

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE  
JOAQUIM VENÂNCIO

**RAFAELA DE ANDRADE RODRIGUES DA SILVA**

**A DIMENSÃO DA ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NO CUIDADO À SAÚDE**

**Rio de Janeiro**

**2022**

**RAFAELA DE ANDRADE RODRIGUES DA SILVA**

**A DIMENSÃO DA ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE NO CUIDADO À SAÚDE**

**Projeto de monografia apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial para aprovação no Curso Técnico em Gerência em Saúde.**

**Orientadora:** Regimarina Soares Reis

**Rio de Janeiro**

**2022**

*Dedico esse trabalho a minha avó materna, Maria Auxiliadora, uma mulher sergipana,  
analfabeta, que me incentivou aos estudos*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente, sem sombra de dúvidas, à Deus, a razão principal da minha persistência, por ter sido meu amigo, companheiro fiel em todos os momentos difíceis.

Agradeço aos meus pais, Simone de Andrade e Marcos Aurélio, por todos os esforços e incentivos, por serem a minha maior motivação de estudar, por sempre apoiarem meus estudos, e serem mais do que simples pais, mas meus melhores amigos.

Agradeço à todo corpo docente que me acompanha desde meus 4 anos de idade, que contribuiu para a minha evolução social. Em especial agradeço à minha orientadora, que foi ímpar para esse processo, minha querida Regimarina, minha parceira, que me ajudou em todos os momentos, quando eu não acreditei em mim, ela acreditou, obrigada.

Agradeço à minhas amigas de classe, Marcelle, Ana Beatriz, Maria Eliza e Thais Nogueira, por fazerem o ciclo escolar mais leve e colorido.

Agradeço à minha melhor amiga, Alice Emanuele, por ser minha conselheira em todos os momentos difíceis e por ser a minha maior referência espiritual, contribuindo para o meu interesse sobre o tema escolhido.

Agradeço ao meu namorado, companheiro de vida, melhor amigo, Wellington Nacort, que foi o meu alívio em meio aos dias turbulentos, que era um ponto de paz quando me sentia angustiada e ansiosa por conta do processo. Por fazer os momentos serem mais leves com seu senso de humor e principalmente por toda cumplicidade.

Agradeço ao meu maior mentor e influenciador espiritual, irmão Geraldo, que nos deixou, mas semeou um caráter excelente. Um homem que me guiou as veredas espirituais e serei eternamente grata.

*“O Estado preocupa-se com a saúde do indivíduo em função de sua utilização como instrumento de trabalho e não em função de suas esperanças, de seus anseios, de seus temores ou de seus sofrimentos.”*

*(Jayme Landmann)*

## RESUMO

Trata-se de um trabalho de caráter qualitativo e exploratório, realizado por meio de revisão da literatura com o objetivo de compreender a relação da espiritualidade/religiosidade nas práticas de cuidado à saúde. Foram utilizados artigos localizados a partir de busca estruturada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando como termos de busca “Espiritualidade”, “Religião” e “Saúde”, além de livros de referência para compreensão do tema em estudo. Caracterizou-se como o conceito espiritualidade/religiosidade é abordado na literatura científica da saúde; e foram descritas as relações entre espiritualidade/religiosidade, vivências de saúde e doença e as práticas de profissionais da saúde. O Capítulo 1 aborda a forma como a Espiritualidade/Religiosidade é encontrada na produção científica, passando pela história do conceito da saúde e as suas modificações/apreensões mediante aos tempos, locais e culturas. O Capítulo 2 aborda a relação profissional-paciente nos meios de saúde, identificando os desafios dessa relação, como ela varia mediante ao profissional, as necessidades do paciente e as condições estruturais da sociedade. Conclui-se que parte importante dos desafios da abordagem da Espiritualidade/Religiosidade na atenção à saúde pode estar relacionada à invisibilidade desse componente cultural e suas relações com a saúde nos currículos de formação. Além disso, a história da formação social do Brasil explica a construção dos preconceitos e opressões diversas que se apresentam nas relações individuais, mas também nas instituições de cuidado à saúde e na formulação de políticas sociais. Esse processo está contextualizado em um cenário várias crises concomitantes (política, econômica, social), caracterizado por desfinanciamento do SUS, com crescente avanço do capital sobre os fundos públicos, e alinhamento tático de políticas neoliberais com discursos religiosos, colaborando com as condições para reprodução de políticas que impedem a plena aplicação do princípio da integralidade do cuidado no SUS.

**Palavras-chave:** Espiritualidade, Atenção à Saúde, Brasil.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>07</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>10</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>11</b>
<b>4 Capítulo 1 - Espiritualidade/religiosidade na produção científica em saúde.....</b>	<b>17</b>
<b>5 Capítulo 2 – Relações entre espiritualidade/religiosidade e as práticas e vivências de saúde-doença.....</b>	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>39</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Saúde é um tema complexo que é ao mesmo tempo filosófico, científico, tecnológico, político e prático. A sua manifestação é percebida pelos seus efeitos nas condições de vida das pessoas, ao mesmo tempo que o modo como as pessoas vivem determina a situação de saúde. Assim, pode-se compreender a saúde em várias dimensões, como: fenômeno, metáfora, medida, valor e práxis (SILVA, ALAN CAMARGO, 2011).

Em 1948 a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu o conceito de saúde como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Em 1998 esse conceito foi revisado, incluindo-se a dimensão espiritual, assim: “saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Esses são conceitos que recebem críticas por abordarem a saúde como algo ideal e inatingível, apontando critérios de perfeição e completude. Apesar disso, destacam a relevância de cuidar da saúde não apenas pela dimensão do corpo físico (SCLIAR, 2007; UFMG, 2012).

Ter uma vida saudável não consiste apenas em estar bem fisicamente, sem doenças e afecções, pois os indivíduos são bem mais complexos em sua existência. Nesse sentido, reconhece-se que a dimensão espiritual, enquanto aspecto relevante na existência histórico-social humana, também ocupa um lugar a ser considerado no processo saúde-doença.

A sociedade brasileira, em sua maioria, é religiosa; o Brasil é considerado cristão, mas os resultados do censo demográfico de 2010 mostraram o aumento de outros grupos religiosos no país, apresentando assim uma maior pluralidade de denominações (IBGE, 2010). Mesmo sendo um país considerado religioso, é comum a não distinção entre religiosidade e espiritualidade, muitos acreditam até que os dois termos significam a mesma coisa. E, de fato, existem algumas divergências entre as aproximações e distanciamentos desses dois termos na literatura acadêmica.

Apesar disso, é possível apontar que “religiosidade é uma expressão da relação do envolvimento com a religião institucional, apontada como uma forma de expressão e manifestação da espiritualidade; a religiosidade seria a forma como cada sujeito experiencia a religião” (MENEZES, 2019, p.2). Por sua vez, a espiritualidade pode ser entendida como:

...uma busca pelo significado da vida e o relacionamento com o sagrado/transcendente; a espiritualidade se refere a manifestações humanas que buscam a superação de si, ou de obstáculos, no qual não há necessariamente uma ligação com o sagrado (FORTI, 2018, p. 2).

Ainda que se reconheça as especificidades de cada termo, neste trabalho a opção será trabalhar com a nomenclatura combinada “espiritualidade/religiosidade”, considerando a finalidade do estudo, que abordará tanto o caráter institucional, religioso, quanto a dimensão transcendental, ligada à espiritualidade. Outros trabalhos também tem utilizado os termos combinados (SILVA, SORSOLINI-COMIN, 2020).

Sabe-se que demandas e queixas de saúde aparecem em diversas crenças, que as pessoas buscam suporte espiritual/religioso quando estão em processo de adoecimento, e também que variam os significados atribuídos aos estados de saúde e doença nas diversas religiões. Benefícios e riscos dessa filiação espiritual/religiosa, para o processo saúde-doença, são descritos na literatura (THIENGO *et. al.*, 2019; SILVA, SORSOLINI-COMIN, 2020).

Na busca por uma melhor atenção à população, que considere suas vivências e condições de saúde, as diversas esferas em que as pessoas vivem devem ser consideradas. Assim, o trabalho em saúde não deve se resumir a cuidar apenas da dimensão física das pessoas, mas sim cuidar dos indivíduos e coletividades em sua integralidade, considerando suas complexidades. Vivências de espiritualidade/religiosidade estão muito presentes no cotidiano da experiência humana, sendo consideradas recursos e caminhos de enfrentamento de dificuldades. Assim, em direção à construção e consolidação do cuidado integral, é importante entender como esses elementos se relacionam com o processo saúde-doença, buscando apreender a delimitação conceitual assumida na produção científica, as vivências dos usuários dos serviços de saúde, assim como as práticas de cuidado implementadas pelos profissionais da saúde.

Desse modo, será realizada revisão de literatura com foco na compreensão das relações entre saúde, espiritualidade e religiosidade. Para a elaboração desse trabalho foram estabelecidos alguns questões norteadoras que são: “como os conceitos de espiritualidade e religiosidade aparecem na literatura científica da saúde?”, “como a espiritualidade/religiosidade se relaciona com as vivências e práticas de cuidado à saúde?”.

O desejo de estudar sobre esse tema foi aflorado pelo fato da grande familiaridade que tenho com a religiosidade e espiritualidade, minha família em sua grande maioria professa a religião protestante, então desde muito nova sempre tive um grande contato com a religiosidade, com os dogmas, rituais e costumes dessa religião. Com o passar do tempo pude perceber que o que eu estava experimentando através da religião era algo que estava além de rituais e regras, era algo inexplicável e único, que hoje compreendo como espiritualidade. As vivências pessoais da espiritualidade e religiosidade, me trouxeram algumas percepções, como por exemplo a influência dessa dimensão na minha saúde. Além disso, pretendo fazer faculdade de enfermagem, então pensei em algum tema que relacionasse esses dois aspectos pelos quais eu me interessava e gosto de estudar. Durante os estudos na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) eu tive a percepção da importância da enfermagem no cuidado ao paciente, e relacionei com a espiritualidade e religiosidade pois, como já mencionei anteriormente, são aspectos muito importantes na minha vida, áreas que eu vejo que tem um grande impacto na minha saúde, seja ela física ou emocional. Creio que esse trabalho vai acrescentar e muito na minha vida, tanto profissional como pessoal.

## **2 OBJETIVOS**

### 2.1 Objetivo Geral

Compreender a relação da espiritualidade/religiosidade nas práticas de cuidado à saúde.

### 2.2 Objetivos específicos

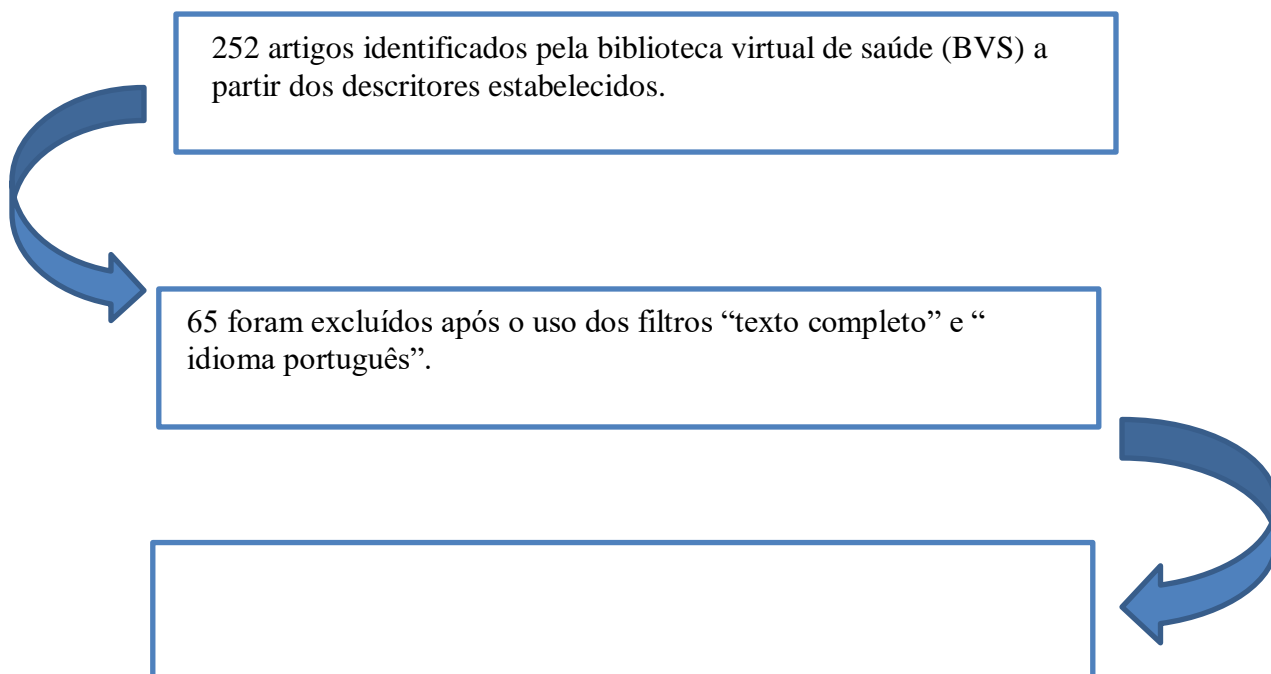
- 1) Descrever o (os) conceito (s) de espiritualidade/religiosidade que são adotados na produção científica em saúde.
- 2) Descrever as relações entre espiritualidade/religiosidade e as vivências de saúde e doença.
- 3) Descrever as relações entre espiritualidade/religiosidade e as práticas dos profissionais de saúde.

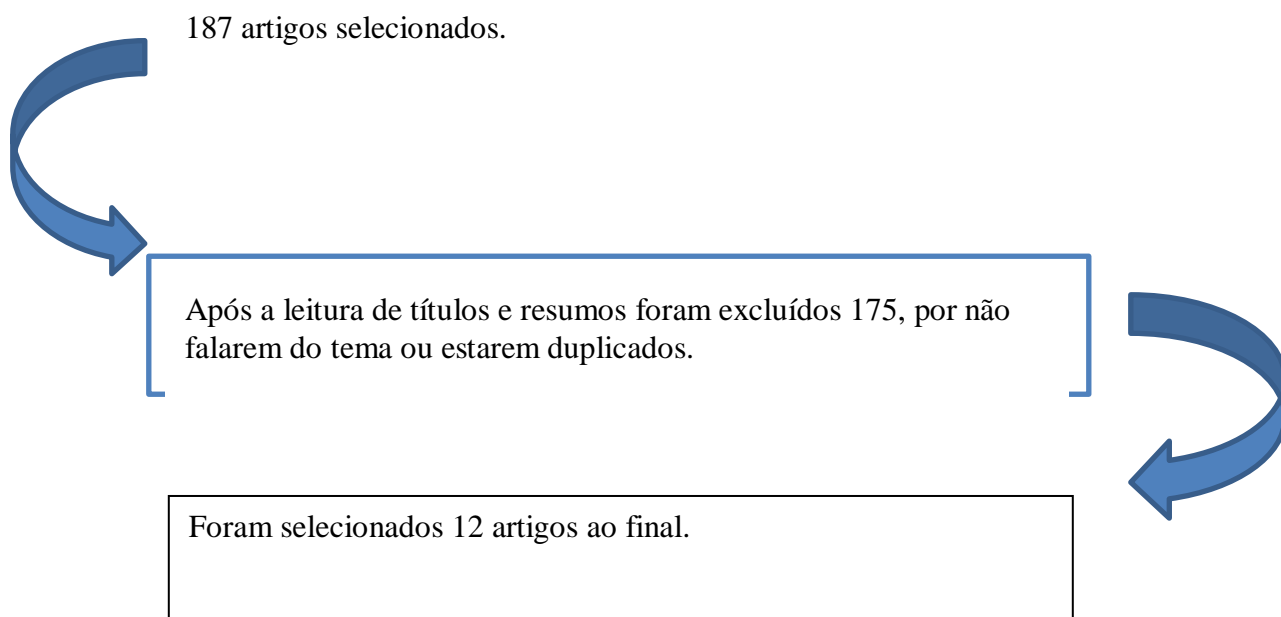
### 3 METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório, com base na abordagem qualitativa, tendo como método a revisão e análise da literatura. A partir dos seus objetivos geral e específicos, a análise foi norteada por três categorias: 1) Delimitação conceitual de espiritualidade/religiosidade no campo da saúde; 2) Espiritualidade/religiosidade nas vivências de saúde e doença; 3) Espiritualidade/religiosidade nas práticas dos profissionais de saúde.

Em buscas feitas em maio de 2021 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram identificados os seguintes descritores de pesquisa: “Espiritualidade”, “Religião” e “Saúde”. A partir desses descritores, foram encontrados 252 resultados utilizando os filtros “texto completo” e “português”. A última etapa metodológica consistiu na leitura de títulos e resumos dos artigos identificados, na execução foram utilizados como critérios de exclusão: não tratarem diretamente do tema “espiritualidade/religiosidade e saúde” e textos duplicados. Os artigos remanescentes totalizaram 12, e foram analisados à luz das categorias acima definidas a fim de elaborar os capítulos que irão compor o TCC.

Processo de fluxo de seleção dos artigos está representado na Figura 1.





Os 24 estudos selecionado no presente trabalho foram lidos na íntegra para a elaboração do trabalho. Até o momento foram lidos e caracterizados 12 trabalhos, os quais estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição dos estudos incluídos na Revisão da Literatura

Nº	Referência	Título	Objetivo	Características do estudo	Ano de homologação
1	Aguiar, Beatriz Fonseca	Psicologia, espiritualidade/religiosidade e cuidados paliativos: uma revisão integrativa.	Analisar na literatura produções sobre as interfaces entre psicologia e espiritualidade/religiosidade no contexto de cuidados paliativos.	Revisão Integrativa da literatura, com coleta de dados no mês de fevereiro de 2018, nas bases de dados PEPsic, SCIELO, SCOPUS, PubMed.	2021
2	Forti, Samanta	Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática.	apresentar uma revisão sistemática sobre saúde e espiritualidade/religiosidade, como foco em instrumentos	revisão sistemática, desenvolvida a partir da leitura de 35 trabalhos, as bases de dados utilizadas, foram: CAPES, DOAJ, Lilacs, Pubmed, Scielo e Web of Science. Os trabalhos	2020

			para sua mensuração.	utilizados forma entre os anos 2000 e 2017. Os descritores utilizados: CAPES, DOAJ, Lilacs, Pubmed, Scielo e Web of Science,	
3	Silva, Luciana Macedo	Na sala de espera do terreiro: uma investigação com adeptos da Umbanda com queixas de adoecimento.	Analisar a forma como os adeptos da umbanda tema compreensão de Saúde-doença.	Pesquisa exploratória, qualitativa e de corte transversal, com 20 adeptos da religião umbanda que são atendidos em dois terreiros localizados em uma cidade de médio porte do estado de Minas Gerais, Brasil.	2020
4	Moreira, Wanderson Carneiro	Efeitos da associação entre espiritualidade, religiosidade e atividade física na saúde/saúde mental: revisão sistemática.	Identificar efeitos da R/E e exercícios físicos na saúde física e mental.	Revisão sistemática feita com 9 artigos entre 2011 e 2017, utilizando como descritores: <b>"Spirituality"</b> , <b>"Religion"</b> , <b>"Atividade física"</b> e <b>"Exercício físico"</b> .	2020
5	Figueredo, Luana Prado	Espiritualidade dirigida ao ensino de enfermagem da residência em Saúde Mental e psiquiatria.	Identificar a percepção dos discentes da disciplina de Espiritualidade aplicada à Enfermagem na residência de enfermagem em saúde mental e psiquiatria.	Estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa. Pesquisa com 11 alunas, com a idade de 27 anos, no 1º ano letivo da residência de enfermagem em saúde mental.	2019
6	Moura Oliveira, Rafael	Espiritualidade/religiosidade e o humanizaSUS em unidades de saúde da família.	Descrever e comparar a influência da espiritualidade/religiosidade e do HumanizaSUS na prática clínica de profissionais de saúde de Unidades de Saúde da Família.	Estudo descritivo e transversal, pesquisa feita com 10 profissionais com nível superior das Unidades de Saúde da Família do município de Jiquiriçá, Bahia, Brasil; entre janeiro e julho de 2016. O questionário da SEBRAME (Spirituality and Brazilian Medical Education) foi adaptado para fazer essa pesquisa, e o questionário próprio para abordar o humanizaSUS	2018
7	Rezende, Pedro Henrique Costa De	Espiritualidade e saúde: aplicações práticas.	lkjhhytn	ytjhytuhytr	2018
8	Santiago RC, Sanders Pinheiro H. Percepção	Percepção dos Profissionais de Saúde sobre a influência da	Esclarecer aspectos relevantes	Revisão de literatura. Foram utilizados como descritores: <b>"((spirituality) AND religious coping) AND</b>	2018

	<p>dos profissionais de saúde sobre a influência da Espiritualidade/Religiosidade na saúde: Bases teóricas. hu rev [Internet]. 18° de fevereiro de 2020 [citado 16° de setembro de 2021];44(4): 423-4. Disponível em: <a href="https://periodicos.ufjf.br/index.php/hu revista/artic le/view/2922">https://periodicos.ufjf.br/index.php/hu revista/artic le/view/2922</a></p>	<p>espiritualidade/religiosidade na saúde.</p>	<p>na prática clínica dos profissionais da saúde sobre a espiritualidade.</p>	<p>religious assessment”, “end-of-life AND spiritual history”, “spiritual history AND clinicians”, “medical history taking AND spirituality” e “spiritual assessment AND spiritual history”.</p>	
9	<p>Panitz, Gabriel De Oliveira</p>	<p>Instrumentos de abordagem da espiritualidade na prática clínica.</p>	<p>elucidar aspectos relevantes na prática clínica dos profissionais da saúde sobre a espiritualidade.</p>	<p>A pesquisa foi realizada com base de dados Pubmed e Scielo, apenas em inglês, utilizando as palavras-chave “((spirituality) AND religious coping) AND religious assessment”, “end-of-life AND spiritual history”, “spiritual history AND clinicians”, “medical history taking AND spirituality”.</p>	2018
10	<p>Longuinieri, Agnes Claudine Fontes De La</p>	<p>Influência da religiosidade/espiritualidade dos profissionais da Saúde na valorização da dimensão espiritual do paciente crítico.</p>	<p>Identificar se a religiosidade/espiritualidade dos profissionais da saúde colabora para a valorização da dimensão espiritual dos pacientes críticos.</p>	<p>estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 53 profissionais que atuavam em Unidades de Terapia Intensiva no interior do Brasil.</p>	2017
11	<p>Aguiar, Paulo Rogério</p>	<p>A religiosidade/espiritualidade dos</p>	<p>Estudo descritivo, transversal, com abordagem</p>	<p>Estudo descritivo, transversal, com</p>	2017

		médicos de Família: avaliações de alunos da Universidade Aberta do SUS (Una-sus).	quantitativa, realizado com 53 profissionais que atuavam em Unidades de Terapia Intensiva no interior do Brasil. Coleta de dados através do questionário adaptado do estudo multicêntrico SEBRAME.	abordagem quantitativa, realizado com profissionais da saúde que atuavam na assistência ao paciente crítico em UTI.	
12	Ferreira, Alberto Gorayeb De Carvalho	Concepções da espiritualidade e religiosidade e a prática multiprofissional em cuidados paliativos.	Identificar as concepções de espiritualidade e religiosidade e sua interface com a prática multiprofissional em cuidados paliativos.	Estudo de caráter transversal e natureza quantitativa, entre profissionais da equipe de cuidados paliativos de um hospital de referência, localizado na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil.	2015

Na busca foram identificados 12 periódicos com publicações sobre o tema em estudo. Dentre estes, nenhum periódico publicou mais de um artigo.

As revistas incluídas no trabalho presente, se mostram diversas, não houve caso de um mesmo periódico publicar dois artigos que estão inclusos nesse trabalho. Os periódicos que publicaram artigos presentes nesse trabalho foram: Revista.psicol., Divers.Saúde; Ciência e saúde coletiva; saúde sociedade; Revisa(online); Revista. Bras. Promoç. Saúde (impr.; Hu revista; Revista. Enferm. UFPE online; Revista brasileira de educação médica; Revista Kairó; Revista Gaúcha de Enfermagem; revista psiq clínica; online braz. J. Nurs. (Online); Revista brasileira de enfermagem; Archives of clinical psychiatry (são Paulo). O primeiro periódico que publicou um artigo foi o Rev. Kairó, e o artigo foi o “Concepções da espiritualidade e religiosidade e a prática multiprofissional em cuidados paliativos” no ano 2015, e o último período à lançar um artigo foi o Rev. Psicol., Divers.Saúd, lançando o artigo Psicologia, espiritualidade/religiosidade e cuidados paliativos: uma revisão integrativa, no ano de 2021, percebesse uma grande concentração de artigos publicados no ano de 2018, ao total foram publicados 4 artigos durante esse período.

Além dos artigos buscados na BVS, foram utilizados como referência os seguintes livros:

- A espiritualidade no trabalho em saúde – Eymard Mourão Vasconcelos (2020)
- Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde – ABRASCO (2006)

## Capítulo 1: Espiritualidade/religiosidade na produção científica em saúde

Atualmente a relação da Espiritualidade/ Religiosidade e saúde pode ser considerado um tema crítico, mas nem sempre foi assim. A relação desses termos foi sendo moldada através das mudanças sociais, sendo assim, essa vinculação varia mediante as épocas, as realidades econômicas, culturais, ambientais e sociais. A forma como um determinado povo entende o processo saúde-doença é singular, e isso determina a forma como se lida com esse processo.

Os povos originários tinham a Espiritualidade/ Religiosidade como explicação para o processo saúde-doença. A enfermidade era tida como ocorrência sobrenatural, assim como as tempestades e os ventos; a doença era uma manifestação do poder dos deuses contra o indivíduo que quebrou alguma ordem, ou seja cometeu pecado, ou o corpo que era tomado por um fantasma (HEGENBERG, 1998). A Bíblia, por exemplo, discorre sobre a história de um rei que ao desobedecer os mandamentos de Deus é acometido pela lepra.

Uzias, que estava com um incensário na mão, pronto para queimar o incenso, irritou-se e indignou-se contra os sacerdotes; e na mesma hora, na presença deles, diante do altar de incenso no templo do Senhor, surgiu lepra[c] em sua testa. Quando o sumo sacerdote Azarias e todos os outros sacerdotes viram a lepra, expulsaram-no imediatamente do templo. Na verdade, ele mesmo ficou ansioso para sair, pois o Senhor o havia ferido.( 2 CRÔNICAS, 26; 19 E 20).

No Oriente, o conceito desses mesmos termos eram diferentes, a ideia de ter saúde estava relacionada as forças vitais que estavam em perfeita harmonia e que doença era o contrário. Os gregos adoravam e cultuavam diversas divindades, entre elas a Asclepius, que era a deusa da medicina, mas diferentemente dos diversos povos que relacionavam a saúde-doença com a espiritualidade e religiosidade, os gregos utilizavam no processo de cura o uso de plantas e métodos naturais, não apenas rituais espirituais. Entre os indígenas que vivem nas fronteiras entre o Brasil e a Venezuela, a causa da morte é tida como maldição de algum inimigo. Já em 1493 Paracelsus dizia que as doenças eram provocadas por agentes externos e, com o avanço da ciência e da tecnologia, no final do século XIX, começou a revolução pasteuriana, que descobriu a existência de microorganismos, através do microscópio, que causavam doenças; e através desse grande marco, a ciência começou a desenvolver soros e vacinas (SCLIAR, 2007).

Assim como a ciência evoluiu, ou melhor, evolui, os conceitos sobre saúde-doença-cuidado continuam se transformando e se modificando ao longo do tempo e conforme as características de cada tempo e espaço.

No ano de 1808 foi inaugurada a primeira faculdade de Medicina no Brasil (OLIVEIRA, 2019), um marco histórico, mas naquela época a lógica estabelecida para a assistência prestada pelo médico era hegemônica, curativista, hospitalocêntrica e o serviço era totalmente biomédico e não prezava pela totalidade, integridade e pluralidade do indivíduo, levando em consideração apenas o seu corpo físico (BEZERRA, 2016).

Em 1904, uma epidemia de varíola assolou a capital do Rio de Janeiro, com isso Oswaldo Cruz, instituiu uma reforma, fez o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção. Nesse período a vacina antivariólica se tornou obrigatória. A participação estatal na saúde era apenas de prevenção, não prestando nenhum serviço público aos cidadãos. O único serviço público e gratuito naquela época eram as santas casas que foram instauradas no Rio de Janeiro em 1852 (MENDES, 2001)

Durante a era Vargas e na ditadura civil-militar, os trabalhadores lutaram pela previdência, que os beneficiaria, tanto nas situações de saúde, quanto pela faixa etária. Em 1923 foi colocada em vigor a lei Eloy Chaves que criou a caixa de aposentadorias e pensões (CAP), mas essa lei incluía apenas trabalhadores de ferrovias, com o passar do tempo as categorias assalariadas aumentaram, trazendo a possibilidade de outros trabalhadores participarem. Ao longo da década, foram criados outros institutos para as categorias dos comerciários (1934) bancários (1935), industriários (1938) e os empregados em transportes e cargas (1938) (BATICH, 2004). Esses institutos tinham bastantes recursos, pelo fato de que poucos dos que contribuíam tinham as condições necessárias para se aposentar, com isso o governo abre hospitais dos servidores do estado e dos bancários, que só davam acesso a essas categorias, ou seja, pessoas que de alguma forma contribuíam com seus recursos. Esse era um modelo que privilegiava o acesso à saúde para aqueles que tinham vínculos formais de trabalho, e tratava como indigentes os demais grupos populacionais, que não trabalhavam com carteira assinada e não podiam pagar por serviços privados.

Diante de todos esses modelos de fazer saúde, no ano de 1988 é instaurado, ou pelo menos começa a ser construído o que se conhece com, Sistema Único de Saúde (SUS). Fruto de um movimento chamado Reforma Sanitária, que foi mobilizada nos anos de 1970, o SUS é oficializado pela Constituição de 88, que tornou a saúde uma obrigatoriedade e um dever do estado; o artigo 196 da constituição diz que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Essa nova forma de fazer saúde foi fincada e construída a partir de alguns pilares; a universalidade, que garante o acesso a qualquer cidadão a esse sistema de saúde, independente de sua etnia, sexualidade, religião, altura e outros; a equidade, que tem como objetivo fazer com que a experiência do atendimento não seja diferente mediante ao paciente, mas igualitária e justa; a integralidade, que desconstrói uma ideia hegemônica do cuidado e faz com que esse cuidado seja mais completo e integral, não cuidando apenas da doença física do paciente, mas abordando suas demais necessidades; e a descentralização, fazendo com que tenha união federal, estatal e municipal (BEZERRA, 2015). Entretanto, o grande desafio é tornar essas garantias formais em garantias concretas.

O conceito de saúde estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1988, define que “saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”; esse conceito é um tanto criticado, seja no meio acadêmico, ou pelo senso comum, por trazer um perspectiva utópica, inalcançável e relativa sobre saúde. O conceito visa uma completude inatingível e que pode variar, pois o “bem-estar”, apesar de determinado socialmente no âmbito da coletividade, é uma percepção relativa e individual. Importante destacar que a crítica ao conceito está localizada na noção de perfeição, e não na abordagem às diversas dimensões da vida humana que propõe (SCLIAR, 2007).

A OMS apresenta marcos teórico-metodológicos que orientam os processos de trabalho nos sistemas e serviços de saúde no Brasil e no mundo. O conceito acima citado é reconhecido mundialmente e enfatiza como fundamental o cuidado orientado não somente à dimensão física, mas também a consideração dos aspectos espiritual, da saúde mental e social.

A definição utilizada parece estar um tanto distante da realidade, pois a abordagem à dimensão física é privilegiada nos espaços de cuidado, tanto por pacientes, quanto por profissionais. Essa negligência às demais dimensões se dá por diversas razões, sendo uma delas a deficiência dessa abordagem nos currículos de formação dos profissionais de saúde modo de operar sobre/com as demais dimensões; alguns profissionais não tem contato com a dimensão espiritual durante as suas vidas, e muito menos no meio acadêmico (SANTIAGO, 2020).

A incorporação de temas religiosos/espirituais em currículos de graduação em saúde está em seus estágios iniciais. Entre os alunos está a Liga Acadêmica de Saúde e Espiritualidade (Liase) da Universidade de Goiás. No país, 39 grupos que tratam de religião/espiritualidade estão cadastrados no Diretório de Grupos de Pesquisa Brasileiros. No âmbito da pós-graduação, pode-se citar a área de Pesquisa em Saúde Mental e Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Além disso, o Ministério da Saúde e a Associação Psiquiátrica têm realizado iniciativas, eventos e seminários sobre o tema (VASCONCELOS, 2020).

Indiscutivelmente, muitos pesquisadores abordam a saúde e a doença de uma perspectiva religiosa. A análise aponta para temas comuns nos achados desses autores: corpos, poder, grupos sociais, redes de apoio, reconstrução de realidades familiares e sociais, debater o poder intelectual médico e enfatizar diferenças de gênero, classe e minorias, apesar das diferenças de diferentes esferas religiosas (VASCONCELOS, 2020).

Por sua vez, o modo como os indivíduos e coletividades vivenciam ou não processos ligados à espiritualidade e religiosidade varia, mediante suas realidades, seja no autocuidado ou no exercício das suas práticas profissionais. Seria muito raso afirmar que a causa da dimensão espiritual ser mantida na periferia do cuidado é apenas a falta de preparo da parte dos profissionais, pois se os mesmo fossem preparados, ainda assim haveriam questões a ser enfrentadas. Existem elementos estruturais da sociedade, assim como do modelo de atenção à saúde que compõem esse cenário, e que precisariam também ser considerado. Mas sim, é importante pontuar a necessidade de os currículos permitirem a abordagem do cuidado considerando a perspectiva da Espiritualidade/Religiosidade dos usuários de saúde, e tendo em conta o lugar da educação como instrumento para a transformação de práticas.

Para melhor compreender a relação entre Espiritualidade/Religiosidade e saúde é importante verificar como esses termos aparecem descritos/abordados na literatura científica da área da saúde, assim é possível apreender a partir de que matriz teórica o campo incorpora ou não elementos dessas dimensões.

Pode-se perceber que Religiosidade e Espiritualidade são, por muitas vezes, entendidas como a mesma coisa para o senso comum, mas os dois termos, por mais que possuam aproximações, tem diferentes definições. Em que pese a existência de algumas variações em cada conceito.

O termo religiosidade é definido por diversos autores, as definições apresentam semelhanças. Thiengo (p. 6, 2019) define o termo já mencionado como “adesão a crenças e a práticas relativas a uma instituição religiosa organizada”. Outra definição vai dizer que é o “fenômeno que está relacionado com a busca do homem por responder os seus questionamentos existenciais e dar sentido à sua vida” (FREITAS, 2015, p.451).

“A religiosidade é o quanto o indivíduo acredita, segue e pratica uma religião, que é institucional, dogmática e sistematizada; a religiosidade pode ser compreendida como a adesão a práticas, que o indivíduo acredita e segue, como por exemplo, participação em templo religioso, leitura de livros religiosos e rezas” (LONGUINIÈRE, 2017, p.2). Para Panzini (2018) a religiosidade se refere à ligação com um sistema de adoração e uma doutrina partilhada com um grupo (FORTI, 2018). A religiosidade está ligada a uma instituição religiosa que possui um conjunto de dogmas a serem seguidos, ela tem uma forte relação com a religião. A religião é “um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos criados para facilitar a aproximação com o sagrado ou transcendente” (PANITZ, 2018, p. 4).

Por sua vez, a espiritualidade pode ou não estar ligada à religiosidade, mas não é uma regra. A espiritualidade é entendida “como uma busca pessoal para compreender o sentido da vida, a relação com o sagrado e as questões relacionadas com o fim da vida terrena, podendo, ou não, levar à realização de práticas religiosas” (LONGUINIÈRE, 2017, p.2). “Trata-se de uma busca pelo significado da vida e o relacionamento com o sagrado/transcendente. Sob um segundo ponto de vista, a espiritualidade se refere a manifestações humanas” (FORTI, 2018, p.2); é a busca pessoal por compreender respostas com relação à vida, ao sentido, e sua relação com o sagrado ou

transcendente, que pode (ou não) levar ao desenvolvimento de rituais e formação de comunidades religiosas (PANITZ, 2018, p.4).

“A espiritualidade é relevante na atribuição de significados à vida, não é sinônimo de doutrina religiosa, pode ser considerada como uma filosofia do indivíduo e um recurso de esperança (MOREIRA et al., 2020, p.2). Concepções errôneas sobre o que é espiritualidade são perceptíveis no meio social, reduzem esse conceito a práticas devocionais que possuem ligações à dogmas. A espiritualidade é algo particular, que transcende o físico, a matéria. O indivíduo que pratica a espiritualidade não está apenas ligado ao que acontece fisicamente, mas é guiado pelas suas intuições, sentimentos e força do pensamento.

Apesar de estarem localizadas conceitualmente, a forma como religiosidade e espiritualidade são vivenciada varia mediante as determinações da realidade social na qual o indivíduo está inserido.

Por exemplo, o Brasil é um país que historicamente tem sua formação marcada por práticas racistas e escravocratas que em grande parte sustentam o preconceito religioso a religiões de matriz africana. A colonização não tinha apenas o objetivo de utilizar a mão de obra dos africanos e dos demais povos, tinha também como intuito modificar a forma de se viver, a forma de se pensar dos povos escravizados, com isso as religiões de matriz africana resistiram e resistem à toda opressão, preconceito e injúria. Assim, também por essas razões que estruturam a sociedade é que a troca entre profissional e usuário se torna mais complexa, mediante à forma como o indivíduo vivencia a religiosidade/ espiritualidade traspasado por outros elementos. A produção do cuidado em saúde acontece no encontro entre sujeitos (profissional-usuário-usuário), então, se esse encontro não pode acontecer plenamente na integralidade do que constitui as pessoas, aí já temos uma barreira de cuidado, um empecilho à integralidade e equidade da atenção.

Existe um tabu à ser quebrado na relação entre profissional e paciente, onde essa dimensão espiritual e religiosa não é comentada na maior parte dos encontros com o profissional, seja ele médico ou enfermeiro ou das demais categorias. Mesmo fazendo parte da realidade de muitos brasileiros, é um assunto pouco abordado nas consultas profissionais. Muitas vezes pelo fato do adepto seguir certa religião, certos dogmas, existe um determinado receio e bloqueio sobre a credibilidade que será dada ao tratamento espiritual. Essa dificuldade de expressar as questões

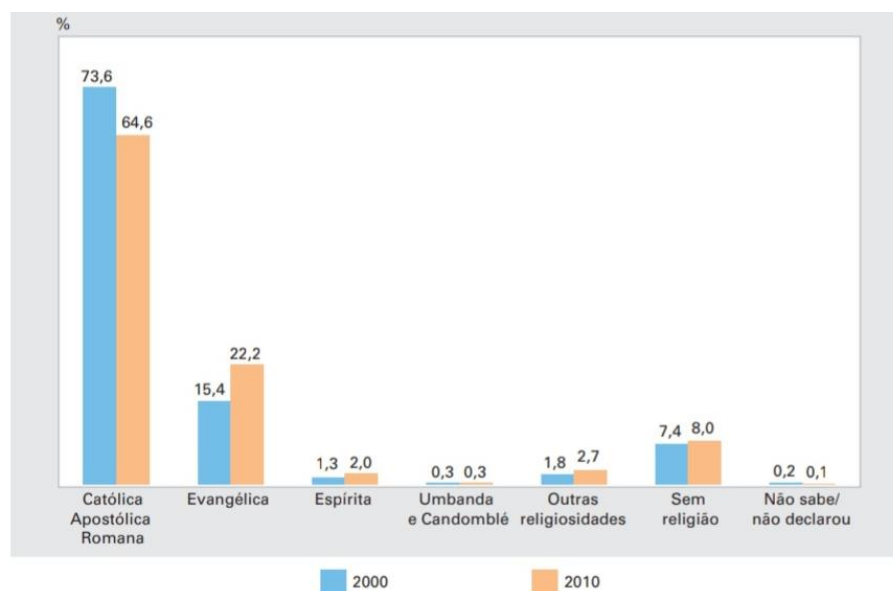
religiosas e como elas perpassam pelas vivências de saúde e doença se dá de diversas formas, a partir de ideias pré-estabelecidas sobre as religiões, que podem ser tratadas de modo negativo e de forma pejorativa, podendo interferir na abertura do paciente com o profissional, pelo medo ou receio de intolerância religiosa (SILVA, 2020).

Pesquisas apontam a religião como função de alívio do humor e fonte de recursos para o enfrentamento da doença. Epidemiologicamente, é um fator de proteção, destacando a importância da incorporação da dimensão religiosa/espiritual na formação e prática dos profissionais como estratégia para aumentar a participação do paciente no tratamento (VASCONCELOS, 2020).

Em conjunto, parece haver um consenso na literatura em questionar a importância de modelos biomédicos que incorporam múltiplas dimensões da experiência social nas abordagens do processo saúde-doença, incluindo crenças religiosas/questões espirituais. Mas como dar centralidade a essa questão e retirá-la dessa área cinzenta do debate, onde as discussões transitam entre a racionalidade científica fechada e um reino onde tudo é permitido em nome da “sensibilidade”? Como criar um impulso de cuidado que não seja propenso ao fanatismo, mas não se baseie na negação das crenças religiosas/espiritualidade? Essas se mostraram questões estruturais que merecem uma investigação mais aprofundada em outros estudos para levar a uma compreensão mais ampla (VASCONCELOS, 2020).

Por mais que os índices do censo demográfico de 2010 (IBGE) mostrem a crescente de diversas religiões, como mostra a Figura 1, a realidade social ainda apresenta situações de preconceito, intolerância e injúria religiosa. As religiões de matriz africana são uma das mais afetadas negativamente pela falta de conhecimento sobre a sua religião e isso afeta integralmente na vivência do adepto no processo com o profissional (SILVA, 2020).

Figura 2 – Percentual da população residente, segundo os grupos de religião. Brasil 2000/2010



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000/2010.

Essa é uma questão que se manifesta na experiência individual das pessoas mas que diz respeito ao modo como o sistema de saúde está organizado. Sabe-se que o estado é laico, que as práticas de saúde devem estar orientadas por evidências científicas, mas a constituição dos sujeitos passa por mais elementos, por outros atravessamentos que precisam ser apreendidos na oferta de cuidado. Não se espera ofertas de cunho espiritual e religioso nas instituições de saúde, mas que as vivências dessa dimensão sejam consideradas no que se chama de realidade de singularidade do cuidado.

É um fato claro que a religião existe principalmente entre as classes populares e em diferentes aspectos da vida, portanto, a cautela religiosa deve ser levada em conta, pelo menos, ao se pensar e planejar ações e práticas de saúde pública. Nesse contexto, é preciso compreender que a influência da crença/espiritualidade religiosa no processo de saúde e doença envolve uma dimensão sociopolítica, como o uso da religião para estabelecer e manter relações de poder (VASCONCELOS, 2020 ).

Ainda considerando as relações entre religiosidade/espiritualidade e as condições estruturais da vida em sociedade, inclusive o acesso à políticas públicas, essa temática assume relevância no contexto atual. Vive-se sob uma multiplicidade de crises, de ordem econômica, social, política, sanitária e, transversalmente, sob a crise do capital, que cada vez mais avança sobre o fundo público, minando as possibilidades de construção de políticas que deem conta das necessidades e singularidades da população. Paralelamente, há uma vinculação tática entre neoliberalismo e discursos de origem religiosa para a consolidação de um projeto de sociedade fundado na ética de mercado (ALMEIDA, 2020).

Pelo exposto, nota-se no campo da saúde uma abordagem similar aos conceitos religiosidade e espiritualidade, nas publicações científicas, parecendo constituir uma área de interesse, mas ainda com implicações práticas incipientes que demandam aprofundamento investigativo, e principalmente propositivo no âmbito da integralidade do cuidado como princípio do SUS.

Considerar a abordagem desse tema nas práticas de saúde pressupõe levar em consideração os reflexos dos constrangimentos impostos pela crise do capital, no alcance de políticas públicas que abranjam as pessoas em sua totalidade, assim como os vínculos entre discursos religiosos e o conservadorismo político que vem suportando a materialização da agenda neoliberal no país.

Portanto, esse processo de transformação das práticas de atenção à saúde possivelmente precisará acontecer em articulação com outros setores, como educação, cultura, organizações comunitárias, assim como depende de revisão das bases societárias, não se configurando como uma questão restrita à área da saúde. O processo de formação da sociedade brasileira é complexo, marcado por desigualdades, exclusão, intolerância, colonialismo, racismo, e todos esses elementos pavimentam o modo como as políticas de sociais são construídas e operacionalizadas. Em um cenário de desfinanciamento do SUS, contuidade do Teto de Gastos e encolhimento progressivo da universalidade em favor da Cobertura Universal de Saúde no contexto global, está posto um desafio de alta complexidade, que envolve a totalidade das relações sociais, para além da relação religiosidade/espiritualidade e saúde em seu caráter individual.

## Capítulo 2 – Relações entre espiritualidade/religiosidade e as práticas e vivências de saúde-doença

Segundo o Censo Demográfico de 2000 foram declaradas 50 religiões no Brasil, já no censo demográfico de 2010, observa-se 52 religiões. Comparando-se os períodos, a religião Católica Apostólica Romana obteve uma pequena redução de representatividade, sendo em 2000: 124 980 132; e em 2010: 123 280 172. Mas religiões evangélicas, candomblé, umbanda e budismo vem crescendo. No Censo de 2000 existiam cerca de 397.431 adeptos à umbanda; 127.582 adeptos ao candomblé; ao budismo, 214.873; 710. 227 adeptos a religião Evangélica; já no Censo de 2010 o número de adeptos a cada religião respectivamente foi de: 407.331; 167.363; 245.966 e 42. 275. 440. Os dados mostram uma descentralização religiosa no cenário brasileiro (IBGE, 2011).

### Quadro 2 - Religiões declaradas no Censo Demográfico de 2010

<b>Religião</b>	<b>Total de adeptos</b>
Católica Apostólica Romana	123 280 172
Católica Apostólica Brasileira	560 781
Católica Ortodoxa	131 571
Evangélicas	42 275 440
Evangélicas de Missão	7 686 827
Igreja Evangélica Luterana	999 498
Igreja Evangélica Presbiteriana	921 209
Igreja Evangélica Metodista	340 938
Igreja Evangélica Batista	3 723 853
Igreja Evangélica Congrega- cional	109 591
Igreja Evangélica Adventista	1 561 071
Outras Evangélicas de Missão	30 066
Evangélicas de origem pentecostal	25 370 484
Igreja Assembléia de Deus	12 314 410
Igreja Congregação Cristã do Brasil	2 289 634

Igreja o Brasil para Cristo	196 665
Igreja Evangelho Quadrangular	1 808 389
Igreja Universal do Reino de Deus	1 873 243
Igreja Casa da Bênção	125 550
Igreja Deus é Amor	845 383
Igreja Maranata	356 021
Igreja Nova Vida	90 568
Evangélica renovada não determinada	23 461
Comunidade Evangélica	180 130
Outras igrejas Evangélicas de origem pentecostal	5 267 029
Evangélica não determinada	9 218 129
Outras religiosidades cristãs	1 461 495
Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias	226 509
Testemunhas de Jeová	1 393 208
Espiritualista	61 739
Espírita	3 848 876
Umbanda	407 331
Candomblé	167 363
Outras declarações de religiosidades afro brasileira	14 103
Judaísmo	107 329
Hinduismo	5 675
Budismo	243 966
Novas Religiões Orientais	155 951
Igreja messiânica mundial	103 716
Outras novas religiões orientais	52 235
Outras Religiões Orientais	9 675
Islamismo	35 167
Tradições Esotéricas	74 013

Tradições Indígenas	63 082
Outras Religiosidades	11 306
Sem religião	15 335 510
Ateu	615 096
Agnóstico	124 436
Não determinada e múltiplo pertencimento	643 598
Religiosidade não determinada/mal definida	628 219
Declaração de múltipla religiosidade	15 379

Religiões de origem cristã são predominantes, e com os anos a diversidade religiosa no Brasil vem se ampliando (IBGE, 2011). Todavia, a concretização dessa pluralidade, que se manifesta em passos lentos, por si só não é suficiente para a superação do preconceito e intolerância, que se configuram como problemática não só de cunho relacional, mas também institucional.

Nesse sentido, algumas iniciativas podem ser apontadas. Em 21 de janeiro de 2007, o então presidente Luiz Inácio Lula da Silva, assinou a lei 11.635 que cria o Dia Nacional de Combate à Intolerância Religiosa. Em março de 2008 a Comissão de Combate à Intolerância Religiosa (CCIR) é fundada, sem fins lucrativos, apenas com o objetivo de combater a intolerância (SOUZA, 2016). Em 2003, foi criada a cartilha sobre Diversidade Religiosa e Direitos Humanos, com a intenção de esclarecer a intolerância religiosa. Em 14 de julho de 2000, A lei 9.982, que declara:

Art. 1º Aos religiosos de todas as confissões assegura-se o acesso aos hospitais da rede pública ou privada, bem como aos estabelecimentos prisionais civis ou militares, para dar atendimento religioso aos internados, desde que em comum acordo com estes, ou com seus familiares no caso de doentes que já não mais estejam no gozo de suas faculdades mentais. (BRASIL, 2000)

Ainda que existam leis, instituições sendo instauradas, debates com universidades com viés pluralista e tolerante, segundo a revista Veja, a intolerância religiosa no Brasil tem crescido após

as eleições de 2018, e esse crescimento foi maior no período de pandemia. Em 2018 foram registrados 211 denúncias de intolerância, já em 2020 foram registrados 245 denúncias de intolerância contra pessoas de religiões de matriz africana. Os casos de intolerância religiosa deveriam ser reduzidos a medida que novas leis fossem constituídas, mas os problemas sociais não são solucionados por anúncio e por decreto. Também se sabe que maior disponibilidade de informações não se converte necessária e automaticamente em novos comportamentos.

As construções das relações étnico-raciais no Brasil tiveram grande influência no preconceito religioso contra diversas religiões, principalmente religiosos africanas e indígenas. A colonização Europeia no Brasil massacrou a população negra e indígena no território brasileiro. A colonização não tinha o objetivo de utilizar apenas a mão de obra das pessoas escravizadas, mas mudar a sua forma de pensar e agir, mudar sua cultura, seus costumes e seus credos, pois acreditava-se que a cultura europeia era “certa” e as demais eram erradas. Essas relações étnicas criaram uma sociedade preconceituosa, seja no âmbito racial ou religioso. Os brasileiros negros e adeptos a religiões de matriz africana sofrem com as sucessivas opressões, pois sofrem preconceito racial e religioso (BABALAWÔ, 2016).

No Brasil, vive-se o mito da “boa convivência”, onde acredita-se que todos são escutados, todos são compreendidos e respeitados, mas desde os antepassados percebe-se as marcas do preconceito, onde as demais culturas que não fossem europeias, eram silenciadas e inferiorizadas (BABALAWÔ, 2016)

A escola é o primeiro grande contato social, além dos familiares, que uma criança tem. A escola possui grande influência sobre as verdades que cada ser humano carrega, sendo assim qual seria a influência das escolas na formação de uma sociedade intolerante? Quando estudando a história, a primeira narrativa que nos é proposta é que “o primeiro casal que habitou o mundo foi Adão e Eva” essa narrativa é construída acima de uma perspectiva cristã, sendo assim não é uma verdade absoluta. O passado brasileiro estudado nas escolas na maior parte das vezes passa por uma perspectiva europeia, a história gira em torno de temas como: Antiguidade Grega, Império Romano, Idade Média e Época Moderna europeia. Sendo assim, a escola é um ambiente onde uma única perspectiva é estudada nas maiorias das vezes, fazendo com que conseqüentemente as religiões afro-brasileiras, islâmicas, budistas e de outros segmentos sejam silenciadas. A escola além de ser um ambiente que silencia outras verdades é um ambiente que reproduz atitude

preconceituosas, atitudes que são reproduzidas tanto por professores como por diretores como mostra a Figura 3. Esses dados são um reflexo da negligência escolar no âmbito religioso, contribuindo para uma sociedade intolerante.

**Figura 3 - Principais agressores contra crimes de intolerância religiosa. Dados: disque 100 e Relatório de intolerância religiosa no Brasil nos anos de 2011, 2012, 2013, 2014 e 2015.**

<b>Suspeito/Agressor</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Total</b>
Professor (a)	0	11	20	8	1	40
Diretor de Escola	0	1	8	7	0	16
Empregador (a)	0	1	8	1	10	20
Vizinho (a)	10	50	84	73	23	240
Mãe	1	11	11	8	4	35
Pai	0	7	6	2	0	15
Desconhecido (a)	16	39	128	59	37	279
Não Informado	0	40	103	77	42	262
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>159</b>	<b>360</b>	<b>228</b>	<b>117</b>	<b>907</b>

Percebe-se a evolução da disseminação de informações contra à intolerância religiosa mas, em contra partida, as manifestações de intolerância continuam capilarizadas nas relações pessoais, e também nos espaços institucionais, dos quais se esperaria uma atuação voltada para a garantia de direitos. Em 24 de abril de 2014, por exemplo, um juiz federal afirmou que candomblé e umbanda não são religiões (SILVA, 2016).

O artigo 19º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) diz que “todo o indivíduo tem direito à liberdade de opinião e de expressão, o que implica o direito de não ser inquietado pelas suas opiniões e o de procurar, receber e difundir, sem consideração de fronteiras, informações e ideias por qualquer meio de expressão”. Mas até que ponto essa declaração está sendo colocada em prática? “A fé é uma expressão da liberdade de escolha. Assim como o não crer, revela o livre arbítrio do indivíduo” (BABALAWÔ, 2016, p. 51). A intolerância religiosa acontece quando o direito de liberdade de expressão e opinião do indivíduo é impedida por outro,

na maioria dos casos o crime ocorre, pois um indivíduo que é adepto a uma religião diferente do seu semelhante, pensa que o seu próprio credo é considerado “melhor”, “certo”. A intolerância acontece com o objetivo de impor que apenas determinada religião deve ter o direito de culto e práticas religiosas, embora o artigo 5º da Constituição Federal assegure que “é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias” (BABALAWÔ, 2016, p. 51).

A intolerância religiosa se revela das mais diversas e variadas formas: olhares de estranheza e desdém; barreiras familiares; agressões verbais; atitudes proselitistas indesejáveis; danos ao patrimônio; preconceito e morte. (Babalawô, 2016, p. 51).

Essa discriminação religiosa e apagamento à determinadas religiões, em sua maioria aquelas que divergem das religiões cristãs, foi sendo construída ao longo da história da sociedade. Criou-se um estereótipo sobre determinadas religiões, como por exemplo as religiões de matriz africanas que muitas vezes são relacionadas com “maligno”, “coisa do diabo”, sempre relacionadas a coisas ruins e ligadas ao mal. “O proselitismo religioso, a imposição de um só credo, a busca da hegemonia de apenas uma Religião, têm ocasionado, ao longo da história, violência, destruição e desamor”. Quando um credo é imposto como o “correto” e os demais como “errados”, o proselitismo religioso se instaura fazendo com que pessoas não tenham seus direitos de liberdade. Nesses casos é papel do estado garantir com que as leis e o artigo 5º sejam efetivas na realidade social brasileira (BABALAWÔ, 2016).

Os termos discriminação e preconceito são muito utilizados como sinônimos. Mesmo que ao senso comum ambos possuam o mesmo sentido, no campo acadêmico existe uma distinção entre esses dois termos. O preconceito, seja ele religioso, racial, social, está ligado a ideia de não concordar, não gostar, nutrir sentimentos ruins ao diferente, mas não respeita-lo, não existe a obrigação do outro concordar com as práticas de outro indivíduo, mas existe a obrigação da respeitar o ser e suas práticas. A discriminação é a expressão do preconceito, uma expressão ofensiva, seja ela verbal ou física. “O real problema com o qual a sociedade se defronta é a

discriminação, fruto da deliberação de marcar a pretensa inferioridade dos “diferentes” (SILVA, 2019, p. 18).

A Cultura, seja ela qual for, possui uma forte ligação com a religião. O meio acadêmico define cultura de diversas formas, como por exemplo, Certeau que define cultura como “A imagem, a percepção ou a compreensão do mundo próprio a um meio (rural, urbano, nativo etc.)”. Já Bauman, caracteriza o mesmo termo como “A cultura humana é um sistema de significação e uma de suas funções universalmente admitidas é ordenar o ambiente humano e padronizar as relações entre os homens” (Oliveira, 2015, p. 6).

Mesmo o termo tendo múltiplas definições pode se perceber que, a cultura possui duas dimensões principais são elas: “a primeira, no presente se liga ao passado; a segunda, no presente se orienta ao futuro” (NASCIMENTO, 2018, p. 397). A cultura sempre está ligada aos seus antepassados, costumes que são passados de gerações em gerações, símbolos, comportamentos, culinárias, idiomas, que são passados por pessoas. A religião si se assemelha e muito a essa dimensão da cultura, pois assim como a cultura tem uma forte ligação com o passado, a religião também tem, pois a base da religião são ensinamentos, dogmas, leis estabelecidas em séculos passados, que perduram até os dias atuais (NASCIMENTO, 2018).

“A religião e a crença religiosa são elementos culturais importantes por influenciarem e guiarem a forma que um indivíduo percebe situações e se comporta na sociedade” (AGUIAR, 2021, p.2). A religião molda a forma pela qual os indivíduos em seus determinados coletivos vão vivenciar experiências. No artigo “Psicologia, espiritualidade/religiosidade e cuidados paliativos: uma revisão integrativa” as Aguiar e plácido revisam o que a literatura e a história dizem sobre a influência da religiosidade/ espiritualidade influenciam nos cuidado paliativos. O estudo aponta a influência na maneira de viver e ver a vida a partir da religiosidade e espiritualidade, sendo assim, essa influência também se dá na área da saúde, em como o paciente vai evoluir no seu problema de saúde. No caso do artigo, é tratada a forma como essa influência é estabelecida em casos paliativos, ou seja, onde a doença não responde aos medicamentos, sendo assim a influência dessas dimensões do ser, tem uma importância na qualidade de vida do paciente durante seu tratamento. O estudo aponta como é notória a influência da espiritualidade, dando conforto, alívio dos sintomas, controle emocional e entre outros benefícios. Mesmo alegando os benefícios causados

pela espiritualidade/ religiosidade, é pontuado como essa dimensão é menosprezada no cuidado integral ao paciente (AGUIAR, 2021).

A influência da religião atinge todas as áreas do ser, seja ela física, mental, social e espiritual. A religiosidade tem influência direta com a forma com que as pessoas lidam com o processo saúde-doença, mas essa influência é positiva, ou é negativa? Ou depende? Um estudo descritivo, transversal entrevistou 53 profissionais que trabalhavam em Unidades de Terapia Intensiva no interior do Brasil, com o objetivo de saber as influências da espiritualidade/ religiosidade, sejam elas quais forem, na vida do paciente crítico. O resultado desse estudo mostra que 96,2% dos profissionais acreditam que a espiritualidade influencia muito na saúde do paciente. Verificou-se nesse estudo que 73,5% dos profissionais acreditam que essa influência seja positiva, e 20,8% acreditam que seja igualmente positiva e negativa e 5,6% acreditam que não influencia (LONGUINIÈRE, 2017)

A espiritualidade pode influenciar positivamente a forma como o indivíduo enxerga o seu processo saúde-doença, como existe um impacto na recuperação do paciente, não necessariamente a cura, mas uma qualidade de vida melhor em quanto passa por esse processo. Por outro lado, por mais que sejam mais mencionadas as influências positivas da espiritualidade na qualidade de vida do paciente, existem estudos que pontuam as influências negativas, onde o paciente se sente amaldiçoado por Deus e sente um sentimento de culpa e castigo por aquilo que está vivenciando, o que acaba contribuindo para uma piora no quadro do paciente (LONGUINIÈRE, 2017)

Figura 4 - Análise sobre a influência da religiosidade/espiritualidade, baseada nos profissionais de Unidades de Terapia Intensiva no interior do Brasil.

Quanto a religiosidade/espiritualidade influencia na saúde do paciente?		Esta influência é positiva ou negativa?	
Variáveis	n (%)		n (%)
Muito	51 (96,2)	Positiva	39 (73,5)
Muito pouco	2 (3,8)	Negativa	0 (0)
		Igualmente positiva e negativa	11 (20,8)
		Não influencia	3 (5,6)
<b>Total</b>	<b>53 (100)</b>		<b>53 (100)</b>

Nesse mesmo estudo aponta-se a relação entre a espiritualidade e a qualidade de vida do paciente:

“um estudo prospectivo apontou que adultos que atribuíam importância à sua vida religiosa/espiritual reduziam em até 90% as chances de desenvolver depressão, mostrando que essa dimensão está positivamente associada com a qualidade de vida das pessoas”(LONGUINIÈRE, 2017, P. 2514).

Os resultados do estudo acima citado mostram que 80% dos profissionais possuem um desejo de abordar essa dimensão com seus pacientes, mas desses 80% apenas 64,2% já haviam feito isso. Dentre as inúmeras razões para os profissionais de saúde não terem segurança para atuar nessa dimensão do ser, vale destacar, a falta de disciplinas nos seus currículos que possam auxiliar nessa abordagem (FERREIRA, 2015).

A maioria (94,8) dos profissionais avaliados acredita que a temática “saúde e espiritualidade” deve fazer parte dos currículos regulares do ensino em saúde; entretanto, metade dos profissionais referiu que ao longo da sua formação universitária, seus docentes raramente discutiram ou apresentaram esta temática e 36,2% dos mesmos referia que nunca foi apresentado a tal abordagem. (Ferreira, 2015, p. 235)

Um outro estudo com profissionais da equipe de cuidados paliativos de um hospital de referência, localizado na cidade do Recife, Pernambuco, aponta outros resultados, a partir da

análise feita entre profissionais, para a falta de abordagem dessa dimensão. Assim como o estudo descritivo com profissionais que trabalhavam em Unidades de Terapia Intensiva no interior do Brasil, a análise feita, com base nas respostas dos profissionais envolvidos no estudo, apontou que os profissionais consideram a influências da espiritualidade/ religiosidade na saúde do paciente, essa influência na maior parte dos casos é positiva. Mas mesmo com o reconhecimento da importância dessa dimensão, é válido ressaltar que os mesmos acreditam não estarem preparados para abordar tal área, sendo assim, a grande maioria não aprofunda essa dimensão em suas consultas e trocas com os pacientes. As razões pontuadas pelos profissionais para essa falta de abordagem, são: falta de treinamento, falta de tempo desconforto com o tema, medo de impor um ponto de vista religiosos aos pacientes, não fazer parte da prática profissional de saúde, medo de ofender os pacientes, medo da reprovação dos demais profissionais da equipe de saúde." (FERREIRA,2015).

Figura 5 - Principais motivos que desencorajam os profissionais à discutir espiritualidade/religiosidade em sua prática clínica. Recife (PE), 2014.

	N	%
Falta de conhecimento	14	25
Falta de treinamento	11	19
Falta de tempo	15	26,8
Desconforto com o tema	1	1,8%
Medo de impor pontos de vista religiosos aos pacientes	6	10,7%
Não faz parte da prática do profissional de saúde	1	1,8%
Medo de ofender os pacientes	6	10,6%
Medo da reprovação dos demais profissionais da equipe de saúde	2	3,4

Uma das razões para a falta de abordagem da espiritualidade do profissional para com o paciente é o medo de impor pontos de vista religiosos ao paciente, como já dito anteriormente existem determinadas religiões que sofrem discriminação, e por conta da forma diversa como a sociedade enxerga cada religião, a vivência que cada paciente vai ter nesse âmbito, será diferente.

Não comento. Não mistura, tem contradições de valores e você não sabe a religião da pessoa. Pro médico não existe nada, mesmo que ele tenha a cultura ele não vai falar que o seu problema é espiritual. (Silva, 2020, p. 10)

“Talvez este lidar com a atual diversidade dos caminhos da espiritualidade seja a maior dificuldade para a abertura à dimensão religiosa no trabalho em saúde” (VASCONCELOS, 2020, p. 1087). É necessário que se encontre um “denominador comum” sobre as religiões, por mais que as religiões por muitas vezes sigam “caminhos diferentes” é necessário encontrar entre elas uma ponte, onde ligue o profissional e o paciente. “A integração entre ciência e espiritualidade tem grande potencial como estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde não só para os indivíduos, como também para a coletividade (VASCONCELOS, 2020, p. 1051)”.

Outra perspectiva é “a associação entre espiritualidade, religiosidade e atividade física geram efeitos na saúde física e mental”. Moreira fez uma revisão sistemática sobre as influências da espiritualidade/religiosidade e atividade física na saúde, seja ela física ou mental, do adulto. No início dessa revisão de literatura o autor já pontua uma escassez no meio acadêmico sobre a problemática estudada, o que dificulta a precisão da análise. Os artigos selecionados por Moreira, em sua maioria, foram feitos em países de capitalismo central, como por exemplo, Estados Unidos, na sua busca de dados não foram encontrados nenhum artigo científico que se trata sobre o assunto de origem brasileira, o que dificultou ainda mais os seus resultados. Os resultados da sua análise mostram que a espiritualidade/ religiosidade e atividade física causam efeitos na saúde do adulto, mas ele ressalta que esses efeitos possuem influência da cultura, das práticas profissionais, fatores sociais, ou seja, como existem poucos estudos sobre o assunto, o que impossibilita a “incorporação dessa associação por enfermeiros e outros profissionais de saúde em sua prática clínica.” (MOREIRA, 2020, P.6).

O estudo de Forti (2018), também pontua a insuficiência de trabalhos científicos sobre a temática. Forti faz uma revisão sistemática sobre saúde e espiritualidade/religiosidade, como foco em instrumentos para sua mensuração. O resultado da revisão é que existe:

“uma relação significativa entre a espiritualidade/religiosidade e estratégias de coping, mostrando que a conexão espiritual e o apoio de membros de uma instituição religiosa colaboram para a mudança de alguns comportamentos, ajudando a enfrentar situações estressantes.”(Forti, 2018, p.9).

Forti, pontua que as evidências sobre a relação entre espiritualidade/ religiosidade e saúde, mostram a importância e necessidade de mais estudos sobre essa temática que muitas das vezes, não tem importância no meio acadêmico (FORTI, 2018).

A apreensão da categoria religiosidade/espiritualidade nos modos de produzir e compreender saúde mostra-se de suma importância pois, como já mencionado, a definição de saúde não se restringe à matéria física do indivíduo, trata também das subjetividades culturais e históricas.

Como princípio, o SUS deve assegurar atenção integral à saúde, possibilitando vivências de saúde e doença ampliadas, e práticas de profissionais da saúde que considerem os sujeitos plenamente. Sabe-se, porém, que para que isso seja possível é necessário entender a questão em sua totalidade. O modo como as práticas de saúde, são operadas no dia-a-dia dos serviços é determinada pelo modo como a sociedade se organiza economicamente e politicamente. A visão de mundo de uma sociedade é que define como o sistema de saúde se organizará, quanto mais solidário o projeto de sociedade, mais abrangente a atenção à saúde. O Brasil tem uma formação social complexa, característica do capitalismo dependente, com mentalidade escravocrata e colonialista. Vive-se um contexto político e econômico que se manifesta em todas as esferas da sociedade, reproduzindo opressões de diversas ordens em um contexto de desemprego, profundas desigualdades e uma agenda política vigente antidemocrática. Na saúde isso se explicita pela sucessiva desconstrução de políticas fruto de lutas históricas, regressão de conquistas e direitos. Isso, por si, já é uma barreira grande o suficiente para inviabilizar que os sujeitos sejam tratados em sua completude nos serviços de saúde. Politicamente, os representantes dessa agenda política se aliaram taticamente a grupos religiosos neoconservadores.

Se trata de um fenômeno complexo e paradoxal: tendo como pano de fundo a longa história humana de utilização de práticas religiosas para lidar com situações sociais e existenciais limite, no atual contexto neoliberal de crise econômica, políticas radicais de ajuste fiscal e de amplo retrocesso das políticas sociais e na dinâmica democrática, a expansão dessas igrejas, em suas vertentes mais fundamentalistas, produz ao mesmo tempo apoio social e, paradoxalmente, intolerância religiosa e regressão das conquistas sociais, nos direitos humanos e até nos avanços históricos colocados pela emergência do sistema republicano (ALMEIDA, 2020, p.09).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da história, o conceito de saúde se moldou em diversas culturas a partir de crenças religiosas e avanços científicos. O conceito de saúde vigente, apesar de ampliado para as múltiplas dimensões da existência humana, ainda não se encontra plenamente apresentado nas relações de cuidado. A consideração da pluralidade e o equilíbrio entre saúde e as suas facetas, fazendo com que o indivíduo seja contemplado em todas as suas singularidades, é suprimida em um modelo hegemônico de cuidado centrado no corpo biológico/fisiológico.

As relações entre Espiritualidade/Religiosidade e o cuidado à saúde se dão de diversas formas mediante as realidades e vivências individuais e condições estruturais da sociedade. Fica explícita a importância de encontrar um equilíbrio que retire a Espiritualidade/Religiosidade da zona cinzenta, que a invisibiliza no processo de atenção às pessoas, e que ao mesmo tempo não crie hierarquias em que esse construto seja o centro único do processo de cuidado em detrimento dos saberes cientificamente estruturados. O caminho parece ser a construção de sinergia, para mútua potencialização, e não de separação de caminhos mais ou menos importantes.

O cuidado com cada indivíduo é variado, principalmente quando é abordado a partir de uma dimensão tão singular da sua vida, como a espiritualidade e religiosidade. O Brasil é um país com diversidade religiosa, o censo de 2010 declarou 52 religiões, comprovando a pluralidade de religiões no nosso território, que concentram o maior número de adeptos do segmento judaico cristão, como o catolicismo e o protestantismo, sendo assim, as demais religiões que representam a minoria, vivenciam repreensões e preconceitos da maioria, principalmente as religiões africanas, que muitas das vezes são relacionadas como malignas.

O Brasil foi fundado sob processos profundos de colonialismo, racismo e com uma ordem econômica baseada no escravismo. Isso se reflete nas relações sociais, institucionais e, portanto, de cuidado.

Os artigos estudados mencionam essas relações na saúde mais especificamente no ambiente hospitalar, porém, análises que abordem o contexto da atenção básica em saúde é importante, considerando o papel dos cuidados primários no SUS.

Por fim, compreendendo o cenário macro, para além da experiência dos indivíduos, é possível entender por que as políticas sociais são ofertadas com tantas interdições em razão de características culturais, sociais, religiosas, da sexualidade, entre outros. Além de restrições orçamentárias, privatizações, há um investimento na construção cultural de outro sujeito, capaz de aceitar/suportar tantas grandes perdas. A percepção de totalidade, para avaliar o contexto das relações entre religiosidade/espiritualidade e saúde, é um ponto de partida fundamental para discutir vivências e práticas de saúde doença a partir de uma lógica socialmente referenciada (ALMEIDA, 2020).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, Paulo Rogerio, Cazella, Silvio César e Costa, Marcia Rosa A Religiosidade/Espiritualidade dos Médicos de Família: Avaliação de Alunos da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2017, v. 41, n. 2 [Acessado 23 Março 2022], pp. 310-319. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2RB20170009>>. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2RB20170009>.]

AS ATUAIS POLÍTICAS DE SAÚDE: OS RISCOS DO DESMONTE NEOLLBERAL. Brasília: R. Bras. Enferm., Brasília,, v. 53, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qtHrgDDkDR3XVDCJvZQLCSk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 dez. 2021.

Batich, Mariana Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. São Paulo em Perspectiva [online]. 2004, v. 18, n. 3 [Acessado 16 Outubro 2021], pp. 33-40. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000300004>>. Epub 22 Jul 2005. ISSN 1806-9452. <https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000300004>.

BEZERRA, Italla Maria Pinheiro; SORPRESO, Isabel Cristina Esposito. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. J. Hum. Growth Dev., São Paulo, v. 26, n. 1, p. 11-20, 2016. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822016000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822016000100002&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 16 out. 2021. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113709>.

BÍBLIA SAGRADA, 2 CRÔNICAS, CAPÍTULO 26, VERSO 19 E 20.

BRASIL, CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, ARTIGO 196.

CENSO DEMOGRÁFICO DE 2011

DO PRECONCEITO À INTOLERÂNCIA RELIGIOSA. Duque de Caxias: Revista Educ, v. 03, 2016. Disponível em: [http://uniesp.edu.br/sites/\\_biblioteca/revistas/20171006092335.pdf](http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20171006092335.pdf). Acesso em: 09 mar. 2022

ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE E O HUMANIZASUS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA. Fortaleza: Revista Brasileira em Promoção da Saúde, fev. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-882027>. Acesso em: 23 mar. 2022.

Espinha, Daniele Corcioli Mendes et al. Opinião dos estudantes de enfermagem sobre saúde, espiritualidade e religiosidade. Revista Gaúcha de Enfermagem [online]. 2013, v. 34, n. 4 [Acessado 7 Março 2022] , pp. 98-106. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000400013>>. Epub 17 Mar 2014. ISSN 1983-1447. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000400013>.

Forti, Samanta, Serbena, Carlos Augusto e Scaduto, Alessandro Antonio Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 25, n. 4 [Acessado 16 Outubro 2021] , pp. 1463-1474. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.21672018>>. Epub 06 Abr 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.21672018>.

Gandelman, Luciana Mendes A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro nos séculos XVI a XIX. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]. 2001, v. 8, n. 3 [Acessado 16 Outubro 2021] , pp. 613-630. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702001000400006>>. Epub 06 Jan 2004. ISSN 1678-4758. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702001000400006>.

Gussi, Maria Aparecida e Dytz, Jane Lynn Garrison. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2008, v. 61, n. 3 [Acessado 7 Março 2022] , pp. 337-384. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000300017>>. Epub 25 Jun 2008. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000300017>.

HEGENBERG, L. Doença: um estudo filosófico [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 137 p. ISBN: 85-85676-44-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

INSTRUMENTOS DE ABORDAGEM DA ESPIRITUALIDADE NA PRÁTICA CLÍNICA. Porto Alegre: Acta Medica, v. 39, 2018. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edi/pucrs/ace/s/olivre/periodicos/acta-medica/assets/edicoes/2018-1/>. Acesso em: 23 mar. 2022.

LONGUINIÈRE, Agnes Claudine; YARID, Sérgio Donha; SILVA, Edson Carlos Sampaio. Influência da religiosidade/espiritualidade dos profissionais da saúde na valorização da dimensão espiritual do paciente crítico. Revista de Enfermagem UFPE on line, [S.l.], v. 11, n. 6, p. 2510-2517, maio 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23418>>. Acesso em: 16 out. 2021. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i6a23418p2510-2517-2017>.

MELO, Cynthia de Freitas et al . Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. Estud. pesquis. psicol., Rio de Janeiro , v. 15, n. 2, p. 447-464, jul. 2015 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812015000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000200002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 16 out. 2021.

Menicucci, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual\* \* Este depoimento é uma transcrição da conferência proferida em 24 de outubro de 2013, no “Encontro às quintas”, do Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz (COC)/Fiocruz.

Participou do debate o pesquisador José Carvalho Noronha, do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz. . História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]. 2014, v. 21, n. 1 [Acessado 23 Março 2022] , pp. 77-92. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100004>>. ISSN 1678-4758. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100004>.

Moreira, Wanderson Carneiro et al. Efeitos da associação entre espiritualidade, religiosidade e atividade física na saúde/saúde mental: revisão sistemática. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. 2020, v. 54 [Acessado 16 Outubro 2021] , e03631. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019012903631>>. Epub 06 Nov 2020. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019012903631>.

NASCIMENTO, Lorivaldo do. A RELIGIÃO COMO FENÔMENO CULTURAL À LUZ DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. 2018. 13 v. TCC (Graduação) - Curso de Filosofia, Meritum, Belo Horizonte, 2018. Disponível em: [https://redib.org/Record/oai\\_articulo2014859-a-religi%C3%A3o-como-fen%C3%B4meno-cultural-%C3%A0-luz-da-constitui%C3%A7%C3%A3o-federal-de-1988](https://redib.org/Record/oai_articulo2014859-a-religi%C3%A3o-como-fen%C3%B4meno-cultural-%C3%A0-luz-da-constitui%C3%A7%C3%A3o-federal-de-1988). Acesso em: 23 mar. 2022.

Oliveira, Bruno Luciano Carneiro Alves de et al. EVOLUÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E EXPANSÃO DOS CURSOS DE MEDICINA NO BRASIL (1808-2018). Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2019, v. 17, n. 1 [Acessado 16 Outubro 2021] , e0018317. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00183>>. Epub 18 Fev 2019. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00183>.

OLIVEIRA, Evandro de; ALVES, Adilson Francelino. UMA ANÁLISE LITERÁRIA SOBRE O CONCEITO DE CULTURA. 2015. 18 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Humanas, Centro de Ensino Superior de São Gotardo, São Gotardo, 2015. Disponível em: <https://periodicos.cesg.edu.br/index.php/educacaoecultura/article/view/200>. Acesso em: 23 mar. 2022.

Oliveira, Bruno Luciano Carneiro Alves de et al. EVOLUÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E EXPANSÃO DOS CURSOS DE MEDICINA NO BRASIL (1808-2018). Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2019, v. 17, n. 1 [Acessado 16 Outubro 2021] , e0018317. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00183>>. Epub 18 Fev 2019. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00183>.

OLIVEIRA, Evandro de; ALVES, Adilson Francelino. Uma Análise Literária sobre o Conceito de Cultura.

PAIM, JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books .

Peres, Mario F. P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo) [online]. 2007, v. 34, suppl 1 [Acessado 7 Março 2022] , pp. 82-87. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700011>>. Epub 16 Out 2007. ISSN 1806-938X. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700011>.

Rocha, Neusa Sica da e Fleck, Marcelo Pio da Almeida Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/ crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo) [online]. 2011, v. 38, n. 1 [Acessado 7 Março 2022] , pp. 19-23. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000100005>>. Epub 15 Abr 2011. ISSN 1806-938X. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000100005>

Santiago RC, Sanders Pinheiro H. Percepção dos profissionais de saúde sobre a influência da Espiritualidade/Religiosidade na saúde: Bases teóricas. hu rev [Internet]. 18º de fevereiro de 2020 [citado 16º de setembro de 2021];44(4):423-4. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2922> Percepção dos Profissionais de Saúde sobre a influência da espiritualidade/religiosidade na saúde. Esclarecer aspectos relevantes

na prática clínica dos profissionais da saúde sobre a espiritualidade Revisão de literatura. Foram utilizados como descritores: “((spirituality) AND religious coping) AND religious assessment”, “end-of-life AND spiritual history”, “spiritual history AND clinicians”, “medical history taking AND spirituality” e “spiritual assessment AND spiritual history”

Scliar, Moacyr História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2007, v. 17, n. 1 [Acessado 16 Outubro 2021], pp. 29-41. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>>. Epub 21 Ago 2007. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>.

Silva, Luciana Macedo Ferreira e Scorsolini-Comin, Fabio Na sala de espera do terreiro: uma investigação com adeptos da umbanda com queixas de adoecimento. *Saúde e Sociedade* [online]. 2020, v. 29, n. 1 [Acessado 16 Outubro 2021], e190378. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190378>>. Epub 30 Mar 2020. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190378>.

SOUZA, Deise Coelho de; CARVALHO, Patrícia Paiva; SCORSOLINI-COMIN, Fabio. A religiosidade/espiritualidade no contexto hospitalar: reflexões e dilemas a partir da prática profissional. *Mudanças, São Paulo*, v. 28, n. 1, p. 55-61, jun. 2020. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010432692020000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010432692020000100008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 16 out. 2021.

Thiengo PCS, Gomes AMT, Mercês MC, Couto PLS, França LCM, Silva AB. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2019; 24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692>.

Veras SMCB, Menezes TMO, Guerrero-Castañeda RF, Soares MV, Anton Neto FR, Pereira GS. Nurse care for the hospitalized elderly's spiritual dimension. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 2):236-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0685>