



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF**

**ÁDYLLA MARIA ALVES DE CARVALHO**

**DESVELANDO O PROCESSO DE CUIDAR NA DIMENSÃO ESPIRITUAL E  
SUA INTERFACE COM A SAÚDE MENTAL**

**CAMPINA GRANDE-PB**

**2017**

ÁDYLLA MARIA ALVES DE CARVALHO

**DESVELANDO O PROCESSO DE CUIDAR NA DIMENSÃO ESPIRITUAL E  
SUA INTERFACE COM A SAÚDE MENTAL**

Projeto de pesquisa apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II (TCC II) do curso de bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) como pré-requisito para fins avaliativos.

Área de concentração: Saúde Mental  
Objeto de estudo: Espiritualidade

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Priscilla Maria de Castro Silva

**CAMPINA GRANDE-PB**

**2017**

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do CCBS - UFCG**

C331d

Carvalho, Ádyla Maria Alves de.

Desvelando o processo de cuidar na dimensão espiritual e sua interface com a saúde mental/ Ádyla Maria Alves De Carvalho. – Campina Grande, PB: O autor, 2017.

55 f. il.: Color. 21 x 27,9 cm.

Orientador: Priscilla Maria de Castro Silva, Dra.

Monografia de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, 2017.

Inclui bibliografia.

1. Enfermagem. 2.Espiritualidade. 3.Cuidado. 4.Cuidados de Enfermagem. 5.Saúde Mental. I. Silva, Priscilla Maria de Castro. (Orientador). II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 616-083 (813.3)

ÁDYLLA MARIA ALVES DE CARVALHO

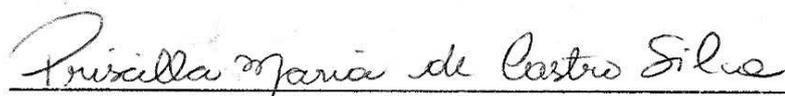
**DESVELANDO O PROCESSO DE CUIDAR NA DIMENSÃO ESPIRITUAL E SUA  
INTERFACE COM A SAÚDE MENTAL**

Projeto de pesquisa apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II (TCC II) do curso de bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) como pré-requisito para fins avaliativos.

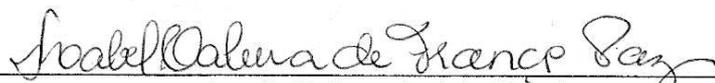
Área de concentração: Saúde Mental  
Objeto de estudo: Espiritualidade

ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Priscilla Maria de Castro Silva

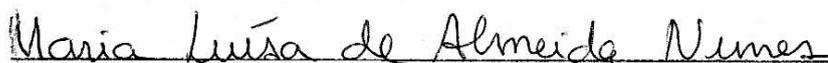
APROVADO EM: 03/04/2017



Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Priscilla Maria de Castro Silva  
Orientadora - UFCG



Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Mabel Calina de França Paz  
Membro da Banca Examinadora – UFCG



Prof<sup>ª</sup>. Me. Maria Luísa de Almeida Nunes  
Membro da Banca Examinadora – UFCG

CAMPINA GRANDE-PB

2017

*Dedico este trabalho à minha mãe e também pai Tânia Maria, ao meu tio (pai de coração) Mauri Fernandes e as minhas irmãs Sanielly Litânia e Nathany Mirelly, por serem parte fundamental no meu processo de formação.*

## AGRADECIMENTOS

*“No dia em que eu saí de casa  
Minha mãe me disse: Filho, vem cá!  
Passou a mão em meus cabelos  
Olhou em meus olhos  
Começou falar  
Por onde você for eu sigo com meu pensamento  
Sempre onde estiver em minhas orações  
Eu vou pedir a Deus que ilumine os passos seus”.*  
(Zezé di Camargo e Luciano)

Concluir este ciclo, acredito eu, nunca foi uma tarefa fácil! Antes mesmo da aprovação no vestibular, foram anos de dedicação, renúncias, noites sem dormir, assim como noites a chorar. Foi uma luta travada no escuro, pois as incertezas do poder concretizar um futuro fora da pacata cidade do interior de Pernambuco eram muitas, confesso que frustrantes e desestimulantes. Mesmo assim, continuei almejando e indo atrás de uma vida melhor, não pensei nos obstáculos e dificuldades, apenas fiz dar certo.

Tenho certeza que Deus, sempre esteve ali comigo, todas as vezes que eu chorei baixinho por não ver perspectivas, em todas as vezes que eu achava que não conseguiria mais continuar, Ele me guiou, me sustentou e me fez seguir. Sua presença é constante em minha vida, foi quem me permitiu viver, me fez ser forte e é motivo dos sorrisos e felicidades da minha vida. Então, devo a Ele por mais esta conquista, sou grata a ti Pai, por nunca ter me deixado desistir, Você foi e é o meu maior amparo e fortaleza!

Nada do que eu fale aqui será suficiente para agradecer a minha mãe, Tânia Maria Alves Correia, por toda dedicação, abdicção e esforços para que eu pudesse chegar hoje aqui. Tudo por você e para você minha guerreira! Meu exemplo de mulher, mãe, pai e amiga, foi você que me tornou a pessoa que sou hoje e que me ensinou princípios que levarei para a vida. O seu amor me faz seguir, te amo infinitamente! Ao meu tio, Mauri Fernandes Alves Correia serei eternamente grata por ter acreditado em mim e ter depositado a confiança de que eu poderia e conseguiria mudar de vida. Vocês são protagonistas desta conquista!

As minhas irmãs, Nathany e Sanielly, agradeço todo o apoio, força e torcida nas diversas vezes que precisei, vocês foram fundamentais nessa caminhada. Obrigada por sonharem meus sonhos comigo e por fazerem de tudo para que eu os alcançasse. Agradeço ainda pela vida da minha sobrinha Eulália Vitória, um dos grandes motivos de nossos sorrisos.

As minhas tias, Maria Amélia, Maria da Salete e Telma Maria, ao meu tio Ruy Correia, e a todos os meus primos e primas por torcerem por mim e terem me ajudado de muitas maneiras a prosseguir nessa trajetória.

A meus amigos-companheiros de morada, Hugo, Ronylson, Ashiley, Amaral, Henrique, Nailze (agregada) e Lucivaldo Jr, vos agradeço por todos os momentos compartilhados, pelas risadas, pelo companheirismo, pelas histórias vividas (que não são poucas), pelas crises que passamos, pelos perrengues e por cada experiência vivida serei sempre grata porque vocês estiveram ao meu lado.

À minha amiga-irmã e tantas vezes mãe, Simone, e a sua família que muitas vezes foi também minha (e sempre serão), pelo apoio, força, amparo, abrigo, ombro-amigo, incentivo, carinho e amor. Agradeço também os puxões de orelha, os conselhos, discussões e brigas, tudo foi fundamental para meu crescimento e aprimoramento pessoal e profissional. Eterna gratidão, te amo!

As minhas amigas-irmãs, Laís, Louiza, Keiliane e Inês, por estarem presentes em momento cruciais do curso, pelas alegrias, pelas resenhas, por tantos sorrisos, por prontamente me ouvirem e me aturem, assim como presença (física, moral e espiritual) nesse fechamento de ciclo, que não foi nada fácil. Vocês foram e são mais que colegas de turma, serão companheiras para a vida!

Ao time das quartas (Reunião no “Negin”), Henrique, Valmerize e Rafaela (desfalcado por Paula e Maria Gouveia), por sempre me incentivarem a continuar, pelas palavras amigas, pelos instantes que me fizeram sorrir e espairer, pelo vivido, pelo sorriso e pelo bebido. “Bates”, vocês são tudo, os amo!

Não podia deixar de citar minhas grandes amigas e companheiras, Flávia Silva (amiga que sempre sonhou e sonha comigo) e Sara Mara (amiga “pau pra toda obra”), pois sempre se fizeram presentes, com bastante compreensão, companheirismo, força, apoio e amor, vossas amizades me enche de esperança.

À pessoa que fala de mim em todo canto que anda (fala bem, tanto pessoalmente, quanto profissionalmente), aquele que considero amigo-irmão-cumprido, José Henrique dos Santos, meus mais sinceros agradecimentos, você foi minha fortaleza muitas vezes, meu companheiro de lágrimas e de experiências enriquecedoras. És um anjo enviado por Deus na minha vida. Você fez meu caminho ser mais ameno, te amo!

A meu grande amigo-irmão-companheiro de conversa-editor, Edson (Hittiz Nascimento, gafanhoto) por tudo, por cada momento partilhado, por cada briga vivida,

pelos muitos anos de convívio, pelo aprendizado partilhado, por seu apoio e por sempre me arrancar um sorriso ao falar: “Como eu tenho orgulho dessa Maria”.

À pequena grande mulher, amiga, Marília, agradeço pelo apoio me dado durante esse processo, pelos ensinamentos, pelas risadas, pela força nos momentos difíceis, pelos “gritos” incentivadores, pela amizade e companheirismo, por todo carinho e sorrisos comigo compartilhados.

Aos meus caros amigos-colegas e parceiros de momentos descontraídos, alegres e de apoio, Nathalie, Kléber, Larissa Castro, Nayane e Nayara (eternas sócias), Roberta, Marília, Monalisa, Fabrine, Ana Beatriz e Ana.

A minha orientadora, Priscilla, por ter aceitado meu convite, por todo apoio e encorajamento durante esse processo de aprendizado, por além de dedicar seu tempo, transmitir seus conhecimentos e experiências, sempre se fazer presente e disponível a me ouvir, incentivar e ser calma diante de tantas turbulências. Obrigada por não ter desistido, por cada momento e palavra de estímulo. Sua paciência e tranquilidade me mantiveram nos trilhos, meu eterno carinho e agradecimento.

As professoras Mabel e Maria Luísa, pelo apoio durante o curso, e por aceitar fazer parte da minha banca, dando orientações e ajudando-me a melhorar meu trabalho.

Aos meus professores do CCBS, em especial Sheila Milena (por acreditar em mim, me incentivar e não me deixar abater), que me passaram conhecimentos tanto relativos à enfermagem, quanto a suas experiências de vida, e fizeram de tudo para que eu pudesse ter uma formação diferenciada.

Aos profissionais do serviço, em especial às equipes da UBSF Beatriz Jerônimo (Sítio Floriano), UBSF Adalberto César (Pedregal) e do HUAC (especialmente, ala C, pediatria e CCIH), que muito me ajudaram no crescimento profissional e pessoal, sempre me apoiando e permitindo que eu fizesse parte de suas rotinas diárias.

A todos os usuários que eu já assisti, cujo cuidado me permitiu pôr em prática todo meu conhecimento adquirido em sala de aula. Obrigada pela confiança e esperança que depositaram em mim, perdão pelas falhas e gratidão por serem parte ativa do meu aprimoramento. Profissionalismo humanizado e com empatia, fortaleci com cada um e faço por cada um.

Agradeço de corpo, alma e coração a todos vocês que de alguma forma (direta e indiretamente) se fizeram presentes nessa trajetória!

## RESUMO

CARVALHO, A. M. A. **Desvelando o processo de cuidar na dimensão espiritual e sua interface com a saúde mental.** 2017. Monografia (Graduação) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, 2017.

Foram várias as sociedades que possuíam suas compreensões sobre os distúrbios que posteriormente passaram a ser conhecidos como mentais ou psíquicos. Nos tempos mais remotos, as condutas com estes indivíduos eram cruéis e esses problemas eram conferidos a coisas inerentes ao homem, como, almas perdidas, demônios etc, assim, o tratamento era embasado em práticas místicas e religiosas. No decorrer dos tempos, com a Reforma Psiquiátrica no Brasil houve uma mudança no imaginário social do sofrimento mental, com isso, observamos uma nova assistência que abrangia não só a dimensão física do ser, porém tudo relacionado à sua existência, até mesmo no âmbito espiritual. Desse modo, emerge a necessidade de se repensar as práticas assistenciais, visando intervenções que foquem o sujeito na sua totalidade, assim, se atentar para a transculturalidade é ofertar um cuidado mais próximo do biopsicossocial-espiritual. Portanto, para se atingir essas necessidades é preciso a reestruturação e/ou fortalecimento do processo de formação dos profissionais da saúde. O presente trabalho objetivou analisar os estudos sobre espiritualidade e religião e sua interface com o cuidado em saúde mental. Trata-se de uma revisão integrativa, de cunho exploratório- reflexivo, com enfoque qualitativo. Foi realizada a partir de artigos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) durante o período de novembro de 2016 até fevereiro de 2017, tendo como descritores: “Enfermagem”, “Espiritualidade”, “Cuidado”, “Cuidados de Enfermagem” e “Saúde Mental”. Para melhorar a amostra, usou-se o operador booleano AND. Como critérios de inclusão: publicações completas, que se encontravam em português, inglês e espanhol, e que foram realizados em cenário nacional. Após obtenção da amostragem final, os dados foram categorizados de acordo com o aparecimento de temáticas e analisados através da análise de conteúdo. Nesta pesquisa obtivemos uma amostra de 07 artigos, dos quais ao analisarmos encontramos três categorias: o sofrimento psíquico e sua interface com a dimensão espiritual: da realidade passada à realidade vivida; teorizando o agir da integralidade: a emersão da espiritualidade na saúde mental e atenção à Saúde Biopsicossocial-espiritual: reflexões das práticas de cuidados e do processo formativo dos trabalhadores da saúde. Nesse sentido e diante de uma temática extensa, subjetiva e que requer muita reflexão, concluímos que são necessários maiores estudos para aprofundamento do tema, assim como, que os profissionais da saúde se desfaçam de toda e qualquer “amarra preconceituosa” com intuito de compreender que os seres humanos são além de objetos para se “encaixarem” em manuais/padrões assistenciais e de diagnósticos. Além disso, é preciso repensar o processo formativo dos trabalhadores da saúde no que tange aos aspectos do cuidado na sua essência de integralidade. Assim, fortalece a ampliação e reconhecimento das crenças religiosas/espirituais como formas benéficas nas práticas de saúde do homem.

**DESCRITORES:** Enfermagem; Espiritualidade; Cuidado; Cuidados de Enfermagem; Saúde Mental.

## ABSTRACT

CARVALHO, A.M. A. **Unveiling the process of caring in the spiritual dimension and its interface with mental health.** 2017. Monography (Undergraduate) - Center for Biological and Health Sciences, Federal University of Campina Grande, 2017.

There were several societies that had their understandings about the disorders that later came to be known as mental or psychic. In the earliest times, conduct with these individuals was cruel, and these problems were bestowed upon things inherent in man, such as lost souls, demons, and so the treatment was based on mystical and religious practices. In the course of time, with the Psychiatric Reform in Brazil there was a change in the social imagery of mental suffering, with this, we observed a new assistance that covered not only the physical dimension of being, but everything related to its existence, even in the spiritual realm . Thus, the need to rethink care practices emerges, aiming at interventions that focus on the subject as a whole, so attention to transculturality is to offer care that is closer to the biopsychosocial-spiritual. Therefore, to achieve these needs, it is necessary to restructure and / or strengthen the process of training health professionals. The present work aimed to analyze the studies on spirituality and religion and its interface with mental health care. It is an integrative, exploratory-reflective, qualitative approach. It was carried out from the Virtual Health Library (VHL) during the period from November 2016 to February 2017, with the following descriptors: "Nursing", "Spirituality", "Care", "Nursing Care" and "Health" Mental". To improve the sample, we used the Boolean operator AND. As inclusion criteria: complete publications, which were in Portuguese, English and Spanish, and which were performed in a national setting. After obtaining the final sampling, the data were categorized according to the appearance of the themes and analyzed through content analysis. In this research we obtained a sample of 07 articles, of which in analyzing we find three categories: the psychic suffering and its interface with the spiritual dimension: from the past reality to the lived reality; Theorizing the action of integrality: the emergence of spirituality in mental health and attention to health Biopsychosocial-spiritual: reflections of care practices and the training process of health workers. In this sense, and in the face of an extensive and subjective theme that requires a great deal of reflection, we conclude that further studies are needed to deepen the theme, as well as that health professionals should rid themselves of any and all "preconceived ties" in order to understand Humans are more than objects to "fit" into manuals / standards of care and diagnosis. In addition, it is necessary to rethink the formative process of the health workers with regard to aspects of care in its essence of integrality. Thus, it strengthens the expansion and recognition of religious / spiritual beliefs as beneficial forms in the health practices of man.

**DESCRIPTORS:** Nursing; Spirituality; Caution; Nursing care; Mental health.

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1-</b> Busca na base de dados BVS .....	29
<b>TABELA 2-</b> Distribuição dos artigos. ....	34
<b>TABELA 3-</b> Perfil demográfico das pesquisas.....	35
<b>TABELA 4-</b> Perfil formativo dos autores.....	36

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**BVS** – Biblioteca Virtual da Saúde

**DeCS** – Descritores em Ciências da Saúde

**MS** – Ministério da Saúde

**MTSM** – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**RP** – Reforma Psiquiátrica

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TDUCC** – Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

## **LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1- Distribuição dos artigos, segundo autores, nome dos artigos, objetivos, tipo de estudo, resultados mais pertinentes e ano das publicações selecionadas.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	18
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	19
3.1 Percurso da loucura dentro do cuidado humano .....	19
3.2 Construindo novas possibilidades: o despertar para a ‘liberdade’ fora dos muros	21
3.3 O cuidado espiritual: entre pontos e redes .....	23
3.4 Fugindo do construto biomédico: a emersão das correlações transculturais- espirituais .....	26
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	28
4.1 Tipo do estudo .....	28
4.2 Operacionalização da pesquisa .....	28
4.3 Busca na literatura.....	29
4.4 Aporte teórico .....	30
4.5 Análise dos dados .....	31
4.6 Aspectos éticos.....	31
<b>5 ANÁLISE E DISCUSSÃO</b> .....	32
5.1 Análise dos artigos selecionados .....	32
Categoria 1- O sofrimento psíquico e sua interface com a dimensão espiritual .....	36
Categoria 2- Teorizando o agir da integralidade: a emersão da espiritualidade na saúde mental.....	39
Categoria 3- Atenção à Saúde Biopsicossocial-espiritual: reflexões das práticas de cuidados e do processo formativo dos trabalhadores da saúde .....	43
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	48
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	50
<b>APÊNDICES</b> .....	56
<b>APÊNDICE A</b> – Instrumento para coleta de dados .....	56

“Esta vida é uma estranha hospedaria,  
De onde se parte quase sempre às tontas,  
Pois nunca as nossas malas estão prontas,  
E a nossa conta nunca está em dia.”  
(Mário Quintana)

Abordar sobre transtorno mental nos tempos passados, era uma prática mais que ignóbil, era nula. Não se existia a psiquiatria. Mesmo diante desse contexto, não se significava a inexistência das perturbações e dos sofrimentos vivenciados por essas pessoas, assim como também, que elas não recebessem alguma forma de intervenção de alívio. De tal modo, o que se observa eram elucidações de outras naturezas para essas perturbações, ficando-nos perceptível as influências da cultura sobre pontos chaves no processo de sofrimento, como a significação do pensar, do sentir, do esclarecer e sobretudo do “tratar” (ROCHA, 2010).

Dentro das percepções de Rocha (2010) as mais variadas sociedades possuíram suas compreensões sobre os distúrbios que posteriormente passaram a ser conhecidos como mentais ou psíquicos. Nos tempos mais antigos, quando se faziam uso de condutas agressivas e insensatas, esses problemas eram conferidos a coisas inerentes ao homem, como: almas perdidas, maus espíritos, magos, deuses, demônios. Portanto, as formas de tratamento eram embasadas em práticas místicas e religiosas.

A loucura, como um fenômeno, é relatada inicialmente na Antiguidade grega e romana, juntamente com outras doenças classificadas como práticas mitológicas, sobrenaturais e motivadas por deuses e demônios. Foi uma época em que a loucura era posta por ideologias religiosas e preconceitos sagrados. Durante a Inquisição, a loucura era tida como manifestação do sobrenatural, demoníaca e até satânica, sendo rotulada como expressão de bruxaria, onde o tratamento dava-se por meio da perseguição aos seus portadores, assim como era feito aos hereges (MILLANI; VALENTE, 2008).

No período que antecede a dominação da loucura, observa-se na metade do século XVII, antes que se praticassem a seu favor velhos ritos, ela estava ligada obstinadamente a experiências da Renascença. Nesse período, os loucos eram lançados rio abaixo sendo considerados como cargas insanas em embarcações, as quais foram chamadas de Nau dos Loucos. Essas embarcações possuíam valor simbólico de um ritual de libertação, era a forma de evitar que os loucos vagassem nas cidades, tornando-os prisioneiros da própria partida (FOUCAULT, 1972; MILLANI; VALENTE, 2008).

É a partir do século XV que a loucura é incorporada num universo moral. Inicialmente, seguindo-se um discurso moral, o usuário psicótico foi marginalizado da sociedade juntamente com outros excluídos, leprosos, ladrões, prostitutas e qualquer um que desviasse dos preceitos sociais. A internação ocorria de forma indiscriminada e sem indicação médica, era uma maneira de exclusão dos desviados e desregrados. Dentro desse universo constituído de ideias e imagens culturais, a loucura desvela-se de várias formas, as fragilidades humanas são visualizadas e seus excessos penalizavam os homens. Em seguida, com o surgimento da psiquiatria, a loucura passa a ser vista como doença, esses usuários são então, segregados em manicômios (MENDONÇA, 2005; MILLANI; VALENTE, 2008).

Deste modo, entendemos que pensar a loucura enquanto fenômeno social em um determinado período e cenário histórico nos permite conhecer o comportamento dos indivíduos neste contexto (MARTINS; AMARAL, 2012).

Assim sendo, como colocam Botti e Torrèzio (2014) a mudança no imaginário social, ou seja, lugar social da loucura, que historicamente está relacionada com a incapacidade do usuário com sofrimento mental em constituir relações simbólicas e sociais, é um ponto importante da dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica (RP).

No Brasil, desenvolveu-se um importante processo social que objetivava a reformulação da atenção em saúde mental, buscava novas abordagens e novos lugares sociais para as pessoas acometidas por transtornos psíquicos. Esse processo, caracterizado por um conjunto de ações coletivas, intersetoriais, com influências significativas dos profissionais da saúde mental, dos usuários dos serviços e seus familiares, ficou conhecido comumente por Reforma Psiquiátrica (OLIVEIRA, 2012).

Nessa perspectiva de transformação, é notório o quanto os serviços de saúde vêm apresentando novas demandas que visam à qualidade da assistência. Com isso, nota-se uma premência de avanço que perpassa a lógica cartesiana, uma vez que mesmo diante das separações existentes, ela avalia as conexões que envolvem um ser humano, abrangendo não só sua dimensão física, mas também tudo relacionado à sua existência, até mesmo no âmbito espiritual (GOMES et al., 2013).

Portanto, entendendo que a pessoa em situação de sofrimento psíquico é mais do que o um ser que convalesce, é um ser humano em sofrimento, compreendemos que a subjetividade também faz parte deste ser humano. Assim sendo, surge a discussão acerca da relação entre espiritualidade e assistência ao doente mental, uma vez que esta é uma dimensão importante na subjetividade do ser humano (LEITE; SEMINOTTI, 2013).

Diante disto, Zimpel; Mosqueira; Rocha (2015), abordam que a compreensão das analogias entre espiritualidade e saúde mental se coloca como um grande desafio para a psiquiatria. Foi observado que na primeira metade do século XX, estudos teóricos associavam a religiosidade à psicopatologia. Ultimamente, estudos de caráter empírico vem destacando a religiosidade e espiritualidade com um papel protetor, preventivo de problemas psíquicos, assim como um facilitador de bem-estar e qualidade de vida.

No campo da Enfermagem, para prestar um cuidado na dimensão espiritual, devemos visualizar o ser humano na sua totalidade, oferecendo-o de maneira empática e sensibilizada, ações de acordo com as especificidades do usuário, compreendendo a sua fé e respeitando as suas crenças. A dedicação ao usuário torna-se fundamental, desde a oferta de escuta qualificada e cuidados de enfermagem, até oferecer um toque amigo, um sorriso, amor fraterno e silêncio no momento correto. Para isso, a enfermagem precisa de uma formação que abranja o ser humano de forma indivisível, na sua integralidade, não só em seus aspectos biopsicossociais, mas também espirituais (ROMERO, 2015).

Então, diante disso percebemos que o processo de trabalho em saúde está diretamente ligado ao cuidado, ao tempo em que deve ser sentido, vivido e, para que isso ocorra, é necessário que seja interiorizado e faça parte da vida dos profissionais de saúde (SAMPAIO; VILELA; PIRES, 2012).

Nesse cenário e em meio as demandas que vivemos atualmente, surgem importantes questionamentos norteadores, a saber: teria pois, a espiritualidade e religiosidade alguma interface com a saúde mental? Quais seriam os entraves na incorporação/efetivação da atenção à saúde Biopsicossocial-espiritual nos serviços de saúde? Até onde o (des)cuidado com a dimensão espiritual é percebido nas práticas de enfermagem e dos demais profissionais de saúde?

Juntamente a isso, emerge o interesse em conhecer e compreender as várias perspectivas da dimensão espiritual do cuidado dentro de momentos históricos distintos, analisando as mudanças nas práticas assistenciais ao ser humano.

Sendo assim, com a grande incorporação do processo de medicalização do corpo e do ser, percebemos o quanto sua subjetividade e suas particularidades, no que concerne a sua integralidade de ser cuidado, são deixadas de lado, tornando dessa forma o serviço puramente biomédico, cheios de barreiras clínicas e socioculturais.

Destarte, aproximei-me da temática ao observar e algumas vezes vivenciar os descompassos na assistência da Enfermagem mediante tal abordagem. Outrora, me deparei com a incompletude do cuidado na academia, sendo assim, almejando contribuir

na sensibilização desses profissionais para a dimensão espiritual do cuidado, tanto em meio (in)formativo/acadêmico quanto assistencial percebo a relevância desse estudo e, desta forma, justifico a realização do mesmo.

No tocante ao presente estudo se faz imprescindível por ser uma temática ainda pouca abordada na área da saúde, mesmo sendo primordial nas práticas do cuidar/assistir. Diante disto, apontamos para a necessidade de analisar as variadas perspectivas da dimensão espiritual do cuidado.

### **2.1 Objetivo geral:**

Analisar os estudos sobre espiritualidade e religião e sua interface com o cuidado em saúde mental.

### **2.2 Objetivos específicos:**

Investigar como a produção literária brasileira contextualiza as práticas de cuidado em sua abordagem espiritual;

Refletir as correlações transculturais acerca do sofrimento psíquico no seu sistema de tratamento, cuidado e cura, que abarque as dimensões religiosas e espirituais.

Refletir sobre o processo formativo dos trabalhadores da saúde no tocante as práticas de cuidado nas dimensões religiosas e espirituais.

#### 3.1 Percurso da loucura dentro do cuidado humano

Deparando-nos com o percurso da história, como refere Foucault (1972), o lugar onde a loucura ocupa dentro da sociedade tem se modificado. Desde o momento da concepção de ter o louco como alguém possuidor de um poder divino até posterior segregação por ser visto como ameaça à ordem social. Nossa sociedade ocidental, sofreu influência da supervalorização da razão, dessa forma, dita como bem supremo, tornou a “desrazão” alguma coisa a ser combatida e expurgada da vida humana. Cada período histórico contribuiu com diferentes respostas sociais diante dos entendimentos relacionado à loucura, isso por meio da criação de instituições e processos de trabalho que problematizassem a temática.

A loucura, mais que uma doença, sempre foi causadora de inquietação. Na Renascença, por mais que tenha sido abordada nas artes e na literatura com lirismo, nada mais era que uma representação das fissuras que incitava o contexto social vigente (MATA, 2007).

A compreensão da loucura nos fascina porque é um saber. Caracteriza-se por um saber, de início, porque todas essas figuras enraizadas na loucura, na realidade, são partes de um saber complexo, fechado, esotérico. Coloca-se como um saber tão temível e inacessível, onde apenas o Louco o detém em sua inocente parvície. Em contrapartida, o homem dito racional e possuidor de sabedoria, só percebe desse saber formas fragmentárias - o que torna ainda mais inquietante a vontade de compreensão-, já o Louco, o carrega na sua esfera intacta e de forma inteira, o que para muitos está vazio, a seus olhos encontra-se carregado de um saber invisível (FOUCAULT, 1961;1972).

Diante disso, Amarante (1995) coloca que a repercussão dos ideais franceses de igualdade, liberdade e fraternidade, influenciaram muito na determinação produzida para a loucura, pois em nome dos três princípios os modos de terapêuticas despedido aos loucos pelos alienistas, tomaram dimensões mundiais.

Sendo assim, o asilo passou a ser lugar de tratamento para o alienado, conferindo ao mesmo a condição de merecedor de cuidados especializados. Desde então, as colocações científicas tiveram importância no papel de formação dessas ideias, a partir do momento que fundaram uma concepção de doente mental, e atrelaram aos sujeitos acometidos por essa condição, estigmas de seres incompreensíveis, perigosos e imprevisíveis (PIRES; XIMENES; NEPOMUCENO, 2013).

Mergulhar na compreensão dos processos psíquicos e compreender as suas variadas formas de subjetividades requer motivação, uma vez que a loucura é um conhecimento que possui algo a revelar, algo a ser interpretado e para isso é necessária uma visão no que tange a interação social. O ser louco, é assinalar-se dentro de uma maneira de ser no mundo, é desligar-se da realidade onde há perda da consciência da sua realidade exterior (MIRANDO, 2012).

E no cenário do enigma da loucura, observamos que dentro das instituições psiquiátricas suas ações, segundo Basaglia (1985), deram-se de forma contraditória ao princípio dos direitos, à medida que se limitou na sua definição, categorização e gerenciamento, impondo ao louco uma única alternativa, a morte civil, e a carga da condição de incapacidade de não ter autonomia no seu tratamento.

A loucura no século XV, era algo que incomodava, provocava, porém, mesmo assim manteve-se presente pois não houve outra maneira de ignorá-la que não o ato de internar. Era vista como uma natureza errante, e a forma que as comunidades europeias encontraram de excluir os desviantes, foi o uso da “Nau dos Loucos”, mantendo seu limite na sua própria errância (MATA, 2007). Para Foucault (1972, p.16), eles eram "prisioneiros de sua própria partida".

Na Europa, no século XVII, são criadas as casas de internação com a finalidade de confiar o “destino” dos vários tipos de “desviantes”: os loucos, os mendigos, os pobres doentes, os religiosos infratores, os moribundos. Eram instituições religiosas (na figura das irmãs de caridade) ou leigas que ofertavam abrigo a esses “incapazes”, sendo geridas por pessoas mal remuneradas e muitas vezes despreparadas, visando somente a separação: com isso, a figura do médico não era necessária. Já na França, por ordem do rei, construíram-se em cada cidade um “hotel”, denominado de hospital geral, possuindo esse mesmo fim. Eram lugares que geravam muito medo, pois possuía-se a ideia de contágio físico e moral, assim, sempre se localizavam na periferia das cidades (ROCHA, 2010).

De tal modo, como colocam Silveira e Simanke (2009), é assim que surgem, nos séculos XVII e XVIII, a imagem e a conceituação do alienado psicológico. Assim, de acordo com Foucault, no internamento, o que se considera é a loucura conexas à noção de desatino, onde associa-se a escolha do sujeito por um comportamento desregrado, uma vez que a razão, antecede à loucura. Isto é, o sujeito não é inocente, seu comportamento alienado é resultante de um desvio de caráter.

### **3.2 Construindo novas possibilidades: o despertar para a ‘liberdade’ fora dos muros**

A criação de paradigmas, ou seja, contíguo de significados, valores, padrões, normas e modelos influenciam nas relações sociais. Nesse cenário, ressaltamos o paradigma psiquiátrico tradicional, que surge da racionalidade médico-científica moderna, sendo responsável por uma lógica reducionista e simplista voltadas ao sujeito em sofrimento psíquico, que era tratado por práticas segregativas, violentas e cruéis. Considerando os interesses econômicos e dos bons costumes (moral), à época em que a Psiquiatria foi criada, dentro de todo seu aparato ideológico, jurídico, político, institucional, tem-se cometido atrocidades, violências e injustiças que só começaram a ser questionadas no final do século XVIII (GOMES, 2013).

Atendo-se para a perspectiva de construir novas possibilidades e dando voz para o despertar e para a ‘liberdade’ fora dos muros, Rocha (2010) vem contribuir quando fala da Reforma Psiquiátrica (RP), colocando que no final da década de 1970, quando o Brasil vivia sob o poder da ditadura, vários países intensificaram seus questionamentos sobre o caráter iatrogênico dos hospitais psiquiátricos.

No Brasil também emergem estes questionamentos, dando início o movimento de Reforma. Com isso, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, surge em um contexto internacional de ruptura da instituição manicomial juntamente com seu sistema coercitivo. Dessa forma, nasce como um processo histórico de reformulação do sistema vigente, reestruturando suas práticas e saberes, buscando por nova ética assistencial aos sujeitos portadores de transtornos mentais (ROCHA, 2010).

Nesse contexto, a RP caracteriza-se por ser um amplo campo heterogêneo, abrangendo diferentes dimensões. Sendo um processo carregado de marcas, onde faz-se necessário conhecer suas origens, seus movimentos sociais, as lutas pelo reconhecimento e pelos direitos. Portanto, é visto como ações que implicam a verbalização e afirmação desses interesses, das disputas e conflitos, das articulações, das negociações e das propostas de novos pactos sociais, ou seja, ações que acreditam na formulação de uma nova sociedade (YASUI, 2006).

A RP é composta por uma periodização de trajetórias, a primeira chamada de alternativa ocorrendo na década de 1970, momento quando surge o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). No segundo momento temos a trajetória sanitária, que teve início nos anos 1980. Já na década de 1990 observa-se a trajetória da

desinstitucionalização, evidenciada pelo surgimento de novas estratégias e conceitos dentro da saúde mental (BOTTI e TORRÉZIO, 2014).

No que se refere à RP, cada instituição tem sua história para contar, sempre com a esperança de transformação da sociedade, com mudança nas relações sociais, e o desejo de voz, de tal modo, algumas apresentavam-se com caráter vanguardista, sendo palco de vários importantes debates, embates e iniciativas, cujo realização foi importante para construção da política de saúde mental brasileira, ofertando assim um mundo mais equânime e mais liberto (GOULART; DURAES, 2010; YASUI, 2006).

Emergente do reclame pela cidadania do sujeito em sofrimento psíquico, o movimento de RP brasileira distendeu-se em um amplo e variado escopo de saberes e de práticas. A importância de se incorporar a cidadania como um valor fundante e organizativo nesse processo é necessária uma vez que o movimento vem construindo-se num campo variado, engajando a clínica, a política, as relações jurídicas, socioculturais e outras (TENÓRIO, 2002).

Para tal panorama, notamos na seguinte afirmativa o quanto essas instituições eram segregativas e precisavam ser reformuladas.

"O manicômio afirmou-se como um instrumento de pura exclusão. Exclusão física que duplica, no plano concreto, a exclusão simbólica do universo da cidadania" (SCHNEIDER, 1996, pg. 3).

Reforçando essa colocação Pires; Ximenes; Nepomuceno (2013), justificam os manicômios como espaços de exclusão e segregação social, devido as concepções de incapacidades e periculosidades que se tinha do sujeito dito como louco. Dentro dessas instituições, o sujeito era apartado do seu convívio familiar e social, sendo-lhe negado qualquer possibilidade de interação. Era compreendido que para se cuidar destes sujeitos, devia-se segregá-los da sociedade e assisti-los em instituições providas de técnicos, que seriam os possuidores de todo o entendimento sobre a loucura. Assim, questionar-se sobre o paradigma manicomial, serviu de inspiração para o movimento de RP por ser uma atitude revolucionária e inovadora.

Diante desses aspectos, notamos que atualmente muitos dos empenhos voltados às mudanças na maneira de cuidado, juntamente com as estratégias de incluir socialmente os portadores de transtorno mental, têm como objetivo primordial lhes garantir um novo lugar na sociedade. Pois, viver a experiência de um sofrimento psíquico, gera muitas implicações nas interações sociais, na aceitabilidade social e, de modo mais pontual, na

criação de um estigma social (NUNES, 2009).

### **3.3 O cuidado espiritual: entre pontos e redes**

Sendo mais que apenas um ato, o cuidar é uma atitude de cunho altruísta, centrado no outro, fundamentando-se no seu corpo de saberes próprios, orientando e conferindo-lhe sentido. É uma atitude desencadeada pela motivação do ‘ser cuidado’ em ter que sanar uma necessidade, que é vital, intrínseca e alertada por sinais de desequilíbrios do seu ser (NAVARINE, 2015).

Definir a normalidade em saúde é um grande desafio, pois atualmente diversos fatores têm ganhado destaque. De início, pensar no que é normal, vem sendo associado a frequência de um determinado fenômeno como o estado mais comum. Dessa forma, o estado mais presente é o mais saudável. Essa conceituação é bastante usada nas distintas áreas da ciência, no entanto, a saúde e a doença envolvem questões não apenas biologicamente científicas e objetivas, mas também dimensões subjetivas (BACKES et al., 2009).

Com isso, podemos compreender que a saúde não é meramente uma questão física, mas aborda muitas outras vertentes humanas, além de elementos individuais e subjetivos. Portanto, não podemos generalizar o conceito de saúde, pois o mesmo abrange componentes físicos, mentais, culturais, sociais, políticos, econômicos, religiosos e espirituais que se interligam entre si, levando em consideração as peculiaridades e as interpretações pessoais do próprio indivíduo, influenciando assim, na sua saúde (MOREIRA; PEREIRA, 2015).

Na Enfermagem, abordar sobre a espiritualidade é uma questão que surge desde do período de Florence Nightingale, sendo no Brasil a primeira publicação datada de 1947. Ao longo dos tempos, a concepção da Enfermagem sobre a dimensão espiritual foi se transformando, passando de uma tendência de atrelar a espiritualidade à religião para ter reflexões de caráter filosófico, ético, bioético e uma tentativa de entender os fenômenos da espiritualidade dos usuários e do próprio enfermeiro (PEDRÃO; BERESIN, 2010).

Porém, por muitos anos, ciência, espiritualidade e religiosidade eram tidas como áreas completamente opostas. Nos dias atuais, ainda se percebe a predominância da ciência, com suas concepções racionalistas e mecanicistas, onde desvalorizam o que não se consegue ser mensurado totalmente, previsto ou explicado pela razão. Em contrapartida, existem vertentes teóricas que buscam uma compreensão desses fenômenos, colaborando com meios eficazes de os analisar e os estudar (MELO et al., 2015).

Foi somente nas últimas décadas do século XX, que se aumentou o interesse por entender as relações entre espiritualidade, religiosidade e saúde. Com isso, nota-se mais publicações que envolvam essas variáveis. Sendo a espiritualidade e a religiosidade conceitos afins, porém que não se sobrepõem, eles relacionam-se pela busca do sagrado. Assim, a religiosidade conceitua-se quando essa busca é por sistemas de crenças, práticas, rituais, símbolos, ou qualquer coisa que facilite a aproximação com o sagrado e o transcendente (Deus ou Ser Superior). Já a espiritualidade, tende a ser uma busca mais pessoal, por questões existenciais, que tenham um significado de vida e relacione-se com a transcendente, que pode ou não está vinculado a rituais religiosos (ZIMPEL; MOSQUEIRO; ROCHA, 2015).

Para Gussi e Dytz (2008), a religião ocupa um espaço privilegiado dentro da história da Enfermagem brasileira. Muitas vezes, uma chega a ser porta-voz da outra nos diversos construtos de pensamentos e atitudes que entusiasma na formação e no exercício profissional. Por conseguinte, faz-se necessário conhecer os pontos de interseção entre a enfermagem e os fatos que alberguem a religião/religiosidade e espiritualidade, assim como, conhecer e entender como se dá a sua incorporação nas práticas do cuidado, no ensino e na profissão. Na realidade, a junção desses pontos se deve ao fato de estarem em uma perspectiva que cerne em algo distinto da matéria.

Diante dessa conjuntura, Melo et al. (2015) colocam que o fenômeno da religiosidade é alvo de muitas discussões e, dentro da saúde é mais abordada na Psicologia, onde inicialmente relacionava-se às psicopatologias, uma vez que as doutrinas religiosas eram vistas como alienantes e repressoras. Hoje em dia, a religiosidade e a espiritualidade são apontadas como aspectos significativos da subjetividade humana, contribuindo na construção de sentido e ordenação na vida dos indivíduos, deste modo colaborando de maneira positiva em sua saúde.

Seguindo a essência desses cenários e fortalecendo suas colocações, observamos na obra *Futuro de uma Ilusão*, escrita por Freud (1962) a subsequente afirmação:

“[...] Se, por um lado, a religião traz consigo restrições obsessivas, exatamente como, em um indivíduo, faz a neurose obsessiva, por outro, ela abrange um sistema de ilusões plenas de desejo com um repúdio da realidade, tal como não encontramos, em forma isolada, em parte alguma senão na amênia, em um estado de confusão alucinatória beatífica [...]”.

Nessa perspectiva freudiana, Koenig (2007) vem contribuir quando diz que as crenças religiosas são instrumentos de eufemismo, sendo usadas para lidar com o estresse extremo que pode ser causado pela doença mental. Dessa forma, são vistas como *coping* religioso, tendo sido verificado impactos positivos nas evoluções dos usuários, reafirmando assim, a eficácia dessas intervenções religiosas nas práticas clínicas.

Desta forma, tomando-se que a pessoa em sofrimento psíquico, além de ser possuidor de uma doença, é um ser humano em sofrimento, compreendemos que a sua subjetividade também se faz importante, que é parte dele como humano. Neste contexto, nasce o debate acerca da espiritualidade e suas relações com o cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico, à medida que esta é uma das dimensões fundamentais dentro da subjetividade do homem (LEITE; SEMINOTTI, 2013).

Assim, nos últimos tempos, as pesquisas científicas na área da saúde têm se voltado à compreensão da espiritualidade e da religiosidade, e as possíveis influências e relações tanto com a saúde mental, quanto com o bem-estar psicológico e sua relação biopsicosocioespiritual do ser humano, sendo assim considerada uma dimensão fundamental nos cuidados prestados aos usuários (OLIVEIRA; JUNGES, 2012; PEDRÃO; BERESIN, 2010).

Nessa perspectiva, os novos conceitos e práticas da área da psiquiatria, geram novos questionamentos que perpassam a concepção de saúde mental e levam a reflexões sobre a loucura. Portanto, estudar sobre a loucura, o processo saúde/transtorno mental, subjetividade, reforma psiquiátrica, comportamento humano, entre tantas outras abordagens, são campos de entendimento necessários para construção de novas formas de lidar com a loucura e com o sofrimento mental (MILLANI; VALENTE, 2008).

A medida que o modelo psicossocial investe em novas modalidades, apostando nas tecnologias leves, observamos resultados positivos nos padrões interativos, nas relações interpessoais e nas formas dialógicas, abrindo-se possibilidades de maior aceitação pela comunidade para interação com o diferente (NUNES, 2009).

### **3.4 Fugindo do construto biomédico: a emergência das correlações transculturais-espirituais**

No que concerne à dimensão cultural do cuidado dentro da enfermagem, nota-se há mais de 50 anos uma preocupação da profissão com as diferenças entre o cuidado ofertado e em que contexto os usuários demandam esses cuidados. Seguindo essa vertente, a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), da enfermeira americana Madeleine Leininger, surge com intuito de compreender essas diferenças (MONTICELLI et al., 2010).

O estudo dessas teorias de enfermagem, assim como sua aplicabilidade na assistência, vem contribuir cientificamente nas ações da classe, uma vez que são instrumentos que guiam a prática e são viáveis em todas as áreas de atuação profissional, desde assistência, gerência, até ensino e pesquisa. Assim, a TDUCC aborda que o reconhecimento da situação cultural do indivíduo e seus influenciadores, ajudam em melhores decisões assistenciais, à medida que a sua visão de mundo e seus construtos socioculturais influenciam no seu estado de saúde-doença e bem-estar (SEIMA et al., 2011).

Monticelli et al. (2010) referem que a TDUCC traz uma metodologia que mostra que a interação nas distintas situações da assistência, necessita de ações profissionais, porém, atentando-se para preservação, negociação ou repadronização dos cuidados, objetivado uma congruência cultural.

Diante disso, compreendendo que a transculturalidade perpassa a apreciação das variações da cultura, a enfermagem precisa estar preparada para assistir os seres humanos na sua totalidade, de maneira holística, respeitando as suas diferenças culturais, para assim, desenvolver um cuidar coerente com as especificidades apresentadas (HENCKEMAIER et al., 2014).

Portanto, pesquisas mostram a importância no enfrentamento da vida e das adversidades que as crenças e as práticas espirituais/religiosas têm, sendo umas das formas que os usuários utilizam para ter atitudes mais positivas. Dessa forma, nota-se a urgência em mudanças nos processos formativos dos profissionais que irão assistir este público, pois as demandas da contemporaneidade, entre elas as subjetivas, alertam que é

preciso modificar o tipo de qualificação profissional (MEDEIROS; BARRETO, 2016; SILVA, 2016).

Com isso, ressaltamos a necessidade que os profissionais ao lidarem com questões culturais de espiritualidade/religiosidade coloquem-se respeitosos e imparciais, não desconsiderando as experiências citadas pelos usuários, se mostrando abertos às crenças de cada um e assim procurando respeitar e ser imparcial na forma que o sujeito lida com a doença (ALVES; JUNGES; LÓPEZ, 2010).

Pois, os profissionais da saúde que de alguma forma mostrarem-se mais sensíveis a essas demandas e que estiverem capacitados e/ou capacitando-se para lidar com temas espirituais e religiosos, podem ser mais úteis em uma terapêutica integral ofertada aos usuários (SILVA, 2016).

### 4.1 Tipo do estudo

O presente estudo adotou uma metodologia de cunho exploratório-reflexivo, onde teve um enfoque na abordagem qualitativa. Trata-se de uma Revisão Integrativa da literatura, onde objetivou a evidenciação de temáticas diante da leitura das publicações para realização de um processo de categorização e posterior discussão.

Dessa forma, o caráter exploratório desta pesquisa assinala-se por trabalhar como “universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores. Esse conjunto de dados considerados qualitativos”, assim corresponde a algo mais profundo das relações, não reduzindo os processos a mera operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004, p. 28).

De tal modo, nos estudos de análise qualitativa o principal verbo é compreender, uma vez que se caracteriza pela capacidade de empatia, ou seja, colocar-se no lugar do outro, dessa forma, é preciso considerar a singularidade do indivíduo, já que sua subjetividade é a manifestação total do seu ser (MINAYO, 2012).

Por conseguinte, a revisão integrativa vem para definir a produção do conhecimento atualizado sobre determinada temática, uma vez que nos conduz a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independente que trabalhem o tema, de forma sistemática e ordenada, aprofundando o conhecimento sobre a temática. Para o processo de elaboração dessa revisão deve-se seguir seis fases: 1ª Fase: elaboração da pergunta norteadora; 2ª Fase: busca ou amostragem na literatura; 3ª Fase: coleta de dados; 4ª Fase: análise crítica dos estudos incluídos; 5ª Fase: discussão dos resultados; 6ª Fase: apresentação da revisão integrativa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

### 4.2 Operacionalização da pesquisa

O presente trabalho foi realizado durante o período de novembro de 2016 até fevereiro de 2017. Para realização desta investigação, foi utilizado a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram usadas as seguintes palavras-chave as quais encontram-se indexadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Enfermagem; Espiritualidade; Cuidado; Cuidados de Enfermagem e Saúde Mental. Para melhoramento da qualidade da amostra, utilizamos o operador booleano AND.

Fizemos uso dos seguintes critérios de inclusão: publicações completas condizentes com a temática, que estavam em língua vernácula, juntamente com os de idioma inglês e espanhol e que foram realizados em cenário nacional; e critérios de exclusão: as duplicidades. As publicações passaram por uma pré-leitura onde foram classificadas mediante sua pertinência para o estudo.

Almejando facilitar a coleta, a sistematização e a organização dos dados considerados pertinentes para o trabalho, utilizou-se um instrumento desenvolvido especialmente para atender os objetivos da pesquisa (APÊNDICE A).

### 4.3 Busca na literatura

Para se atingir os resultados da amostra desta revisão integrativa, foram utilizados os seguintes cruzamento: *Enfermagem AND Espiritualidade AND Cuidado*; *Espiritualidade AND Cuidados de enfermagem e Espiritualidade AND Saúde Mental AND Cuidado*. O procedimento para busca na literatura está descrito na tabela 1.

**TABELA 1-** Busca na base de dados BVS.

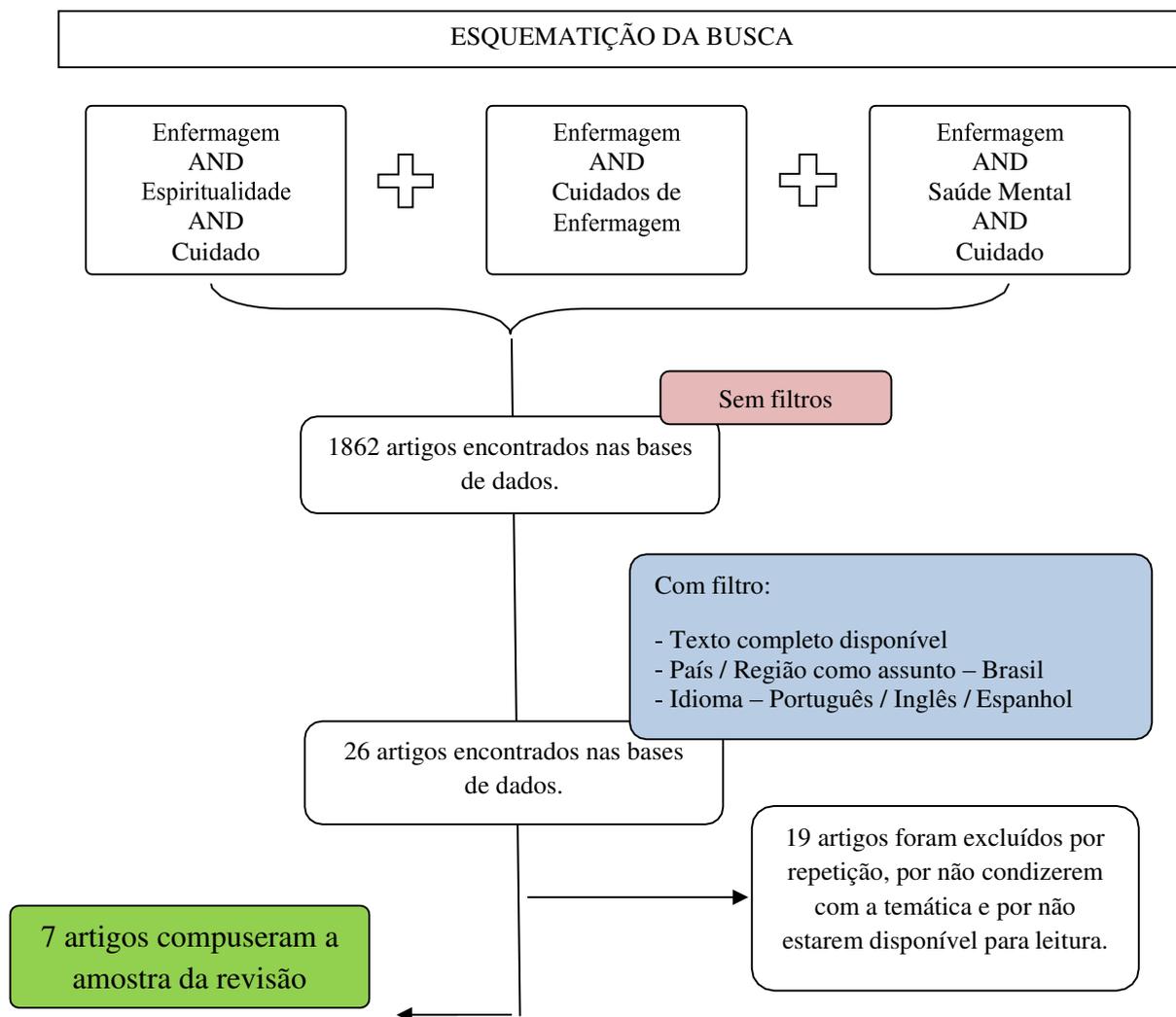
DESCRITORES CRUZADOS	BASES DE DADOS ENCONTRADAS				TOTAL
	MEDLINE	LILACS	BDENF	Index Psicologia- Periódicos técnico- científicos	
<i>Enfermagem AND Espiritualidade AND Cuidado</i>	478	64	58	1	581
<i>Espiritualidade AND Cuidados de Enfermagem</i>	668	57	58	-	765
<i>Espiritualidade AND Saúde Mental AND Cuidado</i>	448	19	11	-	475
<b>TOTAL</b>	1594	140	127	1	<b>1862</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2016.

Por meio dessa consulta, foram encontrados 1862 artigos. Ante impossibilidade de analisar a vasta amostra, foram adotados critérios de inclusão e exclusão, para viabilizar a seleção de artigos que atendessem aos objetivos do estudo.

O processo de afunilamento das publicações está descrito no esquema a seguir.

**ESQUEMA 1-** Processo de afinilamento das publicações.



Assim, admitindo-se os critérios de inclusão e exclusão e após afinilamento da amostra por meio de leitura flutuante dos títulos e resumos dos artigos, foi identificada uma amostra de 7 artigos. Ressaltando que os artigos duplicados contidos em ambas bases de dados, foi contabilizado uma única vez.

#### **4.4 Aporte teórico**

Como um dos subsídios para o desenvolvimento deste trabalho, usamos a fundamentação da teoria transcultural, cuja essência enfatiza a importância de um olhar mais atento no cuidar para a subjetividade e diversidades de construtos biopsicossocial-espiritual dos usuários. Assim, serviu como fonte de contribuição na compreensão do cuidado em sua dimensão espiritual.

#### **4.5 Análise dos dados**

Após obtenção da amostragem final, os dados foram categorizados de acordo com o aparecimento de temáticas e analisados através da análise de conteúdo. Que para Bardin (2011) é um processo composto por um conjunto de técnicas que analisam as comunicações, não sendo exatamente um instrumento, mas sim uma variação de apetrechos com maior rigor e aplicabilidade.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Neste estudo, foram considerados os aspectos éticos e legais que preservam a autenticidade e legitimidade das informações que serão pesquisadas através dos dados documentais. Relacionando os aspectos éticos da pesquisa, tomamos como base o que é apresentado nos artigos 91 e 92 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2007) no que concerne respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa e divulgação dos seus resultados e disponibilizar os resultados de pesquisa à comunidade científica e sociedade em geral.

### 5.1 Análise dos artigos selecionados

As tabelas a seguir trazem dados referentes à metodologia e produção dos artigos relacionados para desenvolvimento do trabalho.

**QUADRO 1 - Distribuição dos artigos, segundo autores, nome dos artigos, objetivos, tipo de estudo, resultados mais pertinentes e ano das publicações selecionadas.**

	AUTORES	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVOS	TIPO DE PESQUISA	RESULTADOS	ANO
1	SIMÃO, Talita Prado; CHAVES, Erika de Cássia Lopes; LUNES, Denise Hollanda	Angústia espiritual: a busca por novas evidências	Investigar sobre a compreensão do conceito de angústia espiritual e os métodos existentes para identificá-la.	Revisão Integrativa	Apenas 44,4% dos artigos selecionados conceituaram a angústia espiritual, alguns com mais de uma conceituação, sendo as deficiências nas construir de transcendência, conexão, sistemas de crenças/valores, senso de significado e propósito na vida que mais prevaleceram. E dentre as estratégias para identificar a fenômeno abrangem desde a observação atenta do paciente até a aplicação de avaliações psicométricas.	2015
2	VIEIRA, Juna Maria Fernandes; FARIAS, Maria de Fátima; SANTOS, José Lotero dos; DAVIM, Rejane Maria Barbosa; SILVA, Richardson Augusto Rosendo.	Vivências de mães de bebês prematuros no contexto da espiritualidade	Compreender como mães de bebês prematuras percebem a relação entre saúde e espiritualidade e seus benefícios diante da gravidade do quadro de saúde de seus filhos.	Pesquisa de campo, estudo não experimental, descritivo	A relação entre saúde e espiritualidade desvelou-se no estudo como fenômeno positivo que auxilia as mães a evitar a desânimo e a manter a esperança no restabelecimento da saúde do filho na Unidade de Terapia Intensiva.	2015

3	BRITO, Fabiana Medeiros et al.	Espiritualidade na iminência da morte: estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem	Investigar a compreensão de enfermeiros sobre conceitos de espiritualidade e de necessidades espirituais do paciente sem possibilidades terapêuticas.	Estudo exploratório	A partir da análise qualitativa dos dados, emergiram as seguintes categorias: espiritualidade na visão de enfermeiros; e necessidades espirituais dos pacientes sem possibilidades terapêuticas: compreensão de enfermeiros. Dessa forma, tais categorias afirmaram que por meio da compreensão da dimensão espiritual, passam a valorizá-la na prática clínica, ajudando o paciente a enfrentar melhor o processo da terminalidade.	2013
4	SOUSA, Kamila Abrante et al.	Sentimentos de mulheres sobre as alterações causadas pela mastectomia.	Analisar os sentimentos de mulheres de um grupo de apoio sobre as alterações causadas pela mastectomia.	Estudo descritivo, qualitativo.	Evidenciou-se que as mulheres adotam uma maneira singular de enfrentamento do câncer de mama, variando entre sentimentos negativos, preocupação em se afastar dos filhos, maior aproximação da espiritualidade e aceitação da doença com naturalidade.	2016
5	SANTOS, Luciano Marques et al.	Rede e apoio social de pais de prematuros hospitalizados na unidade de terapia intensiva neonatal	Conhecer a rede e o apoio social de pais de recém-nascidos hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público da Bahia e descrever como a rede e o apoio social atuam.	Estudo descritivo, qualitativo.	A análise de conteúdo demonstrou que os pais consideraram os profissionais de saúde atuantes na unidade neonatal e seu cuidado constante como uma rede e apoio social para o enfrentamento da hospitalização. Onde a fé, a religião e/ou espiritualidade são elementos primordiais para o conforto e segurança.	2012

6	SILVA, Ana Lúcia; SHIMIZU, Helena Eri.	O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia definitiva	Identificar e analisar as principais modificações que ocorrem no modo de vida do portador de estomia intestinal definitiva e as principais estratégias desenvolvidas para enfrentar a situação de ser estomizado.	História oral, abordagem qualitativa.	Dentre análise dos estudos observou-se a emergência de categorias que abordam o desafio de enfrentar a morte e a procura de perspectivas futuras, a busca da rede de apoio: crenças religiosas e espirituais, família e associação dos estomizados.	2006
7	SALGADO, Ana Paula Alves; ROCHA, Ruth Mylius; CONTI, Claudio de Carvalho.	O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas	Identificar as dificuldades dos enfermeiros em abordar as questões religiosas dos clientes no cuidar.	Pesquisa exploratória com caráter transdisciplinar, qualitativa.	Foram encontradas 3 categorias: o cuidar através da dimensão religiosa; desconforto em abordar o assunto religiosidade e a influência da religiosidade dos enfermeiros na busca por um holismo no cuidar do ser humano integral, sendo assim, a 2ª categoria foi melhor abordado, por ser considerado que ela traz uma questão importante a ser refletida na formação do enfermeiro.	2007

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Com relação ao tipo de estudo, 85,7% dos artigos foram estudo de campo não experimental, enquanto 14,3% representam revisão da literatura. Dessas publicações 100% foram de pesquisa com uma abordagem qualitativa.

TABELA 2- Distribuição dos artigos.

<b>BASE DE DADOS</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
<i>BDEF-Enfermagem</i>	5	71,4
<i>LILACS</i>	1	14,3
<i>MEDLINE</i>	1	14,3
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>
<b>PERIÓDICOS</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
<i>Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online)</i>	4	57,1
<i>Rev. Enferm. UERJ</i>	2	28,6
<i>Rev. Latino Americana de Enfermagem</i>	1	14,3
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>
<b>QUALIS CAPES</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
<i>B2</i>	4	57,1

**TABELA 2-** Distribuição dos artigos.

<i>B1</i>	2	28,6
<i>A1</i>	1	14,3
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>
<hr/>		
<b>ANO DE PUBLICAÇÃO</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
2015	2	28,6
2016	1	14,3
2013	1	14,3
2012	1	14,3
2007	1	14,3
2006	1	14,3
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

Por meio da tabela 3 observa-se que entre as bases de dados encontradas, a que apresentou uma maior quantidade de artigos relativos à temática incluídos na pesquisa foi a BDNF-Enfermagem (71,4%). Além disso, nota-se que a Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online) foi a que mais publicou sobre o tema (57,1%).

Em si tratando da classificação das revistas estabelecida pelo QUALIS CAPES, observou-se que a nomeação B2 se sobressaiu (57,1%). Quanto ao período de publicação, ainda que a produção tenha sido homogênea nos anos aparentes, verificou-se o predomínio de publicações no ano de 2015 com 28,6% dos artigos publicados.

Como mostra a tabela a seguir, a maioria das publicações se deram na região nordeste (57,1%), mais precisamente nas cidades de Natal-RN, João Pessoa-PB, Cajazeiras-PB e Bahia-BA. Sendo seguida pela região sudeste (28,6%), estando como cenário de pesquisa, as cidades do Rio de Janeiro-RJ e Ribeirão Preto-SP.

No que cerne ao local de realização das pesquisas, nota-se a predominância da utilização de hospitais, sejam de cunho hospital-escola, público regional ou referência em especialidades (71,4%).

**TABELA 3-** Perfil demográfico das pesquisas.

<b>REGIÃO DA PESQUISA</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
<i>Região Nordeste</i>	4	57,1
<i>Região Sudeste</i>	2	28,6
<i>Região Centro-Oeste</i>	1	14,3
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>
<hr/>		
<b>LOCAL DO ESTUDO</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
<i>Hospitais universitários, públicos e referência em especialidades</i>	5	71,4
<i>Pesquisa na literatura</i>	1	14,3
<i>Outros</i>	1	14,3
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

A tabela adiante, apresenta informações pertinentes a formação dos autores de cada estudo, dessa forma, consideramos o número de autores no geral (30). Nessa perspectiva, foram observados que a grande maioria dos pesquisadores (66,7%) são da área da saúde, especificamente da enfermagem.

**TABELA 4-** Perfil formativo dos autores.

<b>FORMAÇÃO DOS AUTORES</b>	<b>(n)</b>	<b>(%)</b>
<i>Enfermagem</i>	20	66,7
<i>Não informado</i>	3	10,0
<i>Enfermagem e Fonoaudiologia</i>	2	6,7
<i>Licenciatura em Ciências da Religião</i>	2	6,7
<i>Fisioterapia</i>	1	3,3
<i>Técnico em Gestão Ambiental</i>	1	3,3
<i>Estudante</i>	1	3,3
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

Conforme a referida literatura, foram encontrados vários artigos, dos quais 7 foram selecionados por atender aos objetivos. Assim, após analisarmos as publicações, agrupamos o material empírico nas seguintes categorias:

*Categoria 1- O sofrimento psíquico e sua interface com a dimensão espiritual*

Dentro do relato histórico de todas as civilizações, podemos notar narrativas sobre suas religiões, descrições dos deuses (ou deus), mitos, rituais, cerimônias, símbolos e etc. Assim, a abordagem da relação entre religião e medicina é existente desde tempos remotos. No Egito (2000-1800 A.C) já se praticava a exorcização dos espíritos em nome de um Deus Horus, já na Grécia (500-300 A.C) indagavam-se sobre a procedência da alma. Por vez, na idade média (1000-1200 D.C) a prática da medicina estava nas mãos de entidades religiosas. De tal modo, foi no período da Renascença, que houve uma segregação da ciência e da religião cujo perdurou até o século XX, porém, na década de 1960, tiveram início as publicações de vários estudos epidemiológicos mostrando a relação entre espiritualidade e religiosidade com os quadros de saúde (ALVES e ASSIS, 2015; LUCCHETTI et al., 2010). Observando o trecho adiante, podemos perceber a importância dessa compreensão:

*“A espiritualidade é um fenômeno que vem despertando interesse de pesquisadores, os quais buscam compreender sobre as inúmeras contribuições*

*que essa proporciona no processo saúde-doença, bem como a sua influência na saúde física, mental[...]”.* (A1)

Considerando essa perspectiva de subjetivação no processo saúde-doença, notamos uma incansável busca por materialização de resposta cuja origem é transcendente a nossas indagações. Assim, quando Foucault (2010, p.209), diz que “Os problemas da loucura giram ao redor da materialidade da alma”, percebemos uma justificativa para algo que até então ‘não se pode concretizar’, porém sua afirmação paradoxal traz sentido/conforto ao que ainda se busca.

*“A espiritualidade pode ser compreendida como uma busca pessoal por respostas compreensíveis sobre questões existenciais da vida, do seu significado e da relação com o sagrado ou transcendente que podem ou não levar a desenvolver rituais religiosos.”* (A1)

Dessa forma, atualmente, observamos uma busca por soluções globais e ajuda recíproca nos mais variados aspectos biopsicossociais. Assim, notamos a exigência da comunhão como fenômeno mundial, e ao sabermos que Deus vem ao homem justamente por essa dimensão transcendente, entendemos que a forma do homem se realizar não tange mais na individualidade (eu e eu), mas sim no coletivo, na comunhão (eu e tu, nós) (OLIVEIRA e SILVEIRA, 2014).

Então, para Mano e Costa (2015) a única maneira de entendermos a imensidão do universo mental desse “*Homo religiosus*” é estando dentro dele, para assim alcançarmos, por meio disto, todos os princípios e valores que esse mundo conduz. Portanto, nos cabe uma maior disposição emocional, mental e espiritual para adentrarmos em um “mundo alheio”. Isto porque as especificidades dos construtos pessoais geram demandas individualizadas, como vemos a seguir:

*“[...] a presença da angústia espiritual compromete a vida de cada pessoa de forma específica, [...] e pode ser acentuado pelas circunstâncias de vida [...] vivenciadas no processo de adoecimento, em especial ao ser submetido a tratamentos complexos e dolorosos.”* (A1)

“Deste modo, o fenômeno religioso/espiritual surge como uma resposta do homem a uma busca de sentido a esse fator “misterioso” que lhe infunde perplexidade e ao mesmo tempo lhe arrebatava, atraindo-o” (ALVES; ASSIS, 2015). Nesse aspecto,

Oliveira e Silveira (2014) contribuem quando falam que neste homem, há uma sede insaciável de concretismo, de absolutos, de valores e comunicação com algo que está acima dele e que o perpassa. Com isso, há um investimento na dimensão subjetiva do cuidado uma vez que é tomada como forma de diminuir esses anseios e de buscar conforto, como observamos na afirmativa que segue:

*“[...] observa-se aproximação com a espiritualidade a fim de amenizar os problemas desencadeados por essa situação.” (A4)*

Um campo que também vem emergindo é o estudo das relações da espiritualidade com a saúde mental, sendo as experiências espirituais uma temática pouca abordada nesse campo. Considerando uma vertente clínica, são necessários maiores estudos sobre o tema, uma vez que certas experiências espirituais podem ser confundidas com eventos psicóticos, pois envolvem uma natureza visionária ou transcendente que podem ser entendidas como surtos esquizofrênicos. Em contrapartida, os usuários com transtornos psicóticos podem demonstrar sintomas de aspecto religioso/espiritual (MOREIRA- ALMEIDA; CARDEÑA, 2011).

*“Assim, torna-se fundamental o investimento em pesquisas que sustentem o conhecimento teórico-conceitual a respeito desse fenômeno e estabeleçam a prática baseada em evidências.” (A1)*

Devemos salientar a dualidade existente no percurso da Medicina, uma vez que a oriental sempre esteve preocupada e privilegiando a perfeita harmonia, interação e integração da dimensão espiritual e religiosa com a saúde-doença. Por outro lado, a Medicina ocidental forma profissionais preocupados com queixa-conduta (MEDEIROS; BARRETO, 2016).

Com isso, notamos que em tempos remotos existia bastante segregação entre a religião e a ciência, e que com o despertar dos anos, com os avanços e descobertas no processo de saúde-doença, observamos uma considerável emersão dessa dimensão subjetiva, que é a religião/espiritualidade, no processo de trabalho em saúde. Convém salientar, que a abordagem da dimensão espiritual dentro do sofrimento psíquico, é fundamental para uma boa saúde mental, à medida que a subjetividade do ser auxilia em sua completude e bem-estar biopsicossocial-espiritual.

Assim, discorreremos adiante, em mais uma categoria, sobre a importância de se falar em práticas e intervenções de caráter integrais, assim como debater sobre a religiosidade e espiritualidade, fortalecendo suas definições e tornando claro como são essenciais dentro da saúde mental e nos serviços de saúde.

### *Categoria 2- Teorizando o agir da integralidade: a emergência da espiritualidade na saúde mental*

O que notamos nos dias atuais é um crescente aumento nas abordagens sobre a espiritualidade, especialmente na área da saúde. Diversos estudos vêm sendo desenvolvidos relacionando a espiritualidade com o enfrentamento de patologias, com a promoção e a reabilitação da saúde, assim como com a qualidade de vida. De tal modo, a atenção voltada para a dimensão espiritual transforma-se cada vez mais essencial na prática assistencial à saúde (SANTOS et al., 2013).

Oliveira et al. (2016) traz que o termo espiritualidade também possui suas origens Patrística, sendo mais evidente e utilizado na era monástica medieval, se constituindo como termo dado por Martinho Lutero, Inácio de Loyola, Teresa D'Ávila e João da Cruz, até que a Organização Mundial da Saúde (OMS) a conceitua e dar a devida importância da espiritualidade dentro da clínica.

*“Definir a espiritualidade é algo bastante complexo por envolver significados, propósitos e valores humanos, como amor, compaixão, empatia, responsabilidade, cuidado, sabedoria, entre outros”. (A3)*

Nessa perspectiva, vem sendo observado que a espiritualidade e a fé religiosa jamais deixaram de existir na vida do ser humano, mesmo na modernidade. Sobretudo, aparecem nos momentos que a vida dos indivíduos está ameaçada, ou seja, quando o homem não é capaz de solucionar os problemas (PILGER et al., 2014).

Dentro da pesquisa analisamos que as questões de religião e prática religiosa foram inseridas objetivando-se a possibilidade de interferência nas representações que a sociedade tem sobre a espiritualidade, pois as crenças religiosas trazem dilemas, propiciando tanto significado de existência, quanto sentimentos negativos de abandono, descontentamento, dedução de punição divina e questionamentos sobre os poderes de Deus (GUTZ; CAMARGO, 2013).

Assim, o aumento no interesse pelas temáticas da religiosidade, relação entre espiritualidade e saúde, é notado. Diante disso, são encorajados diversos tipos de estudos

e investigações, desde criação de escalas avaliativas da religiosidade e da espiritualidade, do processo de maturação espiritual, do desenvolvimento do *coping* espiritual e religiosa, de como intervir, dos aspectos éticos dos constructos religiosos em psicoterapia, sobre as competências profissionais na área, assim como das bases neuropsicológicas da espiritualidade e das relações inter-religiosas com a saúde e a sociedade (TARANU, 2011).

Dessa forma percebemos dentro da análise das publicações o quanto estes aprimoramentos se fazem necessários, e que mesmo diante do crescente aparato acadêmico que surge, ainda percebemos nuances que ensejam serem abarcadas. Os trechos seguintes nos deixam claro essas afirmativas:

*“[...] não há um “padrão ouro” para a avaliação do sofrimento espiritual; entretanto, é importante o estabelecimento de meios que facilitem a identificação da angústia espiritual no ambiente clínico e que sejam norteadores do cuidado espiritual.” (A1)*

*“[...] a literatura vagarosamente vem investigando o fenômeno de angústia espiritual [...] embora seja um fenômeno abstrato, subjetivo e complexo.” (A1)*

*“[...] busca evidências acerca do seu conceito, bem como estratégias que sejam capazes de identificá-la de forma confiável [...].” (A1)*

Nesse cenário, Tanaru (2011) contribui quando coloca que desde 1940 até os dias atuais, tem crescido as referências em psicologia e espiritualidade, colaborando para o desenvolvimento de várias escalas de avaliação da mesma. Desta maneira a ciência, aos poucos, começa a reconhecer o importante papel da espiritualidade na dimensão do ser humano, uma vez que ele é construído por subjetividades, buscando significado e razão em tudo de si e de seu entorno, é um ser em constante movimento por completar-se no viver (SANTO et al., 2013).

Então, esta aproximação das ciências médicas com a espiritualidade, surge devido ampliação do cuidar que vem exigindo cada vez mais um compreender do ser humano por inteiro. Onde o mesmo almeja e merece ser entendido e tratado na sua individualidade e completude, o que diverge quando o cuidado é fragmentado, e que infelizmente ainda se observa em algumas instituições atuais (PILGER et al., 2014). Por esse ponto de vista, os estudos analisados contribuem quando colocam que o homem necessita de um olhar mais holístico:

*“A relação saúde x espiritualidade é uma situação complexa que envolve dimensões constitutivas do ser humano, um ser complexo por natureza.”*  
(A2)

*“A assistência espiritual difere da assistência a outros aspectos relacionados à saúde dos pacientes, pois requer a avaliação de informações pessoais, que são definidos apenas pelo próprio indivíduo e que requerem o estreitamento do vínculo entre paciente e enfermeiro.”*  
(A1)

*“O cuidado não deve se restringir somente à estrutura física.”* (A2)

Portanto, atingir o ser humano na sua completude, respeitando sua individualidade, é fundamental para práticas assistenciais mais resolutivas e de caráter integral. Almeja-se uma descoisificação (objeto doente) do homem em sofrimento, tornando-o como parte importante no processo de restabelecimento da saúde.

Então, como González Rey (2007, p.58) coloca “o contextual, o cultural, a intrincada rede social na qual existe o sujeito perdem seu significado sempre que ele é rotulado como doente, ocultando a natureza subjetiva complexa e diferenciada da sintomatologia apresentada por trás do rótulo patologizante”.

Dessa maneira, considerar a natureza subjetiva complexa do usuário é essencial, pois possibilita a ampliação do entendimento do problema em suas mais diversas vertentes, ou seja, a possível gênese histórico-cultural da patologia. E a utilização de crenças religiosas/espirituais, assim como do suporte social que provem de muitas comunidades religiosas, são parte integrante dessa natureza subjetiva, pois influenciam positivamente nas perdas, sofrimentos e compreensão dos processos da doença (LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014; GONZÁLEZ REY, 2007).

No trecho a seguir, notamos o quanto o processo subjetivo é indubitavelmente fundamental na esperança e resiliência do indivíduo em sofrimento:

*“[...] sofrimento espiritual faz-se presente em diversos momentos da vida de um indivíduo quando o mesmo “experimenta um transtorno no seu sistema de valores e crenças, os quais lhe dão esperança, força e significado à vida”* (A1)

Logo, atentar-se para dimensão espiritual do cuidado é papel do profissional, e imprescindível no fortalecimento das bases do restabelecimento, assim, uma escuta qualificada das demandas subjetivas do usuário criará vínculos mais estáveis e confiáveis e irão facilitar nas intervenções futuras.

Diante disto, entendemos a quão atualmente é fundamental assistir o ser humano por completo, considerando seus construtos culturais, de forma a respeitar a sua singularidade. O processo subjetivo de cada indivíduo, faz parte de suas raízes e influencia ativamente em como este sujeito irá lidar com o adoecimento/morte ou com a cura/vida. Por isso, trabalhar a abordagem e inserção da espiritualidade nas práticas de saúde, ajudará a manter a assistência integral, com vínculos mais concretos e intervenções mais resolutivas.

Logo, na categoria a seguir, debateremos outro ponto estritamente essencial e digamos que a base para mudar e melhorar as práticas em saúde mental, que é o processo formativo e o processo de trabalho dos profissionais de saúde.

### *Categoria 3- Atenção à Saúde Biopsicossocial-espiritual: reflexões das práticas de cuidados e do processo formativo dos trabalhadores da saúde*

Observamos que o processo de adoecer cria impactos negativos na vida desses indivíduos, gerando no paciente e em sua família vários sentimentos, como desespero, ansiedade, angústia, medo da morte, desgastes emocionais, dor, culpa e alterações nos mais diversos âmbitos da vida (SILVA et al., 2016). É o que observamos nas falas a seguir:

*“A espiritualidade como uma necessidade humana básica, portanto, essencial a todo ser humano, principalmente à pessoa diante de doenças sem possibilidades terapêuticas, deve ser valorizada pelo profissional da saúde [...]” (A3)*

*“[...] percebe-se que sentimentos como medo, insegurança, culpa e preocupação invadem a vida dos pais no momento da internação do filho [...] Diante dessas dificuldades, a experiência com Deus por meio das fontes primordiais de esperança e fé se apresenta como estratégia de enfrentamento.” (A2)*

*“Diante da prematuridade, da gravidade do quadro do neonato [...], tornou-se evidente utilização de estratégias religiosas [...] como lenitivo para situações adversas surgidas [...]” (A2)*

*“Além disso, a espiritualidade e religião constituem-se importantes aportes para as pessoas estomizadas. As crenças religiosas e espirituais oferecem forças significativas nos diversos momentos de sofrimento causados pela doença e pelo tratamento.” (A6)*

Dentro do processo de luto, o indivíduo acaba apoiando-se em vários fatores para tentar superar a dor da perda. Entre eles, família, amigos, psicólogos, grupos de apoio, terapias medicamentosas, religião/espiritualidade, são tidos como os suportes mais frequentes (LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2014).

*“Expressar a religiosidade e a espiritualidade também implica um fluir espontâneo de sentimentos, gestos e palavras [...]”.* (A7)

Portanto, sendo a espiritualidade uma ideia vinculada com uma força superior, percebe-se como ela é significativa e de profundo senso de conexão com uma divindade, o que é uma característica essencial na vida adulta quanto a criação da identidade espiritual (GUTZ; CAMARGO, 2013).

Além disso, vem sendo ressaltada a necessidade da equipe de enfermagem identificar e reconhecer os processos de espiritualidade nos cuidados de fim da vida e criar estratégias para poder intervir, como a escuta ativa e o reconhecimento das singularidades das práticas religiosas do paciente, contudo, além de fortalecer estas práticas, não deve-se esquecer do cuidar com o corpo, uma vez que o homem precisa ser assistido em todas as suas dimensões (SILVA et al., 2016).

Nessa vertente, percebemos o quanto os profissionais da saúde precisam (re)avaliar suas práticas, ampliando suas abordagens de intervenção e teorização, com intuito de melhorar a assistência e conseguir abarcar o usuário na sua totalidade. As afirmativas a diante nos viabiliza notar essa importância e o que já vem sendo considerado nesse emponderamento e abordagem:

*“As práticas espirituais como estratégia de promoção à saúde, [...] mesmo ainda muito distanciada no contexto das ações em saúde, pode contribuir significativamente para a humanização do cuidado, fortalecendo o vínculo entre mãe/filho/família/equipe multidisciplinar em torno da essência do humano.”* (A2)

*“[...] constatou-se que os enfermeiros, participantes do estudo, consideram a comunicação verbal um instrumento que pode ser usado na identificação de tais necessidades. Vale salientar que outra maneira para a identificação das necessidades espirituais é o uso da comunicação verbal junto à família, que representa fonte de apoio para o paciente terminal.”* (A3)

*“Entende-se a espiritualidade como mecanismo de compreensão multidimensional do ser humano e conseqüentemente como estratégia*

*imprescindível para o entendimento do processo de recuperação da saúde e enfrentamento saudável das alterações orgânicas [...]”. (A4)*

*“Além disso, a simples troca de experiências sobre utilização da oração, os benefícios alcançados e o compartilhamento das dificuldades no plano da espiritualidade fazem com que os membros sintam que não estão isolados [...].” (A2)*

Em consequente, tanto por parte do paciente quanto de seus familiares criam-se diferentes habilidades de enfrentamento para a doença. Deste modo, a espiritualidade surge como uma importante estratégia para suportar a doença e reduzir os desconfortos de tal ocasião (SILVA et al., 2016).

*“A religião emergiu como um fio condutor para o acesso à dimensão espiritual do indivíduo em fase terminal, no sentido de proporcionar a construção do cuidado humanizado [...]”. (A3)*

*“[...] as mães têm necessidade de acreditar em algo além do cuidar médico e tecnológico. Acreditar na força de um ser transcendente (DEUS) dá coragem para permanecer em ambiente envolvido por alto nível de tensão em relação à vida e a morte [...]. (A2)*

Sendo os processos interventivos fundamentais, Taranu (2011) aborda que dentro das tradições espirituais e religiosas é possível identificar diversas ferramentas que poderiam ser facilmente trabalhadas nos tratamentos psicoterapêuticos. Tais como os benefícios da meditação, da oração, do significado, dos propósitos e vocação na vida, do perdão, da gratidão, da bondade, da justiça social, do voluntariado da caridade, dos cultos e rituais da comunidade, da aprendizagem dos valores éticos e de comportamento social, de aceitar-se a si e aos outros, de ser parte de algo maior que a si próprio, além de vivenciar a sacralidade da vida.

*“Incluir a oração no tratamento em saúde pode propiciar conforto, bem-estar espiritual, confiança e apoio, além de fortalecer a relação médico-usuário.” (A2)*

*“[...] ficam evidenciados aspectos curativos e reconfortantes que a oração suscita por meio diversos estados de estresse psicológico, emocional e espiritual.” (A2)*

Por outro lado, levantamos a questão a qual a prática espiritual dos profissionais por estar contida na assistência aos pacientes terminais, pode causar algum tipo de

prejuízo ou mal-estar na terapêutica de um usuário com crenças contrárias ao do profissional. De tal modo, faz-se necessário uma maior disponibilidade, além de processos reflexivos e formativo para melhor viabilizar a abordagem espiritual que é inerente aos cuidados da enfermagem (SILVA et al., 2016).

*“Os enfermeiros encontram dificuldade em abordar o assunto religiosidade com os clientes e com os outros profissionais de saúde [...] por razões tais como: receio de serem rejeitados pelo cliente, de agredir a intimidade do mesmo, de não saber abordar as questões espirituais e religiosas se o cliente for ateu, de ser mal interpretado, de não ser compreendido ao falar sobre cuidado espiritual, de sentir-se incomodado com a crença do outro ou de ser julgado equivocadamente e, a partir daí, discriminado.” (A7)*

*“As perguntas acerca das práticas e crenças espirituais não ofenderão os clientes, se feitas de forma sensível e respeitosa.” (A7)*

*“No entanto, a atitude de sustentar este tema como tabu, não discuti-lo no ambiente hospitalar, manterá o cuidado fragmentado, além de negligenciar a assistência psicoespiritual ao cliente, dever do profissional e direito do cliente.” (A7)*

Como coloca Silva (2016, p.74) “as faculdades não formam profissionais de saúde, mas especialistas em diagnósticos de doenças, ávidos pelo objetivo de curar e salvar vidas.”

*“Entendemos que existe, aí, um reflexo do ensino, o que nos leva a questionar como tem sido a formação[...] em relação às questões espirituais e repensar a graduação não só como um espaço de aprendizado do conhecimento científico.” (A7)*

Neste contexto, ressaltamos a necessidade de maiores investimentos na desconstrução de padrões formativos, à medida que o papel das instituições é formar profissionais capacitados para suprir as demandas dos usuários de forma integral. Assim, ao invés de nos depararmos com instituições gerando trabalhadores da saúde voltados para a medicalização, é preciso fortalecer a quebra de paradigmas baseados no modelo biomédico.

Portanto, independentemente de qual orientação tenha os profissionais, uma vez que os usuários se colocam como espiritualistas, religiosos, ou se identificam com alguma comunidade de fé, essas colocações são instrumentos fundamentais para serem adicionados nos processos terapêuticos e de psicoterapia (TARANU, 2011).

Admitindo-se que tal empatia e percepção de especificidades ainda é deficiente, não podemos deixar de ressaltar a falta de interesse em mudar essa realidade. É papel sim, dos profissionais atuantes na saúde, tornar a assistência integral, porém, muitos são os empecilhos colocados, onde acabam se tornando agravantes de um serviço segregado, e poucas são as condutas facilitadoras desta transformação. É o que observa-se perante os trechos seguintes:

*“A falta de discussão desse assunto entre os profissionais de saúde, no ambiente hospitalar, propicia a continuidade de uma assistência fragmentada à saúde, a persistência dessa temática como um tabu, como uma dimensão proibida, sustentada pela ideia que defende que restringe essa ordem de conhecimento unicamente aos líderes religiosos.” (A7)*

*“Não há uma auto-avaliação por parte desses profissionais. É como se não se pudesse agir de outra maneira, a não ser tomar essa atitude de não se meter, de não lidar mais com isso. Esse exemplo serve para mostrar que o enfermeiro não só não sabe como agir, não tem clareza, como também não admite para si mesmo que fica perdido, confuso. Se não souber aplicar um medicamento, ele vai se informar. Mas nessa área que não é científica, não busca outra solução, como se não houvesse conhecimento a ser adquirido.” (A7)*

Dito isto, compreendemos que não devemos falar da espiritualidade, condição intrínseca da saúde do homem, somente em momentos que a terapêutica não atingir mais eficácia. Assim, a abordagem espiritual deve ser realizada em todos os momentos da assistência, desde anamnese, diagnóstico, tratamento, alta e/ou morte, devendo ser tratada como fator integrante da avaliação dos usuários, facilitando desta maneira as condutas dos profissionais (SILVA, 2016).

Diante deste cenário, no Brasil mais recentemente, o Ministério da Saúde (MS) juntamente com a Organização Mundial de Saúde (OMS), abraçaram esses novos paradigmas e o preconceito foi dando espaço para que as práticas integrativas e a religiosidade fossem inseridas na formação acadêmica e nas práticas de saúde da família ofertadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (PEREIRA; KLÜPPEL, 2016).

Por fim, ressaltamos a importância deste pilar dentro da dimensão espiritual na saúde mental, pois, tanto o processo formativo (germinativo), quanto o processo de trabalho (executivo), são fatores que possibilitam acesso ao tema de espiritualidade e suas nuances, assim como permeiam estruturar e melhorar práticas voltadas para essa dimensão.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

“Não tem receita  
Tem você, com todo seu conhecimento (...)  
É uma grande viagem! Aquilo que cada um vive,  
é dele, é especial”.  
(Guimarães Rosa)

A realização deste estudo é tida como um enriquecimento, pois através deste foi possível perpetrar nos mais diversos paralelos existentes entre as dimensões do cuidar, em especial a espiritual. Trabalhar com a dimensão espiritual do cuidado, que é um fator não reducionista a um único processo e que requer construtos multidimensionais, complexos e essenciais para a saúde mental, foi-uma experiência valiosa.

Diante do exposto, ficou notório a estreita relação que vem sendo construída entre o homem e a espiritualidade, onde juntamente com a religiosidade se fazem importantes no desenvolvimento de fatores que auxiliam no equilíbrio geral dos seres. É uma temática extensa, subjetiva e que requer reflexão, uma vez que o homem possui um aparato de construtos socioculturais, emocionais, perceptivos e de características próprias, sejam individualmente ou em grupo.

Portanto, notamos que o sofrimento psíquico está presente em muitos cenários, assim, a homeostase entre a dimensão espiritual do cuidar e a saúde mental no geral, é essencial para o bem-estar dos indivíduos como um todo.

Nesse cenário, a partir deste trabalho podemos abordar sobre as nuances da dimensão espiritual e como ela vem ganhando espaço no cenário de práticas do cuidado, relacionando o sofrimento psíquico com a dimensão espiritual. Com isso é possível mostrar a importância de se falar em um cuidado mais holístico, tornando as práticas mais integrais através de maior visibilidade da espiritualidade. Dessa maneira, debater, abordar e trabalhar com a espiritualidade se faz preciso, sendo uma área que necessita de maiores crescimentos. E por fim, trabalhar com o processo de formação dos profissionais e rever seus processos de trabalhos dentro dos diversos serviços, entre eles em saúde mental, é imprescindível, pois tornará suas práticas assistenciais mais integrais, coesas e eficazes.

Diante disso, o trabalho recomenda o estudo das relações do fenômeno religioso com a experiência espiritual, tornando suas conceituações mais ávidas e trazendo a diferenciação entre o que é patológico e o que seria do universo religioso. É preciso que os profissionais da saúde, se desfaçam de toda e qualquer “amarra preconceituosa”, para

tornar o vínculo mais estável, facilitar a assistência e intervenções, assim como compreender que os seres humanos são além de objetos para “encaixarmos” em manuais/padrões assistenciais e de diagnósticos.

Desta forma, além de uma finalização, proponho reflexões mais aguçadas, colocando questionamentos e suscitando as muitas dúvidas, nuances e anseios por um aprofundamento. Com isso, apesar destes fenômenos serem de caráter muito subjetivo e particular, temos consciência que a escuta qualificada juntamente com o respeito pela singularidade do outro, torna estes atos passíveis de análise.

Outro ponto fundamental, é repensar/fortalecer o processo formativo dos trabalhadores da saúde no que tange aos aspectos do cuidado na sua essência de integralidade. O contato, estímulo e fortalecimento de práticas mais holísticas e humanizadas devem acontecer durante a formação destes profissionais, sendo construído e reinventado novos olhares para o cuidar.

Por consequente, esse desenvolvimento deve ser constante, sendo de responsabilidade das instituições e dos profissionais a inserção de estudos contínuos de temáticas que aprimorem as suas práticas e ofereçam ao usuário uma assistência de direito dele. Pois, para um cuidar integral, deve-se englobar níveis que vão desde biológicos, socioculturais, cognitivos, até afetivos. Então por serem fatores desenvolvíveis e mutáveis de cada ser, demandam uma atenção individualizada.

Por fim, como contribuição da presente pesquisa que haja maior incentivo para mais produções científicas, tanto para o aprofundamento do que foi iniciado, quanto para que permitam ampliar o reconhecimento dos impactos que as crenças religiosas/espirituais trazem para a saúde do homem e o quanto remetem na sua completude, sendo o sentido da dimensão subjetiva, algo fundante do indivíduo.

## REFERÊNCIAS

---

ALVES, D. G.; ASSIS, M. R. O desenvolvimento religioso e espiritual e a saúde mental: discutindo alguns de seus significados. Rio de Janeiro v. 3, n. 1, p. 72-100, jan./jun. 2015.

ALVES, J. S.; JUNGES, J. R.; LÓPEZ, L. C. A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2010.

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, jul/set 1995. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudemental/RP3.pdf>> Acesso em: 13 de set de 2016.

BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=513371&indexSearch=ID>> Acesso em: 13 de set de 2016.

BARDIN, L. Análise de conteúdo; tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. – São Paulo: Edições 70, 2011.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico** (3ª ed.). (Heloísa Jahn, Trad.) Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BOTTI, N. C. L.; TORRÉZIO, M. C. S. **Festival da loucura e a dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica**, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26nspe/22.pdf>> Acesso em: 13 de set de 2016.

CALDEIRA, P. S.; BRANCO, Z. C.; VIEIRA, M. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. **Revista de Enfermagem Referência** - A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: III - n.º 5, 2011.

FREUD, S. **Future of an illusion**. In: Strachey, J. (ed.). - Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Hogarth Press, London, 1962.

FOUCAULT, M. **Histoire de la Folie à l'Âge. Classique**. Coleção Estudos Dirigida por J. Guinsburg. Gallimard, 1972. (Originalmente publicado em 1961).

FOUCAULT, M, 1926-1984. **História da Loucura: na Idade Clássica**; [Tradução José Teixeira Coelho Neto]. 9. ed. – São Paulo: Perspectiva, 2010.

GOULART, M. S. B.; DURAES, F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 112-120, abr. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822010000100014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822010000100014&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 13 set. 2016.

GOMES, I. M. et al. Teoria do cuidado transpessoal de jean watson no cuidado domiciliar de enfermagem a criança: uma reflexao. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 555-561, Aug. 2013. Disponível

em<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000300555&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300555&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 de set de 2016.

GOMES, A. L. C. **A Reforma Psiquiátrica no contexto do movimento de luta antimanicomial em João Pessoa – PB.** Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/handle/icict/13806?show=full>> Acesso em 29 de ago de 2016.

GONZÁLEZ REY, F. Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade: uma aproximação histórico-cultural; tradução Guillemo Matias Gumucio. – São Paulo: Thomson Learning, 2007.

GUSSI, M. A.; DYTZ, J. L. G. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm**61(3): 377-84. Brasília, maio-jun 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a17v61n3.pdf>> Acesso em 02 de set de 2016.

GUTZ, L; CAMARGO, B. V C. Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**; 16(4):793-804. Rio de Janeiro, 2013.

HENCKEMAIER, L. et al. Cuidado transcultural de Leininger na perspectiva dos programas de pós-graduação em enfermagem: revisão integrativa. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 85-91, mai./ago. 2014. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/15722/11848>> Acesso em 29 de set de 2016.

LEITE, I. S.; SEMINOTTI, E. P. A Influência da Espiritualidade na Prática Clínica em Saúde Mental: Uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 17, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/14102/9714>> Acesso em: 26 de ago de 2016.

LUCCHETTI, G. et al. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber. **Rev Bras Clin Med**; 8 (2):154-8, 2010.

LUCCHETTI, A. L. G.; LUCCHETTI, G. Luto e Espiritualidade. In: SANTOS, F. S, Editor; SCHLIEMANN, A. L; SOLANO, J. P. C, Editores associados. **Tratado Brasileiro sobre Perdas e Luto**. São Paulo: Atheneu Editora, 2014. p. 217.

KOENIG, H. G. Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos. **Rev. Psiq. Clín.** 34, supl, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a13v34s1.pdf>> Acesso em: 25 de ago de 2016.

MANO, R. P.; COSTA, I. I. "Deus não morreu e o diabo existe": Reflexões fenomenológicas sobre a experiência espiritual e o sofrimento psíquico grave. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia , v. 21, n. 2, p. 162-176, dez. 2015.

MATA, P. H. D. **O Trabalho Em Saúde Mental: Acolhendo A Crise Do Cuidador.** Campinas, 2007. Disponível em: <[http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/acolhendo\\_a\\_crise\\_do\\_cuidador.pdf](http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/acolhendo_a_crise_do_cuidador.pdf)>

Acesso em 27 de ago de 2016.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, dez, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>> Acesso em 15 de ago de 2016.

MEDEIROS, W. C. M.; BARRETO, C. L. B. T. (Re)integrando da Espiritualidade na Saúde: caminho em construção. In: AQUINO, T. A. A; CALDAS, M. T; PONTES, A. M, Org(s). **Espiritualidade e Saúde: teoria e pesquisa**. Curitiba: CRV, 2016. p. 47.

MENDONÇA, T. C. P. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 25, n. 4, p. 626-635, 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932005000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000400011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 ago de 2016.

MIRANDA, A. B. S. Desmistificação da Loucura: um processo de humanização pelo Centro de Atenção Psicossocial. **Psicologado.com**. mai. de 2012. Disponível em: <<https://psicologado.com/psicopatologia/saude-mental/a-desmistificacao-da-loucura-um-processo-de-humanizacao-pelo-centro-de-atencao-psicossocial>> Acesso em: 20 de ago de 2016.

MILLANI, H. F. B.; VALENTE, M. L. L. C. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, ago. 2008 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762008000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 18 ago. 2016.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n3/v17n3a07>> Acesso em 9 de set de 2016.

MELO, C. F. et al. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Estud. pesqui. 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)>. Acesso em 15 set. 2016.

MOREIRA, C.; PEREIRA, S. **Impacto da Espiritualidade na Saúde Física Escola Superior de Saúde Atlântica Licenciatura em Enfermagem**. Barcarena Dezembro de 2015. Disponível em: <<https://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/1024/1/Monografia%20Impacto%20da%20Espiritualidade%20na%20Sa%C3%BAde%20F%C3%ADsica.pdf>> Acesso em: 17 de set. de 2016.

MONTICELLI, M. et al. Aplicações da teoria transcultural na prática da enfermagem a partir de dissertações de mestrado. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, abr-Jun, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/714/71416097002/>> Acesso em: 1 de out.

de 2016.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; CARDEÑA, E. Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11. **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol.33 supl.1 São Paulo: maio, 2011.

OLIVEIRA, G. K. et al. Psicossomática & Espiritualidade: quando o verbo se faz carne. Apontamentos para uma cartografia da Psico-Onto-Somática. In: AQUINO, T. A. A; CALDAS, M. T.; PONTES, A. M, Org(s). **Espiritualidade e Saúde: teoria e pesquisa.** Curitiba: CRV, 2016. p. 93.

OLIVEIRA, M. R.; JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos do Vale do Rio dos Sinos. **Estudos de Psicologia**, 17(3), 469-476, setembro-dezembro/2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n3/16.pdf>> Acesso em: 30 de ago. de 2016.

OLIVEIRA, V.; SILVEIRA, H. H. R. Uma espiritualidade comunitária: caminho para o sentido da vida. **Logos & Existência Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial** 3 (2), 170-190, 2014.

OLIVEIRA, W. F. Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial: contextualização sócio histórica, desafios e perspectivas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.4, n.9. Florianópolis, 2012. Disponível em: < <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2125>> Acesso em: 18 de ago. de 2016.

PEDRÃO, R. B.; BERESIN, R. **O enfermeiro frente à questão da espiritualidade.** Einstein –, São Paulo (SP): 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0086.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0086.pdf)> Acesso em: 7 de set. de 2016.

PEREIRA, V. N. A.; KLÜPPEL, B. L P. A religião na prática clínica – aspectos na relação médico-paciente. In: In: AQUINO, T. A. A; CALDAS, M. T; PONTES, A. M, Org(s). **Espiritualidade e Saúde: teoria e pesquisa.** Curitiba: CRV, 2016. p. 215.  
PILGER, C. et al. Percepção da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva com relação à espiritualidade e religiosidade. **Cienc Cuid Saude**; 13(3):479-486; Jul/Set, 2014.

PIRES, R. R.; XIMENES, V. M.; NEPOMUCENO, B. B. Práticas de cuidado em saúde mental no Brasil: análise a partir do conceito de cidadania. **Av. Psicol. Latinoam.**, Bogotá , v. 31, n. 3, p. 507-521, Dec. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-47242013000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242013000300005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 14 sep. 2016.

ROCHA, R. M. **Enfermagem em saúde mental.** 2.ed., atual. e ampl 9. reimpr. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2010.

ROMERO, T. C. R. **Cuidado espiritual em enfermagem:** contribuição para a educação acadêmica segundo o pressuposto filosófico de Callista Roy - João Pessoa, 2015. Disponível em:< <http://tede.biblioteca.ufpb.br/handle/tede/7597>> Acesso em: 15 de ago de

2016.

SAMPAIO, D. M. N.; VILELA, A. B. A.; PIRES, V. M. M. M. Processo de trabalho em saúde com ênfase na enfermagem: uma reflexão dos conceitos, componentes e contexto histórico. **Rev.Saúde.Com.** 2012. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/pgsaudecoletiva/files/2016/03/Disserta%C3%A7%C3%A3o-final-vers%C3%A3o-CD.pdf>> Acesso em: 10 de ago de 2016.

SANTOS, C. C. E. et al. Diálogos entre espiritualidade e enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enferm.** Abr/Jun 2013.

SEIMA, M. D. et al. A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 - 2011. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 851-857, Dec. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000400027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400027&lng=en&nrm=iso)>. Acesso on 30 set. 2016.

SILVEIRA, F. A.; SIMANKE, R. T. A psicologia em História da Loucura de Michel Foucault. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 23-42, Apr. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922009000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922009000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 set. 2016.

SILVA, B. S. et al. Percepção de equipe de enfermagem sobre espiritualidade nos cuidados de final de vida. **Cogitare Enferm**; 21(4): 01-08; Out/dez, 2016.

SILVA, G. F. A espiritualidade na prática do profissional da saúde: desafios e oportunidades. In: AQUINO, T. A. A; CALDAS, M. T; PONTES, A. M, Org(s). *Espiritualidade e Saúde: teoria e pesquisa*. Curitiba: CRV, 2016. p. 73.

SOUZA, M.T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer?** Einstein, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf)> Acesso em 18 de set. de 2016.

SCHNEIDER, J. F. O ser esquizofrênico e a retomada do tempo: um estudo fenomenológico. Goiânia: AB, 1996, p. 1-13.

TANARU, O. **Estudo da Relação entre Resiliência e Espiritualidade numa Amostra Portuguesa**. Dissertação (mestrado integrado em psicologia) Secção Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica, 2011.

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25- 59, Apr. 2002. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 set. 2016.

YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ministério da Saúde Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2006.

ZIMPEL, R. R.; MOSQUEIRO, B. P.; ROCHA, N. S. Espiritualidade como mecanismo

de coping em transtornos mentais. **Rev. Debates em Psiquiatria** - Mar/Abr 2015.  
Disponível em: < [http://www.abp.org.br/rdp15/02/rdp\\_02\\_05.pdf](http://www.abp.org.br/rdp15/02/rdp_02_05.pdf) > Acesso em: 13 de set.  
de 2016.

APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados

<b>INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS</b>	
<b>A. IDENTIFICAÇÃO</b>	
1. <i>Título do artigo:</i>	
2. <i>Título do periódico:</i>	[ ] Sem periódico
3. <i>Objetivo ou questão de investigação:</i>	
4. <i>Idioma:</i> [ ] Português [ ] Inglês [ ] Espanhol	
5. <i>Classificação QUALIS CAPES (se publicação periódica) em enfermagem e em educação:</i>	
- Enfermagem [ ] A1 [ ] A2 [ ] B1 [ ] B2 [ ] B3 [ ] B4 [ ] B5 [ ] C - Educação [ ] A1 [ ] A2 [ ] B1 [ ] B2 [ ] B3 [ ] B4 [ ] B5 [ ] C	
6. <i>Autor (1):</i> Nome: _____ Local de trabalho: _____ Graduação: _____ IES: _____ Programa de Pós-Graduação: _____ [ ] Não possui	
<i>Autor (2):</i> Nome: _____ Local de trabalho: _____ Graduação: _____ IES: _____ Programa de Pós-Graduação: _____ [ ] Não possui	
<i>Autor (3):</i> Nome: _____ Local de trabalho: _____ Graduação: _____ IES: _____ Programa de Pós-Graduação: _____ [ ] Não possui	
<i>Autor (4):</i> Nome: _____ Local de trabalho: _____ Graduação: _____ IES: _____ Programa de Pós-Graduação: _____ [ ] Não possui	
<i>Autor (5):</i> Nome: _____ Local de trabalho: _____ Graduação: _____ IES: _____ Programa de Pós-Graduação: _____ [ ] Não possui	
<i>Autor (6):</i> Nome: _____ Local de trabalho: _____ Graduação: _____ IES: _____ Programa de Pós-Graduação: _____ [ ] Não possui	
[ ] Mais que 6 autores	
<b>1. PERFIL DEMOGRÁFICO DAS PESQUISAS</b>	

1. *Região da pesquisa:*

*Cidade:* \_\_\_\_\_

- Região Nordeste     Região Norte     Região Suldeste  
 Região Sul         Região Centro-Oeste

2. *Local onde foi desenvolvida a pesquisa?*

- Hospital Qual? \_\_\_\_\_     Universidade Qual? \_\_\_\_\_  
 Atenção Básica                     Serviços de Saúde Mental  
 Centro de pesquisa                 Comunidade  
 Pesquisa multicêntrica             Outras instituições  
 Não identifica o local

**2. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS**

1. *Tipo de publicação:*

- Publicação de enfermagem     Publicação de medicina  
 Publicação de psicologia       Publicação de outra área Qual? \_\_\_\_\_

2. *Tipo de trabalho:*

- Artigo original                    Método? \_\_\_\_\_  
 Relato de Experiência           Estudo de revisão Qual? \_\_\_\_\_  
 Análise Reflexiva                 Outro Qual? \_\_\_\_\_

3. *Estudo de abordagem:*

- Abordagem Qualitativa  
 Abordagem Quantitativa  
 Abordagem Qualiquantitativa

**3. ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NA ABORAGEM DA TEMÁTICA**

**4. RESULTADOS IMPORTANTES**

**5. CONCLUSÕES IMPORTANTES**