

# A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde

The religious dimension of users in the practice of health assistance:  
perception of health professionals

La dimensión religiosa de los usuarios en la práctica del atendimento a la salud:  
percepción de los profesionales de la salud

*Joseane de Souza Alves\**

*José Roque Junges\*\**

*Laura Cecília López\*\*\**

**RESUMO:** Pesquisa de abordagem qualitativa com o objetivo de conhecer a opinião dos profissionais da saúde sobre a influência da espiritualidade/religiosidade dos usuários no processo saúde-doença. Foi usada a discussão focal com profissionais do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição do município de Porto Alegre, RS, no período de setembro de 2009. A amostra tentou abarcar a diversidade de áreas de atuação. O tema da discussão foi a relação entre saúde e espiritualidade dos usuários no trabalho dos profissionais. Para a interpretação dos dados foi utilizada a análise de conteúdo a partir de duas categorias: influência da espiritualidade/religiosidade sobre a saúde e respeito como imparcialidade. Os achados mostram que os profissionais possuem concepções ambíguas sobre a influência da espiritualidade/religiosidade dos usuários na saúde. Respeitam esta dimensão, mas não a utilizam na terapêutica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Espiritualidade. Humanização da assistência. Profissionais da saúde.

**ABSTRACT:** Investigation of a qualitative nature aiming at knowing the opinion of health professionals on the influence of spirituality of users in the process health-disease. We used the focal discussion with professionals of the Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição [Service of Communitarian Health of Conceição Hospital Group of Porto Alegre, R.S., in the period of September 2009. The sample has tried to include the diversity of action areas. The subject of the discussion has been the relationship between health and spirituality of users in the work of professionals. For data interpretation content analysis was used according to two categories: the influence of spirituality on health and respect as impartiality. Results show that professionals have ambiguous conceptions about the influence of the spirituality of users on their health. Professionals respect that dimension, but they do not use it in treatments;

**KEYWORDS:** Spirituality. Humanization of assistance. Health professionals.

**RESUMEN:** Investigación de abordaje cualitativo con el objetivo de conocer la opinión de los profesionales de la salud sobre la influencia de la espiritualidad/religiosidad de los usuarios en el proceso salud-enfermedad. Ha sido usada la discusión focal con profesionales del Serviço de Saúde Comunitária del Grupo Hospitalar Conceição [Servicio de Salud Comunitaria del Grupo Hospitalar Conceição] del municipio de Porto Alegre, R.S., en el período de septiembre de 2009. La muestra ha intentado abarcar la diversidad de áreas de actuación. El tema de la discusión ha sido la relación entre salud y espiritualidad de los usuarios en el trabajo de los profesionales. Para la interpretación de los datos se utilizó el análisis de contenido desde dos categorías: influencia de la espiritualidad/religiosidad sobre la salud y el respeto como imparcialidad. Los hallazgos muestran que los profesionales poseen concepciones ambíguas acerca de la influencia de la espiritualidad/religiosidad de los usuarios en la salud. Los profesionales respetan esa dimensión, pero no hacen uso de ella en la terapéutica.

**PALABRAS-LLAVE:** Espiritualidad. Humanización de la asistencia. Profesionales de la salud.

\* Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos- UNISINOS/RS. E-mail: joseane.ars@gmail.com

\*\* Professor e pesquisador do PPG em Saúde Coletiva da UNISINOS. Doutor em Ética Teológica pela Pontifícia Università Gregoriana de Roma, Itália.  
E-mail: jrjunges@unisinis.br

\*\*\* Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS. Doutora em Antropologia Social pela UFRGS. E-mail: lauracl@unisinis.br

## Introdução

A relação da espiritualidade/religiosidade com a saúde tornou-se um tema de interesse de estudiosos nos últimos tempos, acreditando-se em sua influência positiva sobre o bem-estar das pessoas. Esses estudos partem de uma visão integral da saúde, abordando o sujeito em suas diferentes dimensões e superando o modelo biomédico que acentua apenas o aspecto físico do processo saúde-doença e opera com uma concepção mecanicista do corpo e de suas funções, responsável por um atendimento fragmentado.

Para os fins deste artigo, faremos uma distinção entre os termos religião e espiritualidade/religiosidade, tentando entender como esta última dimensão é trazida na relação entre profissionais de saúde e usuários. Religião se refere à organização institucional e doutrinária de determinada forma de vivência religiosa<sup>1</sup>. Espiritualidade é aquilo que dá sentido à vida<sup>2</sup>. Espiritualidade tem a ver com experiência, não com doutrina, nem com dogmas, ritos e celebrações que são caminhos que institucionalizam e formalizam a espiritualidade/religiosidade<sup>3</sup>. A religiosidade se refere às formas pelas quais os símbolos religiosos são vivenciados e continuamente re-significados, através de processos interativos concretos entre indivíduos e grupos<sup>4</sup>.

O entendimento da transcendência se torna confuso e difícil de aceitação na cultura contemporânea devido à visão, muitas vezes difundida por tradições religiosas e filosóficas, de ser algo que está fora da realidade concreta. A maior compreensão do fenômeno da religiosidade pode ser importante neste momento em que o sistema público de saúde brasileiro e muitos grupos privados de assistência à saúde buscam reorientar suas

práticas de atenção de forma que melhor se ajustem à realidade cultural e subjetiva da população atendida pelos profissionais de saúde<sup>1</sup>. Considera-se que estudos sobre espiritualidade/religiosidade sejam especialmente relevantes num país que tem na religiosidade uma característica marcante e onde se manifesta uma diversidade de crenças religiosas e espirituais que podem influenciar a saúde da população<sup>5</sup>.

O que se verifica é a fragmentação da cura e do cuidado e a busca, pelos usuários das ações de saúde, de práticas não apenas profissionais, a fim de se sentirem cuidados e/ou curados<sup>6</sup>. Muitas vezes, sob a queixa do profissional da não adesão dos usuários à prescrição, às orientações ou à terapêutica, encontra-se a denúncia da oferta fragmentada, particularizada e corrompida da clínica<sup>7</sup>.

O essencial do processo de construção do SUS implica a mudança de modelo de atenção à saúde, em busca de efetividade, qualidade e humanização das relações entre prestadores de serviços e usuários, como parte de um processo mais geral de mudanças nas concepções acerca da saúde e no desenvolvimento das suas práticas<sup>8</sup>.

A Política de Humanização pretende realizar o princípio da integralidade no atendimento ao usuário, levando em consideração as diferentes dimensões do processo saúde-doença e tendo presente que produção de saúde é sempre produção de subjetividade. Nesse sentido, a espiritualidade, por ser uma das dimensões da subjetividade humana, precisa encontrar o seu lugar no atendimento humanizado.

O conceito de humanização é polissêmico, trazendo diversos enunciados, assim como é permeado por imprecisões. Os modos de abordar e compreender humanização não são separados das propostas e práticas de humanização.

No que se refere à produção acadêmica, a polissemia se mantém e o termo humanização é abordado numa pluralidade de sentidos. O desafio consiste em deslocar a humanização do campo de uma moral que faz escolhas entre o bem e o mal, ao acentuar os processos de produção de subjetividades. Assim, os vínculos entre sujeitos não se efetuam fora do plano das práticas de cuidado e dos processos de gestão. A Política Nacional de Humanização tem por objetivo provocar inovações, superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação do saber e poder<sup>6</sup>.

O presente artigo pretende refletir sobre como os profissionais de saúde percebem a presença da espiritualidade/religiosidade dos usuários e a importância a ela outorgada no atendimento humanizado.

## Metodologia

O universo de pesquisa foi composto por profissionais que atuam em quatro postos do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Este Serviço possui 12 postos com 39 equipes que atuam em áreas determinadas em vilas e em bairros da Zona Norte de Porto Alegre. A equipe que presta atendimento é multidisciplinar, incluindo, além dos médicos de família e comunidade, dentistas, farmacêuticos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais e agentes de saúde.

O GHC é uma referência nacional para a humanização. Inclusive contempla em sua estrutura hospitalar um espaço inter-religioso no qual, lideranças de diferentes religiões acolhem e dialogam com seus fiéis. Esse espaço foi aberto em 2008, a partir da demanda de lideranças de religiões afro-brasileiras, que propunham um diálogo mais

aprofundado entre concepções e práticas de saúde dos profissionais da instituição e das diferentes religiões. Porém, vale a pena ressaltar que durante a pesquisa, nos postos de atenção primária onde foi feita a coleta de dados, esse espaço não foi mencionado pelos profissionais.

No estudo, tentou-se abarcar a diversidade de áreas de atuação. Participaram médicos (M), enfermeiros (E), técnicos de enfermagem (TE), auxiliares de enfermagem (AE), dentistas (D), técnico de higiene bucal (THB), psicólogos (P), agentes comunitários de saúde (ACS), farmacêuticos (F), residentes de psicologia (RP), de nutrição (RN), de medicina (RM), de farmácia (RF), de assistência social (RAS), de odontologia (RO) e de medicina (RM).

A pesquisa caracteriza-se como exploratória com abordagem qualitativa. A coleta de dados consistiu-se em quatro encontros de discussão focal, sendo um encontro em cada um dos postos. Cabe destacar que todos os postos do Serviço de Saúde Comunitária do GHC foram convidados a participar da pesquisa, porém, somente quatro aceitaram o convite.

O tempo para a técnica de grupo focal foi de uma hora, e seguiu um roteiro pré-definido de questões. O roteiro dos grupos focais foi norteado pelas seguintes questões: tipo de atividade exercida por eles, como é o atendimento naquele posto, como é o trabalho com saúde comunitária, perfil dos usuários, se a espiritualidade/religiosidade aparece nos atendimentos, como lidam com estas questões, possibilidades ou não de integrar as questões de espiritualidade/religiosidade no atendimento e se a fé é importante no processo saúde-doença.

Os grupos focais foram realizados em setembro de 2009. O dia e horário de cada encontro de discussão foram combinados com a coordenação do respectivo posto.

O coordenador era quem convidava e escolhia os profissionais de seu posto para participar do grupo. Foi informado pela pesquisadora que seria necessário participarem os profissionais de saúde que atendiam diretamente os usuários. Os grupos focais foram conduzidos pela pesquisadora responsável pelo projeto, que contou com uma assistente encarregada das anotações e da gravação dos grupos. As falas foram gravadas e, posteriormente, transcritas para a análise.

Na pré-análise do material, foi feita uma leitura flutuante e reiterada das falas e, posteriormente, procedeu-se a codificação em categorias, seguindo a análise temática<sup>9</sup>.

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos exigidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CONEP/CNS/MS) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, conforme a Resolução 196/96 do CNS.

### **Análise dos resultados**

Após a análise do conteúdo das discussões, o material foi codificado em duas categorias principais: Influência da espiritualidade/religiosidade sobre a saúde e o Respeito pela religiosidade dos usuários entendida como atitude de imparcialidade. A primeira contemplou como a espiritualidade/religiosidade dos usuários aparece no atendimento, sendo percebidos efeitos variados na saúde dessas pessoas. A segunda referiu-se ao modo como os profissionais lidam com a espiritualidade/religiosidade dos usuários.

#### **Influência da espiritualidade/religiosidade sobre a saúde**

Para os profissionais que participaram dos grupos focais, a espiritualidade/religiosidade possui

influência na saúde dos usuários. Essa dimensão é normalmente trazida pelos usuários, no sentido de resolver questões que não são só orgânicas, mas fazem parte das dificuldades do seu cotidiano.

Os entrevistados entendem que ir para alguma igreja é uma forma de os usuários buscarem algum tipo de conforto ou entendimento para o seu sofrimento. Foi destacado também que a espiritualidade/religiosidade pode ser um consolo nas horas difíceis, porque ter uma experiência religiosa possibilita libertar-se de algum sofrimento. Foram referidas mudanças no estado de saúde dos usuários que começam a ter uma experiência religiosa, sendo elas de ordem psicológica e física. Pacientes que vinham procurando o posto, muitas vezes por pequenas queixas passaram a frequentá-lo menos, demonstrando estarem mais autônomos e confiantes. Outros usuários demonstraram uma melhora e este fator possibilitou aos profissionais diminuição da medicação que essas pessoas estavam tomando. Para os sujeitos pesquisados, são mudanças que a espiritualidade/religiosidade faz na vida dos usuários. A seguinte fala exemplifica este aspecto:

*...como estas pessoas conseguem sair deste quadro de mais vulnerabilidade e saírem fortes, apegadas a uma coisa que talvez seja nomeada lá no deus que leva pra algo que vai melhorar, uma esperança. (E)*

Outra influência que a espiritualidade/religiosidade faz na saúde dos usuários, conforme as discussões nos grupos, refere-se à participação dos usuários no grupo de meditação, que acontece em dois dos postos pesquisados, duas vezes por semana. Participam de muitas pessoas, principalmente mulheres. Referem que este grupo não tem vínculo religioso. Os profissionais destes postos consideram que o grupo promove saúde por

constituir uma autoajuda, servindo como espaço de reflexão e de integralidade, ajudando assim na prevenção. Relatam que houve uma mudança positiva no estado das pessoas que começaram a participar deste grupo.

Para os profissionais, o fato de os usuários irem até uma igreja ou conversar com pessoas da mesma religião, desloca o foco da doença, permitindo pensar em outras coisas e melhorar assim o estado geral. Na maioria das vezes, a religiosidade/espiritualidade faz bem para as pessoas tanto mentalmente, porque consegue encontrar um sentido para sua situação, quanto socialmente, porque as insere numa rede de relações criadas por seu grupo religioso. A fala a seguir relata esta melhora:

*...então se ele usou a religião pra ser um pilar, pra ele se firmar, acho que isso repercute muito bem, os efeitos colaterais do tratamento muitas vezes são menores em pacientes que tem uma religiosidade e espiritualidade forte. (RM)*

As falas dos entrevistados relatam que a espiritualidade/religiosidade ajuda a fortalecer a liberdade e a autonomia do sujeito. Mas isso vai depender da relação que o usuário vai estabelecer com a sua fé, se ela cria dependência ou estimula a subjetivação. Se a experiência religiosa encoraja a assumir hábitos saudáveis, ela vai ser um fator positivo. Para os sujeitos da pesquisa, a fé influencia o processo saúde-doença, pois a cura vem de mecanismos internos do ser humano. Na fala a seguir, aparece esta questão:

*...não existe medicação, não existe profissional da saúde que ajude a curar uma pessoa, dentro da ciência, a cura para aquela patologia, se ela não quiser, então se ela tiver uma fé religiosa, uma espiritualidade que tenha a ver com religião*

*nenhuma, aquilo ali vai ser o impulso dela...(AE)*

É destacado nas discussões dos grupos que a espiritualidade/religiosidade pode tornar-se um apoio social para as comunidades mais carentes. A comunidade consegue se unir, pois a igreja é um espaço onde as pessoas conseguem estabelecer relações de vínculo, de ajuda mútua. Para a população socialmente fragilizada, pertencer a um grupo religioso pode um fator importante de sobrevivência e de solução de problemas para os quais a sociedade não responde. Para muitos usuários que vivem sozinhos e sem outra inserção social, a relação com essas instituições religiosas ajuda na resposta às suas necessidades em saúde, porque teria a quem recorrer. Um relato desse apoio social aparece na seguinte fala:

*...muitas vezes o espaço da igreja é um espaço onde as pessoas conseguem estabelecer relações de vínculo, de ajuda mútua e isso para a comunidade é extremamente saudável. (RAS)*

Porém, para os profissionais pesquisados, a fé por si própria não ajuda e a religião pode, às vezes, ser perigosa, pela dominação e fanatismo que ela pode causar na pessoa, evocando, desse modo, o aspecto dogmático e institucionalizado da experiência religiosa. Podem surgir também sentimentos de culpa e condenação devido à doença. A fala a seguir aponta para isso:

*...a questão religiosa de vez em quando ela apresenta um lado negativo, de prejudicar a pessoa, depende do momento que a pessoa está vivendo. (E)*

Embora tenham ressaltado aspectos benéficos da religiosidade na vida das pessoas, os entrevistados mencionaram também que a espiritualidade/religiosidade pode “atrapalhar”, quando os usuários

desconsideram o diagnóstico e o tratamento de uma patologia por motivos religiosos, deixando de lado algum cuidado ou tratamento. Em certos casos, a religião pode impedir que os usuários procurem o serviço de saúde devido a sua crença. Foi relatado que os usuários podem considerar que Deus substitui um tipo de atendimento ou que já estão protegidos. Para os entrevistados, esses são aspectos que mostram que a espiritualidade/religiosidade pode prejudicar a pessoa. A próxima fala aponta para o exemplo de um usuário que deixou de procurar o serviço de saúde por causa de sua experiência religiosa:

*...disse ela: eu rezei e vou pra minha igreja e vou me curar. Ela não queria nem confirmar o diagnóstico e nem mesmo buscar o tratamento. (D)*

### Respeito como imparcialidade

Nos grupos de discussão focal, quando os profissionais foram questionados sobre como lidam com a espiritualidade/religiosidade trazida pelos usuários no atendimento, expressaram atitudes de respeito e de imparcialidade. Apontaram que não podem desconsiderar as experiências trazidas pelos usuários e que precisam estar abertos às crenças valorizadas por eles. Por isso procuram lidar de forma respeitosa e imparcial quanto à maneira como os usuários enfrentam a doença. A seguinte fala exemplifica esta imparcialidade por eles referida:

*...a gente acolhe e tal, mas sempre respeitando a espiritualidade, a crença, a religião, enfim de cada um. Então a gente não se utiliza disso e ficamos totalmente imparciais, mesmo que não seja a mesma que a nossa...(AE)*

Os entrevistados apontam também para a atitude de escuta, deixando os usuários a vontade para

falar de suas crenças, com o cuidado de não expor as crenças do próprio profissional, ficando portanto imparciais. Relatam que não devem “discutir sobre religião”, mas atender e escutar profissionalmente as demandas dos usuários, ou seja, que preferem “não ficar falando sobre religião” no momento que estão atendendo o paciente. Escutar os usuários que falam de sua crença, para os sujeitos da pesquisa, significa valorizar o seu saber e o modo dele levar a vida. A base desse respeito, segundo os profissionais, é que a espiritualidade/religiosidade é inerente ao ser humano, fazendo parte de sua cultura.

Observa-se que o modo de lidar com a espiritualidade/religiosidade dos pacientes, demonstrado nas falas dos profissionais entrevistados, é de manter uma postura profissional de imparcialidade, que para eles significa não se envolver com a experiência religiosa de quem eles atendem. Para eles, dar importância a crença dos usuários implica em se desviar do seu objetivo profissional de atender sua patologia. A fala a seguir demonstra isso:

*...a gente fica imparcial e não dá muita ênfase, procura desviar e voltar pro foco da questão, porque ela tá aqui, porque isso aqui não é uma casa de religião... Tem que mostrar que são fatos isolados que acontecem... (AE)*

A imparcialidade aparece também vinculada às decisões sobre o que fazer nos casos em que os usuários se negam a seguir certo tratamento, fundado em sua vivência religiosa, e os profissionais comentam que não podem forçar a aceitação da terapia. É sugerido, então, não interferir na sua espiritualidade/religiosidade, pois esta faz parte de sua vida, ajudando em seu processo de cura. Todavia, é destacada a importância da negociação com os usuários para eles não deixarem de seguir a te-

rapia que o profissional considera importante. A fala a seguir é um exemplo:

*...mas têm limites, têm coisas que tu não pode permitir que seja feito como médica, não posso permitir que um diabético não faça uma dieta sem açúcar, uso de medicação que ele precisa, só que a gente tem que negociar... (M)*

Outro ponto destacado nas discussões focais, que mostra a importância que os profissionais pesquisados dão a sua terapêutica é que, aceitar as crenças dos usuários, torna-se uma forma de “cativá-los” para assim atingir o objetivo de um atendimento humanizado. A fala a seguir demonstra esta atitude:

*...tem casos que ele tem um retorno bem bom assim, tu consegue através daquilo ali acessar o paciente, conseguir trazer ele pro teu lado e fazer uma boa prática de saúde... (RO/F)*

A fé e a ciência, para os entrevistados, aparecem como caminhos diferentes, em alguns casos opostos e em outros complementares para a saúde, exigindo, nessa última concepção, uma conjugação das duas formas de lidar com a doença. Porém, esta complementariedade aparece novamente aludindo a “trazer ele pro teu lado”, como mencionado anteriormente. Quando é perguntado se pode haver integração entre ciência e fé, um dos profissionais entrevistados expressa o seguinte:

*Em alguns momentos tu pode integrar, até pra pessoa, pro teu resultado profissional ser positivo... (E)*

Alguns dos profissionais pesquisados afirmaram que utilizariam a espiritualidade/religiosidade no atendimento, pois para eles é importante não dispensar a crença dos usuários e incentivar que eles continuem com sua espiritualidade para potencializar a cura. Também falaram de identificar se esta expe-

riência religiosa pode ser uma forma de fortalecê-los e de reforçar se esta experiência é percebida como algo que os faz se sentirem melhor. Os entrevistados referiram que também é importante colocar no prontuário estas questões religiosas que trazem, para que faça parte do itinerário terapêutico dos profissionais. Outros, ao responderem se é possível integrar as questões de espiritualidade no atendimento, falaram que é preciso seguir com o modelo biomédico de atendimento. A seguinte fala exemplifica isso:

*Acho que não, usar o que está dentro do normal, né, do atendimento. (AE)*

## Discussão

Os profissionais pesquisados expressam concepções ambíguas quanto à influência da espiritualidade/religiosidade sobre a saúde dos usuários, talvez por uma falta de preparo e de experiência destes profissionais em lidar com esta dimensão ou também por eles não entenderem a dimensão religiosa em toda a sua extensão. Se distinguirmos religião de religiosidade, a primeira refere à organização institucional de ritos e doutrinas, e a espiritualidade/religiosidade identifica-se com as experiências de sentido que o sujeito vivencia. São conceitos muito próximos, mas diferentes, que ajudariam a entender de outro modo o que foi referido pelos profissionais, como a adoção de determinados comportamentos que dificultam a aceitação dos tratamentos ou diagnósticos propostos (como foi aludido nas entrevistas em relação a comportamentos de fanatismo, referindo à esfera do institucional e dogmático nas religiões).

Se referirmos à religiosidade como dimensão da experiência subjetiva, como modo particular de entender a saúde e o sofrimento,

ela pode ser considerada um recurso da produção de saúde.

Os membros das camadas populares produzem conhecimentos a partir de sua religiosidade e a dificuldade dos profissionais é compreender a lógica desse conhecimento que é diverso do conhecimento científico<sup>10</sup>.

Na nossa sociedade, só há importância no que pode ser baseado em fatos e em provas empiricamente constatáveis. Os pacientes trazem preocupações para serem examinadas por profissionais da saúde, que muitas vezes terão de recorrer a mecanismos internos destes pacientes. A disposição mental positiva que a espiritualidade traz, pode ser excepcionalmente terapêutica<sup>11</sup>.

Muitas vezes há a possibilidade de utilizar essa experiência religiosa no atendimento, contribuindo para o processo da cura e da recuperação. Mas para isso, precisa-se uma compreensão maior do que a dimensão da religiosidade significa na experiência subjetiva dos usuários e uma correspondente humanização dos cuidados em saúde.

Parece que a única atitude a que chegam os entrevistados é a imparcialidade como forma de respeito. Em outras palavras, trata-se de um respeito sem envolvimento. Concordam que é possível integrar a fé dos usuários com a clínica, mas em nenhum momento citam a espiritualidade/religiosidade como um recurso a ser usado em sua proposta terapêutica. Isso acaba refletindo em um atendimento incompleto, pois não contempla todas as dimensões de subjetividade dos usuários.

Cativar os usuários para a proposta clínica do profissional ou pensar em apenas integrar ciência e fé, para que o trabalho profissional tenha resultados positivos, como alguns profissionais falaram, não parece promover um atendi-

mento humanizado, se pensarmos este como o inter cruzamento das dimensões biológicas com as de natureza existencial ou dos saberes humanísticos<sup>7</sup>.

Historicamente, o campo da saúde tem sido marcado por intervenções balizadas por um exercício do poder-saber técnico, com efeito de produção de um *outro* objeto de intervenção, e não sujeito de relação. Um *outro* desprovido de singularidade, desejo, saber e história<sup>12</sup>.

Propõe-se, na atualidade, uma lógica da intersubjetividade, na qual a relação profissional-usuário empreendida deve ser a relação entre indivíduos que se dizem respeito, como parceiros e como aliados na construção de si próprios e de um modo de produção singular da saúde<sup>13</sup>.

Este paradigma difere da lógica de organização do modelo de atenção à saúde pautado na biomedicina, que dificulta a escuta, o acolhimento e a compreensão do sentido social do sofrimento e adoecimento, e afasta-se, desse modo, do componente humanista<sup>14</sup>.

Em contrapartida, a ênfase nos sujeitos e no seu modo de se relacionar com a vida (por exemplo, valorizando suas experiências religiosas), pode trazer contribuições para ampliar a compreensão social da demanda dos usuários e ofertar práticas de integralidade em saúde mais adequadas a essas demandas e necessidades. O diálogo entre sujeitos que se dizem respeito pode proporcionar elementos nas compreensões mútuas quando se trata, por exemplo, da não-aceitação de um tratamento biomédico por motivos religiosos.

Portanto, atender os usuários de saúde como um ser integral, incluindo, no atendimento, a espiritualidade/religiosidade como recurso para a produção de saúde, significa valorizar a sua história e

os modos em que as pessoas se relacionam com a vida.

## Conclusão

Os dados demonstram que o elemento da religiosidade/espiritualidade, trazido pelos usuários no atendimento, é respeitado pelos profissionais pesquisados, porque tentam partir de uma visão integral e ampliada de saúde. Mas a única forma de respeito que expressam é a imparcialidade, mostrando um respeito sem envolvimento.

Ficou evidenciado, no estudo, que os profissionais demonstram uma preocupação com todas as dimensões dos usuários, demonstrando uma visão humanizada e ampla da saúde. Mas não basta ter a visão, pois aparece explícito nas falas um distanciamento entre o que eles referem como humanização e como lidam com a religiosidade, na prática.

No estudo apareceu que a espiritualidade/religiosidade pode ser entendida de forma ambígua pelos profissionais que participaram dos grupos focais. Percebe-se, portanto, uma incompreensão da espiritualidade/religiosidade em toda a sua extensão, talvez por falta de preparo ou de uma sensibilidade maior por parte dos profissionais para lidar com a dimensão religiosa dos usuários.

Os dados da pesquisa demonstram que é preciso superar o modelo biomédico para que o atendimento não seja fragmentado e o sujeito seja atendido em sua totalidade. Embora exista uma abertura à dimensão espiritual dos usuários, nota-se a dificuldade dos entrevistados em valorizar este elemento como parte de sua terapia. Demonstram que valorizam uma autonomia parcial, pois têm dificuldade em compreender a recusa dos usuários em seguir o tratamento proposto pelo profissional.

Ficou evidenciado que atender de forma humanizada envolve considerar todas as dimensões do usuário, sendo valorizada a espiritualidade/religiosidade como

dimensão da experiência subjetiva e como agência terapêutica. Envolve também uma mudança de paradigma, pois não existe atendimento humanizado sem considerar

a experiência religiosa trazida pelos usuários, por meio de um diálogo intersubjetivo entre indivíduos que se dizem respeito na produção de saúde.

---

## REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos EM, organizador. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
  2. Saad M, Masiero D, Battistella LR. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiatr.* 2001;8(3):107-12.
  3. Boff L. Espiritualidade: um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante; 2001.
  4. Rabelo MC. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cad Saúde Pública.* 1993;9(3):316-25.
  5. Shiramizu MS, Kimura M, Stelmach R, Santos VLCG. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Rev Esc Enf USP.* 2009;43(2):1187-92.
  6. Heckert ALC, Passos E, Barros MEB. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2009;13(1):493-502.
  7. Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2009;13(1):531-42.
  8. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciências e Saúde Coletiva.* 2007;12:1819-29.
  9. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70;1979.
  10. Valla VV. Pobreza, emoção e saúde: uma discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil. *Rev Bras Educ.* 2002;19:63-75.
  11. Benson H, Stark M. *Medicina espiritual: o poder essencial da cura.* Rio de Janeiro: Campus; 1998.
  12. Pinheiro R, Guizardi FL. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizador. *Cuidado: as fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ: ABRASCO; 2008.p.39-58.
  13. Ceccim RB. Onde se lê “recursos humanos em saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção em saúde”: desafios para a educação. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizador. *Construção social da demanda: direito à saúde – trabalho em equipe – participação e espaços públicos.* Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ: ABRASCO; 2005.p.161-80.
  14. Lacerda A, Valla VV. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizador. *Construção social da demanda: direito à saúde – trabalho em equipe – participação e espaços públicos.* Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ: ABRASCO; 2005.p.279-91.
- 

*Recebido em 10 de junho de 2010  
Aprovado em 11 de agosto de 2010*