidado para os que têm crença no cristianismo é significativo. Mas, precisamos pensar também nos ateus, agnósticos e nos que têm crenças nas explicações materialistas e/ou no cientificismo. O conceito de Estado laico inclui o direito à liberdade religiosa e o direito de não ter uma religião. Isto implica pensar em conceitos e práticas de processos relacionais que caracterizem intervenção de cuidado para o sentido de vida, na perspectiva do direito às diversidades de gênero, de etnia, de geração, de orientação sexual, de padrão físico-estético e, sobretudo, de religião.

Boff (2010) traça um paralelo dizendo que o importante não são as religiões, mas a espiritualidade subjacente a elas, pois a verdadeira religião não se limita ao espaço de igrejas

e templos, o seu lugar verdadeiro é no coração do ser humano e no pulsar da própria vida. Em geral a experiência de prática de espiritualidade, conduz o indivíduo ao estilo de vida saudável e à direção de metas pessoais que contribui para o desenvolvimento intelectual e para o ser do sujeito.

O profissional da saúde e enfermagem deve ser consciente de quando as crenças religiosas possam piorar os problemas ou causar conflitos com o tratamento apropriado dos usuários. Por toda a história, algumas religiões também têm sido usadas para justificar o ódio, agressões, preconceitos, na força superior e na salvação das “alturas”. Orientações religiosas nestes termos representam riscos que podem levar o indivíduo a abandonar o tratamento tradicional alopático com piora imediata do quadro; pode levar também a pensamentos negativos, gerando sentimentos de culpa, o que poderá ocasionar mais sofrimento ao paciente, levando-o à sensação de abandono, desamparo e baixa autoestima (KOENIG, 2005).

Eu cuido da espiritualidade do usuário observando o ânimo e a subjetividade. Procuro escutar e compreender as situações apresentadas por eles. Depois, encaminho quando é o caso e conforto o lado espiritual. A meu ver, às vezes uma palavra pode ajudar muito uma pessoa que naquele momento está precisando! (**Orquídea**).

O cuidado da dimensão espiritual do usuário realizado por mim envolve, a escuta de seus sentimentos, às vezes me sinto impotente, daí respiro! Depois explico que eles precisam acionar a força e a esperança em Deus, além de prestar outras orientações. Cito como exemplo, o caso de uma mulher mãe de três filhos com gravidez indesejada que queria fazer o aborto de todo jeito. Com muita conversação, repensou e desistiu de abortar. A espiritualidade faz a diferença no assistir e a comunicação flui melhor. Outro caso é de uma senhora em fase terminal devido a um câncer. Rotineiramente ia à sua casa e não falava muito com ela, mas conversava muito com os seus familiares. Ouvia suas queixas, tirava suas dúvidas e aconselhava, como orientava sobre os cuidados que eles deviam ter. Pedia para terem paciência e o relacionamento deles foi melhorando e o morrer dela se tornou mais digno. Outra situação é de um paciente de 24 anos, sofreu uma lesão na coluna aos sete anos de idade e vive acamado todos esses anos. Utiliza sonda vesical de demora e tem várias escaras. Ele já está muito estressado e os familiares também. É uma situação desafiadora para mim e para a equipe. Eu assisto essa família e percebo como todos sofrem e ficam desesperados! Digo para a mãe: “eu sei que é difícil para você e os demais da família, mas pense que é muito mais difícil para ele”. Tento levar a essa família, uma palavra de conforto e tiro suas dúvidas em relação aos cuidados. Até, em casa fico pensando na situação dele! O fato de se acreditar em Deus ajuda muito no enfrentamento de situações dessa natureza. Com os idosos da área realizo roda de conversação para troca de experiências e em seguida, fazemos algumas brincadeiras e um lanche com frutas para comemorarmos os aniversários deles e/ou as datas comemorativas (**Dália**).

Nessas vivências, apreendemos as diversas necessidades expressas por pacientes e familiares, de cuidado na dimensão espiritual, bem como os momentos de transcendência ocorridos. Estas necessidades, também nos remetem para a importância de se pertencer a uma rede de apoio como forma de garantir também o acesso a recursos afetivos. Como se sabe, o sofrimento traz mudanças, e as mudanças trazem desafios.

Araújo (2008) observa que indivíduos em situações de sofrimentos decorrentes de doenças degenerativas vivenciam o luto da perda de si mesma e das pessoas próximas, além de apresentarem manifestações de angústia espiritual entre as quais: o temor de não serem perdoadas por Deus, a imprevisibilidade do que há após a morte. A dor e o sofrimento próprios da crise podem gerar felicidade e paz, mesmo que não seja num momento tranquilo, permeado muitas vezes de ansiedade e de desespero, se, nas elaborações subjetivas, os sentidos forem buscados.

Bassi (2008), aliado a esse pensar, argumenta que a espiritualidade responde a questões existenciais, conforta, alivia ansiedade e dá segurança emocional e espiritual para as pessoas que compartilham seus significados. Ainda auxilia na autoestima, automotivação, no enfrentamento de doenças físicas, transtornos psíquicos, sofrimentos e limitações. Tal visão é imbricada com a de integralidade como um encontro intersubjetivo entre profissionais e clientes, calcado numa relação dialógica.

Desse modo, o olhar Frankliano respalda o enfermeiro a oferecer o cuidado na dimensão espiritual, pois buscando confortar o paciente e/ou familiar estará colaborando para que ele consiga vislumbrar algum sentido/aprendizagem na situação que vivencia. A espiritualidade, dentro do enfoque existencial, significa o “existir junto à” e “estar junto à” como realidade ontológica do ser humano. O enfermeiro como ser espiritual pode exercer sua capacidade primordial específica, quando tem possibilidade de “estar junto à” outro ser humano e assim atinge a essência do ser espiritual (FRANK, 2011).

Eu cuido da dimensão espiritual ao acolher e compreender a subjetividade do outro, esta se expressa através da comunicação verbal e não verbal. Às vezes o paciente chega à Unidade e não tem problema de ordem biológica, vem só para desabafar, ou por carência afetiva. Escuto e puxo pelas suas inquietações, daí percebo que lá no fundo, existe uma dor e a conversa vai aliviando. Aí a pessoa sai mais leve, por se sentir compreendida. Uso essa visão de cuidado também no domicílio junto aos usuários acamados, a fim de apoiá-los. Energizo-os através do toque e da palavra, dessa forma estímulo a melhora da autoestima, seguro na mão, olho nos olhos e puxo conversa de acordo com a situação. Apoio espiritual para mim é conquistar o paciente para reagir em favor de sua vida (**Margarida**).

A colaboradora continua descrevendo sua experiência junto a uma cliente de meia idade acometida por Acidente Vascular Encefálico (AVE):

Mulher acamada e com depressão, ficava toda coberta com o lençol, sem querer falar com ninguém e nem tomar os remédios. Ao chegar à sua casa, ela não quis falar comigo. Fiquei alguns minutos ao lado da sua cama falando de como ela era comunicativa, trabalhadora e de sua importância na família e comunidade. Relembrei algumas brincadeiras por ela vividas e aos poucos a cabeça foi descoberta. Eu acariciei sua mão e olhando nos olhos, ressaltai a sua importância. Enfim, ela ficou falando com as pessoas e passou a aceitar os medicamentos (**Margarida**).

É perceptível na atitude de **Margarida**, ainda que inconscientemente, indícios de espiritualidade de perspectiva energética no cuidado da dimensão espiritual. Essa forma de cuidar possibilita canalizar ou reorganizar energia ao ser cuidado. Este olhar também se coaduna com a concepção da política nacional de práticas integrativas complementares em saúde, com a de humanização e, mormente, com os preceitos constitucionais referentes ao Estado laico. O cuidado da dimensão espiritual desse modo gera ao assistido o sentimento de ser reconhecido, amado e apreciado, o que produz um efeito protetor sobre a saúde.

Espiritualidade como uma força potencial, é um elemento inerente a todo ser humano. Nesse sentido, a “Força de obstinação do espírito”, termo usado por Frankl (2010), é definidora da maneira como o ser humano passa a enfrentar as adversidades da vida, caso tenha sido acompanhado adequadamente.

Essa força que busca sentido é impulsionada pela dimensão espiritual de cada um e é determinante para a realização humana, segundo Frankl. São nestes termos que compreendemos que a espiritualidade, e não a religião ajuda a compor as alternativas de um novo paradigma de atenção à saúde.

Araújo (2008, p.34) apresenta manifestações de necessidades espirituais não satisfeitas. Entre elas, cita:

Medo de ficar sozinho, da morte, do sofrimento, de negligência, de deixar os filhos sozinhos, de perder o emprego, de ficar com incapacidade física; choro; solicitações frequentes; isolamento; solidão; questionamentos; dependência; queixas excessivas; expressão de sentimento de culpa, de falta de motivação e propósito, de rejeição, de desvalorização da autoestima, da auto imagem; angústia; demonstração de carência afetiva, com solicitação frequente de companhia; desesperança; agressividade verbal, crítica negativa; depressão; desespero; sintomas somáticos; expressões de aflições; insônia; desconfiança em si; projeção de sentimentos e pensamentos; atitude de desprezo e displicência.

Essas manifestações provavelmente de falta de sentido são confundidas na maioria dos casos com outras oriundas da dimensão psicofísica. Então, delimitar o que é exclusivamente espiritual e o que é psicossocial representa uma dificuldade que poderá ser graduada com a compreensão de que o homem é o todo e que suas dimensões se interpenetram e repercutem umas nas outras, conforme apregoeou Frankl (2010).

A intervenção do enfermeiro na dimensão espiritual poderá ser a nível individual ou coletivo, desde que utilize referência apropriada. Algumas vezes, as intervenções relativamente simples o profissional pode resolver. Escutar com atenção pode ser tudo o que é necessário. Na maioria dos casos as pessoas por meio de problematizações de experiências do numinoso e/ou o exercício de contar suas histórias de vida, conseguem refazer e reviver suas próprias histórias e, assim, passar a ler o mundo em que vivem e transformar suas próprias realidades.

Às vezes, um cuidado mais extensivo é requerido e são poucos os enfermeiros que têm tempo e/ou capacitação adequada para cuidar de assuntos espirituais em maior profundidade, até mesmo aqueles motivados a fazê-lo. Por esta razão, quando questões espirituais complexas se fizerem presentes, é prudente encaminhar o cliente à pessoa com mais conhecimento nesta área.

Procuro sempre prestar assistência aos enfermos e/ou seus familiares, seja, na Unidade ou nos domicílios demonstrando atitude ética, carinho e atenção. Quando morre um paciente da área, visito os seus familiares, para amenizar o sofrimento da perda. Visito também os pacientes acamados em estado grave ou não, para acompanhamento do quadro clínico e prestação de cuidados (**Magnólia**).

O cuidado prestado por **Magnólia** na dimensão espiritual às diversas situações é ação cuja meta não é operar a cura, e sim ensinar o alívio do sofrimento, a promoção da dignidade, o manejo de crises e até a experiência do morrer de forma digna e de cabeça erguida. A dimensão espiritual é parte da totalidade do homem, porém ele tende a mobilizá-la e a expressá-la de forma mais intensa quando experimenta situações de crise e solidão. Entretanto, advertimos que não é coerente pensar na espiritualidade como dimensão humana apenas nos momentos de doenças, sofrimento, perda e morte. Deixar de considerar o aspecto espiritual da saúde, que se refere a sentimento de vitalidade, de prazer com o próprio corpo, de bem estar com o outro, de protagonismo, de autonomia, dentre outros, fere em parte a concepção da atenção básica à saúde como discurso de Estado, além de outros dispositivos legais da Enfermagem.

Compreendemos que cuidar do espírito significa cuidar dos valores que dão rumo à vida e das significações que geram esperança para além da morte. Em suma, as narrativas das profissionais consultadas, de modo geral, demonstraram acúmulos de saberes e vivências religiosas em suas vidas e são destacadas pela demonstração de comprometimento com as demandas psicoespirituais dos usuários. Porém, em relação a esse assunto, vejamos:

Desde os primórdios da formação da sociedade humana, o trabalho em saúde voltado para a cura e a prevenção sempre esteve ligado às práticas religiosas. Mesmo com o advento da modernidade e o surgimento da medicina científica, estudos antropológicos atuais têm mostrado que a consideração de dimensões religiosas continua presente em todos os estratos sociais como parte importante da compreensão do processo de adoecimento e cura. Entre os usuários dos serviços de saúde há um grande reconhecimento da importância dessas vivências religiosas no enfrentamento das crises pessoais e familiares que acompanham as doenças mais grave (VASCONCELOS, 2011, p.15).

O mesmo autor a esse respeito ainda esclarece:

Por causa do modelo newtoniano-cartesiano de ciência em relação à consideração de aspectos religiosos, na investigação acadêmica, profissionais, professores e pesquisadores do setor saúde se envergonham de trazer, para o debate científico e para a discussão aberta nos espaços de formação dos recursos humanos em saúde, os saberes e vivências religiosas tão importantes em suas vidas privadas e, até mesmo, em suas práticas profissionais. Desta forma, as práticas religiosas têm estado presentes no trabalho de saúde de forma pouco crítica e elaborada, na medida em que nele se infiltram de modo silencioso e não debatido (VASCONCELOS, 2011, p.24).

Os diversos aspectos de espiritualidade dos usuários, especificamente os dos minoritários grupos étnicos, devem ser considerados e valorizados pelos profissionais, principalmente se o objetivo for alcançar um cuidado integral e humanizado. O cuidado da dimensão espiritual, além das situações referidas, compreende também a promoção das potencialidades das pessoas, porque, “o desejo de sentido é realmente uma necessidade específica não reduzível a outras necessidades e está presente em medida maior ou menor em todos os seres humanos” (FRANKL, 2005, p.25). Esse olhar é coerente com o princípio da integralidade e com as concepções das políticas nacionais instituídas pelo Ministério da Saúde de: humanização, práticas integrativas complementares em saúde e da concepção de educação permanente.

4.2.3 Espiritualidade como referência na promoção da saúde na perspectiva do direito à diversidade de práticas religiosas e equidade étnica

A terceira e última categoria de análise, aborda as narrativas relativas à indagação: Cite situações de seus clientes, nas quais você valorizou as práticas de espiritualidade de raízes indígenas e afrodescendentes na busca de saúde.

Apresentamos a seguir os fragmentos narrativos de colaboradoras que afirmaram desconhecer práticas referentes à questão em análise no cuidado dos clientes:

Desconheço práticas religiosas de raízes indígenas ou afrodescendentes utilizadas pelas famílias em busca de saúde. Os índios daqui são esquisitos [...]. Fiz visita em uma de suas residências, havia uma jovem gestante e fui bem recebida [...]. Necessito de capacitação da FUNAI [...]. Na minha formação, a espiritualidade indígena nem a afro foram abordadas. Aqui na área, segundo a agente de saúde, tem algumas rezadeiras que são procuradas pela comunidade para rezar as crianças e uma parteira leiga, já muito idosa (**Margarida**).

No grupo assistido pelo CAPS, desconheço que alguém tenha crença e/ou use práticas de espiritualidade, de raízes indígenas e afrodescendentes. Porém, tenho conhecimento que é para se respeitar e valorizar todas as formas de crenças como: Candomblé, Espiritismo e outras (**Tulipa**).

Não valorizo, por desconhecer o uso pelas famílias de práticas populares de raízes indígenas e afrodescendentes, aqui na área. Mas, sabe-se que alguns idosos se utilizam de chás de ervas e benzeduras. Nas consultas, eles ficam calados (**Dália**).

Margarida chamou a atenção por ter realizado visita à residência de uma família indígena e relatou desconhecer suas práticas domésticas em prol da saúde. Tal atitude denota a necessidade de se ampliar a capacidade de comunicação entre o profissional e o usuário, visando à construção de vínculo e para o olhar voltado ao direito de ser diferente, nos modos de viver e pensar.

Dália enfatizou que sabe do uso dessas práticas, entretanto alegou que o usuário prefere calar. Os discursos das colaboradoras comprovam a preponderância do modelo biomédico, em detrimento da competência cultural, que concebe a promoção da saúde/vida e a equidade étnica e religiosa.

Os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) antes de procurar os serviços, utilizam recursos populares, tais como chás, benzeduras, banhos e emplastos para prevenção e tratamento de doenças. A determinação deles de não abandonar a prática popular, mesmo

diante de orientações de profissionais de saúde, é porque acreditam em sua eficácia (SIQUEIRA et al, 2006).

A etnia Tabajara possui uma história de sucessivas migrações, em decorrência de constantes conflitos de terras no município desde o período colonial. Na época da fundação da Paraíba (1585), essa etnia, então formada por aproximadamente cinco mil indígenas, ocupava o território do litoral sul do Estado, onde fundaram as aldeias de Alhandra e Taquara. Hoje, esses povos Tabajaras ainda resistem à situação de extermínio a qual foi e são submetidos na região e no país (FARIAS; BARCELLOS, 2012). Porém, esses autores ancorados no relatório de fundamentação antropológica apontam a presença de uma população Indígena Tabajara, formada por várias famílias.

Os índios Tabajaras, a partir de 2006, tendo como alavanca uma “profecia” contada pelos seus anciões, iniciaram o processo de organização para retomada de seu território no Conde-PB. A etnia é reconhecida pela Fundação Nacional de Assistência ao Índio (FUNAI) e tem processo de reconhecimento de seu território em Brasília (FARIAS; BARCELLOS, 2012).

Esses autores expressaram a luta desse grupo utilizando as palavras do atual cacique Ednaldo: “a ação dos poderosos não cortaram as raízes indígenas: arrancaram nossas folhas, quebraram nossos galhos, cortaram nosso tronco, mas esqueceram de cortar nossas raízes”. Portanto, os últimos dois anos (2010-2011) têm sido de efervescência política, social, cultural e religiosa na afirmação positiva desse grupo como etnia. Para esses índios a manutenção de suas raízes e a busca pela terra que antes eram deles, representa em um futuro próximo, que o povo Tabajara tenha vida com dignidade.

Destacamos que, o desconhecimento das enfermeiras quanto à utilização de práticas populares pelos usuários do SUS, desfavorece a preservação dessas práticas que são reconhecidas e protegidas pelo Estado como patrimônio histórico-cultural nos termos dos Art. 215 e 216 da constituição brasileira (BRASIL, 2007).

Assinalamos que esses povos contribuíram especificamente para a sociedade não só do ponto de vista econômico, mas, também cultural com seus estilos de resistir e se subordinar ao capital, de viver e se reproduzir nos bens simbólicos que são expressões dos seus modos de pensar o mundo em que vive.

O direito a diversidade de etnia e, sobretudo, de crenças e práticas religiosas é uma conquista da sociedade civil organizada, tendo a participação especial dos Movimentos de Negros e Indígenas. Esse fruto da cidadania é garantido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos como o ideal comum a ser atingido por todas as nações/povos e pela

Constituição Federal do Brasil de 1988, especificamente, no Art. 5º e inciso VI (BRASIL, 2007).

O cuidado espiritual adequado concebe que todos os aspectos do viver humano sejam conectados a valores, princípios e crenças próprias do homem, que orientam a existência. Cuidar dessa forma abarca as condições do bem-estar, que estão ligadas às relações interpessoais, as tradições, as produções artísticas e ao trabalho que cada um realiza no cotidiano.

As produções de estudos interdisciplinares e transdisciplinares acerca da espiritualidade assumem definições amplas aportadas na visão filosófica, teológica, mística, holística, energética e ecológica. Conhecer e valorizar o uso de recursos das tradições populares para solucionar problemas de saúde, por exemplo, chás caseiros, rezas, passes, danças, rituais de benzações, orações, promessas, banhos de descarrego, dentre outros, é fundamental no acompanhamento do usuário pelo enfermeiro. Uma vez que, os seres humanos são diversos historicamente, etnicamente, linguisticamente e, da mesma forma, são diversos religiosamente e na expressão do sagrado (SILVA, 2004).

Os questionamentos de sentido da vida, de onde vieram e para onde vão depois da morte, causam inúmeras inquietações. Tais questões, ainda e sempre serão essenciais, sobre as quais livros foram escritos, esculturas e pinturas produzidas, poesias e músicas compostas que, nos últimos cinco mil anos, formaram um patrimônio cultural que pertence a todos e à história de cada um.

Em particular se observa que a integralidade do cuidado concebe o reconhecimento e o manejo das situações de saúde, cujos aspectos derivativos da atenção primária/básica são: a centralização na família, a competência cultural e a orientação para a comunidade. Portanto, enfatizamos que, a competência cultural é o aspecto da capacidade de reconhecer as multiplicidades de características e necessidades específicas das populações, conforme suas características culturais, mesmo não evidenciadas.

Cabe ao enfermeiro compreender e ser sensível para reconhecer, abordar, avaliar e respeitar as crenças sobre a eficácia das ervas medicinais e os rituais espirituais de qualquer religião do ser humano sob seu cuidado, que possa estar utilizando em benefício da saúde. Esse olhar corresponde à competência cultural do enfermeiro, preconizada pela OMS, para uma atenção primária/básica humanizada. O profissional deve monitorar o uso das crenças nos recursos populares e em especial, à base de erva medicinal quando, associado ao tratamento alopático, pelas possíveis interações medicamentosas e a identificação dos efeitos

benéficos aos usuários, além dos aspectos negativos das crenças religiosas, a exemplo de fixação de ideias, sentimentos de culpas, medos, dentre outros.

Evidenciamos a seguir os fragmentos narrativos de desvalorização das práticas populares de busca de saúde.

Tenho conhecimento que algumas pessoas se utilizam de chás, garrafadas, banhos, passes, água benta, rezas, dentre outros rituais, em busca de saúde. Porém, observo que alguns ao aderir as tais práticas, às vezes recusam os medicamentos, especialmente àqueles de uso contínuo. Isso se torna um problema. Alguns acreditam que vão ser curados pelos espíritos ou xamãs. Eu não valorizo essas crenças e nem suas práticas (**Jasmim**).

Tenho uma cliente que frequenta o Centro Espírita de Alhandra que é próximo daqui. Lá, o médium recebia o espírito do Pai Inácio, escravo da Bahia, e prescrevia até medicamentos, às vezes, ela mostra a receita e eu fico calada. Fazer o quê?. Particularmente, não concordo. Ela arruma um carro e sai daqui cheio de gente para se consultar com esse Sr. Inácio. Soube até que ele morreu recentemente, mas foi substituído. Aqui próximo em Jacumã, tem um Centro Espírita chamado Chico Xavier, muita gente da área vai também para lá. Aqui ainda tem algumas rezadeiras e macumbeiros na região (**Orquídea**).

Quanto às práticas de espiritualidade ou religiosidade de raízes indígenas e afrodescendentes, entendo e respeito, mas não valorizo como as dos grupos quilombolas existentes no município. Porém em minha área não há vivências dessas práticas (**Magnólia**).

O posicionamento de **Jasmim** deslegitima os saberes transmitidos pela tradição oral do local. “Os indígenas Tabajaras existentes no município utilizam produtos naturais e interagem com a natureza” (FARIAS; BARCELLOS, 2012, p. 157).

Jasmim alegou também que alguns usuários abandonam o tratamento após adesão às práticas populares. Porém, os fatores associados ao abandono de tratamento podem tanto estarem relacionados ao usuário, quanto ao tratamento em si, e a própria operacionalização da assistência de saúde, de forma que o vínculo e o acolhimento são essenciais para assegurar a continuidade de determinado tratamento. Nesse contexto, o diálogo e o foco na relação profissional-paciente são apresentados como recursos transformativos das práticas de cuidado e autocuidado, possibilitando a construção de ações numa perspectiva mais integral e corresponsável.

Orquídea demonstrou a coexistência do cuidado de médiuns, pais ou mães de santos, rezadeiras e outros, com os do modelo hegemônico técnico-científico/biomédico. Em Centro Espírita e Terreiro as pessoas são acolhidas. Nestes espaços são acionados mecanismos naturais e tradicionais de promoção da saúde e na maioria das situações oferecem

a “explicação do inexplicável”, além de privilegiar o vínculo terapêutico e a interação dos sujeitos com a natureza.

Observamos que, as colaboradoras de modo geral, afirmaram não valorizar as práticas domésticas relacionadas à espiritualidade de raízes indígenas e afrodescendentes em favor da saúde, apesar de terem conhecimento que alguns clientes as utilizam. Esse resultado advindo de agentes do poder público é paradoxal com o princípio da equidade e com o sentido da humanização, expresso nos documentos do Ministério da Saúde. Aponta ainda, a necessidade de uma reflexão acerca do tema, do conceito de biopoder defendido por Foucault, sobre o papel do Estado e a equidade étnica no contexto dos serviços de saúde.

Para Siqueira et al (2006), todo sistema terapêutico é parte indissolúvel do repertório cultural de uma sociedade, ou seja, eles são partes integrantes da cultura, sendo influenciados por ela e vice-versa. Assim sendo, de forma paralela ao modelo biomédico, à medicina baseada no saber popular mantém-se viva no cotidiano da população. Medidas profiláticas e terapêuticas caseiras são realizadas com o intuito de buscar ou manter um estado de bem-estar próximo ao que é concebido como ideal. Essas práticas são, geralmente, trabalhadas no âmbito familiar e quase sempre repassadas entre diferentes gerações.

As comunidades afrodescendentes e indígenas em todo território nacional têm representado a força de obstinação do espírito com a preservação de memórias dos seus ancestrais e dos valores com honradez admirável. Estas tradições no município do Conde/PB são visíveis com o uso de colar feito de semente da planta chamada unha-de-gato para evitar dores nos ossos, o cultivo diversificado de plantas medicinais e hortas nos quintais das residências (FARIAS; BARCELLOS, 2012).

Esses grupos têm até hoje, uma forte interação com o meio natural e encontraram em sua cultura um importante modo de resistência ao preconceito e a outras formas de exclusão social. Entre a variedade de suas práticas culturais preservadas, citamos os rituais de cura, a fabricação de panelas de barro, o cultivo e uso de ervas medicinais, o coco de roda e a ciranda. Estas últimas práticas envolvem os cânticos e as danças populares, mas de forma reinterpretada.

Para LUZ (2005), no momento atual da cultura contemporânea, a questão do cuidado tornou-se crucial para todos os indivíduos, seja o autocuidado, seja o heterocuidado, em que estão necessariamente incluídos os cuidados médicos. Há pelo menos 20 anos que as questões mais importantes de saúde das populações do mundo inteiro, marcadamente em países do Terceiro Mundo, não são mais uma questão estritamente médica.

Não valorizo práticas de raízes afrodescendentes. Visitei uma senhora que é ligada a Umbanda com uma ACS da área e percebi que o quarto dela estava cheio de bonecos de pano espetados e um gato preto acorrentado sugerindo ser magias negras e ou feitiços. A agente já sabia. Eu fiquei aterrorizada e a ACS também (**Rosa**).

O posicionamento de **Rosa** sobre a crença dos poderes de magias que causam infortúnio, lhe aterrorizou pelo temor das forças religiosas desconhecidas, impulsionando a aversão às práticas derivadas dos terreiros de Umbanda ou Candomblé. Nesse contexto, as questões relacionadas à espiritualidade ou a cultura afro-brasileira no município estão relacionadas com a representatividade das classes dominantes da sociedade em relação a essas práticas, perpassando por uma trama de discurso e visões construídas, sempre a partir do lugar em que ocupava e da realidade social que vivenciava.

Essas visões produzidas, em geral, reelaboradas e transmitidas como verdade, emerge uma memória coletiva negativa em relação aos ritos afros e permite a construção do medo de cada indivíduo, fundamentado no que eles carregam na formação remota das suas almas ou a partir de figuras simbólicas, relacionadas às práticas mágicas, como a bruxaria e ações demoníacas (ANDRADE, 2009).

Atualmente os estudos das experiências religiosas afro-brasileiras são entendidos como manifestações religiosas trazidas pelos negros e ré-significada no território brasileiro, através das relações sociais e culturais que eram construídas, reconstruídas e compartilhadas entre os pares, no intuito da continuidade cultural herdada dos antepassados (ANDRADE, 2009; SILVA, 2004).

Nesse sentido, as práticas espirituais de raízes indígenas e/ou afro-brasileiras em análise vão além dos medicamentos, equipamentos e procedimentos usados na assistência à saúde oficial. Uma vez que o entendimento de tecnologia leve em saúde é toda a forma de conhecimento que pode ser aplicada para a solução ou a redução dos problemas de saúde de indivíduos ou populações (PANERAI; PEÑA-MOHR, 1989).

Esses autores afirmam que, a OMS reconhece as práticas de cuidados domésticos em busca de saúde como patrimônio indígena e nativo de diversas culturas. O termo medicina tradicional é utilizado pela OMS para se referir às práticas de saúde, as abordagens, os saberes e as crenças que incorporam medicamentos à base de minerais, animais e plantas, terapias espirituais, técnicas de exercícios manuais, utilizados tanto no diagnóstico quanto na cura de diversas enfermidades.

A esse respeito, Santos (2007) nos exhibe, as rezas, os rituais de cura que envolve danças e o uso das plantas são provenientes dos fluxos culturais entre os afro-descendentes

(candomblé/umbanda), os índios (pajelança) e os europeus/catolicismo. Nessas formas nativas de cuidados, o autor evidenciou a existência de uma estreita relação entre as práticas de rituais de cura de rezadeiras católicas, evangélicas, espíritas e adeptas de culto da jurema. Apontou ainda similaridade entre as práticas terapêuticas integrativas complementares em saúde desenvolvidas pelos profissionais da ciência e as de médium, pais de santos, padres católicos e pastores evangélicos.

A similitude assinalada nos leva a entender que, médiuns, pais ou mãe de santos, padres, pastores e rezadeiras de todas as religiões, exercem um papel político e social na medida em que acolhe e cuida das pessoas em seus espaços. Essa similitude se caracteriza pela riqueza do sincretismo religioso, a favor da saúde comunitária, como um valor positivo de afirmação da vida.

As práticas derivadas da medicina indígena e africana existem desde o Brasil colonial e estão para além da oferta dos serviços de saúde. Aqui no Brasil, o sincretismo foi significativo entre o cristianismo dos europeus, o animismo dos índios (acredita que os elementos da natureza possuem espírito) e o fetichismo dos negros que, simbolizam a energia divina que pode ser captada e reutilizada. Os ritos da umbanda e candomblé, por exemplo, misturam crenças africanas e cristãs, sincretizando orixás e santos católicos. Assim, Ogum é identificado com São Jorge, Oxum como Nossa Senhora da Conceição, Iansã como Santa Bárbara, Oxalá como Cristo (ANDRADE, 2009).

Zacharias (s/d), nos lembra oportunamente que, com o desenvolvimento das ciências biológicas, humanas e sociais ocorridas no Brasil, há mais ou menos cem anos, certamente os antigos xamãs, curandeiros, adivinhos foram forçados a ceder lugar aos enfermeiros, médicos, psicólogos, sociólogos, educadores, dentre outros. Ainda adverte que não é intenção negar o conhecimento científico, nem tão pouco sua importância no desenvolvimento humano, mas queremos alertar que a ciência não é a única verdade pela qual deva se pautar a vida humana na sociedade.

Daí ser preciso o enfermeiro compreender como ocorre a confluência dos saberes, entre os científicos e os de raízes espirituais dos grupos étnicos, ante a crença religiosa do usuário, na produção de cuidados como forma de promoção da saúde, prevenção de doenças e do abandono de tratamento da Hipertensão, Diabetes, Tuberculose, Hanseníase, dentre outros. Pois, todos os esforços para combater as barreiras discriminatórias quanto aos diferentes saberes são subsídios para a formação de um novo ser humano, capaz de elevar-se à maximização do potencial humano com dignidade.

A Lei Federal nº 12.288 de julho de 2010, instituiu o Estatuto da Igualdade Racial e em seu Art. 8º definiu os pilares da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (conjunto de pessoas que se autodeclaram pretas e pardas), como: a promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnicas e o combate à discriminação nas instituições e serviços do SUS; a melhoria da qualidade dos sistemas de informação do SUS na coleta, processamento e análise dos dados por cor, etnia e gênero; o fomento para estudos e pesquisas sobre racismo e saúde dessa população; a inclusão do conteúdo da saúde da população negra na formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde; a inclusão da temática na formação política das lideranças de movimentos sociais para o exercício da participação e controle social no SUS (BRASIL, 2010) ¹⁹.

Considerando essas perspectivas, apresentamos a espiritualidade como possibilidade metodológica na promoção da saúde comunitária dessa população, por favorecer o enriquecimento de identidade étnica, inclusão social e humanização do atendimento na rede do SUS, assim sendo, reverberam nas relações sociais e consequente melhoria das condições de saúde e de vida.

Uma vez que, o enfermeiro, no âmbito da atenção básica, lida com pessoas vítimas de preconceitos étnicos, de situações de desesperança, dependência química, envelhecimento, medo decorrente da violência doméstica (crianças, idosos e mulheres, inclusa a violência de gênero), desamparo, solidão, depressão, finitude, inclusive com o sofrimento existencial e o difuso que se constitui em queixas somáticas frequentes nas unidades de saúde. Todas essas situações necessitam de cuidados na dimensão espiritual, a fim de potencializar o fluxo de energia vital das pessoas.

Vejamos a seguir resultados de cuidado da dimensão espiritual:

[...] uma paciente que tinha vontade de bater nas pessoas por ouvir vozes, e, em outros momentos, não queria falar com ninguém e se escondia debaixo da cama. Hoje, é outra pessoa com o cuidado da dimensão espiritual. Hoje, ela é consciente do seu problema e lida melhor com ele e as pessoas (**Tulipa**).

[...] mulher grávida do 3º filho querendo fazer o aborto de todo jeito e com muita conversação, repensou e desistiu de abortar. Mulher com câncer em fase terminal. Rotineiramente ia à sua casa [...], conversava muito com os familiares. Ouvia suas queixas, tirava suas dúvidas e aconselhava como orientava sobre os cuidados que eles deviam ter. Pedia para terem paciência e o relacionamento deles foi melhorando e o morrer dela se tornou mais digno (**Dália**).

Nestas formas de cuidado, ainda que incipiente, é perceptível a espiritualidade dos clientes sendo cuidada e a consequente transformação de comportamento dos assistidos. Assim, vislumbramos a espiritualidade como referência na promoção da saúde por estimular o desenvolvimento das potencialidades humanas em poder criar ou recriar algo artístico ou não; transformar situações do cotidiano e decidir, nas diversas formas de sofrimento, mesmo em situações extremas de saúde e de desigualdade social.

Desse modo, o crescimento pessoal emerge com a satisfação do profissional e do usuário. Também, com esse manejo da subjetividade é promovido o encantamento do profissional com a prática de cuidar e a mudança de olhar em relação à cultura dos grupos no âmbito da diversidade étnica, religiosa, dentre outras.

Nesta perspectiva, a espiritualidade é concebida como uma dimensão de cada ser humano sem ser monopólio das religiões e nem caminhos espirituais codificados conforme defende Boff (2006) e Frankl (2005) e outros.

A dimensão espiritual que cada um de nós possui se revela pela capacidade de autodeterminação e em relação entre eu-tu, além, do estabelecimento do diálogo consigo mesmo e com o Todo/Uno/Natureza. Na prática, traduz-se pelo amor, pela sensibilidade ou competência cultural, pela compaixão, pela escuta-transcendente do outro, pela responsabilidade e cuidado como atitude fundamental. Assim, “a espiritualidade cuidada de forma adequada, fomenta um sentimento profundo de valores pelos quais valem sacrificar tempo, energias e, no limite, a própria vida” (BOFF, 2006, p. 51).

Em síntese, espiritualidade é o viver de modo pleno, amoroso e responsável. Logo, a condição de “estar junto a”, resulta de uma forma mais ampla em “estar entregue um ao outro” (com singularidades, atributos pessoais e valores). Isso implica em se conceber que “o ser humano não existe para observar-se a si mesmo, nem para olhar-se no espelho; existe somente para entregar-se, para sacrificar-se e para abandonar-se conhecendo e respeitando” (FRANKL, 1995 p.83).

O desafio é aglutinar a dimensão simbólica e ritualística dos sujeitos usuários da atenção básica, nas atividades de promoção da saúde integral/assistência em grupo ou individual com vista à educação espiritual. Essa forma de educar contribuirá para transcender e o resgate do protagonismo, em prol da cidadania, dos envolvidos no processo educativo.

A promoção da saúde integral, nestes termos, exige além de atividades planejadas, a execução com avaliação contínua pela intenção de se promover as potencialidades das pessoas, também exige capacidade profissional sobre o assunto. Tal visão é coerente com as orientações da OMS, ao apontar princípios norteadores da promoção da saúde: concepção

holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e de sustentabilidade (PANERAI; PEÑA-MOHR, 1989).

O enfermeiro e o cliente deve se comprometer com essa forma de cuidar, estabelecendo um processo comunicativo e de troca de saberes/energia com respeito mútuo (relação dialógica e horizontal). As ações e sentimentos devem ser compartilhados entre ambos, pois o cuidar como ação terapêutica cria a possibilidade de dar e receber ajuda. O enfermeiro no cuidado deve detectar as carências demonstradas pelo cliente, a fim de promover o autocuidado, a partir de valores atitudinais, vivenciais e criativos. Pois, a educação espiritual é um fator de proteção à saúde e de fomento da igualdade, com justiça social.

Outra perspectiva se insere na possibilidade de se utilizar as emoções como coadjuvante no processo de promoção da saúde integral e na prevenção ou cura de doenças, uma vez que, estudos apontam que a livre expressão das emoções, através de movimentos corporais, cânticos e danças, pode se constituir em poderoso alicerce para a promoção da saúde, recuperação de doenças, a redução da desigualdade étnica e o combate à violência institucional.

Estudos se reportam a várias práticas para a liberação dessas emoções, como Massagens, Esportes, Preces, Biodança, Yoga, Meditação, Louvor, Terapia Comunitária Integrativa, dentre outras. Tais maneiras proporcionam emoções positivas, pois podem aliviar a apreensão e a ansiedade, acalmar o medo, diminuir a solidão, reduzir a tensão, a agressividade e o sentimento de inferioridade.

Esse pensar encontra apoio em Frankl (1995) quando afirma que, as condições que envolvem o bem-estar do homem estão ligadas às relações interpessoais, tradições, produções artísticas e ao trabalho digno. Desse jeito, visualizamos possibilidades de se prevenir o vazio existencial e em consequência, a drogadição, a depressão e as demais formas de agressões, com a utilização do cuidado da dimensão espiritual como uma das necessidades humanas.

Desde 1970, Wanda de Aguiar Horta, enfermeira e filósofa, doutora em enfermagem pela Universidade de São Paulo, coloca a espiritualidade como uma necessidade humana básica, essencial para se alcançar qualidade de vida, devendo assim a espiritualidade ser cuidada pelo enfermeiro em seu planejamento assistencial (SÁ; PEREIRA, 2007).

Sabemos que, o significado de saúde reflete a conjuntura econômica, social, cultural e política, ou seja, diversificará dependendo da época, local, classe social e até mesmo do preparo para a existência dos indivíduos, coletivos e das concepções científicas, filosóficas e ou religiosas.

Sousa e Batista (2006), em estudo realizado na atenção básica com vivência de desenvolvimento da espiritualidade em um grupo de mulheres no climatério, comprovaram entre outros aspectos, que a espiritualidade foi avaliada pelas mulheres como um apoio para o enfrentamento cotidiano da solidão e da tristeza, gerando amadurecimento para uma vida interior, aceitação das perdas de entes queridos, da saída dos filhos de casa, de envelhecimento, da doença e, até mesmo, da finitude.

Guimarães e Avezum (2007), também analisaram 242 artigos referentes ao impacto da espiritualidade na saúde física e concluíram que, a religiosidade/espiritualidade tem demonstrado potencial impacto sobre a saúde física, definindo-se como possível fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças, na população previamente sadia e eventual redução de óbito ou impacto de diversas doenças. As evidências mais consistentes são para o cenário de prevenção pelo registro na literatura de que, a espiritualidade leva as pessoas a terem hábitos de vida mais saudáveis e, quando adoecem, apresentam menos quadros depressivos e se recuperam mais rapidamente.

A teoria Frankliana se apresenta como um referencial para o desenvolvimento da espiritualidade, quando afirma que o ser humano atinge a autorrealização a partir do momento que passa a esquecer-se de si próprio e a dedicar-se a outrem ou a uma causa nobre. Por esse motivo, consideramos que a autotranscendência é a essência da vida do ser humano. Por meio desse mecanismo o homem alcança a autorrealização que não se concretiza por meio de um simples autorrealizar-se, mas sim no fato de que passará a concentrar sua energia e pensamentos em algo ou alguém que lhe dê sentido. Nesse estágio de espiritualidade, o sujeito atinge a autorrealização e o sentimento de felicidade é evidente na medida em que o ser humano autotranscende (FRANKL, 2011).

Foucault (2010) também, na trilha dos filósofos mencionados na obra “Hermenêutica do sujeito”, nos leva a pensar em um tipo de espiritualidade que adota a interpretação de si por si mesmo. Esta concepção deixa de considerar a polaridade entre uma espiritualidade ateia e uma espiritualidade da tradição religiosa, podendo esta forma de espiritualidade ser apresentada aos militantes da integralidade do cuidado e da humanização da saúde do SUS, aos militantes dos movimentos de educação integral e os de educação popular em saúde na perspectiva da promoção comunitária. Temos além dos autores filósofos citado neste estudo, Paul Ricoeur com a obra traduzida em português em 1991, “O Si-mesmo como um outro”, que muito nos ensina a caminhar na direção de grau mais elevado de espiritualidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendemos ser preciso avançar de modo significativo com as discussões acerca da espiritualidade e de conteúdos ligados a processos de transculturação de raízes indígenas e afrodescendentes para que se tornem mais claros, aos enfermeiros, as diferenças culturais dos grupos, os significados, implicações e a subjetividade contida no processo de cuidado da dimensão espiritual do ser humano, independente do grupo étnico ao qual pertença, da religião professada e da não opção por religião formal.

Com o perfil das colaboradoras do estudo, ficou comprovado que os entrevistados são do sexo feminino e que todas professam uma religião, sendo a evangélica a de predominância, seguida pela católica. Ainda, ficou demonstrado que as enfermeiras não receberam preparo no decorrer de suas formações acadêmicas e nem no serviço, para cuidar da dimensão espiritual do cliente.

As narrativas evidenciaram que as enfermeiras compreendem a espiritualidade na perspectiva teológica, expressa pelas crenças nas tradições judaico-cristã. Apenas algumas delas sinalizaram compreensões de outros tipos que se aproximaram da perspectiva de espiritualidade: racionalizada ou leiga, energética e libertadora.

As narrativas ainda apontaram que todas as entrevistadas reconhecem a relação existente entre espiritualidade, integralidade, humanização; que as crenças pessoais às apoiam na produção de cuidado nos momentos de crises dos seus clientes. No entanto, ficou confirmado nos fragmentos narrativos que a maioria das enfermeiras não leva em consideração o contexto histórico religioso dos grupos étnicos existentes no município.

As enfermeiras, mesmo afirmando não terem recebido preparo formal para cuidar da dimensão espiritual, apontaram realidades dos clientes nas quais identificaram manifestações de comportamentos de necessidades de cuidado da dimensão espiritual, quais sejam: usuários desesperançados por doenças graves, perdas de entes queridos, depressão situacional e crônica, desespero frente à gravidez indesejada, proximidade de finitude, adaptação à incapacidade física, dentre outras.

Ainda assinalaram as formas utilizadas no cuidado da dimensão espiritual: a escuta, acolhimento, orientações específicas e esclarecimentos de dúvidas quanto cada caso, aconselhamentos individuais e/ou em grupos, rodas de conversações, visitas domiciliares, leituras e interpretações de textos bíblicos, canções de louvores ao Senhor e pela vida, oficinas de artes, de pinturas, bingos recreativos e integrativos, festas comemorativas dos

aniversariantes sob seus cuidados e de datas comemorativas, dentre outras, e, o acompanhamento sistemático.

Com efeito, as narrativas mostraram que é mantida viva, no cotidiano dos usuários, a crença nas práticas de raízes indígenas e afrodescendentes na busca de saúde e que, de modo geral, as entrevistadas não as valorizam.

Este resultado revela os resquícios de uma formação acadêmica descompromissada com subjetividade e as questões históricas, culturais, de espiritualidade dos grupos étnicos e com as políticas nacionais de práticas complementares em saúde, que, desde 2005, vem sendo implementadas na Rede SUS.

Ressaltamos que a utilização de plantas como medicamentos e as diversas formas de rituais aos santos, espíritos dos ancestrais e ou orixás em busca de saúde pela humanidade são tão antigas quanto à própria história da humanidade.

Então, assumir a responsabilidade em apoiar, confortar e cuidar da dimensão espiritual do ser humano, seja nos momentos de sofrimento, nos momentos que antecedem sua morte e/ou na educação em saúde, é inequivocamente uma forma de resgatar a dignidade, a memória cultural contida nos rituais sociais e a humanidade de cada pessoa.

Essa forma de cuidar na prática profissional pode proporcionar ao enfermeiro um exercício repleto de oportunidades para a realização pessoal e profissional. Para tanto, é importante a utilização de todas as suas capacidades, permitindo a expressão de suas dimensões de forma completa, principalmente no tocante à dimensão espiritual.

Assim, consideramos indispensável, tanto no ensino de graduação como na educação permanente dos enfermeiros, a apreensão de concepções de espiritualidade e das questões relacionadas ao direito à liberdade de não opção por religião e à diversidade de práticas religiosas.

Cuidar da dimensão espiritual do ser humano oportuniza, segundo Frankl, Foucault, Solomon, Boff, Leloup, Gadamer, Merhy, Pinheiro, Mattos, Luz, Huf, além de outros, um exercício de transcendência, no qual o ser humano pode ser transformado por meio de suas ações, pois o cuidado permite uma troca de energia, sensações e sentimentos únicos no relacionamento humano.

Tornar-se verdadeiramente humano, nessa perspectiva, é torna-se verdadeiramente enfermeiro.

Finalizando, ponderamos que a utilização dos conhecimentos sobre a espiritualidade se constitui em um referencial teórico indispensável para que o enfermeiro possa promover

educação de valores e cuidados de conforto, esperança para o ser humano em momentos de enfrentamento de situações de sofrimento, decorrente de doenças, perdas, frustrações e morte.

Estimular a busca de sentido para um viver autêntico faz a diferença na perspectiva de vida de todo ser humano, pois lhe permite ter e conservar a sobrevivência e sua esperança em dias melhores.

Ressaltamos que o cuidado espiritual deve ser oferecido respeitando as subjetividades e todas as formas de expressões da espiritualidade do ser humano, sejam elas demonstradas pelo contato com a natureza, da expressão de criatividade, do uso da intelectualidade, das manifestações religiosas populares, da manifestação da caridade e do amor.

O enfermeiro também deverá ser prudente para evitar constrangimento no que concerne às diferenças de crenças e de religiões, lembramos que nos momentos de dificuldades, as manifestações verdadeiramente compreendidas pelo ser humano, são aquelas impregnadas de carinho e interesse genuíno.

Enfim, concluímos que o objetivo geral do estudo foi atendido e as indagações propostas foram respondidas com as três categorias temáticas de análises. Esperamos que tudo o que foi apresentado neste trabalho possa agenciar novas possibilidades de produção de cuidado à dimensão espiritual e mobilizar novos estudos sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade** v.13, n.3, set-dez, 2004. p. 16-29.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 63-72, 2010.

_____. O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e conhecimento na construção política da integralidade. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (orgs.). **Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC, 2011. 342p.

_____. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido de Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. (orgs.) **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. 404 p. ISBN: 978-85-89737-41-8.

ALMEIDA, H. **História da Paraíba**. João Pessoa: Universitária/ UFPB, 1978.

ANDRADE, M. O. A religiosidade brasileira: o pluralismo religioso, a diversidade de crenças e o processo sincrético. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais - CAOS**, n. 14. Ago. 2009. 117p. In: www.cchla.ufpb.br/caos. Acesso em: 10.11.2011.

ARAÚJO, M. A. M. **Sentido da vida, espiritualidade e sociopoética: convergências para a produção de conhecimento e para o cuidado clínico**. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2008. 140 p.

ARAÚJO, M. F. M. et al **O papel da religiosidade na promoção da saúde do idoso**. 2008, 21 (3): 201-208.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa (Portugal): Edições 70, revista e actualizada, 2009.

BASSI, R. M. A Importância da dimensão espiritual na formação do profissional de saúde. Trabalho apresentando no **Congresso da AME-SP** – Departamento Acadêmico da AME-SP e AME-Brasil, 2008.

BENKO, M. A.; SILVA, M. J. P. Pensando a espiritualidade no ensino de graduação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**.v.4, n.1, Ribeirão Preto. Jan. 1996; 4(1): 71-85.

BERTACHINI, L; PESSINI, L. A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. **Revista bio & Thikos** - Centro Universitário São Camilo. 2010; 4(3): 315-32.

BERTACHINI, L; PESSINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. 3. ed . São Paulo: Loyola; 2006.

BETTO FREI; BOFF, L. **Mística e espiritualidade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

BOFF, L. Ver além das aparências, pp. 187-198. In: BETTO FREI; BOFF, L. (orgs.). **Mística e espiritualidade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

_____. **Ecologia-mundialização-espiritualidade**. Rio de Janeiro: Record, 2008.

_____. **Tempo de transcendência**: o ser humano com um projeto infinito. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

_____. **Espiritualidade**: um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextane, 2006.

_____. **Ethos mundial**: um consenso mínimo entre os humanos. Rio de Janeiro: Record, 2009.

_____. **Ética da vida**: a nova centralidade. Rio de Janeiro: Record, 2009.

_____. **Saber cuidar**: ética do humano - compaixão pela terra. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

BOM MEIHY, J. C. S. **Manual de história oral**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

BOM MEIHY, J. C. S.; HOLANDA, F. **História oral**: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto, 2007.

BRASIL. Universidade Federal da Paraíba. **Resolução n. 03 / 2006 do Conselho Superior de Ensino Pesquisa e Extensão**. In: <http://www.ufpb.br/sods/consepe>. Acesso em: 05.06.2010.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Com Emendas 1/92 a 53/2006 e Emendas de revisão de 1 a 6/ 94. Brasília: Sendo Federal, Subsecretaria de edições técnicas. 2007/2008. 462p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 648 de 2006. Dispõe da instituição da **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2488 de 21 de outubro de 2011. Dispõe sobre revisão da **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Programa Nacional de Humanização. Brasília, 2004.

_____. **Lei Federal nº 11.635/07**. Instituiu a data 21 de Janeiro como o Dia Nacional de Combate à Intolerância Religiosa. Brasília, 2007.

_____. **Lei Federal nº 12.288 de 20 de julho de 2010**. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis n. 7.716, de 1989, 9.029 de 1995, 7.347 de 1985 e 10. 778 de 2003. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES N. 3**, de 7.11.2001. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1820 de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares** – PMNPC. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos** (Resolução, CNS 196/ 96 e outras). Brasília, 2000. (Série Cadernos Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS** - PNPIC-SUS. Brasília, 2006.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 311/2007**. Aprova a reformulação do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem. In: http://www.huwc.ufc.br/arquivos/biblioteca_cientifica/1188236444_91_0.pdf. Acesso em: 22.11. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM 699 de 22 de março de 2006. Aprova e **regulamenta o pacto pela saúde**. Brasília, 2006.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas-IBGE. **Censo Demográfico de 2010**. Características gerais da população, religião ou crença no Brasil. In: [http:// www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp](http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp). Acesso em: 20.08. 2012.

_____. Paraíba. Prefeitura Municipal do Conde. Secretaria de Saúde. **Relatório do Sistema de Informação de Atenção Básica** – SIAB. Conde, 2011.

_____. Paraíba. Assembleia Legislativa do Estado da Paraíba. **Lei Estadual Complementar n. 59. 2003 e n.90/09**. João Pessoa, 2009.

BROWN, P. **Florence Nightngale**. Trad. de Ibraima Dafonte Tavares. São Paulo, ed. Globo S.A. 1993.

CAMPBELL, J. **O poder do mito**. Com Bill Moyers; org. por Betty Sue Flowers; Trad. de Carlos Felipe Moisés. 28. ed. São Paulo: Palas Athena, 2011. 250 pp.

CAMPOS, G. W. S., et al (orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz. 2009.

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A.V.P. (orgs.) **Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec. 2010. 411p.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar, pp. 197-210. In: PINHEIRO. R; MATTOS, R. A. (orgs). **Construção da**

integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003.

COELHO, E. A. C. Gênero, saúde e enfermagem. **Rev. bras. enferm.** v. 58. n. 3. Brasília May/Jun. 2005.

CORTEZ, E. A. **Religiosidade e espiritualidade no ensino de enfermagem:** contribuição da gestão participativa para a integralidade do cuidado. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009. In: www.sauesp.org.br/trabaut.asp?idaut=1231. Acesso em: 17.01.2012.

DERRIDA, J. **A escritura e a diferença.** São Paulo: Perspectiva, 1991.

ELIADE, M. **O sagrado e o profano:** a essência da religião. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, Tradução: Rogério Fernandes. 2011.

ELIAS, A. C. T. A. **Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica relaxamento, imagens mentais e espiritualidade (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais.** Campinas, SP: [s.n.], 2005. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

FAVERO, Y. **A religião e as religiões africanas no Brasil.** In: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2010/11/A-Religi%C3%A3o-e-as-religi%C3%B5es-africanas-no-Brasil1.pdf>. Acesso em: 15.11.2011.

FARIAS, E. S.; BARCELLOS, L. A. **Memória Tabajara:** manifesto de fé e identidade étnica. João Pessoa: Universitária da UFPB, 2012. 231p.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da língua portuguesa.** Curitiba: Positivo, 2005.

FLECK, M. P. A. et al Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v. 37, n.4. 2003. In: www.scielo.br Acesso em: 20 de novembro. 2011.

FONSECA, A. B.; VALENÇA, J.; SILVA, T.B. Religião e saúde na recente produção acadêmica brasileira; Uma revisão a partir do autores. In VASCONCELOS, E. M (org.). **Espiritualidade no trabalho em saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2011. 423p.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso, transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. Rio de Janeiro. **Rev. APS,** v. 11, n. 3, p. 285-294, jul./set. 2008.

FOUCAULT, M. **Hermenêutica do sujeito.** Trad. de Márcio Alves da Fonseca, Salma Tannus Muchail. 3. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.506p.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido:** um psicólogo no campo de concentração. Trad. de Walter O. Schlupp e Carlos C. Aveline. 30. ed. Petrópolis: Vozes / São Leopoldo, Sinodal, 2011.184 p.

_____. **Um sentido para a vida:** psicoterapia e humanismo. Trad. de Victor Hugo Silveira Lapenta. 16 ed. Aparecida: Idéias & Letras, 2005.

_____. **Sede de sentido.** Trad. de Henrique Elfes. 3. ed. São Paulo: Quadrante, 2003.

_____. **A presença ignorada de Deus.** Tradução de Walter O. Schulupp e Helga H. Reinhold. 12 ed. Rev. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2010.

_____. **Logoterapia y análise existencial:** textos de cinco décadas. Trad. de Jonas Pereira dos Santos. 2. ed. Editorial Psy II. Barcelona: Helder, 1995.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 24. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002. 165p.

_____. **Pedagogia da indignação:** cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: UNESP, 2000.

_____. **Pedagogia da esperança.** Rio de Janeiro: Paz e Terra; 245 p., 2000.

FREUD, S. **Totem e tabu.** (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud) v. 13. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

GADAMER, H. G. **O caráter oculto da saúde.** Tradução de Antônio Luz Costa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

GADAMER, Hans-Georg, 1900-**Verdade e método.** Trad. de Flávio Paulo Meurer; revisão da trad. de Enio Paulo Giachini – 3. ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, Bragança Paulista, SP: Universitária São Francisco, 1999.

GEOVANINI, T. et al **História da enfermagem:** versões e interpretações. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

GUEDES, C. R. et al A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1093-1103, out./dez. 2006.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Rev Psiquiatr Clin** (São Paulo); 34 (Supl. 1):88-94. 2007.

GUSSI, M. A.; DYTZ, J. L. G. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 3, Jun., p. 377- 384, 2008.

HORTA, W. A. **Processos de enfermagem.** 16. ed. São Paulo: EPU, 2005.

HUF, D. D. **A assistência espiritual em enfermagem na dimensão noética à luz da análise existencial de Viktor Frankl**, Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 1999. 259 f.

_____. **A face oculta do cuidar:** reflexões sobre a assistência espiritual em enfermagem. Rio de Janeiro: Mondrian, 2002.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde & doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HOUAISS, A. **Dicionário eletrônico da língua portuguesa 1.0**. Verbetes: incorporar, religião e religiosidade. Em: 27/11/2011.

IDEME. Instituto de Desenvolvimento Municipal e Estadual. **Plano Diretor do Município do Conde**. 2009.

JUNG, C. G. **Psicologia e religião**. Petrópolis: Vozes, 1984.

KOENIG, H. G. **Espiritualidade no cuidado com paciente: por quê, como, quando e o quê**. São Paulo: Jornalística LTDA, 2005.

KOERICH, M. S., et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 15 (Esp): 178-85. 2006.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

LELOUP, J. Y.; BOFF, L. **Terapeutas do deserto: de Fílon de Alexandria e Francisco de Assis a Graf Dürckheim**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 174p.

LIMA, C. B. **Dispositivos legais e norteadores da prática de enfermagem**. João Pessoa: Fazer, 2010.

LIMA, C. B. **Subsídios à compreensão da enfermagem**. João Pessoa: UFPB, 2005.

LOYOLA, M. A. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo: Difel, 1984.

LUZ, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 145-176. 2005.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARINHO, et al **Diagnóstico do município do Conde**. Instituto de Ensino Superior da Paraíba-IESP. (mimeo) 2004.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

_____. et al (orgs.). **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 296 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. **De ferro e flexíveis: marcas do estado empresário e da privatização na subjetividade operária**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

MORAIS, R. Espiritualidade e saúde: visão de um filósofo, pp. 180-204. In: VASCONCELOS, E. M. (org.). **Espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. Lisboa: Instituto Piaget. 2. ed., 1990. 177 p.

MOREIRA-ALMEIDA, A.L.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Rev. Bras Psiquiatr** 28(3): 242-50. 2006.

MUNHOZ, F. **Escuta Ativa**. In: LIMA, M. R. A; ALBUQUERQUE, K. F.; PÉREZ, V. L. A.; COSTA, I. C. C. (orgs.). **Guia Didático**: mini curso de saúde coletiva. João Pessoa: Centro Universitário de João Pessoa-UNIPÊ, 2010.

NORTH AMERICAN NURSING DAGNOSES ASSOCIATION – NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**. 2007/2008.

NUNES, M. J. R. A sociologia da religião, p.97-119. In: USARSKI, F. **Espectro disciplinar da ciência da religião**. São Paulo: Paulinas, 2007.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

PAIVA, G. J.; FERNANDES, M. I. A. Espiritualidade e saúde: um enfoque da psicologia, pp.186-197. In: VASCONCELOS, E. M. (org.). **Espiritualidade no trabalho em saúde**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 390p.

PANERAI, R. B.; PEÑA-MOHR, J. P. **Health technology assessment**: methodologies for developing countries. Washington D.C.: PAHO, 1989.

PANZINI, R. G. et al, Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev. Psiq. Clín.** 34, supl 1; 105-115, 2007.

PEDRÃO, R. B.; BERESIN, R. **O enfermeiro frente à questão da espiritualidade**. 2010. In: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1208-Einsteinv8n1_p86-91_port.pdf. Acesso em: 16.09.2011.

PENHA, R. M.; SILVA, M. J. P. Conhecimento e percepção da importância do atendimento da dimensão espiritual pelos graduandos de enfermagem. **Rev. Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 31, n. 02, abr./jun. 2007.

PERES, M. F. P. et al A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev. Psiq. Clín.** 34, supl 1; 82-87, 2007.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes versus modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes, práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2003.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; ABRASCO, 2004.

PINHEIRO, R. Demanda por cuidado como direito humano a saúde: um ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores, pp.17-37. In: PINHEIRO, R.; ALUISIO, G. S. Jr. (orgs.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ, ABRASCO, 2010. 448p.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. 4. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo / Loyola; 2009.

RABELO, M. C. M. Religião, ritual e cura. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

RICOEUR, P. **O Si-mesmo como um outro**. Trad. Lucy Moreira Cezar. Brasil. Campinas, SP: Papirus, 1991. 432p.

RIZZOTTO, M. L. F. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999.

ROSA, W. A. G; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2005 novembro-dezembro 13(6):1027-34.

ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev. bras. enferm**. Brasília, v.58, n.3, May/June,2005.

SÁ, A. C.; PEREIRA, L. L. Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica. **Rev. Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 31, n. 2, abr/jun 2007. p. 225-37.

SÁ, A. C. **Reflexão sobre o cuidar em Enfermagem**: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crística. **O Mundo da Saúde**. São Paulo: 33(2): 205-217. 2009.

SALGADO, A. P. A.; ROCHA, R. M.; CONTI, C. C. O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas. **Rev Enferm UERJ**, v.15, n.2, p. 223-228, 2007.

SANTOS, D. L. **Nas encruzilhadas da cura crenças, saberes e diferentes práticas curativas Santo Antônio de Jesus – Recôncavo Sul – Bahia (1940-1980)**. Dissertação (Mestrado em história). Universidade Federal da Bahia. 2005. 226 p.

SANTOS, F. V. **O ofício das rezadeiras**: um estudo antropológico das práticas terapêuticas e a comunhão de crenças entre as rezadeiras de Cruzeta-RN. Rio Grande do Norte. Dissertação (Mestrado em antropologia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2007. 297 p.

SAPORRETI, L. A. Espiritualidade em cuidados paliativos. **Prática hospitalar**. Ano 10. n. 55. Jan-Fev. 2000.

SAUNDERS, C. **Hospice and palliative care: an interdisciplinary approach**. London: Edward Arnold, 1991.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, A. L.; RAMOS, T. R. O. As linhas epistemológicas do conhecimento científico. In: **XI Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**. Belém, 2001.

SILVA, E. M. **Religião, Diversidade e Valores Culturais**: conceitos teóricos e a educação para a cidadania. In: http://www.pucsp.br/rever/rv2_2004/p_silva.pdf. Acesso em : 15.11.2012

SILVA, J. M. Religiões e saúde: a experiência da Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e saúde. **Saúde e Sociedade**. v. 16, n. 2, maio/agosto, 2007.

SIQUEIRA, K. M. et al Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio culturais. **Rev. Texto e Contexto Enferm.**, v.15, n.1, p.68-73, 2006.

SMEKE, E. L. M. Espiritualidade e atenção primária à saúde: contribuições para a prática cotidiana, pp. 341-369. In: VASCONCELOS, E. M. (org.). **Espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. 423p.

SOLOMON, R. C. **Espiritualidade para céticos**: paixão, verdade cósmica e racionalidade no século XXI. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.

SOUSA, M. R. C.; BATISTA, P. S. S. **Climatério e espiritualidade**: vivência de mulheres. 54f. (Trabalho de Conclusão de Curso - TCC) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

SOUZA, S. D. O novo retrato da fé no Brasil. In: http://www.istoe.com.br/reportagens/152980_O+NOVO+RETRATO+DA+FE+NO+BRASIL. Acesso em: 15.11. 2011.

SOBRAL, V. et al Os segredos de uma princesa. **Anais do 48º. CEBEN**. São Paulo: ABEn, pp.136-141, 1997.

TEIXEIRA, F. Os caminhos da espiritualidade: um olhar com base nas tradições místicas, pp. 370-395. In: VASCONCELOS, E. M. (org.). **Espiritualidade no trabalho em saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2011. 423 p.

TREVIZAN, M. A; MENDES, I. A. C; CURY, S. R. R; MAZON, L. A dimensão moral e a ação ética no trabalho gerencial da enfermeira. **Esc. Anna Nery. Rev. de Enferm.**, v.4, n.2, pp.181-186, 2000.

VALLA, V. V. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares, p.151-180. In: COSTA, M. V. (org.). **Educação popular hoje**. São Paulo: Loyola, 1998.

_____. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública** 15:7-14. 1999.

_____. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa, pp. 39-62. In: VASCONCELOS, E. M. (org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**. Hucitec, São Paulo. 2001.

_____. A vida religiosa como estratégia das classes populares na América Latina de superação do impasse que marca suas vidas, pp. 310-340. In: VASCONCELOS, E. M. (org.). **Espiritualidade no trabalho em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

VASCONCELOS, E. M (org.). **Espiritualidade no trabalho em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2011. 423p.

VAZ, H. C. L. **Antropologia filosófica II**. São Paulo: Loyola, 1993.

ZACHARIAS, J. J. M. **Psicologia e religião, um diálogo necessário e permanente**. In: <http://www.franca.unesp.br/gth/sim8.pdf> . Acesso em: 05.11. 2011.

ANEXO I



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 4ª Reunião realizada no dia 29/05/2012, o projeto de pesquisa intitulado: “ESPIRITUALIDADE E SAÚDE: OLHAR DE ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO BÁSICA NA PERSPECTIVA DAS TECNOLOGIAS LEVES NO CONDE - PB”, da Pesquisadora Maria do Rosário de Araújo Lima. CAEE: 01092812.2.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionado à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Dr.^a Eliane Marques de Sousa
Coordenadora CEP/CCSAUFPB
Mat. SIAPE: 0332618

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONVITE

Você está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada: **O ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA E A ESPIRITUALIDADE NA PRODUÇÃO DE CUIDADO NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE** que será desenvolvida pela mestranda Maria do Rosário de Araújo Lima, matrícula 11100816, no **Programa de Pós Graduação em Ciências das Religiões da UFPB**, sob a orientação da professora Doutora Lenilde Duarte de Sá.

O objetivo geral da pesquisa é analisar a compreensão de enfermeiros da atenção básica acerca da espiritualidade/religiosidade, na produção do cuidado na perspectiva da integralidade, junto à população do município do Conde-PB.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição na qual trabalha e que forneceu seus dados. Portanto, sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder às perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados com suas respostas serão guardados por cinco (05) anos e incinerados após esse período.

Você não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. **Os riscos da presente pesquisa são considerados de grau mínimo**. O **benefício** relacionado à sua colaboração será de contribuir com o debate acerca do tema e dessa forma aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem/saúde.

Solicito sua permissão para que seja efetivada a entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em absoluto sigilo.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário, em qualquer etapa da pesquisa. A mesma pode ser contatada na Rua Bancário Elias F. Madruga, 784, Altiplano Cabo Branco. João Pessoa. CEP: 58.046-088. Fone: 083-

3252-1221 e Cel. 88402840. E-mail: rosario@alcirlima.com.br. Também poderá fazer contato como o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB. Situado no Campus I Cidade Universitária. Bloco Arnaldo Tavares. Sala 818. 1º andar. E-mail eticasufpb@hotmail.com e Fone: (083) 2167791.

Eu, _____ declaro que fui devidamente esclarecida e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa - PB, ____ de _____ de 2012.

Assinatura da Participante da Pesquisa

CPF:

RG:

Assinatura da Pesquisadora

CPF: 110149114-00

RG: 190338/SSP PB

APÊNDICE II

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

I – Identificação

1 Idade: _____

2 Estado civil:

() solteira () casada () viúva
() separada () união estável () outros

3 Tempo de atuação na atenção básica à saúde no Conde/PB: _____

4 Religião:

() católica () espírita () evangélica () ateu
() sem religião () matriz africana . Qual? _____
() outras _____

5 Durante a sua formação, você recebeu algum tipo de preparo para prestar assistência na dimensão espiritual dos clientes sob seus cuidados?

No Curso de graduação: Sim () Não ()

Na pós-graduação: Sim () Não ()

Em outros cursos: Sim () Não ()

II- Roteiro de entrevista

1 Conte para mim, como você compreende a espiritualidade?

2 Em sua opinião, espiritualidade se relaciona com o princípio da integralidade e a humanização conforme as preceituações ?

Sim () Não (). Em caso de sim, como você utiliza na prática.

3 Você cuida da dimensão espiritual dos clientes, a partir de seus valores religiosos?

Sim () Não (). Em caso de não, por quê.

4 Conte para mim, como você presta cuidado na dimensão espiritual aos seus usuários? Dê exemplos. (Corte)

5 Cite situações de seus clientes, onde você valorizou as práticas domésticas de espiritualidade ou religiosidade de raízes indígenas e afrodescendentes em busca de saúde.