

**Espiritualidade e Religiosidade no contexto da integralidade da assistência: reflexões
sobre o cuidado integral em saúde e enfermagem**

**Spirituality and Religiosity in the context of comprehensive care: reflections on
comprehensive health and nursing care**

**Espiritualidad y Religiosidad en el contexto de la atención integral: reflexiones sobre el
cuidado integral de salud y enfermería**

Recebido: 25/09/2020 | Revisado: 02/10/2020 | Aceito: 07/10/2020 | Publicado: 07/10/2020

Juliana de Lima Brandão

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1463-2829>

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: julianabrandao20@yahoo.com.br

Antonio Marcos Tosoli Gomes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4235-9647>

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: mtosoli@gmail.com

Diego Bonfante Mota

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0705-8523>

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: diegobonfantemota@gmail.com

Priscila Cristina da Silva Thiengo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0840-4838>

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: profprithiengo@gmail.com

Mariana Luiza de Oliveira Fleury

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7479-3208>

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: mari-fleury14@hotmail.com

Rachel Verdan Dib

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9684-1979>

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: rachelvdib@gmail.com

Charles Souza Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5071-0359>

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil

E-mail: charlesss@uesb.edu.br

Renê dos Santos Spezani

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5347-6112>

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: renespezani@gmail.com

Resumo

Espiritualidade e religiosidade apresentam potencial para mobilizar conhecimentos específicos e influenciar a forma dos indivíduos vivenciarem a saúde e a doença, agregando à Enfermagem, novos modelos de cuidado e respeitando-se as políticas de saúde vigentes. O objetivo deste artigo é refletir acerca das dimensões da espiritualidade e da religiosidade na integralidade da assistência com vistas à apreensão de um cuidado integral em saúde e enfermagem. Trata-se de artigo de reflexão, para o qual foi realizada uma busca por produções que versassem sobre o tema na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na Pubmed. Assim, foi organizado em dois blocos temáticos: espiritualidade, religiosidade e o cuidado de enfermagem; e a integralidade da assistência como base para o cuidado integral em saúde e de enfermagem no contexto das dimensões da espiritualidade e da religiosidade. Observa-se que a abordagem da espiritualidade e da religiosidade (E/R), encontra solo fértil no âmbito da saúde, onde se almeja consumir a integralidade enquanto princípio norteador do SUS e, simultaneamente, a promoção de um cuidado integral. De igual modo, a integralidade da assistência em saúde é abrangente, profunda e complexa, ao definir a maneira como o paciente ou usuário do sistema de saúde deve ser tratado, isto é, como um todo. Estes não são assuntos recentes e nem antagônicos para a área da saúde e a enfermagem, sendo, nesse sentido, importante investir esforços para a produção de novos estudos e para que efetivamente, possam integrar a formação e a prática cotidiana dos profissionais.

Palavras-chave: Religiosidade; Espiritualidade; Integralidade em saúde; Cuidados de enfermagem.

Abstract

Spirituality and religiosity have the potential to mobilize specific knowledge and influence the way individuals experience health and disease, adding to Nursing, new models of care and

respecting current health policies. The purpose of this article is to reflect on the dimensions of spirituality and religiosity in comprehensive care with a view to apprehending comprehensive health and nursing care. This is a reflective article, for which a search was made for productions dealing with the topic in the Virtual Health Library (VHL) and Pubmed. Thus, it was organized into two thematic blocks: spirituality, religiosity and nursing care; and comprehensive care as a basis for comprehensive health and nursing care in the context of the dimensions of spirituality and religiosity. It is observed that the approach to spirituality and religiosity (E/R) finds fertile ground in the field of health, where it aims to consummate comprehensiveness as a guiding principle of SUS and, simultaneously, the promotion of comprehensive care. Likewise, the integrality of health care is comprehensive, deep and complex, in defining the way the patient or user of the health system should be treated, that is, as a whole. These are not recent and antagonistic issues for health area, and it is therefore important to invest efforts in the production of new studies and so that they can effectively integrate the training and daily professionals practise.

Keywords: Religiosity; Spirituality; Integrality in health; Nursing care.

Resumen

La espiritualidad y la religiosidad tienen el potencial de movilizar conocimientos específicos e influir en la forma en que las personas experimentan la salud y la enfermedad, sumando a la Enfermería nuevos modelos de atención y respetando las políticas de salud vigentes. El propósito de este artículo es reflexionar sobre las dimensiones de la espiritualidad y religiosidad en la atención integral con miras a aprehender el cuidado integral de salud y enfermería. Se trata de un artículo reflexivo, para lo cual se realizó una búsqueda de producciones relacionadas con el tema en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y Pubmed. Así, se organizó en dos bloques temáticos: espiritualidad, religiosidad y cuidados de enfermería; y la atención integral como base para el cuidado integral de salud y enfermería en el contexto de las dimensiones de la espiritualidad y la religiosidad. Se observa que el acercamiento a la espiritualidad y religiosidad (E/R) encuentra terreno fértil en el campo de la salud, donde busca consumir la integralidad como principio rector del SUS y, simultáneamente, la promoción del cuidado integral. Asimismo, la integralidad de la atención en salud es integral, profunda y compleja, en la definición de la forma en que se debe tratar al paciente o usuario del sistema de salud. No se trata de temas recientes y antagónicos para el área de la salud y la enfermería y, en este sentido, es importante invertir esfuerzos en la producción de nuevos estudios y para que puedan integrar de manera efectiva la formación y la práctica diaria de los profesionales.

Palabras clave: Religiosidad; Espiritualidad; Integralidad en salud; Cuidados de enfermagem.

1. Introdução

A abordagem da espiritualidade e da religiosidade (E/R), apesar de complexa por essência, encontra solo fértil no âmbito da saúde onde, diante dos diferentes impactos ocasionados pelo adoecimento, podem contribuir para melhorar a adesão do paciente ao seu tratamento, ampliar sua satisfação com o atendimento e promover melhores resultados sobre a assistência prestada (Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014).

Percebe-se ainda que o processo saúde e doença também é concebido como um fenômeno igualmente complexo, de caráter social e mutável, influenciado por uma estrutura social dependente de condições materiais intrínsecas ao trabalho e à transformação da natureza. Portanto, para compreender a saúde e a doença na sociedade, é preciso conhecer o contexto social por onde elas perpassam, não as restringindo às suas causas biológicas, mas pensá-las em conjunto, com interligações entre corpos e pessoas numa mesma comunidade, classe social ou coletivo de trabalho (Silva, Lins & Castro, 2017).

Entretanto, nota-se que a visão biomédica na sociedade atual, preconizada por uma lógica cartesiana, apresenta-se específica e hegemônica quanto à enfermidade, com suas determinações e tratamentos, ao mesmo tempo em que os processos terapêuticos que não possuem esta matriz e são inalcançados por esta ótica, terminam por serem fenômenos excluídos dos interesses científicos e biomédicos (Silva et al., 2017). Diante dessa realidade, deixa-se de atender ao disposto em um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade da assistência, a qual preconiza a garantia da saúde em sentido amplo e abrangente (*Lei Orgânica de Saúde no 8.080, de 19 de setembro de 1990, 1990*) e, por conseguinte, o cuidado integral que lhe confere sustentação.

De maneira conceitual, embora possam estabelecer conexões entre si, espiritualidade e religiosidade possuem significados diferentes. Como referem Ienne, Fernandes e Puggina (2018), a espiritualidade envolve a experiência relacional do indivíduo com o sagrado ou com o transcendente, em busca de respostas, propósitos e significados para os aspectos da vida cotidiana. Por sua vez, a religiosidade pode ser compreendida como expressão das crenças religiosas dos indivíduos, em suas práticas relativas a uma religião, com participações efetivas em espaços religiosos (organizacional) ou individualmente, por meio de orações, leituras, acompanhamento de programas na televisão de cunho religioso, entre outros (não organizacional) (Lucchetti, Lucchetti & Avezum Jr., 2011).

Considerando-se que ambas apresentam potencial suficiente para mobilizar conhecimentos específicos capazes de influenciar a forma dos indivíduos vivenciarem a saúde e a doença, agregando às diferentes profissões da área da saúde novos modelos de cuidado, em especial, com destaque para o trabalho da enfermagem e em respeito às políticas de saúde vigentes, é de suma importância apreciar o que já se tem de conhecimento sobre o tema e investir esforços em novas pesquisas nesta perspectiva.

Para tanto, o presente trabalho tem o objetivo de refletir acerca das dimensões da espiritualidade e da religiosidade na integralidade da assistência com vistas à apreensão de um cuidado integral em saúde e enfermagem.

2. Metodologia

Trata-se de artigo de reflexão sobre espiritualidade e religiosidade, enquanto potenciais dimensões a serem abordadas em conjunto com as questões relativas ao cuidado integral e de enfermagem, através do entendimento da integralidade da assistência, como princípio norteador do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil

Para subsidiar a reflexão, foi realizada uma busca por artigos que versassem sobre o tema publicados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na Pubmed, a partir dos descritores espiritualidade, religião e cuidados de enfermagem, com o operador booleano *and*. Destaca-se que não há descritor “religiosidade”, somente “religião” que abarca o tema investigado. Como critérios de inclusão, foram selecionados apenas os textos publicados nos últimos 5 anos, no idioma português e disponibilizados para o leitor sob a forma de texto gratuito e completo. Foram excluídos da pesquisa as publicações divergentes dos critérios de inclusão anteriormente mencionados e os textos que se repetiram. Inicialmente, foram pré-selecionados 30 artigos. Após a leitura dos resumos identificou-se a necessidade de descarte de 2, uma vez que não se enquadravam no objetivo da pesquisa. Dessa forma, a amostra final para subsidiar a reflexão foi constituída por 28 artigos.

A partir da escolha das produções, todos os textos foram lidos na íntegra e analisados. Desta forma, o estudo foi organizado em dois blocos temáticos: espiritualidade, religiosidade e o cuidado de enfermagem; e a integralidade da assistência como base para o cuidado integral em saúde e de enfermagem no contexto das dimensões da espiritualidade e da religiosidade. O primeiro apresenta conceitos e evidências sobre as influências da dimensão espiritual na saúde, por meio da espiritualidade e religiosidade. O segundo expõe questões normativas sobre a integralidade da assistência em saúde, cujo enfoque, se dá pelo que é preconizado no (SUS) no

Brasil e que sustentam as dimensões da espiritualidade e religiosidade enquanto componentes do cuidado integral em saúde e de enfermagem.

3. Resultados e Discussão

3.1 Espiritualidade, Religiosidade e o cuidado de Enfermagem

Verifica-se que a espiritualidade perpassa pela relação de um indivíduo com o sagrado, com o transcendente, referindo-se ao domínio do espírito, à dimensão não material ou extrafísica da existência. Por meio da espiritualidade, torna-se possível avaliar o bem-estar religioso, as necessidades espirituais, as experiências espirituais diárias e o nível de espiritualidade de uma pessoa em determinado momento (Moreira-Almeida & Lucchetti, 2016). Quanto à religiosidade, observa-se que apresenta potencial para melhora nos indicadores de saúde, a qual se divide em três dimensões: a organizacional, relativa à frequência nas instituições religiosas públicas; a privada, assim como o nome diz, consolidando-se em orações e leituras religiosas particulares; o *coping* religioso, compreendido por estratégias, em que as E/R são mobilizadas pelas pessoas para passar ou se adaptar às circunstâncias adversas, negativas ou estressoras de vida e a orientação religiosa. Esta última concepção pode ser intrínseca (religião em primeiro lugar, harmonizando-se com as demais necessidades de vida) ou extrínseca, quando as pessoas utilizam a religião para fins de apoio às suas necessidades mais primárias (Moreira-Almeida & Stroppa, 2012; Lucchetti, Lucchetti & Vallada, 2013).

Identifica-se que a espiritualidade e a religiosidade ocasionam efeitos favoráveis, diretos ou indiretos sobre a saúde dos indivíduos, com destaque para a melhoria na qualidade de vida e na saúde mental, aumento da sobrevida, da atenção com a própria saúde e da capacidade de cuidar-se, além da diminuição do acometimento dos indivíduos por doenças em geral (Koenig, 2012; Lucchese & Koenig, 2013). Compreende-se que a partir da espiritualidade e da religiosidade, pode-se modificar a maneira de cuidar do corpo e da mente, ampliando em contrapartida, a capacidade de resistência humana diante do adoecer.

No entanto, para além dos aspectos puramente positivos, a E/R também podem repercutir de maneira negativa sobre a saúde humana, caso sejam relacionadas a aspectos punitivos (Pargament, Koenig, Tarakeshwar & Hahn, 2001). De uma forma ou de outra, aponta-se a importância de conhecer o entendimento do próprio indivíduo sobre saúde, espiritualidade e religiosidade e, assim, de se identificar quais as melhores formas dele mesmo se cuidar ou, caso necessite de intervenções diretas do sistema de saúde, atendê-lo de maneira integral.

Observa-se em relação à E/R, a emersão de ações de alguns grupos de pesquisa que formularam diretrizes inovadoras, a exemplo do Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular (GEMCA), da Sociedade Brasileira de Cardiologia que, ao atualizar a Diretriz de Prevenção Cardiovascular, abordou espiritualidade e saúde (Précoma, Oliveira, Simão, Dutra, Coelho, Izar et al., 2019). Além disso, a Enfermagem trabalha com aspectos inerentes à espiritualidade através do diagnóstico de enfermagem “sofrimento espiritual” (*spiritual distress*) que é reconhecido pela *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) desde 1980. Até 2009, pela versão brasileira, a tradução era “angústia espiritual”, a qual foi modificada e passou a ser apresentada como sofrimento espiritual. Sua descrição reúne aspectos relativos a crenças, valores e práticas como conjunto de princípios de vida, que terminam por proporcionar a seguinte definição: “estado de sofrimento relacionado à capacidade prejudicada de experimentar significado na vida por meio de conexões consigo mesmo, com os outros, com o mundo ou com um poder maior” (Nanda-I, 2018, p. 721).

Com isso, verifica-se a existência de alguns estudos baseados no diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual, como os esforços de Chaves, Carvalho, Beijo, Goyatá e Pillon (2011), que objetivaram identificar o referido diagnóstico de enfermagem por meio de instrumentos específicos, em pacientes portadores de insuficiência renal crônica, submetidos a tratamento hemodialítico e, a partir daí, avaliar a eficácia desses instrumentos frente à identificação do diagnóstico.

Xavier, Correa Júnior, Carvalho, Lima e Santana (2019) analisaram o perfil de diagnósticos de enfermagem baseados nas dimensões do Diagrama de Abordagem Multidimensional (DAM), apresentados por pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Destacaram as dimensões trabalhadas pelo DAM, sob quatro eixos básicos voltados aos cuidados paliativos: físico, familiar/social, psíquico e espiritual. Tal estratégia possibilita o fortalecimento da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), frente ao trabalho do enfermeiro em atenção ao indivíduo de maneira integral. Os autores pontuam como diagnósticos de enfermagem dentro da dimensão espiritual, a desesperança e o risco de sofrimento espiritual. Para tanto, a Nanda-I (2018) esclarece que a dimensão espiritual pode ser compreendida como potência interna que os indivíduos possuem para viver as adversidades da vida e, quanto aos diagnósticos supracitados, define a desesperança como um estado em que a pessoa tem dificuldades de encontrar alternativas, tornando-se incapaz de encontrar forças para reagir e se defender; e o risco de sofrimento espiritual é a fragilidade na busca por significação à vida ao conectar-se consigo.

No entanto, muito se discute sobre a utilização do diagnóstico na prática dos profissionais. Sobre essa questão, Menezes (2018), em seu estudo, ressaltou os principais motivos para o seu pouco uso por parte dos enfermeiros, como a falta de preparo e formação incipiente sobre o tema, o que faz com que tenham limitações em suas atuações relativas às necessidades espirituais, além de alegarem falta de tempo mediante todas as atividades que desempenham. Do mesmo modo, a perspectiva de inclusão da temática nos currículos de formação dos profissionais de saúde é sugerida por Dias, Pereira, Silva e Medeiros (2020) ao compreender que a espiritualidade certamente fará parte dos cuidados aos usuários do SUS em algum momento.

No âmbito da pesquisa, nota-se que a quantidade de estudos sobre religião, espiritualidade e saúde crescem a cada dia no Brasil, fato que confere ao país, posição de líder, principalmente na última década, e com dados quantitativos, referentes à saúde e concentrando-se nas revistas de psiquiatria, saúde pública e enfermagem (Damiano, Costa, Viana, Moreira-Almeida, Lucchetti & Lucchetti, 2016).

Destarte, observa-se a existência de inúmeras pesquisas, cujos objetivos versam sobre as contribuições da E/R, como o papel da espiritualidade nas famílias que experimentam a terminalidade por algum ente e a apresentam com um sentido de conforto ante o sofrimento, fato que deve ser aproveitado pelos profissionais de saúde em suas práticas. Além disso, aponta-se que essas famílias não conseguem trabalhar tais expectativas na atenção primária à saúde (Miqueletto, Silva, Figueira, Santos, Szylit & Ichikawa, 2017), o que reflete uma crítica frente à maior possibilidade de vínculo entre os profissionais e a população assistida, dentro dos conceitos de integralidade da assistência e com vistas ao cuidado integral. No mesmo sentido, destacam-se pesquisas que contribuem para a compreensão do posicionamento dos profissionais da saúde no atendimento ao paciente crítico, ao verificarem de que maneira a E/R podem interagir (Longuiniere, Yarid & Silva, 2018).

Como pode ser observado a partir da leitura de Waldow (1998), o cuidado humano, constitui a principal missão dos trabalhadores da enfermagem. Contudo, para que seja efetivamente humano, o cuidado não se limita apenas ao estabelecimento de relações amigáveis e afetivas, exigindo, sobremaneira, um conjunto de ações fundamentadas em competência, aprimoramento, valorização da experiência, criatividade e responsabilidade. Estabelecendo-se a partir do encontro entre pessoas que cuidam e pessoas que são cuidadas, o cuidado humano transcende. Portanto, constitui-se em excelente referencial para a preservação da dignidade e para o atendimento das necessidades físicas, emocionais, sociais, educacionais, religiosas e espirituais que integram o complexo processo que envolve o viver e o morrer de alguém

(Waldow, 1998). Indo ao encontro dessas proposições, o estudo de Vianna e Crossetti (2004, p. 67) destaca a necessidade de os cuidadores reconhecerem o potencial da espiritualidade e utilizá-la como força própria presente na essência humana.

Desta forma, observa-se que quando as pessoas confiam nas potencialidades da E/R, tendem a construir crenças religiosas, as quais possuem a capacidade de orientar e sustentar comportamentos. Na prática da Enfermagem, visualiza-se tal premissa pelas contribuições de Madeleine Leininger, por meio dos fundamentos da Teoria Transcultural de Leininger, frente à sua discussão sobre determinados conhecimentos, como cultura, valores, crenças, rituais e a maneira que o ser humano e seus familiares vivem suas vidas estando sob cuidados, como possibilidades de transformação do pensar em saúde nas suas ações (Moura, Chamilco & Silva, 2005; Braga, 1997; Gualda & Hoga, 1992; Müller, Araújo & Bonilha, 2007).

Em consonância com as contribuições anteriores e sob a égide do campo da saúde coletiva e da integralidade da assistência, entende-se que o modelo hegemônico de saúde, em seu caráter biomédico e mecanicista não atende completamente as necessidades de cuidado apresentadas pela população. Uma vez que pacientes, estudantes e profissionais de enfermagem são atores relevantes no enfrentamento do processo saúde-doença, na promoção da saúde e nas ações voltadas à qualidade de vida, todas passíveis de suporte pelo cuidado espiritual, há de se investir esforços para a capacitação e para que os novos conhecimentos produzidos em estudos sobre a espiritualidade e religiosidade possam ser integrados às práticas cotidianas de cuidado.

Aponta-se ainda que a melhora clínica do indivíduo, incluindo a compreensão das necessidades de inserção dos cuidados paliativos na terapêutica, se sustentam no vínculo construído entre paciente e enfermeiro, através de processos de facilitação, o que considera, dentre todas as possibilidades, os advindos da dimensão espiritual. Por outro lado, também se compreende que os vínculos entre profissionais de saúde e pacientes, enriquecidos com o potencial da E/R, poderiam ser muito mais estreitos, principalmente na atenção primária à saúde pela proximidade que teoricamente existe no dia a dia do trabalho e das demandas de cuidado.

De certa forma, entende-se que ciência, religião e saúde caminham lado a lado e, embora as pesquisas ainda não demonstrem mudanças visíveis nas práticas da maior parte dos profissionais da saúde, seu número crescente admite transformações de pensamento ao longo do tempo e nas formas de cuidado adotadas. Tal contexto também pôde ser observado nas variadas abordagens da E/R nas pesquisas no Brasil, refletindo possibilidades de atendimento integral da saúde através da dimensão espiritual.

Contudo, algo não pode deixar de ser mencionado, que são as questões relativas à capacidade dos profissionais de enfermagem assim como dos usuários, de respeitarem a religião

e as crenças religiosas do outro, fato que contribui muito para a atenção à dimensão espiritual do cuidado. Isso pode ser observado na pesquisa de Fernandez, Silva e Sacardo (2018), que demonstra que alguns profissionais apresentam dificuldades para participar da coleta de dados em estudos que envolvem religiões alheias à sua prática religiosa.

Diante dessa realidade, presume-se que a religião pode interferir de forma positiva ou negativa sobre o cuidado em saúde. Principalmente pelo desconhecimento sobre determinadas práticas religiosas, em que os profissionais de enfermagem muitas vezes correm o risco de anular a religiosidade dos pacientes ou até mesmo de interpretar sua condição de saúde de maneira equivocada, deixando de atender ao que se pretende com o cuidado integral.

Ao refletir sobre o contexto religioso, é importante mencionar que a sociedade, em sua maioria, consolidou-se nos moldes judaico-cristão, o que influencia diretamente na forma como outras religiões são tratadas e compreendidas, a exemplo das de matriz africana. No entanto, o contexto histórico de formação social religiosa não deve eximir a sociedade de garantir o respeito e os direitos iguais a todos assegurados por dispositivos legais, independente de crenças, práticas ou identidades religiosas. De igual modo, esta compreensão serve para elucidar as encruzilhadas em que as dimensões da E/R se encontram com a ciência, no contexto das necessidades de saúde e de suas descobertas.

Tal perspectiva apresenta-se relevante frente à pandemia do covid-19 que, segundo a narrativa divulgada pela World Health Organization (2020) teve seu início em Wuhan, na China, em 2019, momento em que inúmeras pesquisas são feitas para buscar tratamento, cura e imunização e onde as opiniões acerca de um vírus extremamente nocivo podem mudar comportamentos. Isto inclui as dimensões da E/R capazes de nortear investigações e práticas que, como referem Rego e Palácios (2020) ao descreverem que “[...] as posições que são ancoradas em preconceito ou em uma religião particular, não têm validade universal e devem ser substituídas por aquelas com maior abrangência [...]”. Aqui está um exemplo do poder de influência das religiões na sociedade que, de maneira direta ou indireta, podem prejudicar o enfrentamento de uma doença ainda em fase de conhecimento, isto é, a palavra religiosa e a dimensão da religiosidade do ser humano precisam estar em conformidade com as recomendações dos órgãos de saúde para não dificultar as ações de prevenção da propagação do vírus, orientadas pela ciência.

Logo, considerando todo o aparato de discussão apresentado até aqui, destacam-se duas dimensões da espiritualidade e da religiosidade, uma objetiva e outra subjetiva/intersubjetiva, que se desdobram em aspectos importantes no contexto do processo saúde-doença da

população. Com relação à primeira, destaca-se a característica institucional das religiões, capaz de gerar aspectos positivos e negativos no enfrentamento do adoecimento.

Sob o ponto de vista positivo, ressalta-se a possibilidade de constituição de uma rede social de apoio para o enfrentamento de adoecimento e o sentimento de pertença a um grupo, que contribui para diminuir a solidão, para ajudar em questões concretas do tratamento e para manter um diálogo constante com diferentes pessoas. Em contrapartida, a espiritualidade e a religiosidade podem repercutir de maneira negativa, em alguns casos, estimulando a veiculação de um pensamento mágico de resolução da situação de adoecimento que pode diminuir o nível de adesão ao tratamento e até mesmo o seu abandono, por exemplo.

No que tange à segunda dimensão, a subjetiva/intersubjetiva, infere-se que há uma importante relação entre integralidade e espiritualidade/religiosidade, que repousa no fato destas estarem na base da construção de sentidos globalizantes para a vida, a existência, os problemas enfrentados e até mesmo a morte.

Portanto, o sistema de saúde não pode negar esta capacidade e é necessário construir diálogos com os atores sociais envolvidos, como o paciente, sua família, a comunidade religiosa e os líderes religiosos, de modo que a construção deste sentido seja intersetorial, incluindo os profissionais e as instituições de saúde. Ademais, deve-se considerar a intersubjetividade presente na relação entre os pacientes e os profissionais, especialmente quando se tem em foco o desafio de estabelecer um diálogo mais aberto envolvendo práticas religiosas e espirituais distintas, o que pode ser facilitado, ao menos em parte, com o aumento da socialização, da reflexão e da apropriação do conhecimento produzido nos estudos sobre a temática.

3.2 A integralidade da assistência como base para o cuidado integral em saúde e de enfermagem no contexto das dimensões da espiritualidade e da religiosidade

Para discutir integralidade da assistência no Brasil é preciso antes compreender o que é saúde e o que é o Sistema Único de Saúde (SUS) que, de acordo com Paim (2009), são tarefas interessantes para as mais diversas áreas profissionais, dentro ou fora da saúde. Este fato é perpassado pelo processo de consciência do direito à saúde e das necessidades individuais e coletivas e que significariam muito para buscar compreender, principalmente, as origens e causas das doenças.

Essa iniciativa de pensar saúde e investir esforços em movimentos que defendessem um entendimento mais abrangente sobre o tema passou por várias Conferências Nacionais de Saúde que, ao longo dos anos e sob pressão de uma parcela organizada da sociedade, culminou na

definição de saúde na constituição federal (Ramos, 2007). Assim, Mendes (1996, p. 62) esclarece que “a saúde na Constituição é definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como parte da seguridade social e cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde”.

Cabe lembrar que, antes da criação do SUS e de suma importância para a sua idealização, a saúde foi assegurada enquanto bem público através dos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, com destaque particular para o disposto no art. 196, o qual versa 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” (*Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*, 1988).

Com isso, observou-se que a partir da definição de saúde exposta pelo entendimento da Constituição Federal, ou seja, dispositivo legal que respaldou o desenvolvimento da proposta de criação de um sistema único, através da Lei Orgânica 8080/90 (*Lei Orgânica de Saúde no 8.080, de 19 de setembro de 1990*, 1990) e da Lei Complementar 8142/90 (Brasil, 1990), o SUS foi criado e permanece em vigor até os dias atuais. Depreende-se dos contextos históricos de formação do SUS no Brasil enquanto política pública voltada para um modelo assistencial de saúde, que se baseia em princípios e diretrizes capazes de sustentar a luta por democratização no país (Souza, 2001). A partir do exposto sobre a constituição do SUS, pode-se iniciar a discussão sobre a integralidade como foco deste estudo e enquanto alicerce do cuidado integral.

Com efeito, a integralidade do atendimento em saúde também foi estabelecida no Brasil pela Constituição Federal de 1988, que a delimitou como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo enfoque está nas atividades preventivas, no entanto, sem comprometer os serviços de assistência (*Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*, 1988). Posteriormente, avançando no tema de garantia da saúde, a assistência terapêutica integral também foi definida e incluída no SUS (*Lei Orgânica de Saúde no 8.080, de 19 de setembro de 1990*, 1990).

O termo ‘integralidade’ é, por inúmeras vezes, utilizado enquanto uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), somada à descentralização e à participação da comunidade, também presentes na Constituição de 1988, através da expressão ‘atendimento integral’. Neste sentido, a Constituição Cidadã atribui ao Estado a garantia dos direitos e deveres, principalmente no contexto da saúde, com foco em sua proteção e em sua promoção (Mattos, 2001).

No capítulo II, dos Princípios e Diretrizes, da Lei 8.080/90, conceitua-se a integralidade de assistência como “[...] um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (*Lei Orgânica de Saúde no 8.080, de 19 de setembro de 1990*, 1990). Fato é que, de todos os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade é, a que mais encontra desafios de se concretizar na prática (Mattos, 2004), o que torna ainda maior a necessidade de compreender as dimensões da religiosidade e da espiritualidade como ferramentas voltadas ao cuidado integral em saúde, tema a que este estudo se propõe refletir.

Refere-se, contudo, haver classificações diferenciadas para os princípios (ético-doutrinários e organizacionais) que, segundo Brasil (2000, p. 30), alicerçam o SUS, como doutrinários: “[...] a universalidade, a equidade e a integralidade nos serviços e ações de saúde; [...]” e como princípios organizacionais, “[...] a descentralização, a regionalização e a hierarquização da rede e a participação popular”. Destaca-se, além disso, a ênfase dada às ações preventivas como prioridade não para curar doença, mas enquanto estratégia de alcançar a saúde como qualidade de vida e não enquanto ausência de doença.

Considera-se, ainda, segundo Mattos (2001), a integralidade apreendida como uma imagem-objeto, cujo significado, em resumo, versa sobre algo que, apesar de já existir, necessita de mudanças que são factíveis. Deste modo, apesar de receber críticas pela possibilidade de ser utópica, a integralidade firmou-se na questão da descentralização e da participação popular, sem, contudo, ser direcionada para um único sentido ou para vias determinadas de opções (Mattos, 2001).

Constata-se que, de certa forma, a integralidade é um dos princípios mais importantes e que passa por muitos desafios para que seja alcançado. Isto se deve à compreensão de que para garantir a saúde é preciso conhecer e corresponder às necessidades específicas por pessoas ou grupos de pessoas, respeitando a complexidade das ações (prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde) e integrando e articulando políticas públicas para a entrega dos serviços sob demanda (Brasil, 2000).

Logo se vê que, independente do que se propôs ao pensar um sistema único para atender às demandas de saúde, é preciso dizer que o caminho foi longo e a saúde passou e ainda passa por transformações que não encontraram fim, rumo à garantia de direitos constitucionais e fruto das conquistas dos movimentos políticos e sociais, principalmente em defesa do SUS (Mattos, 2001). Portanto, ressalta-se que defender a integralidade da assistência em saúde no SUS significa dizer que as equipes de saúde devem interagir com os usuários, com o intuito de enxergar as suas necessidades, inclusive reconhecidas por eles próprios, mobilizar seus

conhecimentos técnicos, científicos e práticos, para corresponder às demandas encontradas no serviço (Mattos, 2004).

E, como a proposta inicial desta reflexão trata-se da atenção aos aspectos inerentes ao cuidado, observando a espiritualidade e a religiosidade no contexto da saúde, pode-se entendê-las como uma das dimensões do cuidado integral ao ser humano. Para tanto, leva-se em consideração os múltiplos aspectos de crenças religiosas na interpretação da saúde e no enfrentamento do processo saúde-doença e que, se foi analisar o que a integralidade das ações em saúde versa, permite-se compreender que o universo espiritual e religioso podem ter potencialidades para interferir na saúde dos indivíduos.

Diante disto, Sousa, Bernardino, Crozeta, Peres e Lacerda (2017) discutem o cuidado integral mediante a garantia das necessidades em saúde dos indivíduos em sua totalidade e operacionalizada pelos serviços do SUS em todos os graus de complexidade. Ou seja, é importante conhecer as dimensões relativas à saúde para que, em rede, os serviços sejam garantidos em sua totalidade, configurando assim, o que se pretende compreender como cuidado integral. Do mesmo modo, Rangel et al. (2017) discutem o cuidado integral como um modelo de atenção em saúde englobado no que se pretende com a integralidade da assistência, destacando, no entanto, que a rede de saúde precisa enxergar as necessidades dos indivíduos além do que se pode ver em atenção às multidimensões que o compõem, o que para a enfermagem expõe aspectos de políticas públicas a serem ensinadas e que ensejam a concretude do cuidado integral.

A partir desta premissa, espiritualidade e religiosidade figuram como dimensões humanas inerentes ao que se propõe abordar e garantir através do cuidado integral de saúde e de enfermagem, o qual, por sua vez, está implícito na integralidade da assistência proposta pelo SUS. Em outras palavras, é possível atender às dimensões da E/R no contexto do cuidado integral que, por conseguinte, está inserido de forma macro no que se pretende com a integralidade da assistência enquanto dispositivo legal da saúde. Isto é, para um ser humano hígido ou adoentado, se a E/R são dimensões importantes para a manutenção ou recuperação da sua saúde, estas são entendidas como necessidades que precisam ser ouvidas e levadas em consideração ao pensar nas ações a serem adotadas para corresponder à demanda apresentada por este indivíduo.

Contudo, isso não significa que os profissionais de saúde tenham que partilhar as crenças religiosas dos usuários, tampouco dividir as suas próprias crenças com os mesmos de maneira proselitista ou não, mas significa dizer que é preciso respeitá-las e conhecê-las para identificar o seu potencial para a saúde de cada indivíduo ou grupo e, com isso, atendê-lo (s) de

maneira integral. Tal realidade pode ser observada na prática por meio de pesquisas que concentram esforços nos campos da saúde e da religião.

Assim, verifica-se através do estudo de Fernandez, Silva e Sacardo (2018), as relações entre religião e saúde, por profissionais de uma unidade básica, capazes de substanciar discussões acerca de equidades e iniquidades em saúde. Os resultados encontrados sinalizam uma compreensão negativa do impacto da religião dos usuários sobre os cuidados, bem como dos esforços para reduzir esta interferência negativa; a dificuldade que o profissional demonstra ao ter que lidar com a sua religião em serviço; a fragilidade do SUS em não trabalhar com a dimensão religiosa; e o que deve ser ressaltado, o déficit de envolvimento com as religiões afro-brasileiras que acabam por dificultar o tratamento a esse público que possui cuidados e conhecimentos específicos. Discute-se, a partir daí, sobre as realidades de apagamento das diferenças, questionamentos sobre a equidade ou iniquidade que se produzem na atenção básica de saúde.

Compreende-se ainda, que tamanha é a complexidade da integralidade da assistência em saúde e das potencialidades que este princípio ético-doutrinário possui, o que evidencia a necessidade de os profissionais de enfermagem e usuários compreenderem as bases em que o SUS foi construído, seus princípios, seus desafios e suas fragilidades, para garantir que as lutas em sua defesa sejam sólidas e possam alcançar os resultados a que se propõem, ou seja, a garantia do cuidado integral e melhoria da saúde de toda sociedade.

4. Considerações Finais

A integralidade nas ações em saúde deve ser compreendida em sentido amplo, principalmente por considerar como importantes e imprescindíveis aspectos relativos a todos os atores envolvidos na assistência e na vivência do processo saúde-doença e, com isso, ultrapassar a lógica do modelo hegemônico. Esta visão não só trabalha os moldes em que a saúde se deu até aqui, mas investe esforços e pensamento no que poderia e deveria ser garantindo, ou seja, o que a própria Constituição Federal no Brasil delimitou há décadas, ao entender que o ser humano deve ser acolhido mediante as suas necessidades e, portanto, deve ser compreendido mediante o seu todo, o ser total ou integral. A partir desta afirmação, confere-se à E/R um campo fértil para discutir saúde, às quais devem ser incluídas na dimensão espiritual do cuidado integral e analisadas sob a égide da integralidade, enquanto princípio norteador do SUS.

Sendo assim, ressalta-se a integralidade da assistência como política pública de saúde, a qual configura-se de maneira macro ao conferir base para assegurar a concretização do cuidado integral em saúde e de enfermagem, aqui compreendidos, dentre muitas dimensões, pela ideia da espiritualidade e da religiosidade. No entanto, cabe destacar que a E/R não respondem isoladamente pelo que se pretende com a acepção do cuidado integral, tampouco pretende-se concebê-lo como sinônimo da integralidade da assistência, pois trata-se de um complexo conjunto de possibilidades e necessidades inerentes ao cuidado em saúde voltado ao ser humano, considerando o contexto das políticas e dos programas públicos e presentes nas práticas dos profissionais de saúde e de enfermagem.

Além disso, a E/R não são assuntos recentes e nem antagônicos para a área da saúde e para a enfermagem, apesar de ainda carecerem de pesquisas voltadas à sua inserção na rotina profissional. Percebe-se que a E/R potencializam as mudanças de comportamento do ser humano no cuidado de sua saúde e do outro, configurando-se como fontes de referência estabelecida para a rede de apoio. Tal realidade justifica a necessidade de utilização de obras antigas para embasar a temática discutida e a produção futura de material capaz de nortear a vivência dos envolvidos nos serviços de saúde ao reconhecer a dimensão espiritual como integrante do cuidado humano.

No que tange à prática profissional e à sua concretude, não é diferente, pois observa-se a possibilidade de participação da E/R no modo como os profissionais lidam com as necessidades dos seus pacientes, levando em consideração a dimensão espiritual, apesar de salientarem o despreparo em suas formações, fazendo com que dependam de opiniões e motivações particulares sem um suporte sistemático.

Sugere-se portanto, a inclusão de disciplinas voltadas à abordagem da E/R nos currículos da área da saúde, em todos os níveis, no sentido de conceder aos profissionais a oportunidade de aprender a lidar com a dimensão espiritual do cuidado, de maneira segura, livre de preconceitos ou exageros dependentes de crenças religiosas particulares, estruturada e entendendo a forma correta de abrangê-las, ao levar em consideração as questões como, quando, com quem e onde abordá-las. De igual modo, verifica-se a necessidade de pesquisas para conhecer a percepção dos usuários de saúde sobre a temática e as formas de trabalhá-las no contexto da saúde e, com isso, atender aos objetivos da integralidade da assistência por conhecer o significado conferido pelos atores envolvidos.

Referências

Braga, C. G. (1997). Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 31(3), 498-516. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62341997000300011>

Brasil (2000). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília, DF. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf

Chaves, E. C. L., Carvalho, E. C., Beijo, L. A., Goyatá, S. L. T. & Pillon, S. C. (2011). Eficácia de diferentes instrumentos para a atribuição do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(4). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_08.pdf

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Damiano, R. F., Costa, L. A., Viana, M. T. S. A., Moreira-Almeida, A., Lucchetti, A. L. G., & Lucchetti, G. (2016). Brazilian scientific articles on “Spirituality, Religion and Health”. *Archives of Clinical Psychiatry*, 43(1), 11-16. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/0101-608300000000073>

Dias, F. A., Pereira, E. R., Silva, R. M. C. R. A., & Medeiros, A. Y. B. B. V. (2020). Espiritualidade e saúde: uma reflexão crítica sobre a vida simbólica. *Research, Society and Development*, 9(5), e52953113. Recuperado de <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3113>

Fernandez, J. C. A, Silva, R. A. & Sacardo, D. P. (2018). Religião e saúde: para transformar ausências em presenças. *Saúde e Sociedade*, 27(4), 1058-1070. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170757>

Gualda, D. M. R. & Hoga, L. A. K. (1992). Estudo sobre Teoria Transcultural de Leininger. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 26(1), 75-86. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/0080-6234199202600100075>

Ienne, A., Fernandes, R. A. Q. & Puggina, A. C. (2018). A espiritualidade de enfermeiros assistenciais interfere no registro do diagnóstico sofrimento espiritual? *Escola Anna Nery*, 22(1), e20170082. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0082>

Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *International Scholarly Research Network*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3671693/?report=classic>

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm

Lei Orgânica de Saúde no 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

Longuiniere, A. C. F., Yarid, S. D. & Silva, E. C. S. (2018). Influência da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico. *Revista Cuidarte*, 9(1), 1961-1972. Recuperado de <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.413>

Lucchese, F. A & Koenig, H. G. (2013). "Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil". *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 28(1), 103-128. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382013000100015

Lucchetti, G., Lucchetti, A. L. G. & Avezum Jr., A. (2011). Religiosidade, Espiritualidade e Doenças Cardiovasculares. *Revista Brasileira de Cardiologia*, 24(1), 55-57. Recuperado de http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_01/a_2011_v24_n01_07giancarlo.pdf

Lucchetti, G., Lucchetti, A. L & Vallada, H. (2013). Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. *São*

Paulo Medical Journal, 131(2), 112-122. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802013000200112

Mattos, R. A. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In R. A. Mattos, & R. Pinheiro (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (39-64). Rio de Janeiro: IMS ABRASCO.

Mattos, R. A. (2004). A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1411-1416. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>

Mendes, E. V. (1996). *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: HUCITEC, p. 62.

Menezes, T. M. O. (2017). Dimensão espiritual do cuidado na saúde e enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31(2), e22522. Recuperado de <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/22522/14622>

Miqueletto, M., Silva, L., Figueira, C. B., Santos, M. R., Szyllit, R. & Ichikawa, C. R. F. (2017). Espiritualidade de Famílias com um ente querido em situação de final de vida. *Revista Cuidarte*, 8(2), 1616-27. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.391>

Moura, M. A. V., Chamilco, R. A. S. I. & Silva, L. R. (2005). A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de enfermagem: uma reflexão. *Escola Anna Nery*, 9(3), 434-440. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452005000300012>

Moreira-Almeida, A., Koenig, H. G. & Lucchetti, G. (2014). Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(2), 176-182. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462014000200176

Moreira-Almeida, A., & Lucchetti, G. (2016). Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. *Ciência e Cultura*, 68(1), 54-57. Recuperado de <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v68n1/v68n1a16.pdf>

Moreira-Almeida, A., & Stroppa, A. (2012). Espiritualidade e saúde mental: o que as evidências mostram?. *Revista Debates em Psiquiatria*, 2, 34-41.

Müller, C., Araujo, V. & Bonilha, A. (2007). Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9(3), 858-865. Recuperado de <https://doi.org/10.5216/ree.v9i3.7513>

Nanda-I. (2018). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020* (11a ed.). Porto Alegre: Artmed, p. 721.

Paim, J. S. (2009). *O QUE É SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N. & Hahn, J. (2001). Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. *Archives of Internal Medicine*, 161, 1881-1885. Recuperado de <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/751558>

Précoma, D. B., Oliveira, G. M. M., Simão, A. F., Dutra, O. P., Coelho, O.R., Izar, M. C. O. et al. (2019). Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. Recuperado de <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/aop/2019/aop-diretriz-prevencao-cardiovascular-portugues.pdf>

Ramos, R. S. (2007). *Análise do arcabouço teórico-jurídico do Sistema Único de Saúde: representações sociais na construção dos princípios éticos-organizativos*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.

Rangel, R. F., Backes, D. S., Ilha, S., Siqueira, H. C. H., Martins, F. D. P. & Zamberlan, C. (2017). Cuidado integral: significados para docentes e discentes de enfermagem. *Revista Rene*, 18(1), 43-50. Recuperado de <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/18866/29599>

Rego, S. & Palacios, M. (2020). Saúde mental dos trabalhadores de saúde em tempos de coronavírus. Informe ENSP, 30 de março de 2020. *Escola Nacional de Saúde Pública Sergio*

Arouca/Fundação Oswaldo Cruz. Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/40659/2/Sa%c3%badeMental.PDF>

Silva, E. S., Lins, G. A. & Castro, E. M. N. V. (2017). Historicidade e olhares sobre o processo saúde-doença: uma nova percepção. *Revista Sustinere*, 4(2), 171-186. Recuperado de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/25976/19514>

Sousa, S. M., Bernardino, E., Crozeta, K., Peres, A. M. & Lacerda, M. R. (2017). Cuidado integral: desafio na atuação do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(3), 504-510. Recuperado em 06 janeiro 2020 de <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0380>

Souza, R. R. (2001). A Regionalização no Contexto Atual das Políticas de Saúde. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 2(6), 451-455. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200014>

Vianna, A. C. A. & Crossetti, M. G. O. (2004). Movimento entre cuidar e cuidar-se em UTI: uma análise através da teoria do cuidado transpessoal de Watson. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 25(1), 56-69. Recuperado de https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23539/000439863.pdf?sequence=1&locale-attribute=pt_BR

Xavier, E. C. L., Correa Júnior, A. J. S., Carvalho, M. C., Lima, F. R., & Santana, M. E. (2019). Diagnósticos de Enfermagem em cuidados paliativos oncológicos segundo Diagrama de Abordagem Multidimensional. *Enfermagem em Foco*, 10(3), 152-157. Recuperado de <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2109>

Waldow, V. R. (1998). *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzato.

World Health Organization (WHO). (2020). *Report of the WHO China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. Genebra. Recuperado de <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Juliana de Lima Brandão – 20%

Antonio Marcos Tosoli Gomes – 20%

Diego Bonfante Mota – 10%

Priscila Cristina da Silva Thiengo – 10%

Mariana Luiza de Oliveira Fleury – 10%

Rachel Verdan Dib – 10%

Charles Souza Santos – 10%

Renê dos Santos Spezani – 10%