

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

ANA CECILIA TRARBACH FIGUEIREDO BENEVIDES



SAÚDE PÚBLICA E ESPIRITUALIDADE NA PANDEMIA DA COVID-19

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação Profissional da Faculdade Unida de Vitória – 31/03/2022.

VITÓRIA-ES

2022

ANA CECILIA TRARBACH FIGUEIREDO BENEVIDES

SAÚDE PÚBLICA E ESPIRITUALIDADE NA PANDEMIA DA COVID-19

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação Profissional da Faculdade Unida de Vitória – 31/03/2022.



Trabalho de Conclusão de Curso na forma de Dissertação de Mestrado Profissional como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências das Religiões. Faculdade Unida de Vitória. Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões. Área de Concentração: Religião e Sociedade. Linha de Atuação: Religião e Espaço Público.

Orientador: Francisco de Assis Souza dos Santos

VITÓRIA-ES

2022

Benevides, Ana Cecilia Trarbach Figueiredo

Saúde pública e espiritualidade na Pandemia da COVID-19 / Ana Cecilia Trarbach Figueiredo Benevides. -- Vitória: UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2022.

vii, 79 f. ; 31 cm.

Orientador: Francisco de Assis Souza dos Santos

Dissertação (mestrado) – UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2022.

Referências bibliográficas: f. 91-109

1. Ciência da religião. 2. Religião e espaço público. 3. Saúde pública.
 4. Espiritualidade. 5. Pandemia da Covid-19. 6. Espiritualidade e saúde. - Tese.
- I. Ana Cecilia Trarbach Figueiredo Benevides. II. Faculdade Unida de Vitória, 2022. III. Título.

ANA CECILIA TRARBACH FIGUEIREDO BENEVIDES

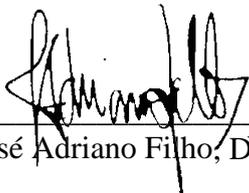
SAÚDE PÚBLICA E ESPIRITUALIDADE NA PANDEMIA DA COVID-19

Trabalho de Conclusão de Curso na forma de Dissertação de Mestrado Profissional como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências das Religiões. Faculdade Unida de Vitória. Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões. Área de Concentração: Religião e Sociedade. Linha de Atuação: Religião e Espaço Público.

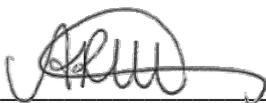
Data: 31 mar. 2022.



Francisco de Assis Souza dos Santos, Doutor em Teologia, UNIDA (presidente).



José Adriano Filho, Doutor em Teoria e História Literária e em Ciências da Religião, UNIDA.



Ana Rosa Murad Szpilman, Doutora em Educação, UVV.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus fonte imensurável de amor.

Ao meu esposo, Rodrigo, pelo amor, apoio, incentivo e companheirismo.

Aos meus pais, Francisco Figueiredo Gomes (*in memorian*) e Ruth Cecília Trarbach Figueiredo, pelo amor incondicional, pelo primor da educação.

As minhas irmãs, Fabíola e Larissa, pela amizade e parceria.

Ao Dr. Francisco de Assis Souza dos Santos, pela paciência e segurança na orientação desta pesquisa.

Aos/às professores/as e funcionários/as da Faculdade Unida de Vitória, que tive o prazer em conhecer e pelo acolhimento e respeito.

À turma de Mestrado MCR-19, pelas amizades e fortalecimento.



RESUMO

A pesquisa reflete sobre a interface entre a saúde pública e a espiritualidade, no contexto da pandemia da Covid-19, à luz dos pressupostos teórico-metodológicos da área da saúde e das Ciências das Religiões. Busca responder de que forma a espiritualidade pode contribuir na saúde das pessoas acometidas, de alguma forma, pela Covid-19. As Ciências das Religiões constituem um campo multidisciplinar que exige do/a pesquisador/a um conhecimento amplo da integração dela com outros campos do saber, para que se promova a transformação científica que se pretende. Apresenta, pois, a relação entre saúde e espiritualidade e como essa relação pode contribuir no debate, no estudo e nas propostas de políticas públicas que atendem integralmente as pessoas acometidas pela Covid-19. O objetivo corolário é identificar a relevância da espiritualidade em diferentes ações no serviço de saúde, promovendo uma visão mais integral do ser humano, isto é, tanto do paciente quanto do/a profissional da saúde. O trabalho discorre sobre os aspectos mais relevantes da pandemia da Covid-19. Define a espiritualidade na perspectiva do cuidado e como ela estaria inserida na saúde. Utiliza a relação entre saúde e espiritualidade para delinear propostas de ações voltadas para o enfrentamento da pandemia da Covid-19, incluindo o atendimento aos pacientes, a formação e o acolhimento do/a profissional de saúde e às pessoas enlutadas, em virtude dessa doença. Percebe-se, pois, a necessidade da compreensão do que é espiritualidade e sua importância na integralidade do cuidado em saúde, bem como na elevação do padrão de qualidade na saúde pública.

Palavras-chave: Saúde Pública. Espiritualidade. Pandemia da Covid-19.

ABSTRACT

The research reflects on the interface between public health and spirituality, in the context of the Covid-19 pandemic, in the light of theoretical-methodological assumptions in the area of health and Science of Religions. It seeks to answer how spirituality can contribute to the health of people affected, in some way, by Covid-19. The Science of Religions is a multidisciplinary field that requires from the researcher a broad knowledge of its integration with other fields of knowledge, in order to promote the intended scientific transformation. Therefore, it presents the relationship between health and spirituality and how this relationship can contribute to the debate, study and proposals for public policies that fully assist people affected by Covid-19. The corollary objective is to identify the relevance of spirituality in different actions in the health service, promoting a more integral view of the human being, that is, of both the patient and the health professional. The work discusses the most relevant aspects of the Covid-19 pandemic. It defines spirituality from the perspective of care and how it would be inserted in health. Exploit the relationship between health and spirituality to outline proposals for actions aimed at fighting the Covid-19 pandemic, including patient care, training and welcoming health professionals and people bereaved by this disease. As a result, there is a need to understand what spirituality is and its importance in the integrality of health care, as well as in raising the standard of quality in public health.

Keywords: Public Health. Spirituality. Covid19 Pandemic.



PPGPCR
Faculdade Unida de Vitória

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	8
INTRODUÇÃO.....	9
1 A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS COVID-19.....	15
1.1 Aspectos relevantes sobre a doença Covid-19	15
1.2 Abordagem precoce e as vacinas na Covid-19.....	23
1.3 Covid-19 e saúde mental	30
2 ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE	35
2.1 Permeando nos caminhos da espiritualidade e saúde	35
2.2 A espiritualidade na integralidade e cuidado em saúde.....	43
2.3 Políticas públicas na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde.....	53
3 SAÚDE PÚBLICA E ESPIRITUALIDADE NO ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES	62
3.1 Ações voltadas para prevenção e tratamento da Covid 19: cuidado e integralidade.....	62
3.2 A espiritualidade na formação e no acolhimento do/a profissional de saúde.....	70
3.3 A espiritualidade no enfrentamento do luto provocado pela Covid-19: espaços para trabalhar a dor	79
CONCLUSÃO.....	88
REFERÊNCIAS	91

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CFM	Conselho Federal de Medicina
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETSUS	Escola Técnica de Saúde do SUS
IASC	Comitê Permanente Interagencial
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações não Governamentais
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
RIME	Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde de Vitória-ES
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

No setor da saúde pública e coletiva, existem inúmeros desafios na lide com doenças e muitos deles têm relação direta com o estado espiritual e emocional do ser humano, que é um ser complexo, dotado de anseios, de desejos, de frustrações e de diversos sentimentos que podem influenciar sua saúde, de modo geral. Nos últimos anos, alguns estudos na área da espiritualidade e da saúde têm sido realizados, reportando a busca do ser humano pelo transcendente, ou seja, pelo espiritual, chegando à compreensão de que o ser humano possui a necessidade de buscar explicações para o seu vazio existencial.

A saúde pode ser entendida como bem-estar físico, mental, espiritual e social. No setor público, as políticas públicas são criadas para melhorar, cada vez mais, a saúde da população, em virtude de estudos no campo da saúde coletiva. Muitos estudos têm sido realizados a partir da perspectiva de como a espiritualidade e a religiosidade de uma pessoa pode contribuir, de forma positiva, para a melhoria na qualidade de sua saúde.

A experiência espiritual, através de uma visão positiva da vida, pode melhorar as funções do sistema imunitário bem como prevenir ou curar distúrbios psíquicos como a depressão.¹ A espiritualidade desenvolve nas pessoas uma visão diferenciada da vida, dos acontecimentos diários, da forma de lidar com os sentimentos, das relações em sociedade e com elas próprias.

De modo geral, as dimensões da espiritualidade e da religiosidade estão associadas a melhor qualidade de vida, com melhores resultados para as pessoas que estão em processo de recuperação de doenças físicas e mentais, ou que tenham poucas alternativas de recursos sociais e pessoais. De acordo com Rose Murakami, pessoas pouco religiosas, com bem-estar espiritual baixo ou moderado, apresentam o dobro de chances de manifestarem transtornos mentais, isto é, elas têm cerca de sete vezes mais chances de ter algum diagnóstico de abuso ou de dependência do álcool.²

Estudos de ressonância magnética do cérebro mostraram que um córtex cerebral mais espesso – associado a uma alta importância dada à religião ou à espiritualidade – pode conferir menores chances de desenvolvimento de doenças depressivas em pessoas com alto risco

¹ CESCUN, Everaldo. Neurociência e religião: as pesquisas neurológicas em torno da experiência religiosa. *Revista Teocomunicação*, Porto Alegre, v. 41, n. 2 p. 293-314, 2011. [online]. p. 313.

² MURAKAMI, Rose; CAMPOS, Claudinei J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília. v. 65, n. 2, p. 361-367, 2012. [online]. p. 363.

familiar de depressão.³ Outras pesquisas têm sido realizadas, também, em relação à necessidade dos/as profissionais de saúde, ou seja, ao lidar com pessoas acometidas por determinadas doenças, com uma relação muito próxima à morte, tais profissionais desenvolvem um olhar mais espiritualizado em relação ao paciente.

Dessa forma, o impulso para realizar esta pesquisa está ligado à área de atuação profissional da pesquisadora, a Odontologia. Tal área é cercada de expectativas, medos, traumas, ansiedades por parte dos pacientes. A pesquisadora trabalha, desde 2002, no Sistema Único de Saúde (SUS), nos atendimentos odontológicos, atendendo demandas diversas. O/A profissional dentista sente a felicidade do paciente, na realização de um procedimento estético, pois sabe que isso gera alegria e autoestima. O alívio de uma dor de dente, que, muitas vezes, vem associado às dores da alma, por traumas, depressões e frustrações, faz o dentista enxergar o quanto o ser humano precisa ser tratado, física e espiritualmente.

A especialidade escolhida pela pesquisadora foi *endodontia*, que é uma área da odontologia que estuda a etiologia, o diagnóstico, a prevenção e tratamento das doenças da polpa dentária, a periodontite apical e suas repercussões no organismo.⁴ Nos anos de atendimento odontológico, tanto na clínica geral como na endodontia, foi possível presenciar as mais diversas histórias, sentimentos, alegrias, tristezas e dores. Em cada atendimento, percebeu-se a necessidade de um ambiente agradável, que trouxesse tranquilidade, confiança, amor e paz para os/as pacientes.

A célebre mensagem do papa Pio XII, em seu discurso, no I Congresso Italiano de Estomatologia, em 24 de outubro de 1946, relata um pouco do que é ser um cirurgião-dentista. Em seu discurso, o papa chamou a atenção para a missão moral e social desses/as profissionais, pois, segundo ele, seria necessário um vasto conhecimento científico, arte requintada, destreza hábil, fino tato e bom senso psicológico em sua atuação. Além da perseverança, paciência e resistência física para manter inalterada a calma, a cortesia, a doçura, o espírito de caridade, a estima, o amor pela profissão, sua beleza técnica, moral e por seu aspecto social. Qualquer distúrbio – uma leve dor, uma ligeira alteração de um dos componentes do sistema estomatognático, etc. – poderia repercutir na saúde, no bem-estar, no caráter, no desempenho, no trabalho, na vida privada e pública, nas relações do ser humano com o próximo, irritar o

³ MILLER, Lisa; BANSAL, Ravi; WICKRAMARATNE, Priya; HAO, Xuejun; TENKE, Craig E.; WEISSMAN, Myrna M.; PETERSON, Bradley S. Neuroanatomical correlates of religiosity and spirituality: a study in adults at high and low familial risk for depression. *Journal Jama Psychiatry*, [s.l.], v. 71, n. 2, p. 128-135, 2014. [online]. p. 129.

⁴ LEONARDO, Renato T.; LEONARDO, Mário R. Aspectos atuais do tratamento da infecção endodôntica. *Revista Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas*, São Paulo, v. 66 n. 3, p. 174-181, 2012. [online]. p. 174.

sistema nervoso e tirar das pessoas a serenidade do espírito.⁵ Esse discurso popularizou com a seguinte frase: “odontologia é uma profissão que exige dos que a ela se dedicam, o senso estético de um artista, a destreza manual de um cirurgião, os conhecimentos científicos de um médico e a paciência de um monge”⁶.

Nesse ínterim, por acreditar que o aspecto espiritual está presente na relação dentista-paciente – profissional de saúde-paciente –, a pesquisadora vislumbrou no Mestrado Profissional em Ciências das Religiões a possibilidade de investigar a interface entre a área da saúde pública e o aspecto da espiritualidade. A autora da pesquisa lida com diversas situações no SUS e percebeu que muitas das dores das pessoas não seriam somente físicas, mas, também, dores da alma ou espirituais.

No decorrer do mestrado profissional, a pesquisadora se deparou com uma nova realidade, em virtude da Pandemia do Novo Coronavírus, foi deslocada do seu setor de trabalho – atendimento odontológico especializado na atenção secundária – para a vigilância em saúde, mais especificamente a área de vigilância epidemiológica, na própria Secretaria Municipal de Saúde de Vitória-ES (SEMUS). Nesse setor, são recebidas as notificações de casos suspeitos e confirmados de diversas doenças e, a partir de 2020, também, passou a receber as notificações da Covid-19. Lá é realizada a vigilância, o monitoramento de casos e das curas, a investigação de óbitos, bem como são definidas as notas técnicas referentes aos agravos. Como profissional de saúde, no contexto de pandemia, a pesquisadora começou a estudar mais sobre a doença Covid-19, delimitando o tema da sua dissertação.

As Ciências das Religiões constituem um campo multidisciplinar e plural, no qual não haveria lugar para especificidades como ocorre em outras áreas científicas. Isso transforma esse campo em um *locus* de diálogo, exigindo do cientista da religião a aquisição de saberes múltiplos, convidando-o à diversidade, impondo-lhe o desafio de confluir o conhecimento e a integração de diversas linguagens na construção de uma nova configuração. O cientista da religião precisa ter uma cultura ampla e geral, além de um conhecimento básico sobre os diálogos das diversas ciências na interface com a religião e, ao mesmo tempo, precisa se aprofundar em sua área específica.⁷

⁵ PIO XII, Papa. *Discorso di sua santità Pio XII ai partecipanti al primo Congresso Italiano di Stomatologia*. Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 1946. [online]. p. 3-4.

⁶ CONSOLARO, Alberto. *Odontologia: antes de ser arte, é uma ciência!* In: CA [Site institucional]. [s.d.]. [online]. [n.p.].

⁷ PINTO, Ênio B. Ciência da religião aplica à psicoterapia. In: PASSOS, João D.; USARSKI, Frank (orgs.). *Compêndio de ciência da religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013. p. 678.

Ênio Pinto afirma que a Ciência da Religião não tem e nem deve ter suas fronteiras estritamente delimitadas. As Ciências das Religiões não se concentram apenas no estudo das religiões e da religiosidade, seu objeto de estudos é o mundo religioso, singular, genérico, o que engloba, também, a espiritualidade, os mitos, a história, a linguagem, a cultura, a moral e a ética religiosa, o simbolismo religioso, etc. Enfim, tudo o que se refira ou que contenha a religião.⁸

O objeto desta pesquisa é o sistema público de saúde do município de Vitória-ES, no contexto da pandemia da Covid-19, enfatizando saúde e espiritualidade e como essa relação pode contribuir no debate, no estudo e nas propostas de políticas públicas que atendam integralmente as pessoas acometidas, de alguma forma, pela Covid-19. O que motiva o desenvolvimento da pesquisa é o fato da Covid-19 ser uma doença nova que atingiu o mundo inteiro e que mudou toda uma sociedade, trazendo incertezas, medo, pânico, depressão e ceifando muitas vidas. Durante a pandemia, o *lockdown*, a quarentena e o distanciamento afastaram as pessoas do convívio com seus familiares, amigos, escolas, igrejas, trabalho, entre outros espaços. Várias pessoas adoeceram e muitas morreram. No pós-pandemia, dos que ficaram em isolamento social, muitos desenvolveram ansiedade, depressão, pânico; dos que adoeceram, muitos ficaram com sequelas pós-Covid-19, fazendo parte do grupo de doenças crônicas; dos que morreram pela doença, muitos ficaram enlutados e não tiveram como se despedir, sendo marcados pela dor do vazio.

Nesse cenário, a pesquisa elabora a seguinte questão-problema: de que forma a espiritualidade pode contribuir na saúde das pessoas acometidas, de alguma forma, pela Covid-19? O objetivo geral é identificar a relevância da espiritualidade em diferentes ações no serviço de saúde, promovendo uma visão mais integral do ser humano, tanto do paciente quanto do profissional da saúde. Nessa perspectiva, os objetivos específicos da pesquisa podem ser assim descritos: discorrer sobre a pandemia da Covid-19 – seus aspectos relevantes, tratamento medicamentoso, vacinas e saúde mental; compreender a espiritualidade na temática da integralidade e do cuidado em saúde; identificar e refletir conceitos acerca da espiritualidade, relacionados à saúde. A pesquisa considera, sobretudo, o contexto da pandemia da Covid-19.

Sabe-se que a espiritualidade promove uma visão mais ampla do ser humano, que passa a ser compreendido como um ser que tem necessidade de amor, compaixão, atenção, cuidado, além de ajudar na busca de alívio para o sofrimento e para a aceitação em casos de doenças como a depressão, o câncer, em cuidados paliativos e na experiência do luto. A pandemia da Covid-19 terá consequências a curto, médio e longo prazo, em relação à saúde física, mental,

⁸ PINTO, 2013, p. 677.

social e espiritual dos/as profissionais de saúde, dos pacientes, dos familiares, da sociedade em geral e dos governos. A justificativa da pesquisa, desse modo, está na relevância social da pandemia e nas suas consequências, uma vez que milhões de pessoas perderam a vida para a Covid-19.

A metodologia utilizada para a construção da pesquisa é a revisão de literatura. Para tanto, livros, legislações, teses, dissertações e artigos científicos auxiliam na pesquisa bibliográfica e documental. Os livros foram selecionados a partir dos temas *saúde, espiritualidade, cuidado, luto, religião e saúde mental*. Os artigos foram selecionados a partir de pesquisas que tratam o tema da *espiritualidade na saúde*, elencando a *saúde pública, a integralidade, o cuidado, a humanização e a promoção de saúde*. Foram utilizados artigos científicos, revistas eletrônicas e livros, na língua portuguesa e inglesa. Após leitura e seleção da bibliografia relacionada ao tema, iniciou-se a confecção da dissertação.

O trabalho, desse modo, está dividido em três capítulos. O primeiro aborda a pandemia do novo coronavírus – Covid-19. A primeira seção trata dos aspectos relevantes da doença, incluindo a fisiopatologia; a segunda seção apresenta a abordagem precoce, o início dos estudos com drogas reposicionadas para tratamento medicamentoso, o desenvolvimento das vacinas contra a Covid-19; a saúde mental, no contexto da pandemia, é tratada na terceira seção desse capítulo. Apesar de ser considerada uma doença aguda, as pessoas acometidas pela Covid-19 podem desenvolver sequelas que, impreterivelmente, fazem parte das doenças crônicas – fenômeno também chamado pós-Covid –, além das sequelas que a doença pode trazer sobre a saúde mental das pessoas.

O segundo capítulo versa sobre a espiritualidade, no contexto da saúde. Nesse capítulo, na primeira seção, as legislações da saúde são apresentadas à luz da espiritualidade. Em relação ao aspecto da saúde mundial e brasileira, o tema é desenvolvido a partir da perspectiva da integralidade do cuidado em saúde, dos paradigmas atuais da saúde e das práticas integrativas e complementares. Na segunda seção, conceitua-se o termo *espiritualidade*, utilizando os teóricos que a estudam, enfatizando a perspectiva do cuidado, segundo Leonardo Boff. Nessa seção, foca-se no cuidado espiritual e integral na saúde. Na terceira seção, fala-se de saúde pública, isto é, como são criadas as políticas públicas de saúde, apresentando as políticas de promoção de saúde e humanização voltadas para o cuidado em saúde.

O terceiro capítulo apresenta, em sua primeira seção, as ações voltadas para o enfrentamento da pandemia da Covid-19, citando o que foi realizado pelo município de Vitória-ES e adicionando um plano de ação proposto, pautando-se, sobretudo, no princípio da integralidade do cuidado. Na segunda seção, fala-se da espiritualidade na formação e no

acolhimento do/a profissional de saúde. Na terceira e última seção, trata-se do luto e de como a espiritualidade pode ser importante em seu processo de enfrentamento, especialmente quando provocado pela Covid-19.

Compreende-se que pensar na espiritualidade na perspectiva do cuidado pode ampliar a visão do processo saúde-doença, da necessidade do cuidado integral do ser humano – contemplando o cuidado espiritual – e da formação e do cuidado do profissional de saúde. A pandemia da Covid-19 trouxe sequelas desastrosas para a população de modo geral e elas serão sentidas a curto, médio e longo prazo. Conclui-se, pois, que a espiritualidade e sua influência na saúde poderá promover nas pessoas atitudes motivadoras que fomentem o completo bem-estar físico, mental, social e espiritual, tanto nos/as pacientes quanto nos/as profissionais de saúde.



1 A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS COVID-19

Este capítulo discorre sobre a mais recente pandemia causada pelo novo coronavírus. Os primeiros casos em humanos foram registrados na China, espalhando-se por todo o mundo, em pouco tempo, causando inúmeras mortes. Para melhor compreensão da pandemia, a primeira seção aborda os aspectos relevantes da doença, a segunda relata o início dos estudos do tratamento medicamentoso e o desenvolvimento das vacinas, e a terceira seção trata sobre a saúde mental na pandemia, tanto em relação às pessoas acometidas pela doença quanto à sociedade em geral.

1.1 Aspectos relevantes sobre a doença Covid-19

Em dezembro de 2019, uma série de casos de pneumonia, de causa desconhecida, surgiu na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, com apresentações clínicas muito semelhantes à pneumonia viral. A análise de sequenciamento profundo de amostras do trato respiratório inferior indicou um novo coronavírus. O coronavírus pode causar doenças respiratórias, gastrintestinais e neurológicas. O SARS-CoV-2 é o terceiro coronavírus que causou doenças graves em humanos e se espalhou, globalmente, nas últimas duas décadas, além dos, SARS-CoV de 2002 a 2003, e o MERS-CoV de 2012.⁹

Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies de animais como, por exemplo: os camelos, os gatos, o gado e os morcegos. Os coronavírus que infectam animais e que raramente podem infectar seres humanos são, por exemplo: o MERS-CoV e o SARS-CoV.¹⁰ O novo coronavírus – SARS-CoV-2 – é um betacoronavírus descoberto em amostras de lavado broncoalveolar que foram obtidas de pacientes com pneumonia de causa desconhecida, na cidade de Wuhan. Pertence ao subgênero sarbecovírus, da família coronaviridae. À doença denominaram Covid-19.¹¹

⁹ ZHU, Na; ZHANG, Dingyu, WANG, Wenling; LI, Xingwang; YANG, Bo; SONG, Jingdong; ZHAO, Xiang; HUANG, Baoying; SHI, Weifeng; LU, Roujian; NIU, Peihua; ZHAN, Faxian; MA, Xuejun; WANG, Dayan; XU, Wenbo; WU, Guizhen; GAO, George F.; TAN, Wenjie. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*, New England, v. 382, n. 8, p.727-733, 2020. [online]. p. 727.

¹⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019*. Brasília: NC; SVS; MS, 2020. [online]. p. 8.

¹¹ REN, Li-Li; WANG, Ye-Ming; WU, Zhi-Qiang; XIANG, Zi-Chun; GUO, Li; XU, Teng; JIANG, Yong-Zhong; XIONG, Yan; LI, Yong-Jun; LI, Xing-Wang; LI, Hui; FAN, Guo-Hui; GU, Xiao-Ying; XIAO, Yan; GAO, Hong; XU, Jiu-Yang; YANG, Fan; WANG, Xin-Ming; WU, Chao; CHEN, Lan; LIU, Yi-Wei; LIU, Bo Liu; YANG, Jian; WANG, Xiao-Rui; DONG, Jie; LI, Li; HUANG, Chao-Lin; ZHAO, Jian-Ping; HU, Yi; CHENG, Zhen-Shun; LIU, Lin-Lin; QIAN, Zhao-Hui; QIN, Chuan; JIN, Qi; CAO, Bin; WANG, Jian-Wei. Identification of a novel

A Covid-19 é uma doença viral e complexa que pode causar pneumonia viral e, em alguns casos, é ocasionada pela resposta imune do indivíduo, podendo evoluir para uma síndrome de desconforto respiratório, isto é, para uma doença multissistêmica com envolvimento predominantemente endotelial. A doença evolui em fases e os sintomas e prognóstico dependem da fase em que o paciente se encontra. Diante desse cenário de incerteza clínica, o diagnóstico precoce com tratamento adequado em estágios iniciais é importante para tentar evitar a progressão da doença.¹²

O ataque violento da síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2, Covid-19, dominou o mundo em uma pandemia e desafiou a cultura, a economia e a infraestrutura de saúde de sua população. A doença foi dividida em três fases, para uma melhor compreensão e tratamento: fase I (leve) – estágio de replicação viral; fase II (moderada) – estágio inflamatório com envolvimento pulmonar e que se subdivide em fase IIA (sem hipóxia) e IIB (com hipóxia); e Fase III (grave) – estágio de hiperinflamação sistêmica.¹³

A transmissão dos coronavírus costuma ocorrer pelo ar ou através do contato pessoal com secreções contaminadas, tais como: gotículas de saliva, espirro, tosse e catarro. Além de contato pessoal próximo, como: toque ou aperto de mão, contato com objetos ou superfícies contaminadas, seguido de contato com a boca, nariz ou com os olhos. O período médio de incubação por coronavírus é de cinco dias, com intervalos que chegam até doze dias, pois é o período em que os primeiros sintomas levam para aparecer desde a infecção. A transmissibilidade dos pacientes infectados por SARSCoV-2 é, em média, de sete dias após o início dos sintomas. No entanto, dados preliminares do coronavírus sugerem que a transmissão possa ocorrer mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas.¹⁴

Na Covid-19, os fatores de risco conhecidos para a deterioração rápida, doença grave e/ou aumento na mortalidade são: idade avançada, ou seja, maior que sessenta anos, doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão, diabetes mellitus, doença cardíaca, doença pulmonar crônica, doença cerebrovascular, doença renal crônica, imunossupressão e câncer, além de outros fatores como o tabagismo.¹⁵

coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive study. *Chinese Medical Journal*, [s.l.], v. 133, n. 9, p. 1015-1024, 2020. [online]. p. 1016-1017.

¹² BARJUD, Marina B. COVID 19, uma doença sistêmica. *Revista da FAESF*, Florianópolis, v. 4, n. 19, p. 4-10, 2020. [online]. p. 4.

¹³ SIDDIQI, Hasna K.; MEHRA, Mandeep R. COVID-19 illness in native and immunosuppressed states: a clinical-therapeutic staging proposal. *The Journal of heart and lung transplantation*, [s.l.], v. 39, n. 5, p. 405-407, 2020. [online]. p. 406-407.

¹⁴ CORONAVÍRUS [Site institucional]. [s.d.]. [online]. [n.p.].

¹⁵ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Manejo clínico da COVID-19: orientação provisória 27 de maio de 2020*. [s.l.]: OPAS, 2020. [online]. p. 13.

Os sintomas mais comuns são febre, cefaleia, fadiga e tosse seca e os mais raros incluem a produção de expectoração, cefaleia, hemoptise, diarreia, anorexia, dor de garganta, dor no peito, calafrios, náuseas e vômitos. Também foram relatadas desordens olfativas e gustativas – anosmia e ageusia – autorreferidas, que passaram a ser um importante marcador da doença, assim como o surgimento súbito de diarreia, sem explicação plausível, em especial associada à lombalgia/dor dorsal.¹⁶

A maioria das pessoas apresentou sinais de doenças após um período de incubação de 1 a 14 dias – mais comumente em torno de 5 dias. A dispneia e a pneumonia, quando ocorrem, se desenvolvem dentro de um tempo médio de 8 dias, a partir do início da doença. Uma característica marcante da Covid-19 é a hipóxia silenciosa, em que o paciente apresenta baixas saturações periféricas de oxigênio sem demonstrar dispneia, o que é atribuído, em parte, às alterações neurológicas causadas pelo vírus.¹⁷

Embora a maioria das pessoas com Covid-19 desenvolva somente doença leve (40%) ou moderada (40%), aproximadamente 15% desenvolvem doença grave, que exige suporte com oxigênio, e 5% tem doença crítica com complicações como insuficiência respiratória, síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), sepse e choque séptico, tromboembolismo e/ou falência múltipla de órgãos, incluindo lesão hepática, renal ou cardíaca aguda.¹⁸ Os coronavírus são vírus envelopados, esféricos, com genoma composto por uma molécula de ácido ribonucleico (RNA), fita simples e não segmentado, de polaridade positiva. Suas proteínas estruturais são glicoproteína de espícula, do inglês *Spike*, (S), proteína de membrana (M), proteína de envelope (E) e proteína de nucleocapsídeo (N). Devido à presença de projeções pontiagudas do envelope do vírus, que sob microscopia eletrônica lhe dão forma de coroa, foi denominado *corona*, do latim.¹⁹

O SARS-CoV-2 é um vírus representado por uma única molécula de RNA positivo, que pode ser lido diretamente pelas estruturas celulares. Na superfície do vírus, a glicoproteína de espícula ou *Spike*, reconhecida como proteína S, permite a sua entrada na célula hospedeira, pela ligação ao receptor celular e à fusão da membrana. E a proteína N, do nucleocapsídeo viral, regula o processo de replicação viral. A figura a seguir mostra uma representação da

¹⁶ ZIMERMAN, Ricardo A.; SOUZA, Bruno C.; COSTA, Rute A. P.; ALVES, Francisco E. C. *As evidências científicas acerca do atendimento integral das pessoas acometidas com a Covid-19: o estado da arte atual, com ênfase no tratamento na fase inicial (replicação viral) da doença*. São Paulo: [s.n.], 2021. [online]. p. 19.

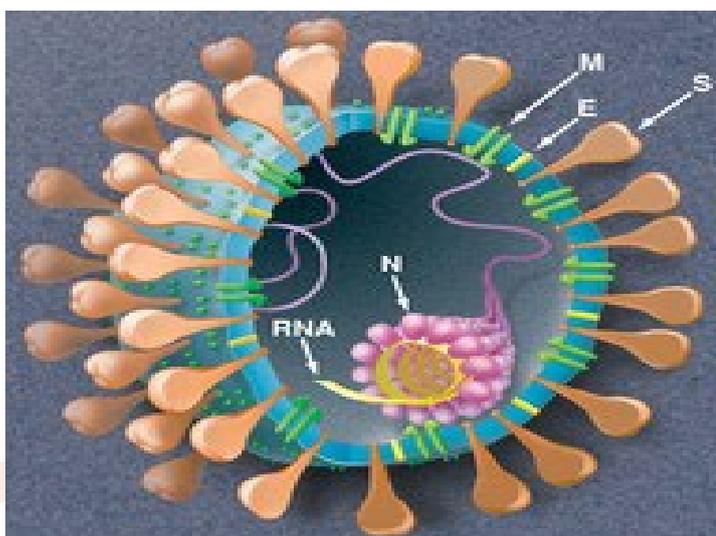
¹⁷ ZIMERMAN; SOUZA; COSTA; ALVES, 2021, p. 20.

¹⁸ OPAS, 2020, p. 9.

¹⁹ HELMY, Yosra A.; FAWZY, Mohamed; ELASWAD, Ahmed; SOBIEH, Armed; KENNEY, Scott P.; SHEHATA, Awad A. The COVID-19 pandemic: a comprehensive review of taxonomy, genetics, epidemiology, diagnosis, treatment, and control. *Journal of Clinical Medicine*, Basel, v. 9, n. 4, p. 1-29, 2020. [online]. p. 9.

organização do coronavírus que se assemelha a estrutura do SARS-Cov-2, em que M é a membrana lipídica, S é a espícula de contato do vírus com receptores celulares, a proteína S, e E é o envoltório glicoproteico, RNA é o material genético viral, N o capsídeo proteico.²⁰ Observe:

Figura 1. Um modelo da estrutura do Coronavírus mostrando a organização das glicoproteínas: *Spike* (S), membrana (M) e envelope (E). O RNA é protegido por um capsídeo helicoidal de monômeros de Proteína N²¹



No início da infecção, o SARS-CoV-2, através da proteína viral estrutural *Spike* (S), entra em contato com o receptor celular proteico, a enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2).²² Com a ligação de ambas as proteínas, a do vírus e a do receptor ACE2, o vírus pode invadir a célula, através da fusão da membrana lipídica do vírus com a membrana plasmática celular. Com a entrada do material genético viral na célula hospedeira, uma vesícula celular é formada, o endossomo, onde o vírus é retido e multiplicado. Novas moléculas de RNA positivo são produzidas dentro dos endossomos graças às enzimas replicases existentes no vírus ingressante e são liberadas. Assim, a síntese das proteínas virais acontece.²³

A molécula de RNA negativo, que é transitória e produzida a partir da molécula de RNA positivo, atua como modelo para a produção de inúmeras cópias de RNA positivo idêntico ao original. Formam-se os vírions pela inclusão das moléculas de RNA positivo em capsídeos

²⁰ UZUNIAN, Armênio. Coronavírus SARS-CoV-2 e Covid-19. *Revista Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, [s.l.], v. 56, p. 1-4, 2020. [online]. p.1.

²¹ HOLMES, Kathryn V.; ENJUANES, Luis. The SARS coronavirus: a postgenomic era. *Journal Science*, [s.l.], v. 300, n. 5624, p. 1377-78, 2003. [online]. p. 1377.

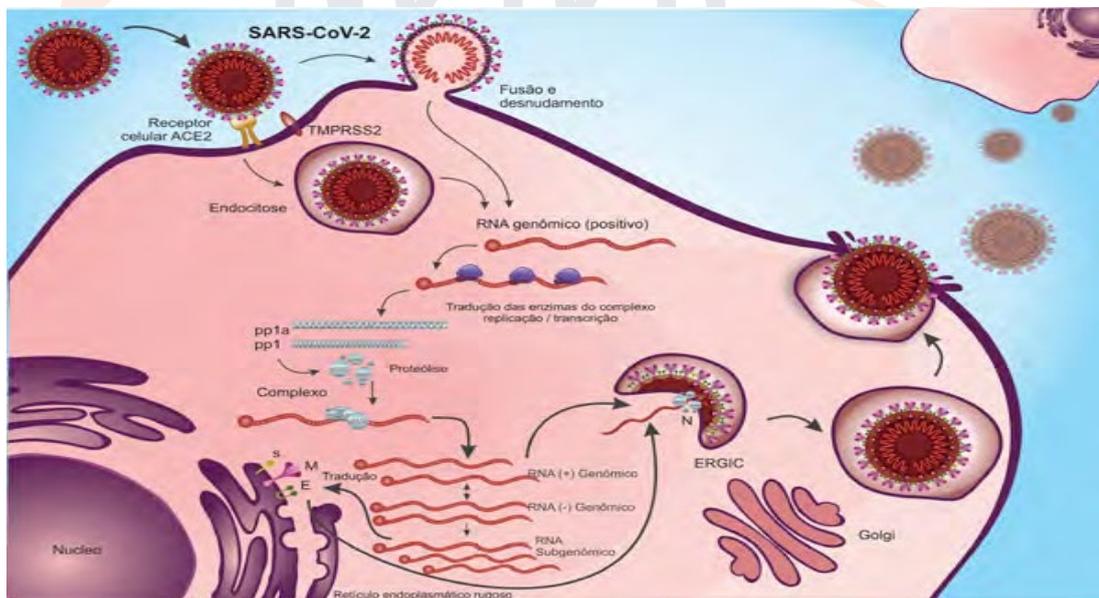
²² ACE2 é uma proteína transmembrana expressa na superfície de diversas células do corpo. Essa proteína é um homólogo da ACE, responsável pela regulação da pressão arterial dentro do Sistema Renina-Angiotensina. Enquanto a ACE faz vasoconstrição e conseqüente aumento da pressão arterial, a ACE2 promove a vasodilatação e diminui a mesma. Dessa forma é feita a regulação do Sistema Renina-Angiotensina. ACE2: Conheça a proteína presente em nosso organismo que facilita entrada do SARS-Cov-2, acessando: BIOEMFOCO [Site institucional]. 23 abr. 2020. [online]. [n.p.].

²³ UZUNIAN, 2020, p. 1-3.

proteicos. Os vírions, com seus capsídeos e espículas proteicas, ao se aproximarem da membrana plasmática celular, totalmente desgastada, são envolvidos por uma bicamada lipídica, provavelmente originada da membrana plasmática da célula hospedeira, que se abre ao final do processo, liberando grande quantidade de vírus para o exterior.²⁴

O SARS-CoV-2 depende da serina protease TMPRSS2, uma enzima celular, que possui a capacidade de clivar e ativar a proteína S, permitindo que o vírus se ligue ao receptor da ACE2. Essa ação é essencial para a disseminação viral e patogênese no hospedeiro que foi infectado. A serina protease transmembrana tipo 2 (TMPRSS2), presente na célula hospedeira, promove a captação viral, clivando ACE2 e ativando a proteína SARS-CoV-2 S, que medeia a entrada do coronavírus nas células hospedeiras.²⁵ A figura abaixo mostra, através de uma representação esquemática, a ligação do SARS-CoV-2 ao receptor ACE2 da célula-alvo, a fusão do envelope viral à membrana plasmática e a entrada do RNA genômico. Dentro do citoplasma celular ocorre uma replicação do RNA viral e se formam os vírions, que depois são excitados e disseminados no organismo.²⁶

Figura 2. Replicação e morfogênese do coronavírus²⁷



²⁴ UZUNIAN, 2020, p. 1-3.

²⁵ HOFFMANN, Markus; KLEINE-WEBER, Hannah; SCHOEDER, Simon S.; KRÜGER, Nadine; HERRLER, Tanja; ERICHSEN, Sandra; SCHIERGENS, Tobias S. S.; HERRLER, Georg; WU, Nai-Huei; NITSCHKE, Andreas; MÜLLER, Marcel A.; DROSTEN, Christian; PÖHLMANN, Stefan P. SARS-CoV-2 cell entry depends on ACE2 and TMPRSS2 and is blocked by a clinically proven protease inhibitor. *Journal Cell*, [s.l.], v. 181, n. 2, p. 271-280, 2020. [online]. p. 271-273.

²⁶ BORGES, Alessandra A.; SUZUKAWA, Andreia A.; ZANLUCA, Camila; SANTOS, Claudia N. D. SARS-CoV-2: origem, estrutura, morfogênese e transmissão. In: BARRAL-NETTO, M.; BARRETO, M. L.; PINTO JUNIOR, E. P.; ARAGÃO, E. (orgs.). *Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais*. Salvador: Edufba, 2020. p. 13.

²⁷ BORGES; SUZUKAWA; ZANLUCA; SANTOS, 2020, p. 13.

Semelhante a outras doenças virais respiratórias, como a gripe, a linfopenia profunda pode ocorrer em pessoas com Covid-19 quando o SARS-CoV-2 infecta e mata células de linfócitos T. Além disso, a resposta inflamatória viral, que consiste tanto na resposta imune inata quanto na adaptativa – compreendendo imunidade humoral e mediada por células –, prejudica a linfopoiese e aumenta a apoptose dos linfócitos.²⁸ Essa primeira fase da doença corresponde ao contato inicial com o vírus, a entrada dele nas células e a replicação viral.

Parâmetros como linfopenia, eosinocitopenia, trombocitopenia, aumento de lactato desidrogenase, troponina I, proteína C reativa ultrasensível, D dímero, além de baixos níveis de zinco e vitamina D estão associados à gravidade das manifestações.²⁹ A doença evolui em fases sucessivas com um quadro agudo na fase virológica inicial e,³⁰ em alguns pacientes, uma fase posterior caracterizada por uma manifestação inflamatória e coagulopatia não controlada, a chamada “tempestade de citocinas”, que pode resultar em síndrome da angústia respiratória aguda (SRAG).³¹

Quando a replicação viral acelera, a integridade da barreira epitelial-endotelial fica comprometida. Além das células epiteliais, o SARS-CoV-2 infecta as células endoteliais dos capilares pulmonares, acentuando a resposta inflamatória. Na tomografia computadorizada do pulmão aparecem opacidades em vidro fosco, devido a infiltrados inflamatórios mononucleares intersticiais e edema, que preenchem os espaços alveolares com formação de membrana hialina, compatível com síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) de fase inicial. A ruptura da barreira endotelial, a transmissão alveolar-capilar disfuncional de oxigênio e a capacidade de difusão de oxigênio prejudicada são características da Covid-19.³² Na segunda fase da doença, ocorre uma tempestade inflamatória que corresponde à inflamação disseminada no

²⁸ WIERSINGA, Willem J.; RHODES, Andrew; CHENG, Allen C. C.; PEACOCK, Sharon J.; PRESCOTT, Hallie C. Pathophysiology, transmission, diagnosis, and treatment of coronavirus disease 2019 (COVID-19): a review. *Journal Jama*, [s.l.], v. 324, n. 8, p. 782-793, 2020. [online]. p. 783.

²⁹ RODRIGUEZ-MORALES, Alfonso J.; CARDONA-OSPINA, Jaime A.; GUTIÉRREZ-OCAMPO, Estefanía; VILLAMIZAR-PEÑA, Rhuvi; HOLGUIN-RIVERA, Yeimer; ESCALERA-ANTEZANA, Juan Pablo; ALVARADO-ARNEZ, Lucia E.; BONILLA-ALDANA, D. K.; FRANCO-PAREDES, Carlos; HENAO-MARTINEZ, Andrés F.; PANIZ-MONDOLFI, Alberto; LAGOS-GRISALESA, Guillermo J.; RAMÍREZ-VALLEJO, Eduardo; SUÁREZ, Jose A.; ZAMBRANOS, Lysien I.; VILLAMIL-GÓMEZ, Wilmer E.; BALBIN-RAMONE, Graciela J.; RABAANW, Ali A.; HARAPAN, Harapan; DHAMA, Kuldeep; NISHIURA, Hiroshi; KATAOKA, Hiromitsu; AHMAD, Tauseef; SAH, Ranjit. Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Journal Travel Medicine and Infectious Disease*, [s.l.], v. 34, n. 101623, p. 1-13, 2020. [online]. p. 4-7.

³⁰ LEVI, Marcel; THACHIL, Jecko; IBA, Toshiaki; LEVY, Jerrold H. Coagulation abnormalities and thrombosis in patients with COVID-19. *Journal Lancet Haematol*, [s.l.], v. 7, n. 6, p. 438-440, 2020. [online]. p. 438-439.

³¹ LEVI; THACIL; IBA; LEVY, 2020, p. 438-439.

³² DIAS FILHO, Alberto. COVID-19: fisiopatologia, transmissão, diagnóstico e tratamento da doença de Coronavírus 2019 (uma revisão). In: ANAD [Site institucional]. 13 jul. 2020. [online]. [n.p.].

endotélio e à exacerbação da resposta inflamatória. A segunda fase é dividida em IIA, sem hipóxia, e IIB, com hipóxia. Na fase IIB, observa-se dessaturação de oxigênio na oximetria.

Na Covid-19 grave,³³ ocorre ativação fulminante da coagulação e consumo de fatores de coagulação com alta prevalência de casos de coagulação intravascular difusa.³⁴ Tecidos pulmonares inflamados e células endoteliais pulmonares podem resultar na formação de microtrombos e contribuir para a alta incidência de complicações trombóticas, como trombose venosa profunda, embolia pulmonar e complicações arteriais trombóticas – por exemplo, isquemia de membro, acidente vascular cerebral isquêmico, infarto do miocárdio – em pacientes doentes críticos.³⁵ O desenvolvimento de sepse viral, definida como disfunção orgânica com risco de vida, causada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção, pode contribuir ainda mais para a falência de múltiplos órgãos.³⁶ Na terceira fase, há uma coagulação intravascular disseminada que pode comprometer vários órgãos bem como aumentar as chances de uma infecção bacteriana secundária, sendo mais difícil a recuperação do/a doente além da necessidade de ventilação mecânica pulmonar.

O panorama atual da doença ainda é desafiador e se considera que, neste momento, início de 2021, esteja na segunda onda. A Universidade Johns Hopkins, nos Estados Unidos, faz o monitoramento em tempo real da Covid-19. Em 01 de março de 2021, de acordo com o *site*, em todo o mundo, mais de 114 milhões de pessoas foram infectadas pelo Covid-19 e houve mais de 2,5 milhões de mortes. Para atualização dos dados, em março de 2022, contexto da entrega definitiva desta pesquisa, mais de 488 milhões de pessoas foram infectadas em todo o mundo e mais de 6 milhões de mortes foram registradas em virtude da Covid-19.³⁷

No Brasil, a transmissão comunitária da doença pelo coronavírus 2019 – Covid-19 –, em todo o território nacional, foi declarada em 20 de março de 2020.³⁸ Em primeiro de março de 2021, mas com dados do dia anterior, 28 de fevereiro, de acordo com o *site* do governo

³³ TANG, Ning; LI, Dengju; WANG, Xiong; SUN, Ziyong. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia. *Journal Thromb Haemost*, [s.l.], v. 18, n. 4, p. 844-847, 2020. [online]. p. 845.

³⁴ THACHIL, Jecko; TANG, Ning; GANDO, Satoshi; FALANGA, Anna; CATTANEO, Marco; LEVI, Marcel; CLARK, Cary; IBA, Toshiaki. ISTH interim guidance on recognition and management of coagulopathy in COVID-19. *Journal Thromb Haemost*, [s.l.], v. 18, n. 5, p. 1023-1026, 2020. [online]. p. 1023.

³⁵ KLOKA, F. A.; KRUIPB, M. J. H. A.; MEERE, N. J. M.; ARBOUSD, M. S.; GOMMERSE D. A. M. P. J.; KANTF, K. M.; KAPTEINA, F. H. J.; PAASSEND, J.; STALA, M. A. M.; HUISMANA, M.V.; ENDEMA, H. Incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19. *Journal Thrombosis Research*, [s.l.], v. 191, p. 145-147, 2020. [online]. p. 145-146.

³⁶ WIERSINGA; RHODES; CHENG, 2020, p. 783.

³⁷ Sabe-se que a pandemia ainda está em curso e que os dados aqui registrados são dinâmicos, sendo atualizados diariamente. Para atualização das informações sobre a Covid-19, o leitor e a leitora podem acessar, por exemplo: JOHNS HOPKINS [Site institucional]. [s.d.]. [online]. [n.p.].

³⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020, p. 7.

federal, houve mais de 10 milhões e 500 mil casos confirmados e mais de 254 mil óbitos registrados. No Brasil, os dados atualizados mostram que mais de 29 milhões de pessoas foram infectadas pela Covid-19 e mais de 659 mil óbitos foram confirmados.³⁹ No Estado do Espírito Santo, mais de 326 mil casos foram confirmados e mais de 6 mil óbitos foram registrados. No município de Vitória, mais de 36 mil casos teriam sido confirmados e 699 óbitos apontados. No Estado do Espírito Santo, os dados atualizados registram mais de 1 milhão de casos confirmados da doença, além de mais de 14 mil óbitos. Em relação ao município de Vitória, os registros apontam para mais de 107 mil casos confirmados e mais de 1000 óbitos pela Covid-19.⁴⁰

No Brasil, o Supremo Tribunal Federal (STF) determinou, desde o início da pandemia, que cada governador decidiria sobre as ações contra a doença dentro dos seus próprios Estados. Os governadores têm investido na aquisição de equipamentos de ventilação mecânica pulmonar e de equipamentos para o atendimento dos/as pacientes a nível hospitalar, na abertura de leitos, hospitais de campanha e definindo regras de isolamento social, quarentena e *lockdown*.

Além disso, cada prefeito tem autonomia para definir as ações, de acordo com suas realidades. Alguns municípios no Brasil definiram estratégias de prevenção e tratamento da doença, através de protocolos de medicamentos, para prevenir formas mais graves da doença e de tratamento médico precoce, realizando o acolhimento do/a doente, desde os primeiros sintomas e monitorando, dia a dia, tratando cada fase da doença, de acordo com os sintomas dos/as pacientes. Em outros municípios, os/as pacientes são orientados a procurar o médico quando tiver falta de ar. No atendimento médico, cada um tem autonomia de seguir ou não os protocolos dos municípios.

O Governo Federal é responsável pela distribuição de vacinas compradas a nível central e liberadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), além dos repasses financeiros aos Estados. No final do mês de janeiro de 2021, iniciou-se a vacinação, em nível nacional, com a distribuição e gestão dentro de cada Estado e município, o que tem trazido esperança para o futuro.

Denominado por médicos/as brasileiros/as de tratamento precoce, acolhimento precoce ou tratamento imediato, a abordagem precoce de tratamento consiste em acolher o paciente nos primeiros sinais e sintomas da Covid-19, iniciando uma terapêutica medicamentosa e utilizando fármacos reposicionados de segurança comprovada há anos e que se mostram promissores em testes de laboratório e em observação clínica. Existem vários estudos em análise, mas, devido à emergência em saúde pública, os/as médicos/as começaram a acolher os/as pacientes desde o

³⁹ CORONAVÍRUS BRASIL [Site institucional]. [s.d.]. [online]. [n.p.].

⁴⁰ CORONAVÍRUS, [s.d.], [n.p.].

início dos sintomas e a medicá-los após avaliação adequada por meio de anamnese, exame físico, exames complementares e o diagnóstico clínico e laboratorial da doença. O/A paciente é orientado quanto ao tratamento e preenche um termo de consentimento livre e esclarecido após ser informado sobre todo o tratamento proposto. O/A médico/a acompanha o paciente durante toda a doença, prescrevendo medicamentos apropriados para cada fase da Covid-19.

As vacinas são utilizadas há anos como formas de prevenção de inúmeras doenças. Várias doenças deixaram de acometer a população humana desde que se iniciaram as campanhas de imunização, tanto em crianças como em adultos. No Brasil, as vacinas são utilizadas com segurança e fazem parte do calendário anual de imunização, de acordo com a faixa etária e das doenças que se deseja prevenir. A pandemia da Covid-19 gerou uma necessidade urgente de produção de vacinas. O investimento em novas tecnologias, a dedicação dos pesquisadores e o aporte financeiro para custear a fabricação das vacinas, permitiu que os laboratórios as fizessem de maneira mais rápida que a habitual. O mundo inteiro iniciou vacinação em massa da população, utilizando vacinas com tecnologias diversas, na tentativa de conter a pandemia.

Por isso, a próxima seção aborda sobre dois temas que ainda não se tem consenso, por parte dos/as profissionais da saúde, inclusive entre os médicos, os gestores e a população, que são a *abordagem precoce* e as *vacinas na Covid-19*.

1.2 Abordagem precoce e as vacinas na Covid-19

Os princípios da Bioética devem ser analisados para resolver dilemas éticos sobre atendimentos ou tratamentos de saúde. Partindo dos princípios da Bioética, que são a autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça,⁴¹ os/as médicos/as iniciaram o processo de tratamento a pacientes acometidos pelo novo coronavírus, desde os primeiros sintomas, motivados por pesquisas clínicas e observacionais com fármacos utilizados há anos com segurança. Esse tratamento utiliza medicamentos com efeitos antivirais e anti-inflamatórios no tratamento da Covid-19. Ao médico, o direito a autonomia quanto ao tratamento do seu paciente é garantido pelo código de ética médica.⁴²

⁴¹ DURAND, Guy. *Introdução geral à bioética: história, conceitos e Instrumentos*. 2. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007. p. 143-146.

⁴² CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, ed. 211, p. 179, 01 nov. 2018. [online]. [n.p.].

Qualquer terapia que consiga precocemente diminuir a carga viral circulante na pessoa infectada, bem como bloquear o máximo possível a cascata inflamatória gerada pela infecção, pode garantir maiores chances de sucesso terapêutico e prevenção ou mitigação de danos ao organismo humano atacado.⁴³ Uma estratégia potencial para o tratamento da Covid-19 é o reposicionamento de drogas antigas para uso como tratamento antiviral, porque o conhecimento sobre o perfil de segurança, os efeitos colaterais, a posologia e as interações medicamentosas são bem conhecidos.⁴⁴

O conceito *one drug, multiple viroses* – uma droga, múltiplos vírus –, existente há mais de 50 anos, recebeu novo ímpeto com recentes surtos de Ebola, Zika, Dengue, Influenza e outras infecções virais, através da descoberta de agentes antivirais de amplo espectro. Ou seja, pequenas moléculas que inibem uma ampla gama de vírus humanos, dirigidos ao hospedeiro, utilizando o desenvolvimento de metodologia de reaproveitamento de medicamentos. Existem vantagens significativas dessa estratégia sobre a descoberta de novos medicamentos, uma vez que já estão disponíveis todas as etapas desde a síntese química, processos de fabricação, segurança confiável e propriedades farmacocinéticas em fases pré-clínicas – modelo animal – e de desenvolvimento clínico inicial.⁴⁵

O reaproveitamento tem vantagens significativas sobre a descoberta de novos medicamentos, pois já passou pelas etapas científicas pelas quais uma droga deve passar antes da sua utilização. Portanto, o reaproveitamento de drogas lançadas ou mesmo falhadas para doenças virais fornece oportunidades de utilização de novas maneiras, incluindo maior probabilidade de sucesso no mercado em comparação com o desenvolvimento de novos medicamentos e vacinas específicas para vírus e uma redução significativa do custo e do cronograma para disponibilidade clínica.⁴⁶

Tornou-se extremamente necessária a definição de um tratamento eficaz e, no atual contexto da pandemia, há urgência mundial por uma terapia antiviral segura capaz de tratar casos confirmados como também reduzir as complicações e a mortalidade, bem como o consumo de recursos de saúde. Os primeiros estudos publicados testaram drogas anteriormente propostas para o tratamento de doenças virais, incluindo surtos anteriores por outros

⁴³ ZIMERMAN; SOUZA; COSTA; ALVES, 2021, p. 21.

⁴⁴ COLSON, Philippe; ROLAIN, Jean-Marc; RAOULT, Didier. Chloroquine for the 2019 novel coronavirus SARS-CoV-2. *International Journal of Antimicrobial Agents*, [s.l.], v. 55, n. 3, p. 1-2, 2020. [online]. p. 1.

⁴⁵ ANDERSEN, Petter I.; IANVSK, Aleksandr; LYSVAND, Hilde; VITKAUSKIENE, Astra; OKSENYCH, Valentyn; BJORÅS, Magnar; TELLING, Kaidi; LUTSARD, Irja; DUMPIS, Uga; IRIE, Yasuhiko; TENSON, Tanel; KANTELE, Anu; KAINOV, Denis E. Discovery and development of safe-in-man broad-spectrum antiviral agents. *International Journal of Infectious Diseases*, [s.l.], v. 93, p. 268-276, 2020. [online]. p. 268.

⁴⁶ ANDERSEN; IANVSK; LYSVAND; VITKAUSKIENE; OKSENYCH; BJORÅS; TELLING; LUTSARD; DUMPIS; IRIE; TENSON; KANTELE; KAINOV, 2020, p. 268.

coronavírus, como o SARS-CoV-1 e MERS-CoV, destacando-se a cloroquina e seu análogo a hidroxicloroquina – um antigo medicamento antimalárico –, associados ou não à Azitromicina e outras medicações antivirais,⁴⁷ em pacientes com Covid-19.⁴⁸

Já no início de 2020, estudos foram realizados na China, França e Itália, analisando efeitos farmacológicos, metabolismo, distribuição e mecanismos toxicológicos das medicações, além de estudos *in vitro* e opinião de especialistas. Apenas dois estudos em humanos foram publicados, sendo um realizado na França, por Gautret e colaboradores, e outro realizado na China, por Chen e colaboradores, que tiveram resultados positivos no efeito antiviral, com o uso das medicações analisadas – Cloroquina/Hidroxicloroquina e Azitromicina – mas, que possuíam limitações metodológicas.⁴⁹

Diante dos questionamentos a respeito do tratamento precoce, o Conselho Federal de Medicina (CFM), através do parecer CFM nº 4/2020, de 16 de abril de 2020, propôs considerações em relação a um dos primeiros medicamentos utilizados no início da pandemia, a Cloroquina e a Hidroxicloroquina. No parecer, o CFM propõe que, em condições excepcionais, deve-se considerar o uso da cloroquina e da hidroxicloroquina para o tratamento da Covid-19,⁵⁰ isoladamente ou associados a antibióticos. Propõe também que, apesar de haver justificativas para a utilização desses medicamentos como suas ações comprovadamente anti-inflamatórias e contra outros agentes infecciosos, bem como seu baixo custo e o perfil de efeitos colaterais serem bem conhecidos, não existem – até o momento – estudos clínicos de boa qualidade que comprovem sua eficácia em pacientes com Covid-19.⁵¹

O CFM, com base nos conhecimentos existentes, propõe: considerar o uso em pacientes com sintomas leves no início do quadro clínico em que tenham sido descartadas outras viroses – como influenza, H1N1, dengue – e que tenham confirmado o diagnóstico de Covid-19;

⁴⁷ GAUTRE, Philippe; LAGIER, Jean-Christophe; PAROLAA, Philippe; HOANGA, Van Thuan; MEDDEBA, Line; MAILHEA, Morgane; DOUDIER, Barbara; COURJONE, Johan; GIORDAMENGO, Valérie; VIEIRAA, Vera Esteves; DUPONT, Hervé Tissot HONORÉI, Stéphane; COLSONA, Philippe; CHABIÈREA, Eric; SCOLAA, Bernard; ROLAINA, Jean-Marc; BROUQUI, Philippe; RAOULT, Didier. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an openlabel non-randomized clinical trial. *International Journal Antimicrobial Agents*, [s.l.], v. 56, n. 1, p. 1-6, 2020. [online]. p. 2-5.

⁴⁸ VINCENT, Martin J.; BERGERON, Eric; BENJANNET, Suzanne; ERICKSON, Bobbie R.; ROLLIN, Pierre E.; KSIAZEK, Thomas G.; SEIDAH, Nabil G.; NICHOL, Stuart T. Chloroquine is a potent inhibitor of SARS coronavirus infection and spread. *Virology Journal*, [s.l.], v. 2, n. 69, p. 1-10, 2005. [online]. p. 8-9.

⁴⁹ IMOTO, Aline M.; GOTTEMS, Leila B. D.; BRANCO, Huara P. C.; SANTANA, Levy A.; MONTEIRO, Otávio L. R.; FERNANDO, Sérgio E. S.; AMORIM, Fábio F. A. Cloroquina e hidroxicloroquina no tratamento da COVID-19: sumário de evidência. *Revista Comunicação em Ciências da Saúde*, [s.l.], v. 31, p. 17-30, 2020. [online]. p. 22-28.

⁵⁰ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Parecer CFM nº 4/2020, de 16 de abril de 2020*. [Estabelece critério para o tratamento de pacientes portadores de COVID-19, com cloroquina e hidroxocloroquina]. Brasília: CFM. [online]. p. 5.

⁵¹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020, p. 1-5.

considerar o uso em pacientes com sintomas importantes, mas ainda não com necessidade de cuidados intensivos, com ou sem necessidade de internação; considerar o uso compassivo em pacientes críticos, recebendo cuidados intensivos incluindo ventilação mecânica, uma vez que é difícil imaginar que em pacientes com lesão pulmonar grave estabelecida e, na maioria das vezes, com resposta inflamatória sistêmica e outras insuficiências orgânicas, a hidroxicloroquina ou a cloroquina possam ter um efeito clinicamente importante. Tudo isso, sempre a critério do médico assistente, em decisão compartilhada com o/a paciente, sendo ele obrigado a relatar ao doente que não existe até o momento nenhum trabalho que comprove o benefício do uso da droga para o tratamento da Covid-19, explicando os efeitos colaterais possíveis, obtendo o consentimento livre e esclarecido do paciente ou dos familiares, quando for o caso. O parecer conclui afirmando que o princípio que deve, obrigatoriamente, nortear o tratamento do/a paciente portador da Covid-19 deve se basear na autonomia do/a médico/a e na valorização da relação médico-paciente, sendo esta a mais próxima possível com o objetivo de oferecer ao doente o melhor tratamento médico disponível no momento.⁵²

O Ministério da Saúde, através da nota informativa nº 17, SE/GAB/MS, de 11 de agosto de 2020, em substituição de outras duas notas anteriores, com o objetivo de ampliar o acesso dos/as pacientes ao tratamento medicamentoso no âmbito do SUS, dá orientações para manuseio medicamentoso precoce de pacientes adultos, pediátricos, gestantes e puérperas com diagnóstico de Covid-19, conforme a classificação dos sinais e sintomas de cada fase da doença e orientando a prescrição e a dosagem das medicações Cloroquina, Hidroxicloroquina, Azitromicina, Oseltamivir e outras notas. Está claro na nota técnica que, apesar de serem medicações utilizadas em diversos protocolos e de possuírem atividade *in vitro* demonstrada contra o coronavírus, não havia, até aquele momento, meta-análises de ensaios clínicos multicêntricos, controlados, cegos e randomizados que comprovassem o benefício inequívoco dessas medicações para o tratamento da Covid-19. Por isso, ficaria a critério do médico a prescrição, sendo necessária, também, a vontade declarada do paciente.⁵³ O tratamento já estava sendo preconizado por médicos/as e hospitais da rede privada, além de estar sendo realizado em alguns municípios brasileiros com protocolos bem estabelecidos, baseados na experiência clínica dos/as profissionais médicos/as e no consentimento dos/as pacientes.

⁵² CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020, p. 6-7.

⁵³ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Nota informativa nº 17/2020 – SE/GAB/SE/MS, de 11 de agosto de 2020.* [Orientações do Ministério da Saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da COVID-19]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.[online]. p. 2-17.

Em 24 de fevereiro de 2021, em virtude das novas cepas da Covid-19, no Brasil, um grupo de pesquisadores brasileiros encaminhou ao Ministério Público Federal a nota técnica 001, ratificando a necessidade de acolhimento e tratamento imediato para a Covid-19 e acompanhamento do paciente. A rápida redução da carga viral e dos marcadores inflamatórios é o principal objetivo do tratamento inicial, pois esses eventos impactarão na redução de duração de sintomas, dias de internação e mortalidade. Nesse documento, os/as pesquisadores/as relatam que as medidas de tratamento farmacológico têm ação complementar às demais medidas de controle da pandemia atual, como as políticas de imunizações e as medidas não farmacológicas de controle – por exemplo, reforço de higienização de mãos e ambientes, o uso de máscara em locais fechados, não exposição a aglomerações e distanciamento social. Compreende-se que, em uma situação pandêmica grave, todas as medidas potencialmente úteis devem ser consideradas, desde que se respeite a autonomia do/a médico/a e o princípio ético universal da não-maleficência. Preocupados/as com a promoção do combate integral à doença, com o impacto da falta de assistência a outras doenças, com a cronificação dos casos de Covid-19 e com as alterações da saúde mental advindas da pandemia, esses/as pesquisadores/as encaminharam a nota técnica ao Ministério Público, contendo as principais alternativas de tratamento inicial da Covid-19 com as principais pesquisas científicas publicadas.⁵⁴

Em 2021, foram realizadas algumas pesquisas a partir do reaproveitamento de outros fármacos, tais como: os antiparasitários Ivermectina⁵⁵ e Nitazoxanida,⁵⁶ suplementação de vitamina D⁵⁷ e Zinco,⁵⁸ na fase I; o antiviral Remdesivir,⁵⁹ o anti-inflamatório usado para gota,

⁵⁴ ZIMERMAN; SOUZA; COSTA; ALVES, 2021, p. 5-12.

⁵⁵ KERR, Lucy; CADEGANI, Flávio A.; BALDI, Fernando; LOBO, Raysildo B.; ASSAGRA, Washington L. O.; PROENÇA, Fernando C.; KORY, Pierre; HIBBERD, Jennifer A.; CHAMIE-QUINTERO, Juan J. Ivermectin Prophylaxis used for COVID-19: a citywide, prospective, observational study of 223, 128 subjects using propensity score matching. *Journal Cureus*, [s.l.], v. 14, n. 1, p. 1-26, 2022. [online]. p. 19.

⁵⁶ ROCCO, Patricia R. M.; SILVA, Pedro L.; CRUZ, Fernanda F.; JUNIOR, Marco A. C. M.; TIerno, Paulo F. G. M. M.; MOURA, Marcos A.; OLIVEIRA, Luís F. G.; LIMA, Cristiano; SANTOS, Ezequiel A.; JUNIOR, Walter F.; FERNANDES, Ana P. S. M.; FRANCHINI, Kleber G.; MAGRI, Erick; MORAES, Nara F.; GONÇALVES, José M. J.; CARBONIERI, Melanie N.; SANTOS, Ivonise S.; PAES, Natália F.; MACIEL, Paula V. M.; ROCHA, Raissa P.; CARVALHO, Alex F.; ALVES, Pedro A.; MODENA, José L. P.; CORDEIRO, Artur T.; TRIVELLA, Daniela B. B.; MARQUES, Rafael E.; LUIZ, Ronir R.; PELOSI, Paolo; LAPA E SILVA, Jose Roberto. Early use of nitazoxanide in mild Covid-19 disease: randomized, placebocontrolled trial. *Journal MedRXIV*, [s.l.], v. 5, n. 3, p. 1-29, 2021. [online]. p. 13.

⁵⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Coronavírus Covid-19: vitamina D na prevenção e tratamento de pacientes com COVID-19*. Brasília: DGITIS; SCTIE, 2021a. [online]. [n.p.].

⁵⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Coronavírus Covid-19: Zinco na prevenção e tratamento de pacientes com COVID-19*. Brasília: DGITIS; SCTIE, 2021b. [online]. [n.p.].

⁵⁹ WHO, Solidarity T. C.; PAN, Hongchao; PETO, Richard; KARIM, Quarraicha A.; ALEJANDRIA, Marisa; RESTREPO, Ana M. R.; GARCÍA, César H.; KIENY, Marie-Paule; MALEKZADEH, Reza; MURTHY, Srinivas; PREZIOSI, M. P.; REDDY, S.; ROSES, M.; SATHIYAMOORTHY, V.; ROTTINGEN, J. A.;

Colchicina,⁶⁰ os corticosteroides Prednisolona oral,⁶¹ Dexametasona⁶² e Metilprednisolona,⁶³ os anticoagulantes como a Enoxaparina/Heparina,⁶⁴ antiandrogênicos como a Proxalutamida,⁶⁵ anticorpo monoclonal, como o Tocilizumabe,⁶⁶ na fase inflamatória IIA e IIB da Covid-19.

Uma das tarefas mais desafiadoras, no contexto das empresas biofarmacêuticas, é o desenvolvimento de vacinas e a fabricação de doses suficientes para induzir a imunidade do rebanho, devido à complexidade dos produtos. Nas últimas décadas, novas tecnologias de plataforma de vacinas foram desenvolvidas graças aos avanços em biologia molecular e vacinologia.⁶⁷ Os programas de imunização, além de fornecer proteção individual, também visam à chamada *imunidade populacional* ou de *rebanho*, que é a imunização de uma grande proporção da população para proteger os indivíduos não vacinados, imunologicamente virgens

SWAMINATHAN, S. Repurposed antiviral drugs for COVID-19; interim WHO SOLIDARITY trial results. *Journal MedRxiv*, [s.l.], v. 384, n. 6, p. 497-511, 2021. [online]. p. 499.

⁶⁰ TARDIF, Jean-Claude; BOUABDALLAOUI, Nadia; PHILIPPE, L. L'Allier; GAUDET, Daniel; SHAH, Binita; PILLINGER, Michael H.; LOPEZ-SENDON, Jose; LUZ, Protasio; VERRET, Lucie; AUDET, Sylvia; DUPUIS, Jocelyn; DENAULT, André; PELLETIER, Martin; PHILIPPE, A. T.; SAMSON, Sarah; FORTIN, Denis; TARDIF, Jean-Daniel; BUSSEUIL, David; GOULET, Elisabeth; LACOSTE, Chantal; DUBOIS, Anick; JOSHI, Avni Y.; WATERS, David D.; HSUE, Priscilla; LEPOR, Norman E.; LESAGE, Frédéric; SAINTURET, Nicolas; ROY-CLAVEL, Eve; BASSECITCH, Zohar; ORFANOS, Andreas; GRÉGOIRE, Jean C.; BUSQUE, Lambert; LAVALLÉE, Christian; HÉTU, Pierre-Olivier; PAQUETTE, Jean-Sébastien; LEVESQUE, Sylvie; COSSETE, Mariève; NOZZA, Anna; CHABOT-BLANCHET, Malorie; DUBÉ, Marie-Pierre; GUERTIN, Marie-Claude; BOIVIN, Guy. Efficacy of Colchicine in Non-Hospitalized Patients with COVID-19. *Journal MedRxiv*, [s.l.], v. 27, n. 1, p. 1-22, 2021. [online]. p. 13.

⁶¹ ZEBALLOS, Roberto S.; cruz, Luciana N. L.; BRILHANTE, Vânia C. R.; LIMA, Adriana V.; MARTINS, Carliliane L. L. P.; LIMA, Karla N. A.; LEÃO, Michele C. G. L.; CRUZ, Belinete L.; DYSARZ, Alessandra B.; LOBATO, Paulo C. B.; ALMEIDA, Erika S.; COSTA, Rute A. P.; ARAÚJO, Klevison C.; ALMEIDA, Augusto C. C.; JUNIOR, Leônidas B. D.; HARADA, Kathia O.; ARAÚJO, Rita H. V. S.; PRESTES, Elaine X.; SOUZA, Ivete M. S.; PEREIRA, Avany M. P.; ROCHA, Antônio B. M. A.; ESTEVÃO, Iracema A.; CARVALHO, Fagnei I. C.; MELO, Paulo M. P. Resolutive results with oral corticosteroids for patients with COVID-19 in pulmonary inflammatory phase. Successful outpatient experience during the collapse of Belém do Pará Health System - Brazil. *Journal MedRxiv*, [s.l.], v. 27, n. 2, p. 3-12, 2021. [online]. p. 9.

⁶² NEJM. *Dexamethasone in hospitalized patients with Covid-19*. 17 jul. 2020. [online]. [n.p.].

⁶³ WU, C.; CHEN, X.; CAI, Y. Risk factors associated with acute respiratory distress syndrome and death in patients with coronavirus disease 2019 pneumonia in Wuhan, China. *Journal JAMA*, [s.l.], v. 180, n. 7, p. 934-943, 2020. [online]. p. 937.

⁶⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Coronavírus Covid-19: Enoxaparina para o tratamento de pacientes com COVID-19*. Brasília: CCATES, 2021c. [online]. p. 23.

⁶⁵ CADEGANI, Flávio A.; ZIMMERMAN, Ricardo A.; FONSECA, Daniel N.; CORREIA, Michael N.; MULLER, Marcio P.; BET, Diego L.; SLAVIERO, Marcio R.; ZARDO, Ivan; BENITES, Paulo R.; BARROS, Renan N.; PAULAIN, Raysa W.; ONETY, Dirce C.; ISRAEL, Karla C. P.; WAMBIER, Carlos G.; GOREN, Andy. Final results of a randomized, placebo-controlled, two-arm, parallel clinical trial of proxalutamide for hospitalized COVID-19 patients: a multiregional, joint analysis of the proxa-rescue androcov trial. *Journal Cureus*, [s.l.], v. 13, n. 12, p. 1-22, 2021. [online]. p. 15.

⁶⁶ XU, Xiaoling; HAN, Mingfeng; LI, Tiantian; SUN, Wei; WANG, Dongsheng; FU, Binqing; ZHOU, Yonggang; ZHENG, Xiaohu; YANG, Yun; LI, Xiuyong; ZHANG, Xiaohua; PAN, Aijun; WEI Haiming. Effective treatment of severe COVID-19 patients with tocilizumab. *Journal Proc Natl Acad Sci*, [s.l.], v. 117, n. 20, p. 1-16, 2020. [online]. p. 9.

⁶⁷ FREDERICKSEN, Lea S. F.; ZHANG, Yibang; FOGED, Camilla; THAKUR, Aneesh. The long road toward COVID-19 herd immunity: vaccine platform technologies and mass immunization strategies. *Journal Frontiers in Immunology*, [s.l.], v. 11, p. 1-26, 2020. [online]. p. 1-19.

e imunocomprometidos, reduzindo a porcentagem de hospedeiros vulneráveis a um nível abaixo do limite de transmissão.⁶⁸

O processo de produção vacinal tem várias fases com etapas pré-clínicas, realizadas em laboratórios, objetivando avaliação de dose e toxicidade, em geral, em modelos animais. Nos humanos, os ensaios clínicos são divididos em três etapas: a fase 1, que visa avaliar a segurança do produto; a fase 2 que avalia a segurança, dose e frequência de administração, e sua imunogenicidade; e a fase 3, que é a avaliação de eficácia do produto através de ensaios clínicos controlados, randomizados, envolvendo milhares de voluntários. Então, após a publicação científica dos dados, a vacina é submetida à avaliação pelas agências reguladoras, para posterior produção e distribuição. Finalmente, os estudos de fase 4, de pós-licenciamento, estimam os efeitos e eventos adversos após a utilização da vacina em larga escala na população alvo.⁶⁹

Tecnologias diversas estão sendo utilizadas na produção das vacinas da Covid-19, como o uso de vacinas virais – atenuadas ou inativadas –, vetores virais – replicantes e não replicantes –, vacinas proteicas – recombinantes ou de VLP, partículas semelhantes ao vírus –, além das terapias de nova geração, as vacinas genéticas - incluindo ácidos nucleicos DNA e RNA.⁷⁰

A maioria das vacinas estudadas para a Covid-19 visa induzir anticorpos neutralizantes contra as subunidades virais. A maior parte delas tem como alvo a região do domínio de ligação do receptor da proteína mais conservada do vírus, a *Spike* (S), impedindo, assim, a captação do vírus pelo receptor da enzima conversora da angiotensina 2 humano (ACE2).⁷¹ Os estudos de segurança, no intuito de detectar reações adversas severas às vacinas, não podem ser subestimados, pois envolvem milhares de pacientes e, especialmente, porque envolvem tecnologias de produção nunca utilizadas.⁷²

Em relação às vacinas, ainda não se conhece o correlato de proteção contra a doença, o exato papel que a imunidade celular desempenha na resposta imune, a duração dos anticorpos

⁶⁸ MALLORY, Michael L.; LINDESMITH, Lisa C.; BARIC, Ralph S. Vaccination-induced herd immunity: successes and challenges. *The Journal of allergy and clinical immunology*, [s.l.], v. 142, n. 1, p. 64–66, 2018. [online]. p. 64.

⁶⁹ STEVANIM, Luiz F. Como nasce uma vacina. In: RADIS FIOCRUZ [Site institucional]. [s.d.]. [online]. [n.p.].

⁷⁰ LIMA, Eduardo J. F.; ALMEIDA, Amalia M.; KFOURI, Renato A. Vaccines for COVID-19: state of the art. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 21, n. 1, p. 13-19, 2021. [online]. p. 13-19. Consulte também: MUKHERJEE, Raju. Global efforts on vaccines for COVID-19: since, sooner or later, we all will catch the coronavirus. *Journal Biosci*, [s.l.], v. 25, n. 1, p. 2-10, 2020. [online]. p. 7.

⁷¹ CADDY, Sarah. Developing a vaccine for covid-19. *Journal BMJ*, [s.l.], v. 369, n. 8246, p. 1-2, 2020. [online]. p. 1.

⁷² AVORN, Jerry; KESSELHEIM, Aaron. Regulatory decision-making on COVID-19: vaccines during a public health emergency. *Journal JAMA*, [s.l.], v. 324, n. 13, p. 1284-1285, 2020. [online]. p. 1284-1285.

neutralizantes induzidos por elas,⁷³ nem a resposta imune nos diferentes grupos etários e a possibilidade do desenvolvimento do fenômeno de exacerbação dependente de anticorpos secundária à aplicação da vacina.⁷⁴

A próxima seção aborda a respeito da Covid-19 e da saúde mental, tanto dos/as pacientes acometidos pela doença quanto das pessoas que podem vir a ter adoecimento mental devido às mudanças ocorridas em consequência da pandemia. Além da sociedade em geral e dos/as pacientes, os/as profissionais da saúde também podem ter sua saúde mental comprometida. A saúde mental é um tema que deve ser discutido e analisado pelos gestores em saúde, pois é de suma importância para ações em saúde voltadas para a necessidade de cada público.

1.3 Covid-19 e saúde mental

A pandemia da Covid-19 está gerando adoecimento mental na população geral e nos/as profissionais de saúde, destacando-se, nomeadamente, quadros de ansiedade, depressão, estresse e transtorno de estresse pós-traumático.⁷⁵ As transformações inesperadas na dinâmica familiar, tais como o fechamento de escolas, de empresas, de locais públicos e a limitação ou até mesmo a proibição da prática de atividades físicas e de lazer, ou as mudanças nas rotinas e no trabalho como, por exemplo, *home office* e o distanciamento, levam tanto a população geral quanto os/as profissionais de saúde a sentimentos de desamparo, abandono e insegurança devido às repercussões econômicas e sociais ocasionadas pela pandemia.⁷⁶

A Covid-19 está associada a manifestações mentais e neurológicas, incluindo delírio ou encefalopatia, agitação, acidente vascular cerebral, meningoencefalite, transtornos do olfato ou paladar,⁷⁷ ansiedade, depressão e problemas de sono. Em muitos casos, as manifestações neurológicas foram relatadas, mesmo sem sintomas respiratórios. Ansiedade e depressão

⁷³ AMANAT, Fatima; KRAMMER, Florian. SARS-CoV-2 vaccines: status report. *Journal Immunity*, [s.l.], v. 52, n.4, p. 583-589, 2020. [online]. p. 584-587.

⁷⁴ ALWISA, Ruklanthi; CHENA, Shiwei; GANA, Esther S.; OOI, Eng E. Impact of immune enhancement on Covid-19 polyclonal hyperimmunoglobulin therapy and vaccine development. *Journal E. Bio Medicine*, [s.l.], v. 55, n. 102768, p. 1-7, 2020. [online]. p. 3-5.

⁷⁵ MOREIRA, Wanderson C.; SOUSA, Anderson R.; NOBREGA, Maria P. S. S. Adoecimento mental na população geral e em profissionais de saúde durante a covid-19: scoping review. *Revista Texto e Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 29, p. 1-17, 2020. [online]. p. 11.

⁷⁶ ORNELL, Felipe; SCHUCH, Jaqueline B.; SORDI, Anne O.; KESSLER, Felix H. P. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Journal Braz. Journal Psychiatry*, [s.l.], v. 42, n. 3, p. 232-235, 2020. [online]. p. 232.

⁷⁷ FAVAS, T. T.; DEV, Priya; CHAURASIA, Rameshwar N.; CHAKRAVARTY, Kamlesh; MISHRA, Rahul; JOSHI, Deepika; MISHRA, Vijay N.; KUMAR, Anand; SINGH, Varun K.; PANDEY, Manoj; PATHAK, Abhishek. Neurological manifestations of COVID-19: a systematic review and meta-analysis of proportions. *Journal Neurological Sciences*, [s.l.], v. 41, n. 12, p. 3437-3470, 2020. [online]. p. 3437-3439.

parecem ser comuns entre os/as pacientes internados por Covid-19, sendo que uma coorte internada em Wuhan, na China, revelou que mais de 34% das pessoas apresentavam sintomas de ansiedade e 28% delas, sintomas de depressão.⁷⁸

Existem consequências diretas e indiretas da Covid-19 nas condições de saúde mental, o que aumenta a demanda por serviços. Além do fato de que os sistemas de saúde do mundo inteiro estejam sendo desafiados pela pandemia da Covid-19, levando à interrupção de prestação de serviços essenciais, especialmente para os mais vulneráveis, a pandemia age como o principal estressor e representa fatores de risco para o desenvolvimento, exacerbação e recidiva de uma variedade de desordens nas condições de saúde mental, como transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias, risco de suicídio e deficiências psicossociais, cognitivas e intelectuais associadas. Além disso, a própria Covid-19 está associada a complicações neurológicas e mentais, como delírio, encefalopatia, agitação, derrame, insônia, perda do paladar e do olfato, ansiedade,⁷⁹ depressão e síndrome de *Guillain Barré*⁸⁰.

Os sintomas de ansiedade e de depressão podem constituir reações comuns em pessoas com diagnóstico de Covid-19. Sobretudo, se forem hospitalizadas em função da preocupação com sua própria saúde e a saúde de outros bem como a necessidade de isolamento físico – que pode levar a isolamento social –, potencial risco de morte, preocupação com o risco de infectar outras pessoas e a preocupação de deixar sozinhos outros membros da família que possam precisar de cuidados. Os principais fatores estressantes da doença causada por Covid-19 incluem: medo de adoecer e morrer, medo de estar socialmente excluído/colocado em quarentena, perda de seus proventos, perda dos entes queridos e sentimento de impotência, tédio e solidão em função do isolamento. Esses estressores podem disparar novos sintomas ou exacerbar distúrbios mentais ou neurológicos já existentes. Pacientes com transtornos mentais preexistentes ou abuso de substância também podem ser impactados negativamente.⁸¹

Muitas pessoas têm medo de infecção, de morrer e de perder membros da família. As pessoas se distanciaram fisicamente de seu ambiente social e redes de apoio e muitos perderam

⁷⁸ TAQUET, Maxime; SIERRA, Luciano; GEDDES, John R.; HARRISON, Paul J. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62354 COVID-19 cases in the USA. *Journal Lancet Psychiatry*, [s.l.], v. 8, p. 130-140, 2020. [online]. p. 130.

⁷⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment*. Geneva: WHO, 2020. [online]. p. 11.

⁸⁰ A denominada Síndrome de Guillain Barré é um distúrbio autoimune, raro, em que o sistema imunológico do próprio organismo acomete parte do sistema nervoso, e se manifesta com fraqueza muscular ascendente, com início nas pernas, podendo afetar tronco, braços e face, com redução ou ausência de reflexos do corpo. Geralmente é provocada por um processo infeccioso anterior. Saiba mais em: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *O que é síndrome de Guillain Barré*. 20 nov. 2020. [online]. [n.p.].

⁸¹ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *COVID-19 manejo clínico: orientação dinâmica*. [s.l.]: OPAS, 2021. [online]. p. 48.

aqueles que amam.⁸² Milhões de pessoas estão enfrentando turbulências econômicas, perderam ou estão em risco de perder seus rendimentos e meios de subsistência.⁸³ Muitas delas podem estar enfrentando aumento de uso de álcool e drogas ou estão envolvidas em comportamentos aditivos.⁸⁴ Pode haver problemas mentais de longo prazo ou consequências neurológicas após a infecção por Covid-19, além de agravamento durante a doença em pessoas que já possuem algum tipo de desordem na saúde mental, necessitando, assim, de acompanhamento dos pacientes e mais pesquisas nessa área.⁸⁵ Especialmente, durante a Covid-19, é importante perguntar sobre pensamentos ou atos de automutilação, em função do risco de automutilação e suicídio causado pelo isolamento, perda de entes queridos, perda do trabalho, prejuízos financeiros e desesperança.⁸⁶

Considerando o estresse que a Covid-19 pode criar no nível individual e familiar e a alta prevalência de transtornos comuns de saúde mental, o Comitê Permanente Interagencial (IASC) sobre saúde mental e aspectos psicossociais da Covid-19 recomenda que os serviços de prevenção estejam disponíveis para todos/as os/as pacientes, além de serviços de transtornos mentais, pois representam parte integral da assistência a ser oferecida a diferentes grupos, incluindo crianças, idosos, gestantes e outras pessoas afetadas pela Covid-19. A pronta identificação e a avaliação de sintomas de ansiedade e de depressão, no contexto da Covid-19, e o início de estratégias de suporte psicossocial e intervenções de primeira linha para o manejo de novos sintomas de ansiedade e depressão são necessárias.⁸⁷

Os/as profissionais de saúde nunca estiveram tão centrados como nesses últimos tempos devido à pandemia, mas, a maioria deles vem de um desgaste de anos devido a uma grande carga de trabalho na tentativa de terem uma melhor remuneração. A preocupação vigente com a manutenção da integridade pessoal e profissional, a manutenção da vida e a diminuição dos anos potenciais perdidos e de uma lacuna de cobertura em saúde decorrente dos elevados

⁸² GALEA, Sandro; MERCHANT, Raina M.; LURIE, Nicole. The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: the need for prevention and early intervention. *Journal JAMA Intern Med.*, [s.l.], v. 180, n. 6, p. 817-818, 2020. [online]. p. 817.

⁸³ DOHRENWEND, Bruce, 2000 *apud* WHO, 2020, p. 11.

⁸⁴ IASC. *Guidance on operational considerations for multisectoral mental health and psychosocial support programmes during the COVID-19 pandemic*. 25 jun. 2020a. [online]. [n.p.].

⁸⁵ ROGERS, Jonathan P.; CHESNEY, Edward; OLIVER, Dominic; POLLAK, Thomas A.; MCGUIRE, Philip; FUSAR-POLI, Paolo; ZANDI, Michael S.; LEWIS, Glyn; DAVID, Anthony S. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Journal The Lancet Psychiatry*, [s.l.], v.7, n. 7, p. 611-627, 2020. [online]. p. 623-625.

⁸⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *MhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0*. Geneva: WHO, 2019. [online]. p. 38.

⁸⁷ IASC. *Interim briefing note addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 outbreak*. 17 mar. 2020b. [online]. [n.p.].

números de mortes, adoecimentos e incapacitações de profissionais ocasionados pela Covid-19, devem implicar em uma ação global emergencial de proteção dos trabalhadores da saúde em seu processo de trabalho, especialmente em relação à manutenção da saúde mental.⁸⁸

Alguns profissionais da saúde, que não atuam na linha de frente, também são passíveis de apresentarem sofrimento psíquico e vivenciar o fenômeno de *traumatização secundária*, a partir do qual, embora não sofra diretamente um trauma, a pessoa é afetada e passa a apresentar sintomas psicológicos decorrentes da empatia pelas vítimas de um evento específico. Nesse sentido, é que se faz imprescindível a ampliação da oferta de tecnologias cuidativas que estabeleçam intervenções positivas de promoção do bem-estar psicossocial focadas no enfrentamento da traumatização secundária.⁸⁹

A Organização Mundial da Saúde (OMS) identificou a saúde mental como um componente integral na resposta da Covid-19. A saúde mental e o apoio psicossocial deveriam ser tratados como um componente integral e transversal nas respostas de emergência de saúde pública, como parte de uma gama de pilares/domínios, tais como, gestão de casos, comunicação de risco e envolvimento da comunidade, continuação dos serviços de saúde, coordenação dentro dos países e operações, por exemplo, pessoal de apoio. A saúde mental é parte integrante da cobertura universal de saúde e é crucial para a recuperação geral dos indivíduos, das comunidades e dos países após emergências.⁹⁰

A Covid-19 está sendo um desafio para o mundo, pois, além da pandemia, muitos debates acontecem em torno de tratamento precoce e vacinas, assim como ocorrem o *lockdown*, o isolamento social, entre outros. Mas, parece não alcançar um denominador comum, nem por parte dos países e nem por parte da OMS. Muitos governos estão tão desgastados lidando com os avanços da doença, que não estão preparados ou se preparando para receber as demandas advindas da saúde mental de sua população, em virtude de tudo o que foi citado.

Diante desse novo cenário mundial, as recomendações de distanciamento social e familiar, fechamento de comércios, cidades e países inteiros no intuito de conter a propagação do vírus, crescimento do número de desempregados, de empresas falidas, crise na economia, sistema de saúde em colapso, famílias dilaceradas pela dor e perda de entes queridos,

⁸⁸ MOREIRA; SOUSA; NOBREGA, 2020, p. 10-11.

⁸⁹ LI, Zhenyu; GE, Jingwu; YANG, Meiling; FENG, Jianping; QIAO, Mei; JIANG, Riyue; BI, Jiangjiang; ZHAN, Gaofeng; XU, Xiaolin; WANG, Long; ZHOU, Qin; ZHOU, Chenliang; PAN, Yinbing; LIU, Shijiang; ZANHG, Haiwei; YANG, Jianjun; BIN, Yang; HU, Yimi; HASHIMOTO, Kenji; YAN, Jia; WANG, Haofei; WANG, Rong; LIU, Cunming; YANG, Chun. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Journal Brain Behavior and Immunity*, [s.l.], v. 88, p. 916-919, 2020. [online]. p. 917-918.

⁹⁰ WHO, 2020, p. 11.

profissionais da saúde esgotados física e emocionalmente, além do número crescente de infectados, novas cepas do vírus e mortes, etc., pode-se indagar: o que esperar da saúde mental da sociedade, das famílias enlutadas, e dos/as profissionais da saúde? A saúde pública está preparada para receber e tratar os que necessitam de tratamento para sua saúde mental? Como lidar com o sofrimento das pessoas que perderam familiares e amigos para a Covid-19? Como lidar com a saúde mental dos/as profissionais da saúde para que eles possam atuar equilibrados com todas as incertezas e desafios dessa doença?

Nesse universo de incertezas, de isolamento e de distanciamento social, de adoecimento, de mortes e de informações desconstruídas sobre a doença, os/as profissionais de saúde, os pacientes, além de toda a população passam por experiências de tristeza, medo, pânico, luto, provocando alterações em sua saúde mental, podendo desenvolver no futuro a depressão. A depressão é uma doença crônica de saúde e que fatalmente aumentará durante e após a pandemia, sendo um tema muito importante para análise e discussão no contexto da saúde pública, dos gestores, dos/as profissionais da saúde, da sociedade civil, religiosa e terceiro setor.

Dessa forma, o próximo capítulo trata da espiritualidade no contexto da saúde. O conceito de saúde, doença, enfermidade, além das leis acerca da saúde, a inclusão da dimensão espiritual, paradigmas profissionais e integralidade do cuidado, serão abordados na primeira seção. Na seção subsequente, apresentam-se os conceitos de religião, religiosidade e de espiritualidade, relacionando esse último à perspectiva do cuidado em saúde. A terceira e última seção trata da saúde pública, das políticas públicas de saúde da promoção de saúde e humanização, importantes quando se trata do tema espiritualidade no cuidado em saúde. Sabe-se que a saúde, para ser plena e trazer bem-estar às pessoas, depende de fatores físicos, mentais, sociais e espirituais. As políticas públicas são criadas para trazer saúde à população, através da utilização de diversos conceitos e mudanças de paradigmas. Com a pandemia da Covid-19, a saúde pública poderá promover o fortalecimento da saúde da população através do investimento em ações e serviços que proporcionem o cuidado integral a partir da espiritualidade.

2 ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE

A pandemia da Covid-19 trará, impreterivelmente, consequências para a saúde física e mental da população e dos/as profissionais de saúde e o pós-Covid fará parte das denominadas doenças crônicas. A prevalência das doenças crônicas nos países desenvolvidos evidencia a inoperância de uma abordagem centrada exclusivamente na doença. Percebem-se as consequências psicológicas, sociais e culturais no processo de gestão da doença. A dimensão espiritual e da saúde vem sendo estudada e descrita como relevante na atribuição de significado ao sofrimento provocado por uma doença crônica e como um recurso de esperança face às mudanças no estado de saúde.⁹¹ Este capítulo discorre, na primeira seção, sobre as legislações e os conceitos importantes na área da saúde, incluindo temas mais específicos e relacionados à espiritualidade no cuidado em saúde, tais como: a integralidade, a transformação do paradigma biomédico em um modelo mais ampliado de saúde biopsicossocial e espiritual e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que servirão de base teórica para o trabalho.

O processo de adoecimento do ser humano, muitas vezes, deve-se ao estado mental, emocional e espiritual além do físico. Observa-se que até mesmo as definições mais populares de saúde não a tratam como ausência de doença, e sim como o bem-estar do ser humano em nível social, mental e físico. Da mesma maneira, a definição de doença como alteração do estado de saúde engloba, também, o fator espiritual, moral, emocional e mental. A espiritualidade faz parte do processo saúde-doença. Pretende-se, pois, ao final deste capítulo, fazer com que o leitor compreenda como a espiritualidade no cuidado em saúde está intrínseca ao modelo de saúde público brasileiro, em suas legislações e através da ligação com os conceitos de integralidade, cuidado e humanização.

2.1 Permeando nos caminhos da espiritualidade e saúde

O conceito mais atual de saúde, definido pela OMS, contempla o bem-estar físico, mental, social e espiritual.⁹² Esse conceito faz refletir acerca das formas de promover a saúde, de modo que possa englobar o bem-estar espiritual. Sabe-se que todo ser humano tem direito a saúde e que ela deve ser implementada através de políticas públicas baseadas na necessidade

⁹¹ PINTO, Cândida; RIBEIRO, José L. P. Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, [s.l.], v. 28, n. 1, p. 49-56, 2010. [online]. p. 49.

⁹² WHO, 2020, p. 11.

de cada pessoa, de acordo com a realidade de cada Estado e nação. Para compreender um pouco a importância da saúde para o ser humano e a preocupação em cuidar desse direito, utilizam-se várias legislações inerentes à saúde, tanto de organizações internacionais – que são parâmetros para vários países –, quanto às brasileiras. Pretende-se, pois, apresentar a espiritualidade inserida nesse contexto.

O termo *saúde* deriva da raiz etimológica *salus*. No latim, essa raiz designava o atributo principal dos inteiros, intactos ou íntegros. Dela deriva outro radical de interesse *salvus*, que conota a superação de ameaças à integridade física dos sujeitos. O termo *salus* provém do termo grego *holos*, conferindo o sentido de totalidade e está na raiz dos termos holismo e holístico, que foi incorporado ao latim clássico através da transição *s'olos*.⁹³

No paradigma científico da medicina moderna, a expressão *doença* se refere às anormalidades da estrutura e da função dos órgãos e dos sistemas corporais.⁹⁴ *Enfermidade*, como o que o paciente sentiria quando vai ao médico e *doença* como o que o paciente teria ao voltar para casa do consultório médico. Doença, nesse sentido, é algo que um órgão tem e enfermidade é algo que uma pessoa tem.⁹⁵ *Enfermidade* se refere à resposta subjetiva do/a paciente ao fato de não estar bem, ou seja, como ele/a e aqueles/as ao seu redor percebem a origem e o significado desse evento,⁹⁶ e como isso afeta seu comportamento ou relacionamentos com outras pessoas e os passos que ele/a toma para remediar essa situação.⁹⁷ *Enfermidade* inclui não somente sua experiência de saúde debilitada, mas, também, o significado que ele/a confere àquela experiência.⁹⁸

Em 10 de dezembro de 1948, a Assembleia Geral da ONU adotou e proclamou a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), que deveria ser publicada e amplamente divulgada entre todos os países-membros. Em seu artigo XXV, a DUDH preconiza que todo ser humano tem o direito de ter um padrão de vida que assegure a si e a sua família a saúde e o bem-estar. O que inclui alimentação, habitação, vestuário, cuidados médicos, serviços sociais indispensáveis, além do direito à segurança em caso de perda dos meios de subsistência como o desemprego, a invalidez, a velhice, a viuvez e doenças.⁹⁹

⁹³ ALMEIDA FILHO, Naomar. Qual o sentido do termo saúde? *Revista Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 300-301, 2000. [online]. p. 300.

⁹⁴ EISENBERG, 1977 *apud* HELMAN, Cecil G. Doença versus enfermidade na clínica geral. *Revista Campos*, [s.l.], v. 10, n. 1, p. 119-128, 2009. [online]. p. 119.

⁹⁵ CASSELL, E. J. 1978 *apud* HELMAN, 2009, p. 120.

⁹⁶ EISENBERG, 1977 *apud* HELMAN, 2009, p. 120.

⁹⁷ KLEINMAN, A. 1980 *apud* HELMAN, 2009, p. 120.

⁹⁸ HELMAN, 2009, p. 120.

⁹⁹ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Rio de Janeiro: UNIC/RIO, 2009. [online]. p. 13.

A saúde não é apenas a ausência de doenças, mas, muito maior é o seu conceito, pois, envolve habitação, lazer, trabalho, saneamento básico, alimentação e nutrição, segurança, cuidados médicos preventivos e curativos e assistência em casos em que o indivíduo fica mais vulnerável frente a diversas situações.

A OMS é uma agência especializada da ONU que representa a autoridade diretora e coordenadora em saúde internacional no sistema das Nações Unidas. Seu objetivo é que todas as pessoas alcancem o mais alto nível de saúde possível. A saúde, conforme definida na constituição da OMS, é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade.¹⁰⁰ A saúde é tratada e incluída na constituição da OMS, de 22 de julho de 1946, em que os Estados membros declaram em concordância com a Carta das Nações Unidas que a saúde é um dos princípios basilares para a felicidade dos povos, suas relações harmoniosas e sua segurança. A saúde corresponde ao completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Um dos direitos fundamentais do ser humano é gozar do melhor estado de saúde possível sem distinção de religião, raça, credo político, de condição social ou econômica.¹⁰¹

Em 22 de janeiro de 1998, os países participantes da OMS se reuniram no intuito de revisar a constituição que a regia, até então, modificando de modo significativo o conceito de saúde. De modo consensual, o termo *saúde* já não poderia ser entendido apenas como a ausência de doenças ou de enfermidades e, por isso, desconsiderou-se a perspectiva que a tratava como o completo bem-estar físico, mental e social, passando a ser compreendida como um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual.¹⁰² Ou seja, após a revisão da constituição da OMS, o bem-estar espiritual foi incluído na definição de saúde, o que ampliou consideravelmente o conceito de saúde que, desde então, engloba um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual.¹⁰³

No Brasil, o direito à saúde foi inserido na Constituição Federal de 1988, no título destinado à ordem social, que tem como objetivo o bem-estar e a justiça social.¹⁰⁴ Nessa perspectiva, a Constituição vigente, no seu Artigo 6º, estabelece como direitos sociais fundamentais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a

¹⁰⁰ WHO [Site institucional]. [s.d.]. [online]. [n.p.].

¹⁰¹ BVS. *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)*. [s.d.]. [online]. [n.p.].

¹⁰² WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Review of the Constitution of the World Health Organization: report of the Executive Board special group*. [s.l.]: WHO, 1998. [online]. p. 1.

¹⁰³ WHO, 1998, p. 1.

¹⁰⁴ MOURA, Elisângela S. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. In: ÂMBITO JURÍDICO. [Site institucional]. 01 jul. 2013. [online]. [n.p.].

previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos/às desamparados/as.¹⁰⁵

O capítulo II, da Constituição Federal de 1988, seção II, trata especificamente da saúde. No artigo 196, reconhece-a como direito de todas as pessoas e informa que é dever do Estado garantir o acesso universal e igualitário da população às ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Essas garantias se realizam, segundo o texto constitucional, mediante políticas públicas e econômicas, visando reduzir o risco de doenças e de outros agravos. Já o artigo 198 trata das ações e dos serviços públicos de saúde que constituem um sistema único e integram uma rede de saúde – regionalizada e hierarquizada –, que tem como diretrizes: a descentralização; o atendimento integral, priorizando atividades preventivas; e a participação da comunidade.¹⁰⁶

A Constituição de 1988, desse modo, garante o direito de todos/as à saúde, sendo o dever do Estado: realizar políticas públicas de qualidade, garantir o acesso universal e igualitário a todos e todas. A saúde pública brasileira forma um sistema único, organizado e descentralizado com atendimento integral e participação da comunidade, chamado de SUS.¹⁰⁷

O SUS foi instituído pela lei federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, – também conhecida como lei orgânica da saúde –, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Em seu artigo II, trata da saúde como um direito fundamental do ser humano e propõe que o Estado deve prover as condições indispensáveis para o seu pleno exercício. O Estado deve garantir a saúde através da formulação e execução de políticas econômicas e sociais, que promovam a redução de riscos de doenças e de outros agravos. Além disso, o Estado deveria assegurar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Contudo, o dever do Estado não exclui o das pessoas, das empresas, da família e da sociedade.¹⁰⁸

No artigo III, a lei nº 8.080 informa que a saúde tem elementos determinantes e condicionantes, tais como: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o trabalho, a renda, o transporte, o lazer, o acesso das pessoas aos bens e serviços, o meio ambiente, a educação, a

¹⁰⁵ BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Presidência da República. [online]. [n.p.].

¹⁰⁶ BRASIL. 1988, [n.p.].

¹⁰⁷ Para simplificar a grafia, a pesquisa utilizará a sigla SUS para se referir ao Sistema Único de Saúde, isto é, o sistema público de saúde do Brasil.

¹⁰⁸ BRASIL. Casa Civil. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. [Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências]. Brasília: Presidência da República. [online]. [n.p.].

atividade física, etc. A lei também instrui que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, o que também diz respeito à saúde, às ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade as condições para o completo bem-estar físico, mental e social.¹⁰⁹

O Estado deve garantir o acesso universal e igualitário à saúde a todos/as os/as cidadãos/ãs, tanto para as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, quanto para as ações assistenciais de tratamento, controle e reabilitação. As ações se destinam a garantir o bem-estar físico, mental e social e não exclui o dever das pessoas, das famílias, das empresas e da sociedade com a saúde.

Vale destacar que a lei nº 8.080, em seu capítulo II, no artigo VII, traz os princípios do SUS. Dentre eles, ressaltam-se: a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; a integralidade de assistência, compreendendo serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade; a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; a igualdade da assistência à saúde; e a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, como também a alocação de recursos e a orientação programática.¹¹⁰

O SUS corresponde a um sistema de saúde universal, integral e igualitário que apresenta um conjunto de leis e diretrizes que o torna um estruturado e complexo sistema de saúde pública. A integralidade na atenção à saúde do indivíduo é um princípio do SUS e é entendida como o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”¹¹¹. Porém, para os/as usuários/as do SUS, a ação integral tem sido frequentemente associada ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.¹¹²

O desafio da integralidade é de suma importância, pois é considerado um dos pilares de sustentação do SUS. Para sua concretização, faz-se necessário que, segundo a dinâmica do processo saúde-doença, sejam ofertadas ações que promovam, de forma articulada, as ações de promoção da saúde, de prevenção dos fatores de risco, de assistência aos danos e de reabilitação.¹¹³

A dimensão do princípio da integralidade remete ao cuidado. Cuidar é participar da construção dos projetos de felicidade, produzir novos horizontes, ver que cada obstáculo pode

¹⁰⁹ BRASIL, 1990, [n.p.].

¹¹⁰ BRASIL, 1990, [n.p.].

¹¹¹ BRASIL, 1988, [n.p.].

¹¹² GONZÁLEZ, Alberto D.; ALMEIDA, Márcio J. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Revista Ciências Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 757-762, 2010. p. 759.

¹¹³ CAMPOS, Carlos E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003. [online]. p. 573.

ser compreendido e transformado, de modo que, pareça mais justo, produtivo e belo. As necessidades de saúde precisam ser entendidas sob a ótica da integralidade de um modo mais amplo, ou seja, não se restringindo ao modelo biomédico. Os processos de trabalho em saúde orientados à integralidade devem envolver a multiprofissionalidade, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. Segundo José Ayres, “cuidado e integralidade são ideias congêneres em suas vastas ambições [e que no campo da saúde] não parece acidental, portanto, que cuidado integral e integralidade do cuidado sejam expressões tão presentes e fortes”¹¹⁴.

O paradigma anatomoclínico, que constituiu as bases da medicina científica, trouxe inúmeros benefícios à sociedade. Segundo Maria Anderson e Ricardo Rodrigues, isso teria permitido ao ser humano grandes avanços nos campos científico e tecnológico. As doenças passaram a ter uma representação cada vez mais microscópica e molecular.¹¹⁵

Na análise de Alberto González e Márcio Almeida, o modelo hegemônico biomédico traz a atenção à saúde centrada na assistência curativa, hospitalar e superespecializada. Os autores concordam que a ciência trouxe progressos para a medicina, mas, consideram que a relação humanizada do/a médico/a com o/a paciente foi transferida para a dependência de exames laboratoriais e complementares. Esse modelo teria permitido o aumento das especialidades e subespecialidades na área médica, em que se faz diagnóstico e tratamento de porções segmentadas do corpo humano acometidas por doenças. Constata-se como consequência a perda da visão conjunta e holística do ser humano no seu contexto biopsicossocial e espiritual.¹¹⁶ Sabe-se, pois, que esse modelo voltado para a doença se estende as mais diversas profissões na área da saúde.

Em uma abordagem de atendimento ao/a paciente, que incluía atenção ao seu meio ambiente, um modelo de atenção primária em saúde pública foi empreendido. Afirma-se que os cuidados médicos à história natural dos/as pacientes podem ter uma preocupação mais apropriada do que a história natural da doença.¹¹⁷ Ruben Mattos relata que o/a profissional da saúde deve compreender que a integralidade vai além das técnicas de prevenção. Mas, implica em reconhecer, para além das demandas explícitas relacionadas a um sofrimento, as necessidades de ações e serviços de saúde que um/a paciente apresenta como as relacionadas

¹¹⁴ AYRES, José R. C. M. Prefácio. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; ABRASCO, 2009. [online]. p. 12.

¹¹⁵ ANDERSON, Maria I. P. RODRIGUES, Ricardo D. O paradigma da complexidade e os conceitos da Medicina Integral: saúde, adoecimento e integralidade. *Revista HUPE*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 242-252, 2016. p. 243-244.

¹¹⁶ GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010, p. 758.

¹¹⁷ WHITE, Kerr L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, Bernard G. The ecology of medical care. 1961. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, [s.l.], v. 73, n. 1, 187-212, 1996. [online]. p. 188.

ao diagnóstico precoce ou à redução de fatores de risco. Seria reconhecer, nesse caso, que as necessidades dos/as pacientes que buscam serviços de saúde não se reduzem a abolir o sofrimento gerado por uma doença ou a evitar tal sofrimento. O/A profissional deveria usar o conhecimento sobre a doença, sempre guiado/a por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos que são tratados.¹¹⁸ George Engel descreve o modelo biopsicossocial como uma vasta visão alternativa para os cuidados de saúde, colocando o/a paciente diretamente dentro de uma ligação que inclua os estados afetivos e outros estados psicológicos, isto é, como pessoa humana bem como as relações interpessoais significativas que o rodeiam.¹¹⁹

Sobre a *integralidade da atenção*, Isabel Arrieira afirma que o termo se refere constantemente à ação integral de saúde, associada ao tratamento digno, respeitoso e que engloba qualidade, acolhimento e vínculo. E isso leva a compreensão do ser humano como um ser biopsicossocial e espiritual, explica a autora.¹²⁰ A visão integral da saúde permite aos/às profissionais a valorização da dimensão espiritual e religiosa na prestação de cuidados em saúde, pois essa influencia positivamente o bem-estar das pessoas.¹²¹

Daniel Sulmasy fala sobre o modelo de cuidado biopsicossocial e espiritual, em que o biológico, o psicológico, o social e o espiritual seriam dimensões distintas das pessoas e, nenhum deles, poderia ser desagregado do todo, mas, cada aspecto poderia ser afetado diferentemente pela história e doença da pessoa. Desse modo, cada um deles poderia interagir e afetar outros aspectos da pessoa. As ações de cura deveriam atender aos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais dos/as pacientes, já que se considera que os estados de doença provocam uma ruptura nesses fatores.¹²²

Alberto González e Márcio Almeida discorrem sobre a importância da formação dos/as profissionais da saúde. A formação, segundo eles, deve considerar a utilização do conhecimento técnico que se tem sobre as doenças, mas, também, precisa envolver uma visão mais abrangente do sujeito a ser tratado, compreendendo a cultura, o sistema, a relação e os processos de

¹¹⁸ MATTOS, Ruben A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; ABRASCO, 2009. p. 54.

¹¹⁹ ENGEL, George L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Journal Science*, [s.l.], v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977. [online]. p. 132.

¹²⁰ ARRIEIRA, Isabel C. O.; THOFERHN, Maira B.; SCHAEFER, Osmar M.; FONSECA, Adriana D.; KANTORSKI, Luciane P.; CARDOSO, Daniela H. O sentido do cuidado espiritual na integralidade da atenção em cuidados paliativos. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, v. 38, n. 3, p. 1-9, 2017. [online]. p. 2.

¹²¹ ALVES, Joseane S.; JUNGES, José R.; LÓPEZ, Laura C. A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. *Revista Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 430-436, 2010. [online]. p. 432.

¹²² SULMASY, Daniel P. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *Journal The Gerontologist*, [s.l.], v. 42, n. 1, p. 24-33, 2002. p. 27.

organização da vida. E sabendo que os eventos de adoecimento não são somente biológicos, mas, também, de uma história de vida.¹²³

Diante das discussões acerca de outras formas de tratamento às pessoas, além das da medicina tradicional, a OMS incluiu a *medicina complementar e alternativa*, que apresenta afinidade com o espiritual, havendo a alteração da definição de saúde. A conexão entre espiritualidade e a medicina complementar e alternativa é estabelecida pela OMS por uma espécie de duplo princípio. Essas práticas, primeiramente, são definidas e justificadas em razão do entendimento de que a natureza da pessoa é uma totalidade que abrange corpo, mente e espírito. Em contraste com o caso da medicina tradicional, na medicina complementar e alternativa, o cuidado holístico não está baseado no sistema cultural de um grupo, mas, justificado em termos da própria natureza humana.¹²⁴

A medicina complementar e alternativa é definida como um conjunto de sistemas, práticas e produtos de uso clínico, e não é considerada como uma prática médica convencional de reconhecida eficácia pela comunidade científica. Por exemplo, o uso de erva medicinal, suplementos vitamínicos, dietas especiais, medicina chinesa, homeopatia, técnicas de relaxamento terapêutico, entre outros métodos.¹²⁵

No Brasil, a PNPIC foi criada com base na medicina complementar e alternativa preconizada pela OMS. A PNPIC, no SUS, foi publicada nas portarias ministeriais nº 971, de 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006. A PNPIC é uma das políticas públicas baseada em um modelo de atenção humanizado e centrado na integralidade do ser humano, considerando-o em sua dimensão global. Ela contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS, ao atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde.¹²⁶ Ou seja, as abordagens realizadas nas práticas integrativas e complementares buscam estimular mecanismos naturais de prevenção de agravos e de recuperação da saúde, utilizando-se de tecnologias eficazes e seguras. Destacam-se os seguintes mecanismos: a escuta acolhedora, o vínculo terapêutico e a integração da pessoa com o meio ambiente e a sociedade. E podem ser consideradas a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, principalmente do autocuidado.¹²⁷

¹²³ GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010, p. 760.

¹²⁴ TONIOL, Rodrigo. Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. *Anuário Antropológico*, [s.l.], v. 42, n. 2, p. 267-299, 2017. [online]. p. 281-282.

¹²⁵ LEAL, Fabio; SCHWARTSMANN, Gilberto; LUCAS, Hiram S. Medicina complementar e alternativa: uma prática comum entre os pacientes com câncer. *Revista Assoc. Med. Bras*, São Paulo, v. 54, n. 6, p. 481-482, 2008. [online]. p. 481.

¹²⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. [online]. p. 4-10.

¹²⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 10.

A PNPIC contempla, dentre outras, as práticas da medicina tradicional chinesa-acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, termalismo social/crenoterapia, medicina antroposófica.¹²⁸ Através da inclusão da medicina complementar e alternativa, cria-se uma forma de tratar a doença, colocando a pessoa dentro do processo de tomada de decisões a respeito do seu tratamento e permitindo novas formas de tratamento, além dos da medicina tradicional. A definição de saúde da OMS, assim como outras definições e leis mais recentes, permite que a saúde englobe todas as dimensões humanas. Busca-se, mais recentemente, um olhar diferenciado e global do ser humano, mas nem sempre foi assim, e isso ainda não é consenso entre todos/as os/as profissionais da saúde.

Diante do exposto, pode-se compreender que, com o passar dos anos, o fator espiritual foi sendo incluído no conceito, nas legislações e nas políticas de saúde, pois, hoje, acredita-se que a saúde depende de uma visão mais integral e global do ser humano. Na próxima seção, a espiritualidade é apresentada com maior clareza a partir de teóricos que a estudam. Isso contribuirá para que o leitor e a leitora compreendam melhor a necessidade dessa dimensão no cuidado em saúde.

2.2 A espiritualidade na integralidade e cuidado em saúde

A noção de *espiritualidade* tem sido tratada há muitos anos na OMS, nas legislações nacionais acerca da saúde, nas políticas públicas e em algumas práticas de saúde já utilizadas no SUS e em outros programas, por exemplo, nos círculos de alcoólicos anônimos. Mas, muitas vezes, tanto os/as profissionais de saúde como as pessoas que utilizam o sistema de saúde não a reconhecem em seu cotidiano. Para a compreensão do que é espiritualidade, há de se entender a diferença entre os conceitos de *religião*, *religiosidade* e *espiritualidade*. As várias definições desses termos geram debates e divergências.¹²⁹

Segundo Harold Koenig, Michael McCullough e David Larson, a religião é conceituada como um sistema de crenças, práticas, rituais e símbolos organizados, que facilitam a proximidade com o sagrado e com o transcendente.¹³⁰ A religiosidade, segundo esses autores, se relaciona ao grau de envolvimento religioso de uma pessoa e o que ele reflete em sua vida,

¹²⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 13-23.

¹²⁹ STROPPA, André; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Religiosidade e saúde In: SALGADO, Mauro I.; FREIRE, Gilson (orgs.). *Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina*. Belo Horizonte: Inede, 2008. [online]. p. 429.

¹³⁰ KOENIG, Harold G.; MCCULLOUGH, Michael; LARSON, David B. *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. New York: Oxford University Press, 2001. [online]. [n.p.].

isto é, como ela influencia em seu cotidiano, em seus hábitos e na sua relação com o mundo.¹³¹ A espiritualidade, por conseguinte, é definida por eles como “uma busca pessoal pela compreensão das questões últimas acerca da vida, do seu significado e da relação com o sagrado e o transcendente, podendo ou não conduzir ou originar rituais religiosos e formação de comunidades”¹³².

David Hufford caracteriza religião como a institucionalização da espiritualidade, coordenada em torno da ideia de espírito.¹³³ O termo religião refere-se ao Cristianismo, Judaísmo, Islamismo, Hinduísmo, Budismo e outras tradições religiosas com suas diversas vertentes. Existem pessoas espiritualizadas, mas não necessariamente religiosas, assim como existem pessoas religiosas, mas não espiritualizadas.¹³⁴ Já a religiosidade, segundo ele, diz respeito ao nível de envolvimento religioso e ao reflexo desse envolvimento na vida da pessoa, ou seja, o quanto isso influencia seu cotidiano, seus hábitos e sua relação com o mundo. Para a espiritualidade, David Hufford apresenta uma definição mais objetiva e ligada à origem etimológica da palavra, isto é, a noção de espírito: “espiritualidade se refere ao domínio do espírito [ou seja, à dimensão não material, extrafísica da existência que pode ser expressa por termos como: Deus ou deuses, almas, anjos e demônios”¹³⁵. Se refere, nessa ótica, a essência da pessoa, algo invisível e intangível.¹³⁶

Religiosidade e espiritualidade podem ser diferenciadas da seguinte maneira: a primeira incluiria as crenças pessoais, tais como, a crença em Deus ou poder superior, como crenças e práticas institucionais, como a pertença a denominações religiosas, a frequência a cultos e o compromisso com um sistema doutrinário de uma igreja ou de uma religião organizada. Já o termo espiritualidade tem sido mais utilizado como um constructo com dimensão mais pessoal e existencial, tais como, a crença em – ou uma relação com – Deus ou um poder superior.¹³⁷

Os conceitos de religião e de espiritualidade se diferenciam por esse último ter um significado mais amplo. A religião é uma expressão da espiritualidade, e a espiritualidade é um sentimento pessoal, que estimula um interesse pelos outros e por si, um sentido de significado da vida capaz de fazer suportar sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade. Religiosidade e espiritualidade estão relacionadas, mas, não são sinônimos. Religiosidade

¹³¹ KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001, [n.p.].

¹³² KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001, [n.p.].

¹³³ HUFFORD, David J. An analysis of the field of spirituality, religion and health. *In: METANEXUS*. [Site institucional]. 13 out. 2005. [online]. [n.p.].

¹³⁴ HUFFORD, 2005, [n.p.].

¹³⁵ HUFFORD, 2005, [n.p.].

¹³⁶ HUFFORD, 2005, [n.p.].

¹³⁷ LARSON; SWYERS; MCCULLOUGH, 1998 *apud* DALGALARRONDO, Paulo. *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008. p. 24.

envolve um sistema de culto e doutrina que é compartilhado por um grupo, e, portanto, tem características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorais específicas, representando uma dimensão social e cultural da experiência humana. Espiritualidade está relacionada com o transcendente, com questões definitivas sobre o significado e o propósito da vida, e com a concepção de que há mais na vida do que aquilo que pode ser visto ou plenamente entendido.¹³⁸

De acordo com Leonardo Boff, a espiritualidade se refere à experiência de contato com uma dimensão que vai além das realidades consideradas normais na vida humana, ou melhor, que as transcende. Seria a arte e o saber de tornar o viver orientado e impregnado pela vivência da transcendência.¹³⁹ Esse sentido de transcendência se refere a uma dimensão da realidade, concreta, material e cotidiana da existência, de abertura e força do ser humano – não imediatamente percebida, nem valorizada –, capaz de romper barreiras, de superar proibições e de ir além de todos os limites. Algo presente na experiência histórica do ser humano, mas nem sempre revelado. Refere-se, pois, a uma vitalidade surpreendentemente dinâmica, presente em todo o ser humano, mas que pode estar entorpecida por situações existenciais particulares.¹⁴⁰

Historicamente, o ser humano está sempre em construção. É um ser marcado por limitações imensas em seu corpo, na sua inteligência e capacidade de afeto, um ser enraizado num determinado local, tempo e contexto social e cultural, submetido a situações de opressão, de miséria e falta de perspectivas de superação. Mesmo em meio as mais profundas situações de opressão, seus sonhos e seus desejos latejam incessantemente, empurrando-o para uma teimosa e persistente busca de superação.¹⁴¹

Existem formas de elaboração subjetiva que permitem um distanciamento da percepção rotineira e comum de objetos e fatos da vida cotidiana, e revelam dimensões relacionadas às questões do seu sentido e do seu valor. As diversas tradições de espiritualidade foram criando estratégias variadas de levar a estados alterados de consciência, em que a mente é conectada com dinâmicas interiores profundas nas quais essas questões são elaboradas. Essa experiência permite o contato com dimensões da subjetividade que, mesmo sendo calmas ou até mesmo doídas, são de tal densidade a ponto de relativizarem outras dimensões da vida. Caracteriza-se, pois, pela força de gerar orientação e motivação diante das confusões da existência. Por

¹³⁸ MURAKAMI; CAMPOS, 2012, p. 362.

¹³⁹ BOFF, Leonardo. *Espiritualidade: um caminho de transformação*. Rio de Janeiro: Sextante, 2001. p. 94.

¹⁴⁰ BOFF, Leonardo. *Tempo de transcendência: o ser humano com um projeto infinito*. Rio de Janeiro: Sextante, 2000. p. 93.

¹⁴¹ BOFF, 2000, p. 93.

exemplo, o uso de rituais, de técnicas de meditação e de contemplação, os mantras, as pregações, as orações, as músicas, entre outros/as.¹⁴²

Espiritualidade é uma construção cujo significado tem mudado ao longo dos anos a fim de incluir não apenas os religiosos, mas, também, as pessoas não religiosas. E se expandiu ainda mais para incluir experiências, traços e características positivas que refletem uma boa saúde mental e social. Como resultado, há poucos estudos sobre a espiritualidade e como medi-la. As medidas atuais incluem perguntas que avaliam a religião, crenças pessoais inespecíficas, estados psicológicos positivos ou traços de caráter desejáveis. A espiritualidade se distingue de todas as outras coisas – humanismo, valores, moral e saúde mental – por sua conexão com o que é sagrado, o transcendente, que é aquilo que está fora de si e ainda dentro de si.¹⁴³

O psiquiatra, pesquisador e diretor do famoso estudo de desenvolvimento psicológico de adultos, da Universidade de Havard, George Vaillant, define espiritualidade pelo campo das emoções positivas. Para ele, a espiritualidade seria a combinação de emoções positivas, capaz de unir uma pessoa a outros seres humanos e à experiência com o divino, como geralmente as pessoas a idealizam. As emoções positivas como, por exemplo: o amor, a esperança, a alegria, a fé, a compaixão, a reverência, o perdão e a gratidão. Por serem mais expansivas, tais emoções ajudariam a ampliar e a construir: a moral, a criatividade, a tolerância e a subsistir no tempo futuro.¹⁴⁴

O termo espiritualidade também é compreendido como as vivências capazes de produzir no ser humano mudanças profundas em seu interior, levando-o à integração pessoal e coletiva.¹⁴⁵ A espiritualidade é um elemento constitutivo do ser humano. É uma nova forma de olhar o mundo, em que o ser humano vai construindo a sua integralidade e a sua integração com tudo que o cerca.¹⁴⁶ Ou seja, a espiritualidade procede de espírito, a dimensão humana em que se ancoram as questões existenciais de sentido e propósito.¹⁴⁷ Nas palavras de Marisa Müller:

Espiritualidade é viver com espírito [...] é uma dimensão constitutiva do ser humano. [...] uma expressão para designar a totalidade do ser humano enquanto sentido e vitalidade, [...] significa viver segundo a dinâmica profunda da vida. Isso significa que

¹⁴² VASCONCELOS, 2015, p. 33.

¹⁴³ KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001, [n.p.].

¹⁴⁴ VAILLANT, George E. *Fé: evidências científicas*. Barueri: Manole, 2010. p. 5.

¹⁴⁵ GIOVANETTI, José P. *Psicologia e espiritualidade*. In: AMATUZZI, Mauro M. (org.). *Psicologia e espiritualidade*. São Paulo: Paulus, 2005. p. 137.

¹⁴⁶ CHAVES, Flávio S. *Aspectos relevantes da espiritualidade na promoção da saúde psíquica do indivíduo*. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) – Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões, Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2016. p. 47.

¹⁴⁷ ESPERANDIO, Mary R.; MICHEL, Renate B.; TREBIEN, Heitor A. C.; MENEGATTI, Cláudia L. *Coping religioso/espiritual na antessala de UTI: reflexões sobre a integração da espiritualidade nos cuidados em saúde*. *Revista Interações*, Belo Horizonte, v. 12, n. 22, p. 303-322, 2017. p. 306.

tudo na existência é visto a partir de um novo olhar onde o ser humano vai construindo a sua integralidade e a sua integração com tudo que o cerca.¹⁴⁸

De acordo com Vaz, na tradição histórica em que se formou a concepção de espírito, podem-se encontrar quatro temas distintos. O primeiro é o do espírito como *pneuma*, entendido como sopro, respiração, de tradição bíblica e greco-latina, “exprime a natureza do espírito como força vital, como o dinamismo organizador que é próprio da vida. [...] como princípio interno de vida ou como forma superior da vida”¹⁴⁹. O segundo é o do espírito como *nous*, de matriz grega, em que o espírito é entendido como atividade de contemplação, indicando a forma mais elevada do conhecimento humano. A tradição latina traduziu como *intellectus*, ler por dentro, ver em profundidade, se relaciona com a alma humana e suas propriedades superiores, como a capacidade racional. O terceiro é o do espírito como *logos*, a concepção segundo a qual a noção de espírito traduz uma ideia de razão ou ordem universal, presente nas origens do pensamento filosófico grego. O último tema é o espírito compreendido como *synesis*, consciência-de-si. Pode-se compreender que falar de espírito e espiritualidade, dependendo da matriz de onde se parta, aponta para experiências e compreensões distintas acerca do que ela é ou se relaciona com a vida, ou com a inteligência, com a ordem da razão ou com a consciência-de-si.¹⁵⁰

Márcio dos Anjos estabelece uma classificação acerca dos diversos usos do conceito espiritualidade, relacionando-a ao seu uso na contemporaneidade. A primeira concepção da espiritualidade é o fato de ser espiritual, que é enfatizada como uma dimensão do ser humano, uma de suas características, sendo utilizada como a espiritualidade humana, a força espiritual do pensamento, a dimensão espiritual da ação. A segunda é a espiritualidade como um conjunto de referências e práticas para cultivar os valores do espírito, referindo-se às buscas humanas de assumir valores espirituais, de cultivá-los e de tentar praticá-los, aproximando-se das religiões. A terceira é a espiritualidade como uma disciplina, que estuda as teorias e práticas referentes ao cultivo do espírito, procurando tratá-la de forma acadêmica. Nesse âmbito, pode-se estabelecer a relação da espiritualidade com outras áreas do conhecimento humano, como a Psicologia, a Sociologia, a Antropologia, a História, entre outras. A quarta concepção estaria ligada à ideia do cultivo da dinâmica ou a própria dinâmica, que impulsiona o ser humano em seus conhecimentos e escolhas vitais e sua importância seria a tentativa de entrar na dinâmica

¹⁴⁸ MÜLLER, Marisa C. Introdução. In: TEIXEIRA, Evilázio F. B.; MÜLLER, Marisa C.; SILVA, Juliana D. T. (orgs.). *Espiritualidade e qualidade de vida*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 8.

¹⁴⁹ VAZ, Henrique C. L. *Antropologia filosófica I*. São Paulo: Loyola, 1992. p. 202-204.

¹⁵⁰ VAZ, 1992, p. 202-204.

do cultivar e *praticar* na vida essa dimensão importante, favorecendo escolhas mais centradas e pautadas por um nível de profundidade e consciência-de-si mais íntimo e singular.¹⁵¹

A espiritualidade, fora de uma religião tradicional, pode encontrar outras formas de expressão como na arte, no relacionamento com a natureza e com os outros e, para alguns, através do conceito de *humanismo secular*. Para aqueles/as cuja espiritualidade se expressa como humanismo secular, a ênfase recai na razão, na investigação científica, na liberdade e responsabilidade individual, nos valores humanos, na compaixão e na necessidade de tolerância e cooperação.¹⁵²

Conclui-se que a espiritualidade é um conceito que possui diversos significados e diz respeito a uma dimensão de todos os seres humanos. Associar a espiritualidade exclusivamente às religiões ou ao espírito/alma a transforma em algo limitado. Da mesma maneira, associá-la apenas às práticas de meditação, de oração e de silêncio, ou às vivências restritas, e não a perceber na vida cotidiana profissional e dos relacionamentos, empobrece-a. Porém, quando essas práticas não são exclusivistas e restritivas, ou seja, quando elas são vivenciadas e cultivadas de forma integrada e não dualista com a vida, tem-se um fator de enriquecimento pessoal e de aprimoramento da autoconsciência. A espiritualidade deve favorecer um diálogo com o/a outro/a, com a sociedade e com os desafios presentes nela, através do desenvolvimento de habilidades relacionadas à capacidade de acolher, ouvir, amadurecer as ideias e posturas, discernir posicionamentos e valores, avaliar e cultivar a profundidade existencial, entre outros.¹⁵³

No campo da subjetividade, Dalai Lama apresenta um conceito de espiritualidade que não tem relação com o transcendente. Ele afirma que a espiritualidade está relacionada às qualidades do espírito humano, que trazem felicidade tanto para a própria pessoa como para os outros, a saber: o amor, a compaixão, a paciência, a tolerância, o perdão, o contentamento, a responsabilidade e a harmonia.¹⁵⁴

Em sua pesquisa sobre a interferência da espiritualidade/religiosidade em situação de doença, Cândida Pinto chama a atenção para duas dimensões encontradas nos pesquisados: a dimensão vertical, relacionada ao transcendente, e que em uma sociedade judaico-cristã

¹⁵¹ ANJOS, Márcio F. Para compreender a espiritualidade em bioética. In: PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian P. *Buscar sentido e plenitude de vida: bioética, saúde e espiritualidade*. São Paulo: Paulinas, 2008. p. 19-28.

¹⁵² ESPERANDIO, 2017, p. 306.

¹⁵³ SOUZA, Carlos F. B. Espiritualidade e bioética. *Revista Pistis Praxis*, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 123-145, 2013. p. 137-139.

¹⁵⁴ LAMA, Dalai. *Uma ética para um novo milênio*. 7. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2000. p. 2.

relaciona-se bastante com as práticas da religião;¹⁵⁵ a dimensão horizontal, existencialista, associada às dimensões da qualidade de vida,¹⁵⁶ que, segundo Geane Castro, “se enquadra o sentido da esperança, a atribuição de sentido e significado da vida decorrente da relação com o eu, os outros e o meio”¹⁵⁷.

A OMS define qualidade de vida como a percepção de um indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores em que vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.¹⁵⁸ A qualidade de vida inclui cinco domínios: saúde física, psicológica, relacionamento social, meio ambiente e espiritualidade, religião e crenças pessoais. A qualidade de vida espiritual é, portanto, uma das dimensões consideradas na avaliação da saúde e compõe um dos instrumentos de teste de campo de qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais.¹⁵⁹

Mesmo diante de dificuldades conceituais, em relação à espiritualidade e da dificuldade histórica no âmbito da ciência em abordar as questões espirituais da experiência humana e sua relação com saúde e qualidade de vida, alguns estudos demonstram que é possível mensurar de forma mais objetiva o impacto da espiritualidade sobre diversos parâmetros de saúde.¹⁶⁰

De acordo com Moreira-Almeida, é necessário explorar a relação entre espiritualidade e saúde para se aprimorar o conhecimento sobre o ser humano e as abordagens terapêuticas, independentemente das crenças seguidas ou não pelo/a profissional da saúde e pelos/as pacientes. É necessário, pois, considerar a espiritualidade como uma possibilidade da experiência humana, sendo, então, algo passível de ser estudado, investigado e pesquisado.¹⁶¹

A importância da dimensão religiosa/espiritual para a saúde tem sido reconhecida pelos/as profissionais de saúde, pesquisadores/as e a população em geral. Apesar dos estudos que investigam a relação entre espiritualidade e saúde terem tido um crescimento exponencial, existem limitações nesse campo em relação ao Brasil e outros países de língua portuguesa. A

¹⁵⁵ PINTO, Cândida. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Revista Arquivos de Medicina*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 47-53, 2007. p. 51.

¹⁵⁶ PINTO, 2007, p. 51.

¹⁵⁷ CASTRO, Geane F. P. *A espiritualidade no tratamento de pacientes com câncer*. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) – Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões, Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2017. p. 20.

¹⁵⁸ WHO. *WHOQOL*: measuring quality of life. 01 mar. 2012. [online]. p. 11.

¹⁵⁹ CHERBLANC, Jacques; BERGERON-LECLERC, Christiane; MALTAIS, Danielle; CADELL, Susan; GAUTHIER, Geneviève; LABRA, Oscar; OUELLET-PLAMONDON, Claudiane. Predictive factors of spiritual quality of life during the COVID-19 pandemic: a multivariate analysis. *Journal of Religion and Health*, [s.l.], v. 60, p. 1475-1493, 2021. [online]. p. 1478.

¹⁶⁰ DAL-FARRA, Rossano A.; GEREMIA, César. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 34, n. 4, p. 587-597, 2010. [online]. p. 588.

¹⁶¹ MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 1-2, 2007. p. 2.

primeira limitação é que os estudos realizados nesses países sobre espiritualidade e saúde não são bem conhecidos no exterior, e a segunda seria a ausência de uma revisão abrangente da literatura em português sobre esse tema.¹⁶²

Na prática cotidiana de cuidar, muitas vezes relacionada à assistência básica em saúde, os/as profissionais se deparam com um emaranhado de queixas, dores e carências que se confundem e extravasam os limites da doença orgânica. Nesse momento, o sofrimento extrapola a relação física e convida o/a profissional a colocar em ação a sua compaixão.¹⁶³ Compaixão é se compadecer com o sofrimento do outro, um comportamento imediato. Em face do sofrimento é despertada a vontade direta de ajudar. O cuidado espiritual promove a maximização das potencialidades das pessoas, valorizando suas capacidades, renovando as esperanças e trazendo uma paz interior que lhes permite lidar com seus problemas de modo mais saudável.¹⁶⁴

A complexa e intensa interconexão da mente com o corpo abre a possibilidade de que as ações integradas de equipes multiprofissionais atuem no sentido de promover a saúde e o bem-estar das pessoas como seres *biopsicossocioespirituais*. Isso não significa substituir práticas médicas consagradas pela medicina, mas, pensar a possibilidade de considerar os aspectos espirituais de pacientes e de profissionais da saúde no sentido de atuar como seres humanos do ponto de vista integral. Considera-se, pois, que o estado psíquico influencia de forma relevante nas funções fisiológicas. Nesse sentido, o estímulo ao desenvolvimento da habilidade da mente para agir de forma positiva sobre o corpo representa um aspecto importante na promoção da saúde.¹⁶⁵

Dos princípios do sistema de saúde brasileiro, a integralidade é, talvez, o mais difícil de definir e sobre o qual estão os maiores desafios para a efetiva consolidação do SUS. Trata-se de promover ações de maneira universal e equitativa, utilizando recursos como a prevenção, o tratamento ou a recuperação da saúde. E através desses recursos, deve-se produzir cuidado.¹⁶⁶ Nessa perspectiva, José Ayres afirma que a dimensão do princípio da integralidade pode ser compreendida através da referência ao cuidado.¹⁶⁷ Para ele, um trabalho em saúde não seria apenas produtor de bens ou de valores de uso, e sim um precioso recurso das pessoas e para elas, sempre em busca de sua realização enquanto sujeitos. Nesse sentido, *cuidar* é participar

¹⁶² MOREIRA-ALMEIDA, 2007, p. 2.

¹⁶³ SMEKE, Elizabeth L. M. Espiritualidade e atenção primária à saúde: contribuições para a prática cotidiana. In: VASCONCELOS, Eymard M. (org.). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 343.

¹⁶⁴ CULLIFORD, Larry. Spirituality and clinical care. *Journal BMJ Clinical Research*, [s.d.], v. 325, p. 1434-1435, 2002. [online]. p. 1435.

¹⁶⁵ DAL-FARRA; GEREMIA, 2010, p. 591.

¹⁶⁶ AYRES, 2009, p. 12.

¹⁶⁷ AYRES, 2009, p. 12.

da construção de projetos de felicidade socialmente compartilhados. É compreender e transformar cada experiência de vida que se apresente como obstáculo de um modo peculiar que se pareça mais justo, produtivo e belo. Nas palavras do autor, “seja negativamente, como crítica e resistência a práticas que nos afastam de [...] legítimas aspirações, seja na proposição positiva de alternativas, cuidado e integralidade são ideias congêneres [...], generosas até o limite da utopia, mas, por isso [...] imprescindíveis”¹⁶⁸.

O sentido de cuidado, do latim *cogitare-cogitatus*, é o mesmo que cura e significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção e bom trato. O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para outra pessoa.¹⁶⁹ Através do cuidado, o contato com a natureza e tudo o que nela existe passa a ser pautado na relação sujeito-sujeito, e não sujeito-objeto.¹⁷⁰ A partir da experiência fundamental do valor intrínseco às coisas, na forma de cuidado, emerge a dimensão de alteridade, de respeito, de sacralidade, de reciprocidade e de complementaridade.¹⁷¹

De acordo com Leonardo Boff, mitos antigos e pensadores contemporâneos dos mais profundos ensinam que a essência humana não se encontra tanto na inteligência, na liberdade ou na criatividade, mas, basicamente no cuidado. Na realidade, o cuidado é o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. Nele se encontra o *ethos* fundamental humano. Nele identificam-se os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem-viver e das ações um reto agir. Muito mais que um ato, cuidar é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com outras pessoas.¹⁷²

Leonardo Boff relata que sem o cuidado, as pessoas deixam de ser humanas. Se não receber cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano se desestrutura, define, perde sentido e morre. Se, ao largo da vida, não fizer com cuidado tudo o que empreender, acabará por prejudicar a si mesmo e por destruir o que estiver à sua volta. Por isso, o cuidado deve ser entendido na linha da essência humana.¹⁷³

Dalai Lama entende que uma das capacidades humanas únicas seria o fato dos seres humanos poderem se ajudar mutuamente, participar do sofrimento das outras pessoas, expressar participação, apoio moral e simpatia. Essa deveria ser a base do agir humano. Quando na vida

¹⁶⁸ AYRES, 2009, p. 12.

¹⁶⁹ BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra*. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 102-103.

¹⁷⁰ BOFF, 2013, p. 109.

¹⁷¹ BOFF, 2013, p. 110.

¹⁷² BOFF, 2013, p. 38-39.

¹⁷³ BOFF, 2013, p. 38-39.

diária o ser humano faz da sua prática ser bom e honesto, cheio de amor, de cuidado e cura e menos egoísta, ele passa a ter um estado de plenitude e paz interior.¹⁷⁴

Em relação às práticas de cuidado, outra definição de espiritualidade passou a ser consenso. Isto é, definiu-se como aspecto humano a que se refere ao modo que os sujeitos procuram manifestar sentido e propósito e a maneira como se experiencia a conexão com o momento, com a natureza, consigo mesmo, com os outros, com o transcendente ou sagrado.¹⁷⁵ Valores como compaixão, solidariedade, amor, justiça, compreensão, sem a espiritualidade, desaparecem e se perdem os limites de distinguir o que é certo e o que é errado. São esses os valores que inspiram o modo de ser e de agir das pessoas, tornando a conduta humana profícua e sábia, portanto, ética.¹⁷⁶ Ética, aqui, é o conjunto de princípios e valores de conduta que uma pessoa ou um grupo de pessoas tem, visando o bem comum.¹⁷⁷

A partir dos argumentos tecidos sobre a espiritualidade e o cuidado, é possível visualizar sua aplicação prática em todos os níveis da linha de cuidados do sistema de saúde, isto é, a efetivação da integralidade da atenção à pessoa: na atenção primária – a promoção da saúde e a prevenção de agravos de forma ampla, considerando os comprovados benefícios das práticas religiosas e/ou espirituais –; na atenção secundária – enfoque em clínicas mais específicas, valorizando aspectos particulares da espiritualidade do ser sob cuidado para o enfrentamento da situação de doença ou sofrimento –; e na atenção terciária – acolhimento global do binômio indivíduo-família em situação de vulnerabilidade, abordando o sofrimento da dimensão espiritual no momento e preparando-o para as próximas etapas de investigação, diagnóstico e tratamento, com uma comunicação sensível.¹⁷⁸

O sistema público de saúde brasileiro traz em sua legislação a integralidade como um dos princípios mais complexos do SUS, bem como traz as políticas públicas da promoção em saúde, humanização e práticas integrativas e complementares como importantes conceitos que contemplam o cuidado integral do indivíduo, incluindo sua participação, dos/as profissionais de saúde e dos/as gestores/as no cuidado com a saúde e no fazer saúde, através de suas

¹⁷⁴ ESPERANDIO; MICHEL; TREBIEN; MENEGATTI, 2017, p. 306.

¹⁷⁵ PUCHALSKY, Christina; FERRELL, Betty. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference. *Journal of Palliative Medicine*, Larchmont, v. 12, n. 10, p. 885-904, 2009. p. 887.

¹⁷⁶ SOUZA, Virgínio C. T.; PESSINI, Leo; HOSSNE, William S. Bioética, religião, espiritualidade e a arte do cuidar na relação médico-paciente. *Revista Bioethikos*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 181-190, 2012. p. 181.

¹⁷⁷ CORTELLA, Mario S. Qual é a tua obra? Inquietações propositivas sobre gestão, liderança e ética. São Paulo: Vozes, 2007. p. 19.

¹⁷⁸ SILVA, Arthur F.; BRASIL, Aline Q.; OLIVEIRA, Ana C. D.; FREIRE, Juliana F.; LOPES, José M. P.; BANDEIRA, Suziy M.; SILVA, Sandra B. F. Concepções sobre espiritualidade: programas de provimento de médicos no Cariri cearense. *Interdisciplinary Journal of Health Education*, [s.l.], v. 2, n.1, p. 16-24, 2017. [online]. p. 17.

demandas e na formulação de políticas públicas para melhorar a saúde da população. As políticas públicas de saúde do SUS são criadas para o completo bem-estar das pessoas. Ao observar esses conceitos e essas legislações, a terceira seção aborda sobre a saúde pública, ou seja, como se dá a formulação de políticas públicas e as políticas de promoção de saúde e humanização, que contemplam o bem-estar e saúde da população de forma integral, utilizando-se a integralidade do cuidado, contemplando a espiritualidade em sua forma ampliada.

2.3 Políticas públicas na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde

A saúde pública é definida como aplicação de conhecimentos técnico-científicos em medidas e políticas relacionadas à higiene, à manutenção da saúde, à prevenção de doenças e ao controle de epidemias, por meio de uma estrutura social e institucional garantida e financiada pelo Estado.¹⁷⁹ A saúde pública brasileira passou por diversas mudanças ao longo da história e começou a ser desenhada na Constituição de 1988, garantindo o direito de todos/as à saúde pública. A lei 8080 instituiu o SUS com comando único em cada esfera de governo municipal, estadual e federal, definindo o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União.¹⁸⁰ O Artigo 7º estabelece, entre os princípios do SUS, a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.¹⁸¹ O Brasil passou a contar com um sistema público de saúde único e universal – um dos maiores do mundo –, sendo o único a garantir assistência gratuita e integral para toda a população. A assistência à saúde vai desde a atenção básica até os atendimentos de alta complexidade, incluindo procedimentos, medicamentos, entre outros.¹⁸²

De acordo com Eugênio Mendes, o SUS é uma proposta generosa de uma política pública que se construiu e se institucionalizou a partir de um amplo debate na sociedade brasileira, estimulado pelo movimento sanitário e acolhido na Constituição Federal de 1988. É um experimento social que está dando certo e seus avanços são inquestionáveis, mas, enfrenta enormes desafios e tem de superá-los.¹⁸³

Os objetivos finais do SUS se caracterizam como prestar assistência à população a partir do modelo de promoção da saúde, que implica ações buscando eliminar ou controlar as causas

¹⁷⁹ SAÚDE PÚBLICA. In: DICIO. [Site institucional]. [s.d.]. [online]. [n.p.].

¹⁸⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *O sistema público de saúde brasileiro*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. [online]. p. 38.

¹⁸¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a, p. 14.

¹⁸² MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a, p. 16.

¹⁸³ MENDES, Eugênio V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: OPAS, 2011. p. 19.

das doenças e agravos. Ou seja: determinando ou condicionando o aparecimento de doenças; proteger a saúde da população, que consiste em ações específicas para prevenir riscos e exposições às doenças e agravos à saúde, isto é, manter o seu estado de saúde; e desenvolver ações de recuperação da saúde de forma a evitar mortes e sequelas em pessoas já acometidas por processos mórbidos.¹⁸⁴

Sobre promoção de saúde, a primeira conferência internacional sobre o tema, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresentou, em sua carta de intenções, alguns pontos relevantes a partir do princípio de que a promoção da saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde. Ela coloca a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as consequências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde. A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. As ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis.¹⁸⁵

Para ratificar o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS, foi instituída, em 30 de março 2006, através da Portaria MS/GM nº687, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), inserida na agenda estratégica dos gestores do SUS e nos planos nacionais de saúde subsequentes, ampliando as possibilidades das políticas públicas existentes. O seu processo de revisão e atualização aconteceu a partir de 2013, de forma ampla, democrática e participativa, incluindo gestores, trabalhadores, conselheiros, representantes de movimentos sociais e profissionais de instituições de ensino superior, além da participação de representantes de instituições fora do setor da saúde comprometidos com ações de promoção da saúde das cinco regiões brasileiras.¹⁸⁶

¹⁸⁴ OLIVEIRA, Denize C.; SÁ, Celso P.; GOMES, Antonio M. T.; RAMOS, Raquel S.; PEREIRA, Noraisa A.; SANTOS, Weena C. R. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. *Revista Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 197-206, 2008. [online]. p. 198.

¹⁸⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. p. 19-28.

¹⁸⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 5.

A PNPS apresenta a promoção de saúde como uma das estratégias de produção de saúde, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro e na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. A estratégia de promoção da saúde no SUS é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença do país, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde.¹⁸⁷ Para Eliane Almeida, a intervenção na prestação de assistência realizada pela rede pública de saúde não deveria desprezar a diversidade de contextos sociais presentes. A autora explica que seria necessária a definição do contexto que se pretende atuar, pois cada instituição apresenta uma realidade, de acordo com fatores envolvidos, tais como: a população atendida, a capacitação do seu corpo técnico, a infraestrutura disponível e a interferência dos agentes políticos. Por isso, ela entende que, ao se pensar em propostas de ações para a assistência, seria necessário levar em consideração a situação das instituições públicas de saúde.¹⁸⁸

A Estratégia Saúde da Família (ESF), antigo Programa Saúde da Família, surge em resposta à crise do modelo médico-clínico e assistencial e visa propor uma mudança mais efetiva na forma de pensar a saúde. Nesta estratégia, a equipe de saúde da família irá atuar na promoção, prevenção, recuperação e na manutenção da saúde da população e produzir ações que busquem uma atenção integral à saúde e estabelecer respeito e vínculo com a comunidade.¹⁸⁹

Na busca de uma visão holística do ser humano, a promoção da saúde passa a ser considerada a nova lei, principalmente, com o *rompimento* do modelo biomédico. Nunca se falou tanto em doenças mentais e até espirituais como na atualidade. O corpo mortal ainda é visto como sagrado e a única fonte de doença e de cura. A prevenção e o tratamento para tais problemas surgem com o advento das novas descobertas da neurociência e de outras áreas das ciências, uma vez que não se pode mais negar a existência do *divino* e do *transcendental* na mente humana e a sua atuação na existência do ser humano. Encontrar um sentido para a vida

¹⁸⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 10.

¹⁸⁸ ALMEIDA, 2005, p. 5-6.

¹⁸⁹ COSTA, Glauce D.; COTTA, Rosângela M. M.; FERREIRA, Maria L. S. M.; REIS, José R.; FRANCESCHINI, Sylvania C. C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009. p. 113.

também pode ser considerado como uma promoção de saúde via espiritualidade, sendo que o sentido é uma realidade que está voltada para o futuro.¹⁹⁰ Observa-se que, cada vez mais, a saúde terá que se confrontar com a espiritualidade como um pilar indispensável, sendo necessários estudos que possam desenvolver mecanismos de interação entre os/as profissionais da saúde e a espiritualidade.¹⁹¹

Em novembro de 2003, no intuito de operar em toda a rede do SUS, norteando com seus princípios todas as ações de saúde, foi apresentada a Política Nacional de Humanização (PNH), Humaniza SUS, uma política de caráter transversal que traz valores como a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.¹⁹² A PNH compreende os seguintes princípios norteadores: a valorização da dimensão subjetiva e social no SUS, incluídas nas práticas de atenção e gestão; o fortalecimento do trabalho em equipes multiprofissionais, estimulando a transversalidade e a grupalidade; a construção da autonomia e do protagonismo das pessoas inseridas na rede do SUS e sua corresponsabilidade no processo de gestão e de atenção; o apoio à construção de redes comprometidas com a produção de saúde e de sujeitos; o compromisso de tornar democráticas as relações de trabalho, com a valorização dos/as profissionais de saúde; e o estímulo à educação permanente.¹⁹³

Desse modo, humanizar o SUS requer estratégias que são construídas entre os/as trabalhadores/as, usuários e gestores/as do serviço de saúde. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos, valorizando e incentivando sua atuação na produção de saúde. Valoriza-se o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e coletivos. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele/a que é assistido/a. Juntos esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável. Logo, incluir os/as trabalhadores/as na gestão é fundamental para que eles/as, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Com efeito, incluir usuários e suas

¹⁹⁰ BORGES, Pedro P.; FERREIRA, Rafael S.; DIAMANTE, Isabela. A saúde permeada pela espiritualidade. *Revista Multitemas*, Campo Grande, v. 22, n. 51, p. 7-21, 2017. p. 17.

¹⁹¹ BORGES, 2017, p. 19.

¹⁹² ALMEIDA, Eliane C. Humanização e políticas de saúde: um estudo sobre os usos e sentidos das propostas de humanização nas políticas de atenção à saúde da mulher. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005. p. 59.

¹⁹³ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Humanização*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [online]. p. 21-22.

redes sociofamiliares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si.¹⁹⁴

As diretrizes da PNH incluem o acolhimento e reconhecem o que o outro traz como legítima e singular a necessidade de saúde. A *gestão participativa e cogestão* expressa tanto à inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto à ampliação das tarefas da gestão. A *ambiência* cria espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis que respeitam a privacidade e propiciam mudanças no processo de trabalho, para que sejam lugares de encontro entre as pessoas. A *clínica ampliada e compartilhada* é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. A *valorização do trabalhador* quer dar visibilidade à experiência dos/as trabalhadores/as e incluí-los/as na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho. A *defesa dos direitos dos usuários* é o aspecto que confere aos usuários de saúde os direitos garantidos por lei e os serviços de saúde que devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta, incluindo aqui o direito do usuário decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria em sua rede social.¹⁹⁵

Em toda e qualquer relação humana se faz necessária a humanização. Ela serve de canal para efetivação do cuidar holístico e sensível de cada pessoa. Nesse contexto, o humanizar reflete sobre o agir do/a profissional cuidador, que passa a ser percebido/a como uma presença importante e dinâmica, sendo capaz de acolher, refletir, reconhecer e desempenhar, com sensibilidade e competência, uma assistência capaz de corresponder às necessidades daqueles/as que recebem os cuidados.¹⁹⁶ O modo de agir do/a profissional cuidador com o usuário deve ir além da saúde por si só, deve-se, também, considerar sua dimensão espiritual e/ou religiosa, que ocupa um lugar de destaque na vida das pessoas. Percebe-se que é imprescindível conhecer a espiritualidade dos usuários de saúde ao se planejar o cuidado.¹⁹⁷

A definição do conceito de políticas públicas se faz necessária no sentido de se delimitar o espaço de atuação do objeto de investigação. Políticas públicas podem ser compreendidas

¹⁹⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Humanização – PNH*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. [online]. [n.p.].

¹⁹⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, [n.p.].

¹⁹⁶ FROTA, M. L. M. Enfermagem obstétrica: o cuidar e o ensino na perspectiva da assistência humanizada. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM (ABEN), LII, 2001, Recife. *Anais...* Recife: ABEN, 2001. p. 179-185. [pdf]. p. 180.

¹⁹⁷ GUERRERO, Gisele P. *Associação da espiritualidade na qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de cabeça e pescoço*. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. p. 63.

como tentativas de regular as situações que se apresentam como problemas públicos e que afloram no interior de uma coletividade ou entre coletividades, independentemente das áreas sobre as quais atuam e/ou interferem. Problema público é aquele que interfere na repartição de meios entre os atores sociais e a coletividade se refere à forma abrangente podendo ser desde o Estado, instâncias subnacionais de governo ou mesmo uma instituição. Essa definição ressalta a natureza normativa e regulatória das políticas independentemente das suas funções distributivas ou redistributivas.¹⁹⁸

Políticas são concebidas como respostas do governo a determinados problemas públicos. O processo de entrada de um problema na agenda é como um processo dinâmico que envolve diversos atores e diferentes grupos de interesses.¹⁹⁹ Nem sempre aquele problema será de interesse de todos/as os/as envolvidos/as. A noção de agenda é importante na formulação de políticas públicas. Ela aponta para as preferências das instituições envolvidas no debate, sendo preferida a utilização da expressão *propostas de políticas*. Isso ressalta o seu caráter retórico, que configura o conjunto de argumentos utilizados para persuadir grupos acerca da adoção de certa política e sua importância na resolução de problemas que poderiam ser resolvidos com a adoção de tais medidas e intervenções em que se fazem oportunas.²⁰⁰

As necessidades e os problemas da população podem ser percebidos e acolhidos pelas autoridades públicas, gerando propostas de ações ou podem ser as próprias autoridades públicas que modelam essas necessidades, através da oferta que estrutura e condiciona as necessidades de ação pública da população. Ou seja, a população aceita como aspirações próprias os bens e os serviços que o setor público lhes oferece.²⁰¹

Políticas de saúde têm significados diferentes para pessoas diferentes, porque envolve um diálogo de intenções e ações, constituindo um espaço político de trocas e indeterminações, conflitos e poder. As justificativas das propostas de ações apresentadas são a queixa dos usuários em relação à assistência recebida ou às propostas técnicas a partir de necessidades do serviço. Esses problemas são incluídos na agenda política e resultam na formulação de propostas de ações para reorganizar a assistência a partir de modelos pré-determinados pelos técnicos, reproduzindo a construção de modelos ideais que nem sempre são aplicáveis.²⁰² Para que uma proposta de política tenha êxito, há a necessidade de ouvir os atores envolvidos, os/as

¹⁹⁸ VIANA, 1997 *apud* ALMEIDA, 2005, p. 9.

¹⁹⁹ MATTOS, 2003 *apud* ALMEIDA, 2005, p. 9.

²⁰⁰ MATTOS, 2000 *apud* ALMEIDA, 2005, p. 21.

²⁰¹ ALMEIDA, 2005, p. 22.

²⁰² ALMEIDA, 2005, p. 23.

profissionais de saúde, os usuários e os/as gestores/as para a compreensão de como determinada política afetará as rotinas do serviço e se são passíveis de serem aceitas e implementadas.

A atuação técnica do/a gestor/a do SUS, permanentemente permeada por variáveis políticas, se consubstancia através do exercício das funções gestoras na saúde que podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão, que é necessário para a implementação de políticas na área da saúde, exercido de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública. Dentro da função de formulação de políticas/planejamento estão incluídas as atividades de diagnóstico de necessidades de saúde, identificação de prioridades e programação de ações, entre outras.²⁰³ No modelo do SUS, é dado forte destaque ao papel da direção municipal do SUS, nas secretarias municipais de saúde, com a função de planejar, organizar, controlar, avaliar as ações e serviços de saúde, gerir e executar os serviços públicos de saúde.²⁰⁴

No Brasil, atualmente, as vigilâncias sanitárias, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador constituem práticas sanitárias que, em seu conjunto, visam promover, prevenir e proteger a saúde da população. Construídas em processos distintos e com representação em institucionalidades diversas, as vigilâncias foram definidas, por força de portaria ministerial, como integrantes da chamada Vigilância em Saúde.²⁰⁵

No intuito de regulamentar as responsabilidades e definir diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde, por todos os entes federativos, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, a Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013, em seu artigo 3º, diz que as ações de vigilância em saúde são coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no SUS para garantir a integralidade da atenção à saúde da população. Em seu artigo 4º, as ações de vigilância em saúde abrangem toda a população brasileira e envolvem práticas e processos de trabalho voltados a vigilância da situação de saúde da população.²⁰⁶

A Portaria nº 1.378, capítulo II, seção III, artigo 11, define as competências dos municípios e compete às secretarias municipais de saúde a coordenação do componente municipal dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e de Vigilância Sanitária. No âmbito

²⁰³ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b, p. 37.

²⁰⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b, p. 40-41.

²⁰⁵ SETA, Marismary H.; OLIVEIRA, Catia V. S.; PEPE, Vera L. E. Proteção à saúde no Brasil: o sistema nacional de vigilância sanitária. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3225-3234, 2017. [online]. p. 3226.

²⁰⁶ MINISTÉRIO DE ESTADO DA SAÚDE. Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013. [Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária]. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, ed. 131, p. 48, 10 jul. 2013. [online]. p. 48.

de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreende as ações de vigilância, de prevenção e de controle das doenças transmissíveis e, além disso: a vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco; a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde; a gestão de sistemas de informação de vigilância em saúde em âmbito municipal que possibilitam análises de situação de saúde; as ações de vigilância da saúde do trabalhador; as ações de promoção em saúde; e o controle dos riscos inerentes aos produtos e serviços de interesse a saúde.²⁰⁷

O processo de planejamento da saúde, que é obrigatório para os entes públicos, será ascendente e integrado do nível local até o federal. Ou seja, serão ouvidos os respectivos conselhos de saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.²⁰⁸

O poder hegemônico é o dominante e não o único. Os dominados também interferem na dinâmica social, particularmente quando se trata da alteração de valores. Ora, valores são os alicerces das estruturas e as estruturas são produtoras e garantidoras de valores. A alteração de valores ressalta a inadequação social e histórica de estruturas ultrapassadas, aumentando as possibilidades de mudança. Seria válido um esforço concentrado da saúde coletiva, objetivando tornar mais democrática e participativa a definição de valores de uso e de necessidades sociais.²⁰⁹ Para Gastão Campos, existe a necessidade da saúde pública não somente investir, conforme sua tradição, na dimensão corporal das pessoas. Por exemplo, a vacinação. Mas, ele sugere pensar as pessoas como cidadãos/ãs de direito, senhores/as de uma capacidade crítica de reflexão e de escolhas autônomas em relação à forma de conduzir a vida.²¹⁰

Nessa pandemia, muitas pessoas têm passado por diferentes processos de isolamento social e familiar, de luto, de ansiedade, de tristeza, de depressão, da própria doença Covid-19 e da síndrome pós-Covid. A saúde pública pode contribuir de forma positiva, utilizando ferramentas que já fazem parte das políticas de saúde e de outras ações que podem ser incluídas e implementadas após estudos e análises, com o objetivo de acolher a população e os/as profissionais de saúde. O terceiro capítulo aborda a saúde pública e a espiritualidade incluída no contexto da pandemia da Covid-19, no município de Vitória-ES. Na primeira seção,

²⁰⁷ MINISTÉRIO DE ESTADO DA SAÚDE, 2013, p. 48.

²⁰⁸ BRASIL. Casa Civil. *Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011*. [Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências]. Brasília: Presidência da República. [online]. [n.p.].

²⁰⁹ CAMPOS, Gastão W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000a. [online]. p. 228-229.

²¹⁰ CAMPOS, 2000a, p. 228.

apresentam-se as ações voltadas para o enfrentamento da pandemia e uma proposta de ação a partir do que já foi realizado. Na segunda, aborda-se a espiritualidade na formação e no acolhimento do/a profissional de saúde. Na última seção, aborda-se especificamente o tema do luto e como a espiritualidade pode contribuir no seu enfrentamento, sobretudo, quando provocado pela Covid-19.



3 SAÚDE PÚBLICA E ESPIRITUALIDADE NO ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES

Em uma crise global de saúde, todos os/as profissionais, os/as gestores/as e a população devem fazer sua parte na sociedade para que as consequências não sejam desastrosas. Gastão Campos afirma que a “capacidade de produzir necessidades sociais é uma manifestação concreta do poder dos distintos grupos e segmentos sociais”²¹¹. Tanto as equipes de saúde quanto a sociedade deveriam, explicitamente, cuidar da produção de valores de uso e de sua expressão pública sob a forma de necessidades sociais. Caberia aos/às trabalhadores/as e aos usuários, a partir de seus próprios desejos e interesses, apoiando-se em uma teoria sobre a produção de saúde, tratar de construir projetos e de levá-los à prática, objetivando, então, a concretização de determinados valores de uso, expressos sob a forma de necessidades, bem como dos meios necessários para atendê-los.²¹²

Este capítulo trata da espiritualidade no SUS, no cenário da pandemia da Covid-19, utilizando os referenciais teóricos dos capítulos anteriores e acrescentando outros, a partir da integralidade do cuidado. Na primeira seção, são tratadas as ações voltadas para prevenção e tratamento da Covid-19, utilizando o conceito do cuidado e da integralidade, que promovem o acolhimento das pessoas que utilizam o sistema de saúde do município de Vitória-ES. Desde o início da pandemia, esse município, através dos seus gestores e secretarias, implementou estratégias para tentar conter o número de casos da Covid-19. A partir dessas estratégias, apresenta-se uma proposta de ação que poderá contribuir na reflexão de novas ações de saúde no município, referente à pandemia e suas consequências.

3.1 Ações voltadas para prevenção e tratamento da Covid 19: cuidado e integralidade

A integralidade, nesta pesquisa, quer tratar da assistência integral à pessoa, de modo que não a reduza à sua doença ou ao órgão que produziu a doença, mas, que supere a dicotomia entre saúde coletiva e assistência médica individual. Tais princípios vêm sendo associados a uma boa prática profissional e, por isso, a necessidade de tratar da introdução de políticas públicas para a população, abrangendo tanto a promoção e a proteção da saúde quanto o

²¹¹ CAMPOS, Gastão W. S. *O anti-Taylor e o método paidéia*: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional. Tese (Livre-docência) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2000b. p. 45.

²¹² CAMPOS, 2000a, p. 228-229.

tratamento das doenças e humanização da assistência e do trabalho.²¹³ Entende-se que o conceito espiritualidade e saúde, envolvendo o cuidado e um olhar mais amplo em relação às pessoas poderá melhorar a capacidade de tratá-las de maneira integral.

Ruben Mattos define três grandes conjuntos de sentidos do princípio da integralidade: atributos das práticas dos/as profissionais de saúde, atributos da organização dos serviços e respostas governamentais aos problemas de saúde. O autor relata que a ideia de integralidade expressa uma certeza de que o governo é responsável por responder a certos problemas de saúde pública, e que a resposta a eles deve compreender tanto as possibilidades de prevenção quanto as assistenciais.²¹⁴ Com o início da transmissão comunitária no Brasil e com a autonomia dada a cada Estado e município pela gestão da crise, o Estado do Espírito Santo apresentou, através da secretaria estadual de saúde, várias normas técnicas com recomendações aos municípios. Além das orientações estatais, também foram e estão sendo realizadas ações nas secretarias municipais de saúde, de acordo com a sua realidade. Uma das primeiras recomendações foi o uso de máscaras faciais para proteção contra a Covid-19, que passou a ser adotada por vários municípios e Estados do Brasil.

Em 13 de março de 2020, no Diário Oficial do município de Vitória-ES, através do Decreto nº 18.037, foi declarada situação de emergência em saúde pública no município, em razão da pandemia de doença infecciosa viral respiratória, Covid-19, causada pelo agente novo coronavírus, com medidas de enfrentamento e de dispensa de licitação destinadas ao enfrentamento da emergência em saúde pública de importância internacional.²¹⁵ No artigo II do decreto municipal nº 18.037, para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus, bem como nos termos do inciso III, parágrafo VII, do art. III, da lei federal nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020, podem ser adotadas medidas como a determinação de realização compulsória de exames médicos, testes de laboratório, coleta de amostras clínicas, medidas profiláticas e vacinação, tratamentos médicos específicos, estudo ou investigação epidemiológica, além de requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, com o pagamento posterior de indenização justa.²¹⁶

Tratamento médicos específicos, vacinação e outras medidas profiláticas foram permitidos através desse decreto, além da requisição de bens e serviços de pessoas naturais ou

²¹³ MATTOS, 2009, p. 62.

²¹⁴ MATTOS, 2009, p. 63-65.

²¹⁵ VITÓRIA (Cidade). Secretaria de Gestão, Planejamento e Comunicação. *Decreto nº 18.037, de 13 de março de 2020a*. [Declara situação de emergência de saúde pública, no município de Vitória, decorrente de pandemia em razão do novo coronavírus, dispõe sobre as medidas para enfrentamento]. Vitória: Prefeitura Municipal. [online]. [n.p.].

²¹⁶ VITÓRIA, 2020, [n.p.].

jurídicas. A lei federal nº 13.979, de que trata o decreto, no parágrafo I, preconiza que as medidas previstas no artigo deverão ser baseadas em evidências científicas e em análises sobre as informações estratégicas em saúde, bem como ser limitadas no tempo e no espaço ao mínimo indispensável à promoção e à preservação da saúde pública. No parágrafo II, a lei assegura as pessoas afetadas pelas medidas: o direito de ter informações sobre o seu estado de saúde e a assistência à família; o direito de receber tratamento gratuito; e o respeito à dignidade, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais de cada pessoa. Ficam assegurados às pessoas afetadas pelas medidas previstas nesse artigo: o direito de serem informadas permanentemente sobre o seu estado de saúde e a assistência à família, conforme regulamento; o direito de receberem tratamento gratuito; o pleno respeito à dignidade, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais das pessoas.²¹⁷

As pessoas têm o direito de serem informadas sobre seu estado geral de saúde, de receberem tratamento gratuito, respeitando-se a dignidade, os direitos humanos e as liberdades fundamentais.

Seguindo as orientações contidas na instrução normativa 002/2020, emitida pela SEMUS, através da gerência de vigilância em saúde do município de Vitória-ES, por meio do decreto municipal nº 18.072, de 17 de abril de 2020, o prefeito estabeleceu a obrigatoriedade do uso de máscaras por funcionários/as e a adoção de medidas de prevenção pelos estabelecimentos comerciais e prestadores de serviços em funcionamento no município de Vitória-ES, enquanto perdurar o estado de emergência em saúde pública, em decorrência da pandemia do novo coronavírus – Covid-19 –, constituindo infração sanitária o descumprimento dessa instrução normativa.²¹⁸

A instrução normativa 002/2020 dispôs sobre os procedimentos preventivos à disseminação do novo coronavírus, tais como, a limpeza e a desinfecção dos ambientes e das superfícies de objetos tocados com frequência, evitar compartilhamento de objetos entre funcionários/as, manter ambientes arejados e ventilados, disponibilização de itens para

²¹⁷ BRASIL. Secretaria-Geral. *Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020*. [Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019]. Brasília: Presidência da República. [online]. [n.p.].

²¹⁸ VITÓRIA (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. *Decreto nº 18.072, de 17 de abril de 2020b*. [Estabelece a obrigatoriedade do uso de máscaras por funcionários e adoção de medidas de prevenção pelos estabelecimentos comerciais e prestadores de serviços em funcionamento no Município de Vitória, enquanto perdurar o Estado de Emergência em Saúde Pública, em decorrência da Pandemia do novo coronavírus (COVID-19) na forma da Instrução Normativa 002/2020, emitida pela Secretaria Municipal de Saúde]. Vitória: Prefeitura Municipal. [online]. [n.p.].

higienização das mãos, garantir a utilização de máscaras a título de medida de prevenção por barreira mecânica, entre outras orientações.²¹⁹

O município de Vitória-ES publicou a portaria nº 022/2020, no Diário Oficial, de 01 de julho de 2020, que dispõe sobre o protocolo para o uso dos medicamentos Ivermectina e Cloroquina/Hidroxicloroquina nos/as pacientes com suspeita ou confirmação de Covid-19. Foram consideradas as pesquisas em andamento, os estudos clínicos observacionais em diversos municípios, Estados e países, bem como o parecer do CFM, nº 4/2020, a partir do princípio da autonomia médica e da decisão compartilhada mediante a valorização da relação médico-paciente e do consentimento livre e esclarecido do/a paciente, entre outras considerações.²²⁰

De acordo com a portaria, os medicamentos só poderiam ser liberados após criteriosa avaliação médica de pacientes com suspeita ou confirmação de Covid-19, com a notificação do agravo, emissão de receita médica e termo de consentimento livre e esclarecido. Esse último deveria ser assinado pelo/a paciente, autorizando o tratamento após ser devidamente informado/a dos riscos e dos benefícios, bem como pelo/a médico/a como tendo explicado ao paciente tudo sobre o tratamento.²²¹

Médicos voluntários iniciaram atendimento na SEMUS após a publicação da portaria, utilizando as medicações contra a Covid-19 – a Ivermectina e a Cloroquina/Hidroxicloroquina – para o tratamento inicial da doença, através de evidências práticas e bons resultados em vários lugares do Brasil, para tentar diminuir o sofrimento e apoiar a população. Diante da emergência sanitária, a portaria veio como uma forma de auxiliar os/as médicos/as que consideram o tratamento inicial eficaz para que possam realizar as prescrições e para que os medicamentos possam ser liberados para o/a paciente que desejar ser tratado com o protocolo.²²² Apesar da liberação das medicações por meio da portaria e do trabalho dos/as médicos/as voluntários/as, não houve treinamentos e orientações a respeito da dosagem a ser prescrita e quais medicamentos fariam parte do tratamento medicamentoso precoce da doença.

A Covid-19 é uma doença nova, mas, a cada dia, são apresentados estudos observacionais e publicações científicas adicionadas mais medicações reposicionadas de acordo

²¹⁹ VITÓRIA, 2020b, [n.p.].

²²⁰ VITÓRIA (Cidade). Secretaria de Saúde. *Portaria nº 022, de 01 de julho de 2020c*. [Dispõe sobre o protocolo para o uso dos medicamentos Ivermectina e Cloroquina/Hidroxicloroquina nos pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19]. Vitória: Prefeitura Municipal. [online]. [n.p.].

²²¹ Diário Oficial do Município de Vitória. Secretaria de Saúde. Postaria nº022/2020, de 01 de julho de 2020, p.32-34.

²²² PREFEITURA DE VITÓRIA. *Vitória inicia novo procedimento com médicos voluntários no combate à COVID-19*. 01 jul. 2020. [online]. [n.p.].

com a fisiopatologia do vírus. Pensa-se ser necessária a criação de uma comissão de estudos ou um grupo operacional, constituído de profissionais de saúde, que possa realizar estudos científicos e trocas de informações com outros/as profissionais que já estejam realizando esse tipo de trabalho como, por exemplo, Porto Feliz, em São Paulo, Porto Seguro, na Bahia, e Chapecó, em Santa Catarina.

Além da comissão responsável pelo estudo e atualização dos medicamentos e dosagens adequadas, deve-se realizar o treinamento dos/as profissionais de saúde e dos/as médicos/as que estiverem interessados/as em se capacitar e realizar esse tratamento, respeitando-se a autonomia médica. As novas medicações reposicionadas devem ser acrescentadas por portarias para que o/a profissional médico possa realizar a prescrição com segurança e o/a paciente possa adquirir a medicação na farmácia municipal.

Sugere-se, pois, um estudo de viabilidade de um local específico para realizar o tratamento imediato de pacientes que estejam com suspeita ou confirmação da Covid-19, e que queiram fazê-lo ou preparar as unidades básicas de saúde municipais para tal. Nesse local, o/a paciente autorizará e terá acesso ao tratamento precoce da Covid-19. O atendimento será realizado pelos/as profissionais que foram capacitados/as. A realização dos testes para Covid-19, do aporte das medicações necessárias e do monitoramento durante toda a doença será disponibilizado ao paciente. O monitoramento consiste em acompanhar o/a paciente através de ligações diárias e preencher o histórico, promovendo o cuidado do/a paciente durante todo o período de recuperação para, posteriormente, analisar o tratamento. Convênios para realização de tomografia computadorizada devem ser estabelecidos. Na ausência da tomografia, exames radiográficos pulmonares devem ser disponibilizados aos casos que estiverem na fase pulmonar da doença. Os/as pacientes que estiverem em fase pulmonar, com dessaturação no atendimento ou durante o acompanhamento, devem ser encaminhados/as aos pronto-atendimentos para receberem suporte de oxigênio e medicações de uso endovenoso.

O município de Vitória-ES conta com uma Escola Técnica de Saúde do SUS (ETSUS), que poderá ser disponibilizada para as capacitações dos/as profissionais de saúde, de acordo com cada categoria e suas atribuições. A capacitação deve tratar da doença Covid-19, a fisiopatologia e fases da doença, e as formas de acolhimento e orientação ao paciente e seus familiares. As medicações reposicionadas preconizadas para cada fase, posologia e atualizações devem fazer parte da capacitação dos prescritores. Para que o/a paciente possa ser tratado integralmente em suas necessidades, devem-se ter capacitações periódicas, protocolos precisos e atualizados, bem como a indicação de local específico para o atendimento.

Ao observar o conceito da integralidade, que engloba o conceito do cuidado em saúde, dentro de um conceito mais amplo de espiritualidade, deve-se promover uma frente de atendimento ao paciente no pós-Covid. O pós-Covid nos/as pacientes pode se manifestar de várias maneiras, desde a necessidade de reabilitação pulmonar e física até a necessidade de tratamento psicológico e psiquiátrico. Alguns/mas pacientes podem ficar com sequelas respiratórias, físicas e psicológicas após a Covid-19. Para que eles/as sejam acompanhados/as adequadamente, devem ser criadas ações voltadas para essa realidade. Uma comissão para o estudo e para a organização de ações voltadas às doenças crônicas advindas da Covid-19, o pós-Covid, deve ser formada e os/as profissionais da saúde mental, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros devem fazer parte do processo de atenção a esses/as pacientes, sendo capacitados/as para esse fim.

Pode-se, pois, buscar parcerias com universidades, faculdades e terceiro setor, que podem contribuir para o acompanhamento do/a paciente nas suas necessidades físicas, psicológicas e espirituais. Para os atendimentos especializados, o município conta com um centro municipal de especialidades, onde existem especialidades médicas, odontológicas, atendimento de fisioterapia, e, no cuidado holístico, as práticas alternativas e complementares de homeopatia, acupuntura, auriculoterapia, entre outras.

Um dos maiores desafios atuais na saúde pública são as doenças crônicas, dentre elas, a depressão. A depressão acomete qualquer pessoa e necessita de atendimento integral e de adesão do/a paciente em todo o processo de tratamento. Com a pandemia do novo coronavírus, os diversos serviços de saúde devem estar alertas para as situações que podem desencadear necessidade de maior atenção à saúde mental das pessoas, em virtude da própria doença Covid-19, do isolamento social e das mudanças no estilo de vida, do luto por perda de familiares, das consequências da síndrome pós-Covid, do desemprego e do empobrecimento. Por isso, pensar e colocar em prática essas ações a curto, médio e longo prazo é de suma importância para o futuro da saúde.

No entanto, grande parte da atenção primária está voltada para os problemas agudos e para as necessidades mais urgentes dos/as pacientes. O incremento da atenção dispensada às condições crônicas também se traduz num enfoque na aderência a tratamentos de longo prazo que tem adesão extremamente baixa. A atenção à saúde é que fornece informação oportuna, apoio e monitoramento constante para melhorar a aderência, reduzindo a carga das condições crônicas e proporcionando melhor qualidade de vida aos pacientes.²²³

²²³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação – relatório mundial*. Brasília: OMS, 2003. [online]. p. 8-16.

Em 2002, a OMS, a fim de alertar os países e seus gestores e contribuir com orientações acerca das doenças/condições crônicas, publicou um relatório mundial sobre doenças crônicas. O documento traz orientações aos responsáveis pela elaboração de políticas públicas, aos planejadores do setor saúde e a outros agentes relevantes para o empreendimento de ações, visando redução das ameaças impostas pelas condições crônicas à população, aos sistemas de saúde e às economias mundiais. Doenças/condições crônicas englobam, além das condições não transmissíveis, as condições transmissíveis persistentes – HIV/AIDS, por exemplo; distúrbios mentais de longo prazo – depressão, por exemplo; deficiências físicas/estruturais contínuas – que, naquela época, já era um dos maiores desafios enfrentados pelos sistemas de saúde em todo o mundo. Nos países em desenvolvimento, como no Brasil, por exemplo, as condições crônicas surgem basicamente no nível de atenção primária e devem ser tratadas principalmente nesse âmbito.²²⁴

O relatório da OMS traz elementos essenciais para aprimorar os sistemas de saúde para as condições crônicas, tais como: apoiar uma mudança de paradigma de que condição crônica requer um tipo diferente de sistema de saúde; gerenciar o ambiente político, em que cada grupo – os/as pacientes, os/as trabalhadores/as de saúde, a comunidade, as organizações, as famílias – terá seus próprios valores, interesses e âmbito de influência; desenvolver um sistema de saúde integrado, gerando comunicação entre todos os envolvidos; aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde – habilidades avançadas de comunicação, técnicas de mudança de comportamento, educação do paciente e aconselhamento são necessárias para auxiliar os pacientes com problemas crônicos; centralizar o tratamento no paciente e na família, como tendo papel central e responsabilidade no tratamento, uma vez que o gerenciamento das condições crônicas requer mudanças no estilo de vida e no comportamento diário; reforçar que os pacientes e familiares precisam de auxílio e apoio de outras instituições nas suas comunidades; enfatizar a prevenção, aumento da prática de atividade física, redução do tabagismo e restrição do consumo excessivo de alimentos não saudáveis.²²⁵

O vínculo e o bom relacionamento entre os/as pacientes portadores de doenças crônicas e os/as profissionais da saúde são imprescindíveis e deve se manter com o passar do tempo. Para isso, os/as pacientes precisam estar inseridos em um ambiente onde se sintam à vontade para fazer perguntas e em que possam iniciar e manter uma postura de autogerenciamento.

²²⁴ OMS, 2003. p. 5-16.

²²⁵ OMS, 2003, p. 8-12.

Os/as profissionais da saúde devem garantir que os/as pacientes recebam informações e instruções adequadas para gerenciar suas condições crônicas.²²⁶

O envolvimento de líderes comunitários, mobilização de grupos comunitários locais, Organizações não Governamentais (ONGs) e voluntários, atuando onde a organização de saúde não consegue suprir as necessidades, pode melhorar significativamente o tratamento de pacientes com problemas crônicos. Deve haver equipes de saúde motivadas e grupos de apoio na comunidade informados, envolvendo pacientes e famílias.²²⁷

A pesquisa da OMS demonstrou que, em grande parte do mundo, os governos não possuem políticas preventivas ou de gerenciamento para doenças não transmissíveis. No Atlas 2001, da OMS, sobre doenças mentais, mais de 40% dos países não possuem uma política de saúde mental e mais de 30% deles não apresentam um programa de saúde mental. Além disso, cerca de 1/3 dos países não têm um orçamento para a saúde mental. Entre aqueles que o possuem, aproximadamente 1/3 gastam menos de 1% de toda a dotação orçamentária para fazer face à saúde mental.²²⁸

A inovação no tratamento das condições crônicas representa a introdução de novas ideias, métodos ou programas para modificar a forma de prevenção e gestão das condições crônicas. De acordo com os novos conceitos de condições crônicas, é importante a qualidade de vida do/a paciente e de sua família, destacando o papel do/a paciente para a consecução desse objetivo. O/A paciente não é um participante passivo no tratamento, pelo contrário, é considerado um *produtor de saúde*.²²⁹

A educação continuada dos/as profissionais da saúde, após o término da sua formação acadêmica, é falha e não há qualquer sistema incorporado para difundir novas informações. Além disso, parece haver falta de interesse desses/as profissionais em frequentar cursos de capacitação não obrigatórios.²³⁰ Antes de iniciar a ação proposta, o planejamento deve ser apresentado ao conselho municipal de saúde e, caso seja deliberado, a ação deve ser disponibilizada aos munícipes de Vitória-ES, através da SEMUS. Pensa-se que estudos devem ser realizados após a implementação desses protocolos e realizadas análises do tratamento, tanto do ponto de vista do/a profissional de saúde e da ciência quanto do/a paciente atendido.

Pretende-se com essa proposta utilizar a espiritualidade no fazer saúde, seguindo o modelo biopsicossocial e espiritual, que compreende o ser humano de maneira integral. O

²²⁶ OMS, 2003, p. 36.

²²⁷ OMS, 2003, p. 74-81.

²²⁸ OMS, 2003, p. 39.

²²⁹ HOLMAN; LORIG, [s.d.] *apud* OMS, 2003, p. 46.

²³⁰ OMS, 2003, p. 41.

conceito de cuidado trazido pela espiritualidade promove a integralidade da assistência à saúde, um dos princípios que guiam as ações no SUS.

Para a compreensão da necessidade de se colocar em prática ações voltadas para a atenção integral do paciente e a importância da associação da dimensão espiritual à biológica, a espiritualidade deve ser incluída na prática do cuidado e na educação dos/as profissionais de saúde. E, no contexto da pandemia da Covid-19, pode-se ver a necessidade real de se promover um cuidado holístico aos pacientes. Por isso, a próxima seção aborda sobre a espiritualidade na formação e no acolhimento do/a profissional de saúde.

3.2 A espiritualidade na formação e no acolhimento do/a profissional de saúde

O paradigma newtoniano-cartesiano de explicação do ser humano, de suas doenças e das estratégias de cura, denominado de *modelo biomédico*, tornou-se hegemônico com a consolidação da medicina científica a partir da Modernidade. Esse paradigma visa estudar o funcionamento de cada parte do corpo humano, anatômica e quimicamente, e buscar instrumentos para tratar as doenças que passam a ser catalogadas em entidades patológicas. Nesse modelo, o papel dos/as profissionais de saúde é intervir física ou quimicamente para consertar o mau funcionamento do organismo.²³¹

O modelo biomédico de ciência na saúde, a partir da segunda metade do século XX, começou a entrar em crise, nos países desenvolvidos, ao se constatar o pequeno impacto das ações médicas nos níveis de saúde de suas populações, agora, predominantemente, acometidas por doenças crônico-degenerativas. Aumentaram as críticas sobre esse modelo centrado na doença, no uso intensivo de tecnologia e, ao mesmo tempo, gerador de gastos financeiros crescentes, exigindo uma reformulação das políticas de saúde.²³²

No final do século XX, houve um grande crescimento dos movimentos religiosos e essas transformações culturais tiveram grande repercussão no campo da saúde. Extensa literatura inspirada em tradições religiosas, publicações dos mais diversos tipos sobre a importância, o significado e as formas de utilização da religiosidade no enfrentamento dos problemas de saúde começaram a ser amplamente consumidas pela população e, também, pelos/as profissionais de saúde. Na contemporaneidade, a revalorização do religioso não significou um retorno às formas

²³¹ VASCONCELOS, Eymard M. Primeira parte: a espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. *In*: VASCONCELOS, Eymard M. *A espiritualidade no trabalho em saúde*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 19-20.

²³² VASCONCELOS, 2015, p. 25-26.

antigas de organização da vida religiosa, mas, tem acontecido por meio de uma busca de experimentação pessoal da transcendência por caminhos bastante variados.²³³

Na literatura internacional, discussões e pesquisas da integração da espiritualidade nas práticas do cuidado em saúde acontecem desde as duas últimas décadas do século passado. No Brasil, esse debate se iniciou nas ciências da saúde, mas, ainda se apresenta com poucas pesquisas, sendo que a maioria delas se concentra na relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde, não especificamente sobre o aspecto da integração da espiritualidade nas práticas de cuidado em saúde. A maioria dos estudos ocorre na área de cuidados paliativos. O tema saúde e espiritualidade ainda não faz parte da estrutura curricular da formação de todos/as os/as profissionais de saúde. Com o crescimento das pesquisas englobando saúde e espiritualidade, a expressão *cuidado espiritual* passou a ser mais utilizada. O novo paradigma de cuidado em saúde, no contexto das discussões da humanização do cuidado, visa olhar o paciente numa perspectiva integral. O cuidado espiritual se refere ao planejamento de ações pelos/as profissionais de saúde, voltadas à promoção de bem-estar e de sentido da vida, isto é, uma atitude de cuidar.²³⁴

As pesquisas têm buscado estudar o reflexo da espiritualidade sobre a vida do/a profissional e suas relações, comprovando que a religiosidade/espiritualidade dos/as profissionais pode influenciar na relação com seus colegas de trabalho e na maneira como abordam e interagem com seus pacientes. Isso pode ser considerado essencial para promover a empatia entre as pessoas, a harmonia e o equilíbrio entre as dimensões do ser humano, tendo impacto direto sobre a qualidade e a assistência que é prestada.²³⁵

Marcelo Saad, Danilo Masiero e Linamara Battistella definem espiritualidade como um sistema de crenças “que enfoca elementos intangíveis, e que transmite vitalidade e significado a eventos da vida [e que] pode mobilizar energias e iniciativas extremamente positivas, com potencial ilimitado para melhorar a qualidade de vida da pessoa”²³⁶. Essa dimensão de parâmetro de bem-estar é do corpo ou da mente e baseia-se em questionamentos pessoais de significados e propósitos. Ao falarem sobre doenças que causam deficiências, em que há grande carga de desgosto e inconformidade, devido ao sofrimento inerente, e, muitas vezes, acompanhadas de preconceito e isolamento, os autores relatam que, para se tentar diminuir isso,

²³³ VASCONCELOS, 2015, p. 28-29.

²³⁴ HEFTI, René; ESPERANDIO, Mary R. G. The interdisciplinary spiritual care model: a holistic approach to patient care. *Revista Horizonte*, Belo Horizonte, v. 14, n. 41, p. 13-47, 2016. p. 15-16.

²³⁵ OLIVEIRA, Márcia R.; JUNGES, José R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Revista Estudos de Psicologia*, Natal, v. 17, n. 3, p. 469-476, 2012. p. 472.

²³⁶ SAAD, Marcelo; MASIERO Danilo; BATTISTELLA Linamara R. Espiritualidade baseada em evidências. *Revista Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001. [online]. p. 109-110.

o primeiro passo seria uma ampla discussão sobre o sofrimento que englobe não somente os aspectos psicológicos e socioculturais envolvidos, mas, também, os aspectos espirituais. O ser humano possui uma espiritualidade, considerada um sentimento pessoal que estimula o interesse pelos outros e por si, um sentido de significado da vida capaz de fazer suportar culpa, raiva e ansiedade.²³⁷ No quadro abaixo, são apresentados alguns dos artigos mais relevantes que investigaram a influência da espiritualidade no tratamento de doenças:

Quadro 1. Alguns dos artigos mais relevantes sobre a influência da espiritualidade no tratamento de doenças²³⁸

Quadro 1 Resumo de alguns dos artigos mais relevantes que investigaram a influência da espiritualidade no tratamento de doenças		
Artigo	Casística	Achado(s)
Azhar et al., 1995 ²	30 pessoas em luto	Pessoas do grupo que recebeu psicoterapia breve associada a aconselhamento religioso melhoraram mais rapidamente que as que receberam psicoterapia isolada
Baldree et al., 1982 ³ potencialmente fatais, que	35 pacientes com doenças foram identificados como uma estratégia necessitavam de hemodiálise	Comportamentos relacionados com a dimensão espiritual maior do lidar
Bush et al., 1999 ⁶	61 pacientes com dor crônica	Estratégias de enfrentamento religioso positivas foram associadas a melhores resultados
Carroll ² , 1993 ¹⁷¹	100 alcoolatras em tratamento	Aspectos espiritualistas foram associados a tempo de sobriedade e número de comparecimento às sessões
Gibbs et al., 1978 ¹¹	Pacientes indigentes com câncer em fase terminal	Aqueles com valores espirituais mais fortes tiveram menor ansiedade sobre o morrer e um nível melhor de bem-estar
Hearth, 1989 ¹⁵	120 pacientes submetidos à quimioterapia	Pacientes com forte fé religiosa tiveram maior esperança e foram mais capazes de lidar com a terapia
Helm et al., 2000 ¹⁶	Amostra de mais de 3.000 idosos, seguida por 6 anos	Idosos que participavam de atividades religiosas antes da instalação de deficiência evoluíram melhor
Holland et al., 1999 ¹⁷	117 pacientes com melanoma maligno potencialmente fatal	O uso de crenças religiosas e espirituais foi associado com uma forma ativa de enfrentamento; ao invés de passiva, formaram um sistema cognitivo benéfico a partir do qual se pôde encarar a doença
Idler et al., 1997 ¹⁹	2.812 idosos, seguidos por 12 anos	Participação em cerimônias religiosas foi forte preditor de melhor funcionalidade em incapacitados
John et al., 1991 ²⁰	Mulheres com câncer de mama	85% das respondentes indicaram que a religião auxiliou-as a lidar com sua doença
Kaezorowski, 1989 ²¹	114 adultos com câncer	Pessoas com altos níveis de espiritualidade têm menos ansiedade diante da doença
Koenig et al., 1992 ²⁴	850 idosos em serviço neurológico	Sintomas depressivos foram inversamente relacionados a aspectos religiosos
Koenig et al., 1995 ²⁵	832 idosos internados	Sintomas cognitivos de depressão foram menos comuns entre os que tinham atitudes religiosas
Koenig et al., 1998 ²⁶	Amostra consecutiva de idosos admitidos em hospital universitário	Participação e afiliação a uma comunidade religiosa foram associadas a menos uso de serviços hospitalares no passado
Koenig et al., 1999 ²⁷	3.968 idosos residentes na comunidade, acompanhados por 6 anos	Frequência a serviços religiosos foi associada a menos mortes e menor risco relativo de morte
Krause et al., 1989 ²⁸	Amostra nacional norte-americana de idosos negros	Envolvimento religioso ajudou a reduzir o impacto negativo de eventos de vida estressantes
Mackey et al., 2000 ³¹	3 mulheres idosas com câncer terminal recebendo tratamento em asilo	Espiritualidade foi um dos quatro temas que surgiram como centrais para as necessidades especiais das pacientes
Margolis et al., 2000 ³²	14 adultos jovens que na adolescência se recuperaram de abuso de drogas	Espiritualidade foi um dos fatores identificados como auxiliares para a recuperação a longo prazo
McBride et al., 1998 ³⁴	442 pacientes com patologias cursando com dor	Espiritualidade foi associada à experiência de saúde e à dor
McColl et al., 2000 ³⁵	16 pacientes com lesão medular ou lesão cerebral, 2 anos após reabilitação	Sugeriu-se um efeito positivo da espiritualidade no período de ajustamento após a lesão
Miller, 1985 ³⁶	Pacientes com artrite reumatóide e uma amostra aleatória de adultos saudáveis	Altas pontuações de espiritualidade foram relacionadas a menores pontuações de solidão em ambos os grupos e contribuíram para o lidar com a doença crônica
O'Brien, 1982 ³⁸	Pacientes em estágio final de falência renal em hemodiálise há muito tempo	A fé religiosa foi importante no processo de adaptação
O'Conner et al., 1990 ³⁹	30 pacientes com câncer recém-diagnosticado	A fé foi um fator maior em sua busca por significado e em sua capacidade de lidar com o diagnóstico
Oxman et al., 1995 ⁴⁰	232 pacientes idosos operados do coração, seguidos por 6 meses	Ausência de força e conforto pela religião foi um dos preditores de mortalidade entre os que obituaram
Reed, 1987 ⁴⁵	Doentes adultos terminais hospitalizados	Existiu relação entre a perspectiva espiritualista e o bem-estar geral
Roberts et al., 1997 ⁴⁷	108 mulheres em vários estágios de câncer ginecológico	93% informaram que suas vivências religiosas auxiliaram-nas a sustentar sua esperança
Rogers-Dulan, 1998 ⁴⁸	52 familiares de crianças com retardo mental	Religiosidade foi associada a desfecho positivo de ajustamento familiar
Simmons et al., 2000 ⁴⁹	96 pacientes com esclerose lateral amiotrófica	Qualidade de vida não foi relacionada à força ou a funcionalidade, mas a fatores como espiritualidade
Strawbridge et al., 1997 ⁵⁰	5.286 cidadãos, seguidos por 28 anos	Praticantes religiosos tiveram taxas de mortalidade menores, e foram mais propensos a parar de fumar e a aumentar a prática de exercícios
Williams et al., 1991 ⁵⁵	720 adultos da comunidade	Prática religiosa diminuiu consequências adversas de eventos estressógenos e problemas de saúde no bem-estar

²³⁷ SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001, p. 109-110.

²³⁸ SAAD; MASIERO; BATTISTELLA, 2001, p. 109-110.

Através do primeiro contato com o/a paciente e a observação dele/a, o/a profissional de enfermagem, ou outro/a profissional de saúde, tendo como finalidade verificar as prioridades de assistência à saúde, pode utilizar a visão holística, por meio da escuta das queixas que levou o/a paciente ao serviço de saúde, sejam elas físicas, psíquicas ou sociais.²³⁹ Pode-se, então, afirmar que:

O cuidado médico deve ser capaz de traduzir a dignidade humana nas suas mais diversas formas e necessidades. Ao se afirmar isto, resgata-se a medicina antiga, onde o ato de cuidar era desenvolvido por religiosas, o cuidado era realizado como amor a Deus, como ato de caridade, de entendimento da dor do outro, capaz de superar e contribuir para que o doente alcance a cura e o esclarecimento da sua finitude, assim o cuidado aos enfermos tinha força e respeito.²⁴⁰

No contexto da pandemia da Covid-19, de vulnerabilidade familiar e de necessidade de construção de sentido da experiência pela qual se está vivendo, torna-se fundamental um olhar interdisciplinar da equipe de saúde. Tal perspectiva leva em conta as várias facetas que escapam à prática dominante no espaço hospitalar, que é o modelo biomédico. Quando se fala na integração da espiritualidade nas práticas de cuidado em saúde, a colaboração interdisciplinar se torna essencial no cuidado holístico, que é fundamental no contexto da saúde. Dessa forma, o cuidado espiritual não se resume a um conjunto de intervenções, simplesmente, mas, a uma atitude de cuidar. Refere-se ao planejamento de ações, pelos/as profissionais da saúde voltadas à promoção de bem-estar e de sentido da vida.²⁴¹

A atenção à saúde atual ainda está centrada na assistência curativa, hospitalar e superespecializada, na vertente de interesses econômicos e corporativos, considerando o sistema hegemônico. O sistema universal, que busca os modelos de atenção que valorizam a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde, dependerá do perfil de formação e da prática dos/as profissionais de saúde para que se possa substituir o modelo biomédico.²⁴² A capacidade de novas formas de produzir saúde promove uma nova dimensão de atuação profissional, estabelecendo novas relações entre os/as diferentes profissionais da saúde, bem como entre esses/as profissionais e a comunidade. Nesse interim, há a necessidade de se

²³⁹ OLIVEIRA, Milena; TRINDADE, Marcela F. Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento. *Revista Hórus*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 160-171, 2010. [online]. p. 169. Saiba mais em: BORGHO, Flávia. A Interface do Ensino Religioso com a humanização e o cuidado na atenção à saúde. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) – Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões, Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2018. p. 13.

²⁴⁰ SILVA, Kyara L. S.; SILVINO, Rosa Z. *A humanização do cuidado de enfermagem hospitalar: mais que uma visão, uma abordagem, sob a ótica de auxiliares e técnicos de enfermagem*. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2012. p. 13-14.

²⁴¹ HEFTI; ESPERANDIO, 2016, p. 15-16.

²⁴² FEUERWERKER, Laura. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 51-71, 1998. [online]. p. 61.

desenvolver novas práticas dentro dos diferentes níveis de atenção, e é preciso considerar que existe uma contribuição significativa de todos/as os/as profissionais e que os/as pacientes devem ter um papel ativo em todo esse processo.²⁴³

Reconhece-se, pois, a necessidade de um serviço de saúde que contemple o ser humano de maneira integral – a partir do sentido da integralidade do cuidado – que seria a compreensão de que o/a paciente apresenta um conjunto de necessidades de ações e de serviços de saúde não somente ligados a um sofrimento gerado por uma doença, ou a de se evitar tal sofrimento. Ilustra-se um sentido da integralidade profundamente ligado aos ideais da medicina integral.²⁴⁴ Ou seja, a atitude de um/a profissional de saúde, nesses termos, busca reconhecer as necessidades de ações de saúde, tais como, o diagnóstico precoce ou a redução de fatores de risco, indo além das demandas explícitas de um/a paciente relacionadas ao seu sofrimento.²⁴⁵

Certas correntes consideram que a ESF, conforme denominam atualmente o Programa de Saúde da Família, pode se constituir em um dos eixos da mudança de paradigma na saúde. A equipe responsável por um território é composta minimamente por profissionais médicos/as, enfermeiro/as, dentistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Esses/as profissionais trabalham em conjunto com a comunidade, aproximando-os dos problemas de saúde, através da realização de atividades educativas, da promoção de saúde, da prevenção de agravos e de atendimentos em atenção primária. Existem programas de residência multiprofissional em saúde da família como justificativa para formar profissionais que promovam transformação do sistema de saúde. Entretanto, a maior parte dos/as jovens profissionais não tem a experiência de atuar no sistema de saúde real, pois esse programa de formação atinge somente uma parcela pequena de recém-formados. Essa realidade dificulta a promoção de mudanças estruturais na saúde, pois essa deveria começar na formação dos/as profissionais de saúde.²⁴⁶

A magnitude do processo saúde-doença, que extrapola o campo biológico, pode ser compreendida através da integralidade. Logo, ações mais efetivas só serão possíveis com profissionais que tenham um conhecimento mais amplo do sentido da integralidade e que saibam atuar em equipes multiprofissionais.²⁴⁷ O princípio da integralidade é um dos pilares da atenção básica no Brasil e contempla ações de promoção, prevenção de agravos e recuperação

²⁴³ FEUERWERKER, 1998, p. 62.

²⁴⁴ MATTOS, 2009, p. 54.

²⁴⁵ MATTOS, 2009, p. 54.

²⁴⁶ FEUERERKER, 1998, p. 64.

²⁴⁷ CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Revista Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004. [online]. p. 1408.

da saúde. A atenção integral é individual e coletiva, ao mesmo tempo, sendo necessária uma equipe multiprofissional na assistência integral do sujeito. O princípio da integralidade permite a percepção holística da pessoa,²⁴⁸ considerando o contexto histórico, social, político, ambiental e familiar em que está inserida.²⁴⁹

A compreensão da prática da integralidade pelo/a profissional de saúde não o/a detém a uma assistência curativa, e sim a uma busca por ações preventivas através do conhecimento dos possíveis fatores de risco, segundo os princípios da educação em saúde e defendendo a atuação em equipes multiprofissionais e interdisciplinares que compreendam, de forma ampliada, os problemas de saúde que possam intervir efetivamente, reconhecendo na pessoa um sujeito biopsicossocial.²⁵⁰

A atenção integral só pode ser garantida, de fato, através de modificações no processo do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde, por meio de uma equipe multiprofissional que pratique o acolhimento e o vínculo.²⁵¹ Enquanto parte da assistência integral, o acolhimento consiste em uma equipe de profissionais apta a receber, escutar e tratar as pessoas e suas demandas de forma humanizada.²⁵² Para se garantir um atendimento integral, deve-se abranger o individual e o coletivo e requerer um compromisso constante com o aprendizado e com a atuação multiprofissional, que ultrapasse uma assistência à saúde hierarquizada e regionalizada. A atenção à saúde, sem uma prática multiprofissional bem estruturada, resulta em segregação da pessoa e em desconsideração do contexto em que ela está inserida. “Deve-se trabalhar para que as concepções conjuguem com a prática e se aproxime dos princípios éticos e humanísticos do Sistema Único de Saúde”²⁵³.

²⁴⁸ HARTZ, Zulmira M. A.; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Revista Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 331-336, 2004. [online]. p. 333.

²⁴⁹ ALBUQUERQUE, Maria A. L.; CARVALHO, Valéria C. P. O papel do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. *Revista Inspirar*, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 15-19, 2009. [online]. p. 17.

²⁵⁰ ALVES, Vânia S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005. [online]. p. 47.

²⁵¹ FRANCO, Túlio B.; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, Emerson E.; MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio M.; RIMOLI, Josely; FRANCO, Túlio B.; BUENO, Wanderley S. (orgs). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 5.

²⁵² CAMARGO JUNIOR, Kenneth R.; CAMPOS, Estela M. S.; TEIXEIRA, Maria T. B.; MASCARENHAS, Mônica T. M.; MAUAD, Neuza M.; FRANCO, Tulio B.; RIBEIRO, Luiz C.; ALVES, Mário J. M. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Revista Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 58-68, 2008. [online]. p. 62.

²⁵³ SOUZA, Marcio C.; ARAÚJO, Thamyres M.; JÚNIOR, Wanderley M. R.; SOUZA, Jairrose N.; VILELA, Alba B. A.; FRANCO, Túlio B. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. *Revista Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 452-460, 2012. [online]. p. 457.

Através da implantação da PNH, como política de inclusão de todos os sujeitos na construção da saúde individual e coletiva, conquistou-se o reconhecimento do direito à saúde no processo de trabalho da saúde. Busca-se trabalhar com programas de educação permanente, que ressaltem a necessidade de se desenvolver habilidades de acordo com a realidade imposta no cotidiano de trabalho, considerando-o como espaço de discussão e apropriação de novos conhecimentos com vistas à interdisciplinaridade e à integralidade da atenção.²⁵⁴ A PNH deve ser, pois, incluída como conteúdo e/ou componente curricular de cursos de graduação, pós-graduação e extensão em saúde, além de orientar os processos de educação permanente em saúde de trabalhadores/as nos próprios serviços.²⁵⁵

Dentre as pesquisas que envolvem espiritualidade e saúde, a maior parte delas é realizada em cuidados paliativos. Outras ressaltam a importância de os profissionais de saúde não ignorarem o aspecto espiritual no cuidado aos pacientes. Considerando a opinião das pessoas em cuidados paliativos, o cuidado espiritual promovido pelos/as profissionais é percebido através da fisionomia, da atenção e do amor que expressam em suas ações. Ressalta-se que essas atitudes auxiliam no tratamento. Em hospitais que tem assistência espiritual, chama-se a atenção para a importância da participação do/a profissional de saúde, junto ao capelão, na abordagem da espiritualidade, inclusive nas orações, o que proporciona a elevação da confiança e segurança do usuário na equipe. Ao considerar que o cuidado espiritual é um meio de alívio do sofrimento, quando os/as pacientes conseguem encontrá-lo nos/as profissionais, esses passam a conduzir, também, o alívio do sofrimento. Tudo o que o/a profissional passa a realizar pelo/a paciente faz sentido. O sentido de complementaridade entre o biopsicossocial e o espiritual leva à integralidade do cuidado, considerando todas as dimensões da pessoa.²⁵⁶

As ações dos/as profissionais da saúde visam à atenção de uma pessoa que é um ser de dimensões física, emocional, social e espiritual. Para se alcançar a integralidade da atenção, faz-se necessária a inclusão do cuidado espiritual em todos os cenários que permeiam o trabalho em saúde, considerando-se a formação, a educação permanente, a atenção e a pesquisa. A tese de que a espiritualidade e o cuidado espiritual proporcionam o encontro existencial entre a pessoa assistida e os/as profissionais de saúde que o cuidam, sugere que essa deva ser incluída em todos os cenários da saúde.²⁵⁷ Isto é, o modelo de cuidado espiritual se baseia em uma visão

²⁵⁴ ARRIEIRA; THOFERHN; SCHAEFER; FONSECA; KANTORSKI; CARDOSO, 2017, p. 2.

²⁵⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. [online]. p. 19.

²⁵⁶ ARRIEIRA; THOFERHN; SCHAEFER; FONSECA; KANTORSKI; CARDOSO, 2017, p. 7.

²⁵⁷ ARRIEIRA; THOFERHN; SCHAEFER; FONSECA; KANTORSKI; CARDOSO, 2017, p. 8.

holística tanto da pessoa quanto da doença, incluindo os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais. Compreende-se, pois, que a doença não seria apenas uma desregulação biológica de genes, mas, de igual importância, estariam os fatores epigenéticos relacionados ao domínio psicossocial e espiritual. Diante desse argumento, a abordagem de cuidados em saúde deveria abarcar todas as dimensões.²⁵⁸

Importante ressaltar que os/as profissionais da saúde devem compreender e aceitar que o outro é um ser permeado de crenças e de valores que não podem ser negligenciados durante suas enfermidades. Além disso, é relevante entender que a espiritualidade, a religiosidade ou as crenças religiosas ajudam a dar significado às experiências de adoecimento e morte, além de fornecer suporte social, emocional e espiritual e levar conforto, consolo, motivação e esperança, revigorando as energias e direcionando o comportamento do próprio paciente e dos seus familiares durante o processo de aceitação da doença e da morte.²⁵⁹ Segundo Viktor Frankl, o princípio e o fim, a origem e o aperfeiçoamento de todas as coisas são atribuições singulares da espiritualidade. O autor explica que uma visão mais ampla se torna possível através da discordância. Por conseguinte, tanto a espiritualidade quanto a ciência, embora tenham segmentos distintos, buscam o pleno bem-estar do ser humano.²⁶⁰

Luciana Dezorzi propôs, em sua tese de doutorado, uma formação para a prática do cuidado espiritual em cuidados paliativos.²⁶¹ Validou uma escala de competência e a aplicou a 52 profissionais da saúde, antes e após participarem de um módulo de educação de quatro horas sobre cuidado espiritual, desenvolvido para trabalhadores que estão envolvidos em cuidados paliativos, mas, não restrito a eles e publicado em forma de cartilha eletrônica. Além disso, noções de espiritualidade, de religiosidade, de crise e de cuidado espiritual, formas de avaliar recursos e necessidades de pacientes e familiares foram abordados no treinamento. A autora aponta resultados positivos na intervenção educativa, que ajudam a minimizar as lacunas da formação do/a profissional de saúde.²⁶²

²⁵⁸ HEFTI; ESPERANDIO, 2016, p. 25.

²⁵⁹ BOUSSO, Regina S.; POLES, Kátia; SERAFIM, Tais S.; MIRANDA, Mariana G. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 397-403, 2011. [online]. p. 399.

²⁶⁰ FRANKL, Viktor. *Búsqueda de Dios y sentido de la vida: diálogo entre un teólogo y un psicólogo*. Barcelona: Herder, 2005. p. 13-14.

²⁶¹ DEZORZI, Luciana W. *Espiritualidade na atenção a pacientes em cuidados paliativos e os processos de educação dos profissionais de saúde*. Tese (Doutorado em Medicina) – Programa de Pós-Graduação em Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. p. 37.

²⁶² DEZORZI, Luciana W.; RAYMUNDO, Márcia M.; GOLDIM, José R. *Espiritualidade na atenção a pacientes/famílias em cuidados paliativos: um guia de apoio para profissionais de saúde*. Porto Alegre: WW Livros, 2016. p. 25.

Compreende-se que, no campo da saúde, o propósito principal é a produção do cuidado, através do qual poderão ser atingidos os objetivos da cura e da saúde.²⁶³ Emerson Merhy afirma que quanto maior o conjunto de saberes para a produção de saúde utilizadas no cuidado pelos/as profissionais de saúde, maior será a compreensão do problema de saúde e seu adequado enfrentamento, tanto por parte do/a paciente quanto para a composição dos processos de trabalho.²⁶⁴

Considerando o princípio da integralidade do SUS e utilizando os conceitos da política nacional de humanização e de promoção de saúde, a saúde pública pode acolher a espiritualidade, na perspectiva do cuidado, como uma das formas de se promover saúde de qualidade às pessoas. Na perspectiva do município de Vitória-ES, a educação permanente e continuada pode ser realizada por meio de encontros e de capacitações dos/as profissionais que já prestam assistência à saúde, através da ETSUS. Os/as profissionais que tenham experiência em cuidado espiritual, os/as capelães e os/as cientistas das religiões podem ser importantes nas capacitações. As ações do cuidado espiritual referentes à atenção primária podem ser iniciadas na ESF de cada região e as de atenção secundária no centro municipal de especialidades de Vitória-ES, após o devido treinamento dos/as profissionais. Criar meios de análise e de avaliação pelo usuário também deve ser considerado. Pretende-se desenvolver nos/as profissionais de saúde uma visão ampliada do ser humano, que pode influenciar positivamente no cuidado à saúde do usuário e do/a profissional. Com a formação adequada, o/a profissional de saúde terá toda a capacidade de desenvolver o cuidado holístico ao paciente, contemplando todas as suas dimensões.

A próxima seção trata da espiritualidade no enfrentamento do luto provocado pela Covid-19, passando pelo conceito de luto e alguns tipos de luto que podem ocorrer em uma pandemia. Trata do luto tanto nos/as profissionais de saúde quanto da população em geral, e reflete formas de acolhimento e a necessidade de criação de espaços para trabalhar a dor.

²⁶³ MERHY, Emerson E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Ver-SUS/Brasil: caderno de textos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [online]. p. 111.

²⁶⁴ MERHY, 2004, p. 111.

3.3 A espiritualidade no enfrentamento do luto provocado pela Covid-19: espaços para trabalhar a dor

Imagine o seguinte caso clínico de um paciente homem, idoso, na faixa dos 70 anos, casado, com filhos, netos, que tem uma vida ativa, faz atividades físicas e toma medicações para sua hipertensão arterial regularmente. Ele apresentou, em junho de 2020, sintomas muito inespecíficos para Covid-19. Por se tratar de uma doença nova e pelas informações relatarem que a Covid-19 só tinha sintomas gripais, o paciente não acreditou estar acometido pela doença, procurando ajuda somente ao ter febre alta, dor no corpo e cansaço. Iniciou o monitoramento em casa, mas, rapidamente, piorou e teve que ir para um hospital. O que pensar nesse momento? Imagine os sentimentos do paciente e os da família ao deixar um ente querido em um hospital com uma doença que, até então, não se sabe o que esperar. Dúvidas? Incertezas? Tristeza? Esperança? Muitas famílias têm passado por essa situação nessa pandemia pelo fato de deixar o familiar no hospital sem saber se o verão novamente. Quando o doente evolui para o óbito, o luto passa a fazer parte do dia a dia dos seus familiares.

Os questionamentos existenciais que o contato com a morte provoca estão na ordem das grandes preocupações de busca de sentido para a vida. O tabu em torno da morte empobrece as possibilidades de vivência do luto. As perdas são vivenciadas como algo tão particular que chega a ser quase vergonhoso expressar dor por um morto.²⁶⁵ Os cinco estágios do ser humano diante da morte: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação – não necessariamente subsequentes – indicam uma evolução da maturidade em lidar com a morte. Negar é não poder reconhecer e usar recursos para afastar a realidade que dói. É ter raiva e procurar um responsável pela dor e não aceitar a impotência diante da morte. É barganhar e tentar negociar com o destino, fazer magia, promessas, etc. A depressão é o último estágio antes da aceitação e quem se deprime sai da condição de controlador do destino e passa a reconhecer as limitações humanas. A aceitação é o processo que nos torna capaz de ver, tocar, falar sobre a morte e, ao mesmo tempo, deixá-la ir para longe dos domínios racionais.²⁶⁶

O filósofo grego Sócrates, através dos escritos de seu discípulo Platão, ensinou que o propósito da filosofia era descobrir o significado da vida em relação à morte e entender a natureza da alma. Para ele, o filósofo verdadeiro era o que praticava a arte do morrer o tempo inteiro. A arte de morrer, de acordo com as argumentações de Sócrates, nada mais era que aceitar a morte como a separação da alma – a qual continua a existir – do corpo – o qual cessa

²⁶⁵ KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1969. p. 405-406.

²⁶⁶ KÜBLER-ROSS, 1969, p. 406.

de existir.²⁶⁷ Na Idade Antiga, e até hoje no Cristianismo, Judaísmo e Islamismo, a origem da morte vem como punição pela desobediência de Adão e Eva no paraíso. O casal, ao praticar um ato de desobediência à divindade, teria sido punido por esse ato de rebeldia e transgressão às leis divinas. Ou seja, a morte seria uma forma de punição pelo pecado original.²⁶⁸

Segundo Freud, o luto se manifesta como estado de reação à perda de algo amado e não implica condição patológica, desde que seja superado até certo período. Suas características se assemelham as da melancolia. Já no luto profundo existe a perda de interesse pelo mundo externo e a dificuldade de adotar um novo objeto de amor. Para Freud, o sobrevivente se torna hostil e deprimido quando essa energia não é transferida facilmente. São identificados alguns sintomas semelhantes à melancolia como dor profunda, falta de interesse pelo mundo, perda da capacidade de amar e inibição geral da atividade. Quando o processo de luto está completo, o ego está livre e pronto para investir noutra relação.²⁶⁹

De acordo com Engel, o luto não é só um estado pessoal de intensa angústia, mas, também, é um fenômeno associado a uma grande variedade de perturbações psicológicas e somáticas.²⁷⁰ Deutsch defende que o processo de luto como reação à perda da pessoa amada deve ser levado até o fim. A relação de vinculação permanecerá enquanto o processo efetivo de luto não for concluído. E que a ausência de luto pode ser um indicador de uma psicopatologia.²⁷¹

Segundo Bowlby, há cinco condições que influenciam o processo de luto: a identidade e o papel da pessoa perdida, idade e o sexo da pessoa enlutada, causas e circunstâncias da perda, circunstâncias sociais e psicológicas que afetam a pessoa enlutada e a personalidade do enlutado. Dentre essas, as causas e circunstâncias da perda variam, podendo a perda caracteristicamente ser súbita ou de alguma forma previsível. Dependendo das circunstâncias ligadas à morte, o luto pode ser mais ou menos difícil se o tipo de morte exige um longo período de assistência por parte do enlutado, ou se resulta na deformação ou mutilação do corpo, ou como a informação sobre a morte chega ao enlutado, bem como qual a relação entre as duas partes durante as semanas e dias imediatamente anteriores à morte e a quem, se for o caso, a responsabilidade pela morte pode ser atribuída.²⁷²

A pandemia da Covid-19 tem potencial para afetar as experiências de terminalidade, morte e luto. As medidas adotadas para tentar frear o rápido número de infectados, como

²⁶⁷ SANTOS, Franklin S.; INCONTRI, Dora. (orgs.). *A arte de morrer: visões plurais*. 2. ed. São Paulo: Comenius, 2009. p. 16.

²⁶⁸ SANTOS; INCONTRI, 2009, p. 17.

²⁶⁹ FREUD, Sigmund. *Luto e melancolia*. [s.l.]: Lebooks, 2020. p. 14.

²⁷⁰ RAMOS, Vera A. B. O processo de luto. In: PSICOLOGIA.PT. [Site institucional]. 25 set. 2016. [online]. p. 3.

²⁷¹ RAMOS, 2016, p. 4.

²⁷² BOWLBY, John. *Apego e perda*. São Paulo: Martins Fontes, 2004. p. 9-10.

restrições a viagens e distanciamento social, dificultam interações entre enfermos e membros da sua rede socioafetiva. Essas interações são extremamente importantes nos processos de despedida realizados entre pessoas na iminência da morte e seus familiares. Os rituais de despedida são promotores de qualidade de morte para os/as doentes e de qualidade de vida para os familiares, pois, nessas situações, definem-se questões não resolvidas e compartilham-se momentos juntos, agradecimentos e pedidos de perdão, estabelecendo comunicação.²⁷³

Na rotina diária dos/as profissionais da saúde, os objetivos são diversos, ou seja, desde buscar a cura das doenças, cuidar do paciente e aliviar o sofrimento dele, consolar pacientes e familiares, além de acompanhá-los até a morte. Essa tarefa é complicada e, em alguns casos, repleta de sensações de impotência, sendo necessário que o/a profissional reconheça a finitude como algo natural dos seres vivos e não uma limitação de sua profissão.²⁷⁴

Na pandemia da Covid-19, os/as profissionais de saúde no Brasil e no mundo são particularmente um dos grupos mais susceptíveis a infecção. Milhares deles/as foram afastados das atividades profissionais por terem adquirido a infecção e muitos morreram em consequência da doença. Os dados sobre as equipes de profissionais de saúde na linha de frente de atendimento de casos de Covid-19 mostram exaustão física e mental, dificuldades na tomada de decisão e ansiedade pela dor de perder pacientes e colegas, além do risco de infecção e a possibilidade de transmitir para familiares.²⁷⁵

O fechamento de escolas e políticas de distanciamento social também afetam os/as profissionais de saúde que cuidam de seus pais idosos ou filhos pequenos. Além disso, a falta de profissionais de saúde qualificados para o enfrentamento da pandemia gera uma sobrecarga de trabalho para alguns, e a escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) devido ao alto consumo durante a pandemia, gera preocupação e medo. É fundamental que os/as profissionais de saúde tenham a garantia da assistência médica e do apoio psicológico necessário, além do diagnóstico rápido caso sejam acometidos pela Covid-19, através da rapidez no resultado de testes diagnósticos.²⁷⁶

Pandemias costumam acarretar perdas em massa em um curto espaço de tempo, tanto de vidas humanas quanto de rotinas, conexões sociais face-a-face, estabilidade financeira, um

²⁷³ CREPALDI, Maria A.; SCHMIDT, Beatriz; NOAL, Débora S.; BOLZE, Simone D. A.; GABARRA, Leticia M. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Revista Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 37, n. 1, p. 1-12, 2020. [online]. p. 5.

²⁷⁴ FERRARI, Renata R. *Morte, religião e bioética na formação dos profissionais da saúde*. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) – Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões, Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2018. p. 33.

²⁷⁵ THE LANCET. *COVID-19: protecting health-care workers*. 21 mar. 2020. [online]. [n.p.].

²⁷⁶ MEDEIROS, Eduardo A. S. A luta dos profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 1-4, 2020. p. 3.

futuro imprevisível, o que traz implicações psicológicas diversas. Considerando que os óbitos podem ocorrer entre pacientes atendidos e colegas de trabalho durante a vigência de pandemias, é de extrema importância acompanhar as repercussões dos processos de terminalidade, morte e luto em série sobre a saúde mental da equipe de saúde.²⁷⁷

Não é apenas a morte de pessoas próximas que causam a dor do luto, muitos outros rompimentos também acabam, muitas vezes, provocando um grande sofrimento. O processo de luto surge como uma reação normal e esperada, frente à possibilidade ou a perda real de alguém ou algo que é importante, sendo vivenciado de formas diferentes por cada pessoa, com o objetivo de ajudar a elaborar as perdas para dar seguimento à vida. Quando se fala de perdas, pode-se pensar nas perdas diárias que todos/as podem sofrer, tais como, compromissos adiados, expectativas frustradas, insegurança financeira, falta de autonomia para se movimentar livremente, diminuição das conexões sociais, além do medo e a realidade da morte.²⁷⁸

Diante da pandemia da Covid-19, os/as profissionais de saúde tiveram que enfrentar o luto antecipatório, pois estavam diante de uma doença viral altamente contagiosa e com alta taxa de mortalidade. Por isso, a preocupação com suas famílias, com seus pacientes, colegas e com eles próprios, enfrentar o desconhecido, carga horária de trabalho elevada, rígidos protocolos de biossegurança, e ainda terem lesões na pele provocadas pelo uso dos EPIs por muitas horas. Além do desgaste no trabalho, os/as profissionais de saúde também passaram pelos mesmos sentimentos da população em geral, tendo que adaptar suas vidas a uma nova realidade e administrar emoções em casa e no trabalho, vivendo, também, o luto coletivo. A pandemia da Covid-19 além de todas as consequências advindas da doença pode acarretar também sofrimento mental devido às perdas que vieram junto com a pandemia, gerando nas pessoas o luto complicado. A compreensão dos tipos de luto é fundamental para englobar o cuidado integral ao ser humano.

O luto antecipatório, tradicionalmente, é o luto normal vivenciado por um paciente/família quando a morte é esperada. Ele resulta da incerteza bem como da tentativa de entender o que está por vir. Mudanças complexas e rápidas acontecem na pandemia da Covid-19 e os impactos podem ser sentidos tanto nos/as profissionais de saúde como na população em geral. O luto antecipatório se refere a todas as manifestações de luto que surgem antes de uma

²⁷⁷ TAYLOR, Steven. *The psychology of pandemics: preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge: Newcastle upon Tyne, 2019. p. 43.

²⁷⁸ BOLASÉLL, Laura T.; NUNES, Fernanda R. C.; VALANDRO, Graciana S.; RITTMANN, Isadora; MARKUS, Juliana; WEIDE, Juliana N.; SEIBT, Larissa T.; VERDE, Luciana V.; RODRIGUES, Caroline S. M. *O processo de luto a partir das diferentes perdas em tempos de pandemia*. Porto Alegre: PUCRS, 2020. p. 4-6.

perda real acontecer.²⁷⁹ O luto coletivo é quando o sentimento de luto é vivenciado por muitas pessoas ao mesmo tempo. De maneira geral, quase todas as pessoas envolvidas em um evento crítico experimentam algum tipo de mudança emocional, podendo ocorrer dificuldades em se adaptar ao novo contexto de vida, bem como sensação de impotência e perda da esperança no futuro.²⁸⁰

O aumento das mortes por Covid-19, muitos da mesma família ou círculo social, aliado às consequências físicas, mentais e sociais do isolamento e distanciamento social podem impactar sobremaneira o luto complicado. O luto complicado pode apresentar sintomas, tais como, pensamentos intrusivos e indesejáveis recorrentes sobre a pessoa que morreu, preocupação com a tristeza, incluindo pensamentos ruminativos – pensamentos repetitivos de caráter negativo –, amargura excessiva, crises de ansiedade e depressão.²⁸¹

Com o aumento do número de mortes em poucos dias, e perdas advindas do isolamento e distanciamento social, tais como, perda de segurança financeira, de conexões sociais e familiares, autonomia para se mover livremente, mudanças nas práticas de final de vida, atrasos e limitações para funerais, aumenta a probabilidade de luto complicado. As experiências que ocorrem antes da morte têm um impacto duradouro sobre o luto, principalmente para a família enlutada, pois estão associados à incapacidade de dizer *adeus*, sintomas de luto pré-perda, níveis mais baixos de apoio social, falta de preparação para a morte e culpa.²⁸²

O/a profissional de saúde pode experimentar estresse traumático secundário, em decorrência de conhecer ou ajudar uma pessoa que está passando por um trauma. Os sintomas incluem preocupação e medo excessivos, sensação de *guarda* o tempo todo, pensamentos recorrentes e sinais físicos de estresse. Estando dentro do contexto adicional de desafiar as decisões éticas e os impactos de novas decisões políticas, pode ser comum ao profissional o sofrimento ou angústia moral. Esse sofrimento físico ou emocional ocorre quando normas e restrições impedem que o/a profissional siga a ação que acredita ser correta.²⁸³ O sofrimento ou a angústia moral é um problema enfrentado pelos/as profissionais de saúde, associado ao

²⁷⁹ WALLACE, Cara L.; WLADKOWSKI, Stephanie P.; GIBSON, Alison; WHITE, Patrick. Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, [s.l.], v. 60, n. 1, p. 70-76, 2020. [online]. p. 72.

²⁸⁰ BOLASÉLL; NUNES; VALANDRO; RITTMANN; MARKUS; WEIDE; SEIBT; VERDE; RODRIGUES, 2020, p. 10-17.

²⁸¹ WALLACE; WLADKOWSKI; GIBSON; WHITE, 2020, p. 73.

²⁸² WALLACE; WLADKOWSKI; GIBSON; WHITE, 2020, p. 73.

²⁸³ PENDRY, Patricia S. Moral distress: recognizing it to retain nurses. *Journal Nursing Economics*, [s.l.], v. 25, n. 4, [n.p.], 2007. [online]. [n.p.].

esgotamento, em que experimentam exaustão emocional e despersonalização, ou mesmo desumanização dos/as pacientes e familiares sob seus cuidados.²⁸⁴

Para aprimorar o papel do autocuidado na superação do estresse e do luto acumulados nos/as profissionais de saúde, deve-se praticar a autoconsciência, que é estar ciente dos diferentes aspectos do eu, incluindo traços, comportamentos e sentimentos. Compreender a si mesmo e se tornar o foco da sua própria atenção.²⁸⁵ Qualquer profissional de saúde que lide com as aflições de terceiros tem a necessidade do contato com seus próprios conflitos. Ao estar mais consciente dos limites e das interações entre seus conteúdos e os daquele que auxilia, o/a profissional estará menos suscetível à contaminação psíquica que poderia paralisar a si mesmo e ao tratamento. A condição inicial para um processo de cuidado é suportar as dificuldades do outro, ao mesmo tempo em que suporta suas próprias. Através da transferência, o/a profissional de saúde experimenta quando e como reendereçar os conteúdos analisados em conjunto de volta para o usuário, o que irá ajudá-lo a se tornar conhecedor e dono de suas próprias questões. A promoção da cura é um processo de revisão constante dos afetos mobilizados que surgem nas práticas do cuidado, passando a ser entendida como um processo dinâmico com a participação conjunta dos/as profissionais de saúde e dos usuários.²⁸⁶

A espiritualidade favorece a maneira de lidar com situações adversas como o luto, de modo que pode ser fortalecida nesse contexto.²⁸⁷ A espiritualidade pode ser um recurso importante para muitas famílias e para os/as profissionais de saúde, podendo contribuir no enfrentamento aos desafios da vida, na adaptação e na resiliência às perdas.²⁸⁸ Devem-se buscar alternativas de como utilizar a espiritualidade de forma que se promova o cuidado integral referente a essas questões, promovendo o bem-estar tanto do/a profissional de saúde quanto do/a paciente enlutado/a.

Na área de cuidados paliativos no Brasil, crescem os estudos, as pesquisas, as publicações e as abordagens referentes ao cuidado espiritual. Ana Elias criou e testou uma técnica de intervenção denominada Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME), que tem por finalidade ressignificar a dor espiritual de pacientes, sejam eles crianças,

²⁸⁴ FUMIS, Renata R.L.; AMARANTE, Gustavo A. J.; NASCIMENTO, Andréia F.; VIEIRA JUNIOR, José M. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Journal Ann Intensive Care*, [s.l.], v. 7, n. 71, [n.p.], 2017. [online]. [n.p.].

²⁸⁵ WALLACE; WLADKOWSKI; GIBSON; WHITE, 2020, p. 72.

²⁸⁶ JUNG, Carl G. *A prática da psicoterapia*. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 16. Saiba mais em: GROESBECK, J. The archetypal image of the wounded healer. *Journal of Analytical Psychology*, London, v. 20, n. 2, p. 122-145, 1975. [online]. p. 139.

²⁸⁷ BIONDO, Chrisne S.; FERRAZ, Mariana O. A.; SILVA, Mara L. M; YARID, Sérgio D. Espiritualidade nos serviços de urgência e emergência. *Revista Bioética*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 596-602, 2017. [online]. p. 598.

²⁸⁸ WALSH, F. A dimensão espiritual da vida familiar. In: WALSH, F. (ed.). *Processos normativos da família: diversidade e complexidade*. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 347-371.

adolescentes ou adultos, em cuidados paliativos, e seus familiares.²⁸⁹ O programa foi elaborado por Ana Elias e Joel Giglio para pacientes graves e terminais, com base nos elementos descritos por pacientes que vivenciaram *experiências de quase morte*. Foram treinados profissionais da área da saúde e a técnica foi aplicada em alguns pacientes em cuidados paliativos. Os resultados reportados como promoção de bem-estar, melhora na qualidade de vida durante o processo de morte e ressignificação da dor espiritual, foram positivos tanto para pacientes quanto para profissionais. O programa de treinamento para profissionais de saúde sobre a utilização de tal intervenção foi caracterizado pela autora e pelo autor como sendo da ordem das terapias alternativas e complementares.²⁹⁰

René Hefti e Mary Esperandio apresentam o modelo interdisciplinar do cuidado espiritual no contexto da saúde, que se caracteriza pela avaliação da espiritualidade da pessoa enferma e que pode ser realizado por qualquer componente da equipe multidisciplinar, visando integrar essa dimensão no cuidado. Nesse contexto, o especialista na assistência espiritual, capelão/capelã, faz parte da equipe e contribui com sua especialidade para a provisão das necessidades espirituais tanto de pacientes e familiares como dos/as profissionais.²⁹¹ No Brasil, diferentemente do contexto norte-americano e europeu, a assistência espiritual especializada, denominada capelania, é escassa, e é realizada como *assistência religiosa*, na maior parte das vezes por voluntários/as ou lideranças religiosas.²⁹²

Leo Pessini e Luciana Bertachini se referem aos cuidados espirituais, relacionados aos cuidados paliativos, como uma abordagem holística no cuidado de pessoas com doenças ameaçadoras de vida e que atuam para integrar as dimensões física, social, psicossocial e espiritual, para que os/as pacientes e cuidadores/as possam enfrentar a experiência do morrer de uma forma mais amadurecida.²⁹³ A espiritualidade permite uma reflexão existencial sobre os limites da condição humana, sobre as deficiências pessoais de pessoas do convívio e da sociedade e oferece elementos para lidar com a morte. Uma presença que dá apoio, além do reconhecimento do propósito, do valor e sentido da vida, que permite trabalhar com a culpa e com o remorso, com o perdão e a reconciliação bem como com a possibilidade de *reformular*

²⁸⁹ ELIAS, Ana C. A. Re-significação da dor simbólica da morte: relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 92-97, 2003. p. 95.

²⁹⁰ ELIAS, Ana C. A.; GIGLIO, Joel S.; PIMENTA, Cibele A. M.; EL-DASH, Linda G. Therapeutical intervention, relaxation, mental images, and spirituality (RIME) for spiritual pain in terminal patients: a training program. *Scientific World Journal*, [s.l.], v. 6, p. 2158-2169, 2006. p. 2161.

²⁹¹ HEFTI; ESPERANDIO, 2016, p. 13.

²⁹² ESPERANDIO, Mary; LEGET, Carlo. Espiritualidade nos cuidados paliativos: questão de saúde pública? *Revista Bioética*, Brasília, v. 28, n. 3, p. 531-551, 2020. p. 545.

²⁹³ PESSINI Leo; BERTACHINI Luciana. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *Revista Mundo Saúde*, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 491-509, 2005. p. 506.

metas diante da constatação acerca da finitude humana. Todos esses sentidos fazem parte da espiritualidade.²⁹⁴

Um estudo entre capelães hospitalares, realizado por Daniel Francisco, Isabelle Costa, Cristiane Andrade, Kamyla Santos, Fabiana Brito e Solange Costa aponta para a contribuição desses na provisão de cuidado espiritual a pacientes terminais. Ressalta-se a importância do papel do capelão naquele contexto e salienta as diferenças de compreensão entre esses/as profissionais no entendimento do que vem a ser espiritualidade, o que levanta a necessidade de pesquisas sobre essa questão, principalmente no contexto da teologia.²⁹⁵

O cuidado espiritual no campo da teologia tem tido uma discussão diferente daquela desenvolvida na área da saúde. Nos Estados Unidos e na Europa, em virtude das implicações decorrentes da integração do cuidado espiritual pela equipe multidisciplinar hospitalar, as discussões sobre esse tema têm aumentado. Já no Brasil, tal debate não tem sido desenvolvido no espaço acadêmico, mormente na área da saúde. A integração do cuidado espiritual na assistência à saúde é uma prática que deve ser voltada às necessidades espirituais da pessoa que sofre, independentemente da tradição de fé do/a profissional que a recebe ou do/a capelão/ã, no caso de atenção hospitalar. Para que se compreendam as necessidades do/a assistido/a, os/as profissionais de saúde devem aprender novas habilidades, atitudes e conhecimentos que os/as ajudarão a atender integralmente o/a paciente.²⁹⁶

Parte crítica do trabalho de luto antecipatório envolve a preparação de pacientes/famílias para uma provável morte, que se não for bem conduzido pode levar a maior probabilidade de luto complicado. Deve-se utilizar gerenciamento baseado em comunicação, incluindo reconhecimento, resposta e validação de respostas emocionais para lidar com o luto antecipatório. Durante as conversas, devem-se discutir emoções, tristezas e angústias gerais do paciente e da família, além de práticas rituais ou espirituais desejadas. Para oferecer apoio adicional às pessoas enlutadas, devem-se fornecer recursos e serviços locais para encaminhamento como a telessaúde.²⁹⁷

Em se tratando do município de Vitória-ES, que tem toda uma rede estruturada de saúde, e pensando na integralidade da saúde a partir do cuidado, pode-se, também, utilizar serviços como apoio psicológico, práticas alternativas e complementares – como a homeopatia e

²⁹⁴ PESSINI; BERTACHINI, 2004, p. 214.

²⁹⁵ FRANCISCO, Daniel P.; COSTA, Isabelle C. P.; ANDRADE, Cristiani G.; SANTOS, Kamyla F. O.; BRITO, Fabiana M.; COSTA, Solange F. G. Contributions of the chaplaincy service to the care of terminal patients. *Revista Texto Contexto*, Porto, v. 24, n. 1, p. 212-219, 2015. p. 214.

²⁹⁶ HEFTI; ESPERANDIO, 2016, p. 23-24.

²⁹⁷ WALLACE; WLADKOWSKI; GIBSON; WHITE, 2020, p. 72.

acupuntura –, além de grupos de apoio com pessoas que passaram pelo mesmo tipo de luto por Covid-19, sempre com um apoiador preparado para essa situação. Nos grupos de apoio, o processo de comunicação e de compartilhamento de experiências semelhantes pode dar conforto uns aos outros, através do escutar e do falar de emoções e sentimentos. Criar parcerias com ONGs, instituições de ensino e religiosas que atuem área psicológica e espiritual também é de grande valia. Criar espaços para trabalhar a dor do luto é de extrema importância para que futuramente não haja complicações na saúde mental das pessoas. Devem-se, portanto, buscar formas de acolher, escutar e apoiar pessoas que estejam em sofrimento devido ao luto.



CONCLUSÃO

A pandemia da Covid-19 é, agora, a grande preocupação de saúde no Brasil e no mundo. A Covid-19 é uma doença viral que, na maioria das vezes, apresenta-se leve, mas, que pode evoluir para moderada ou grave em poucos dias, em algumas pessoas. A evolução para o quadro moderado e grave pode gerar internações e mortes. A saúde pública brasileira possui um dos maiores sistemas de saúde universal do mundo, e é no SUS que a maioria das emergências em saúde é tratada. A Covid-19 é uma doença aguda que, dependendo da evolução, pode levar a uma doença crônica, denominada síndrome pós-Covid, além de transtornos como ansiedade e depressão causados tanto pela doença quanto pelo isolamento social, bem como as consequências financeiras e econômicas pós-pandemia.

Tratamentos com drogas reposicionadas e vacinas estão sendo usados como tentativas de tratar pessoas acometidas e prevenir novos casos. Sabe-se que o vírus sofre mutações, o que pode gerar novos casos e novas contaminações, além de novas regras restritivas. As perdas advindas da pandemia e o luto provocado por inúmeras mortes no Brasil e no mundo, certamente, acarretarão alterações psíquicas em adultos e em crianças.

A saúde pública tem na atenção primária em saúde o primeiro acesso da população frente a situações de doença. A atenção primária em saúde atua nos problemas habituais de saúde da população do seu território, através das unidades básicas e estratégias em saúde da família, de forma a promover a integralidade da assistência. Nesse sentido, é na atenção primária em saúde que se promove estratégias que contribuam na contenção da pandemia, no não agravamento das pessoas doentes além do tratamento das diversas situações advindas da Covid-19, utilizando-se do que já é praxe na rotina diária como o conhecimento do território, o vínculo entre o usuário e a equipe, o atendimento a demandas espontâneas e programadas, o monitoramento das famílias e suas vulnerabilidades, o acompanhamento de casos suspeitos e confirmados das doenças e a educação permanente dos/as profissionais de saúde.

Os serviços de saúde e seus profissionais devem estar preparados para receberem além das demandas habituais e próprias do serviço àquelas advindas em virtude da pandemia, do isolamento social e suas consequências, tais como: a ansiedade, a depressão, as síndromes do pânico, a dependência de substâncias químicas, as violências, a descompensação de doenças crônicas, entre outras. No município de Vitória-ES, em se tratando de necessidades mais específicas dos/as pacientes acometidos pela Covid-19, a atenção primária os/as encaminha para atenção secundária, representada pelo centro municipal de especialidade, onde são

oferecidos os serviços de fisioterapia, medicina e odontologia especializada, práticas alternativas e complementares como acupuntura, homeopatia, auriculoterapia, entre outros.

Todos/as os/as profissionais de saúde, tanto da atenção primária quanto da atenção secundária, devem ser capacitados/as – em sua formação e em sua atuação – para terem uma visão mais ampliada do processo saúde-doença e da promoção do cuidado a partir do autocuidado, considerando o ser humano como um todo, isto é, em seu aspecto físico, social, emocional, psíquico e espiritual. No município em tela, o local destinado à capacitação dos/as profissionais de saúde é a ETSUS.

Analisando de maneira multidisciplinar e utilizando as Ciências das Religiões como base para a realização deste estudo, pode-se afirmar que a integralidade como princípio do SUS, a humanização e a promoção de saúde como políticas públicas podem ser utilizadas na compreensão de como a espiritualidade está intrínseca no contexto da saúde pública brasileira, a partir da perspectiva do cuidado. Sabe-se que a saúde do ser humano para ser plena deve envolver algo maior, algo que faça sentido para sua vida e que possa fazê-lo se sentir acolhido, ou seja, sendo cuidado de maneira integral. E isso pode ser contemplado a partir da espiritualidade na perspectiva do cuidado em saúde.

Conforme visto, a espiritualidade passou a fazer parte do conceito mais atual de saúde da OMS, sendo incluída no modelo biopsicossocial e espiritual e nas práticas integrativas e complementares em saúde. Tudo isso para que se promova o cuidado holístico do/a paciente. Mas, ainda não está claro para muitos/as gestores, profissionais de saúde e pacientes que a saúde plena não depende apenas do tratamento segmentado do corpo humano, utilizando, na maioria das vezes, medicamentos. A saúde depende, também, do bem-estar da dimensão física, mental e espiritual do ser humano. E isso só ocorrerá mudando os paradigmas, tanto na saúde pública quanto na formação do/a profissional de saúde, bem como na orientação dos/as pacientes.

Na perspectiva do SUS, a inclusão dos/as profissionais de saúde e dos usuários na produção do cuidado estimula a produção de novos modos de cuidar e de organizar o trabalho em saúde. No eixo da atenção, a humanização propõe a valorização da dimensão subjetiva e social que fortalece processos de compromisso e de responsabilização, promovendo autonomia e protagonismo das pessoas e a troca de saberes, incluindo os/as pacientes e suas famílias. Já no eixo da educação, a política de humanização pode ser utilizada para fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade. Uma das estratégias na educação permanente, por exemplo, visa compor o conteúdo profissionalizante na graduação, na pós-graduação e na extensão em saúde, vinculando-o aos polos de educação permanente em saúde e às instituições formadoras.

Buscou-se retratar neste trabalho algumas intervenções que poderão ser realizadas para que se promova a integralidade do cuidado, adicionando ações a partir do que foi realizado no município de Vitória-ES no início da pandemia, e a necessidade de se pensar nas doenças crônicas, principalmente, em consequência da Covid-19. Para isso, é primordial que se invista na formação e na capacitação dos/as profissionais de saúde e na valorização deles em serviços que promovam o cuidado holístico do ser humano acometido pela doença aguda Covid-19, pelo pós-Covid e as demandas de saúde mental como, por exemplo, a depressão e a ansiedade. Além disso, é preciso criar espaços de acolhimento e de escuta para as pessoas que passaram pelas perdas e pelo luto relacionado à doença.

A multidisciplinaridade é necessária, nesse interim, para promover a troca de saberes entre os/as profissionais de saúde e de outras áreas, no intuito de contribuir para o entendimento acerca da espiritualidade e do cuidado como, por exemplo, os/as profissionais de assistência religiosa e de ciências das religiões, que, em tese, possuem maior experiência nos aspectos espirituais envolvidos nos processos de adoecimento do ser humano. A espiritualidade pode ser a resposta para muitos problemas de saúde que afligem as pessoas. A escuta e o olhar diferenciado da gestão e do/a profissional de saúde em relação ao paciente que carece do cuidado é essencial para que ele/a consiga compreender e lidar com o seu adoecimento e para que se atinja a plenitude do conceito da palavra saúde.

Pensar na espiritualidade na perspectiva do cuidado faz com que se tenha uma visão ampliada do processo saúde-doença, da necessidade do cuidado integral do ser humano – contemplando o cuidado espiritual – e da formação do profissional de saúde, incluindo também o cuidado para com esse/a profissional. A pandemia da Covid-19 trouxe consequências desastrosas para a população em geral, que serão sentidas a curto, médio e longo prazo. Acredita-se, pois, a partir dos mais variados estudos e pesquisas relacionados à espiritualidade e sua influência na saúde, que ela pode ser capaz de promover nas pessoas atitudes motivadoras que promovam o completo bem-estar físico, mental, social e espiritual, tanto nos/as pacientes quanto nos/as profissionais de saúde.

Esta dissertação busca iniciar reflexões sobre esse assunto de tamanha importância e que podem trazer grandes benefícios para a saúde pública. Compreende-se que são necessários mais estudos e intervenções em diferentes cenários, sobretudo, pelo fato de que a pandemia da Covid-19 ainda está em curso. Por isso, os/as leitores/as podem se deparar com dados desatualizados, dependendo do momento da leitura.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Maria A. L.; CARVALHO, Valéria C. P. O papel do fisioterapeuta no programa saúde da família. *Revista Inspirar*, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 15-19, 2009. Disponível em: https://www.inspirar.com.br/wp-content/uploads/2010/05/revista_cientifica_inspirar_edicao_2_2009-1.pdf. Acesso em: 13 mar. 2021.

ALMEIDA, Eliane C. *Humanização e políticas de saúde: um estudo sobre os usos e sentidos das propostas de humanização nas políticas de atenção à saúde da mulher*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

ALMEIDA FILHO, Naomar. Qual o sentido do termo saúde? *Revista Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 300-301, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2000.v16n2/300-301/pt>. Acesso em: 10 jun. 2020.

ALVES, Joseane S.; JUNGES, José R.; LÓPEZ, Laura C. A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. *Revista Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 430-436, 2010. Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/79/430a436.pdf. Acesso em: 15 jan. 2021.

ALVES, Vânia S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YSHbGggsRTMQFjXLgDVRyKb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 mar. 2021.

ALWISA, Ruklanthi; CHENA, Shiwei; GANA, Esther S.; OOI, Eng E. Impact of immune enhancement on Covid-19 polyclonal hyperimmunoglobulin therapy and vaccine development. *Journal E. Bio Medicine*, [s.l.], v. 55, n. 102768, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7161485/pdf/main.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2021.

AMANAT, Fatima; KRAMMER, Florian. SARS-CoV-2 vaccines: status report. *Journal Immunity*, [s.l.], v. 52, n.4, p. 583-589, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7136867/>. Acesso em: 20 fev. 2021

ANDERSEN, Petter I.; IANEVSK, Aleksandr; LYSVAND, Hilde; VITKAUSKIENE, Astra; OKSENYCH, Valentyn; BJORÅS, Magnar; TELLING, Kaidi; LUTSARD, Irja; DUMPIS, Uga; IRIE, Yasuhiko; TENSON, Tanel; KANTELE, Anu; KAINOV, Denis E. Discovery and development of safe-in-man broad-spectrum antiviral agents. *International Journal of Infectious Diseases*, [s.l.], v. 93, p. 268-276, 2020. Disponível em: <https://www.ijidonline.com/action/showPdf?pii=S1201-9712%2820%2930076-X>. Acesso em: 18 fev. 2021.

ANDERSON, Maria I. P. RODRIGUES, Ricardo D. O paradigma da complexidade e os conceitos da Medicina Integral: saúde, adoecimento e integralidade. *Revista HUPE*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 242-252, 2016.

ANJOS, Márcio F. Para compreender a espiritualidade em bioética. In: PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian P. *Buscar sentido e plenitude de vida: bioética, saúde e espiritualidade*. São Paulo: Paulinas, 2008.

ARRIEIRA, Isabel C. O.; THOFERHN, Maira B.; SCHAEFER, Osmar M.; FONSECA, Adriana D.; KANTORSKI, Luciane P.; CARDOSO, Daniela H. O sentido do cuidado espiritual na integralidade da atenção em cuidados paliativos. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, v. 38, n. 3, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/L84NfxSpsCVm5jxbJP3cKyQ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 23 ago. 2021.

AVORN, Jerry; KESSELHEIM, Aaron. Regulatory decision-making on COVID-19: vaccines during a public health emergency. *Journal JAMA*, [s.l.], v. 324, n. 13, p. 1284-1285, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2770244>. Acesso em: 21 fev. 2021.

AYRES, José R. C. M. Prefácio. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; ABRASCO, 2009. Disponível em: <https://cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2021.

BARJUD, Marina B. COVID 19, uma doença sistêmica. *Revista da FAESF*, Florianópolis, v. 4, n. 19, p. 4-10, 2020. Disponível em: <http://faesfpi.com.br/revista/index.php/faesf/article/view/108>. Acesso em: 21 set. 2020.

BIOEMFOCO [Site institucional]. 23 abr. 2020. Disponível em: www.bioemfoco.com.br. Acesso em: 05 fev. 2021.

BIONDO, Chrisne S.; FERRAZ, Mariana O. A.; SILVA, Mara L. M.; YARID, Sérgio D. Espiritualidade nos serviços de urgência e emergência. *Revista Bioética*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 596-602, 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017253216>. Acesso em: 23 jun. 2021.

BOFF, Leonardo. *Tempo de transcendência: o ser humano com um projeto infinito*. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

BOFF, Leonardo. *Espiritualidade: um caminho de transformação*. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra*. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

BOLASÉLL, Laura T.; NUNES, Fernanda R. C.; VALANDRO, Graciana S.; RITTMANN, Isadora; MARKUS, Juliana; WEIDE, Juliana N.; SEIBT, Larissa T.; VERDE, Luciana V.; RODRIGUES, Caroline S. M. *O processo de luto a partir das diferentes perdas em tempos de pandemia*. Porto Alegre: PUCRS, 2020.

BORGES, Alessandra A.; SUZUKAWA, Andreia A.; ZANLUCA, Camila; SANTOS, Claudia N. D. SARS-CoV-2: origem, estrutura, morfogênese e transmissão. In: BARRAL-NETTO, M.; BARRETO, M. L.; PINTO JUNIOR, E. P.; ARAGÃO, E. (orgs.). *Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais*. Salvador: Edufba, 2020. p. 1-21.

BORGES, Pedro P.; FERREIRA, Rafael S.; DIAMANTE, Isabela. A saúde permeada pela espiritualidade. *Revista Multitemas*, Campo Grande, v. 22, n. 51, p. 7-21, 2017.

BORGO, Flávia. A Interface do Ensino Religioso com a humanização e o cuidado na atenção à saúde. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) – Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões, Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2018.

BOUSSO, Regina S.; POLES, Kátia; SERAFIM, Taís S.; MIRANDA, Mariana G. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 397-403, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/psw7FnrNF3wPMbw5cZ5Fv7h/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 fev. 2021.

BOWLBY, John. *Apego e perda*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 jan. 2020.

BRASIL. Casa Civil. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. [Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências]. Brasília: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 13 mar. 2020.

BRASIL. Casa Civil. *Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011*. [Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências]. Brasília: Presidência da República. Disponível em: [planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. Secretaria-Geral. *Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020*. [Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019]. Brasília: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113979.htm. Acesso em: 17 out. 2020.

BVS. *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)*. [s.d.]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 29 jan. 2020.

CADDY, Sarah. Developing a vaccine for covid-19. *Journal BMJ*, [s.l.], v. 369, n. 8246, p. 1-2, 2020. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/369/bmj.m1790.full.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2021.

CADEGIANI, Flávio A.; ZIMERMAN, Ricardo A.; FONSECA, Daniel N.; CORREIA, Michael N.; MULLER, Marcio P.; BET, Diego L.; SLAVIERO, Marcio R.; ZARDO, Ivan; BENITES, Paulo R.; BARROS, Renan N.; PAULAIN, Raysa W.; ONETY, Dirce C.; ISRAEL, Karla C. P.; WAMBIER, Carlos G.; GOREN, Andy. Final results of a randomized, placebo-controlled, two-arm, parallel clinical trial of proxalutamide for hospitalized COVID-19 patients: a multiregional, joint analysis of the proxa-rescue androcov trial. *Journal Cureus*, [s.l.], v. 13, n. 12, p. 1-22, 2021. Disponível em: <https://www.cureus.com/articles/80171-final>

results-of-a-randomized-placebo-controlled-two-arm-parallel-clinical-trial-of-proxalutamide-for-hospitalized-covid-19-patients-a-multiregional-joint-analysis-of-the-proxa-rescue-androc-ov-trial. Acesso em: 13 fev. 2022.

CAMARGO JUNIOR, Kenneth R.; CAMPOS, Estela M. S.; TEIXEIRA, Maria T. B.; MASCARENHAS, Mônica T. M.; MAUAD, Neuza M.; FRANCO, Tulio B.; RIBEIRO, Luiz C.; ALVES, Mário J. M. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Revista Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 58-68, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300011>. Acesso em: 18 jun. 2021.

CAMPOS, Carlos E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200018&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 jan. 2021.

CAMPOS, Gastão W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000a. [online]. p. 228-229. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2020.

CAMPOS, Gastão W. S. *O anti-Taylor e o método paidéia: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional*. Tese (Livre-docência) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2000b.

CASTRO, Geane F. P. *A espiritualidade no tratamento de pacientes com câncer*. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) – Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões, Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2017.

CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Revista Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500036>. Acesso em: 16 fev. 2021.

CESCON, Everaldo. Neurociência e religião: as pesquisas neurológicas em torno da experiência religiosa. *Revista Teocomunicação*, Porto Alegre, v. 41, n. 2 p. 293-314, 2011. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/teo/article/download/8828/6689/0>. Acesso em: 08 mai. 2020.

CHAVES, Flávio S. *Aspectos relevantes da espiritualidade na promoção da saúde psíquica do indivíduo*. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) – Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões, Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2016.

CHERBLANC, Jacques; BERGERON-LECLERC, Christiane; MALTAIS, Danielle; CADELL, Susan; GAUTHIER, Geneviève; LABRA, Oscar; OUELLET-PLAMONDON, Claudiane. Predictive factors of spiritual quality of life during the COVID-19 pandemic: a multivariate analysis. *Journal of Religion and Health*, [s.l.], v. 60, p. 1475-1493, 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10943-021-01233-6.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, ed. 211, p. 179, 01 nov. 2018. Disponível em:

https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/48226289/do1-2018-11-01-resolucao-n-2-217-de-27-de-setembro-de-2018-48226042. Acesso em: 15 jan. 2021.

CONSOLARO, Alberto. *Odontologia: antes de ser arte, é uma ciência!* In: CA [Site institucional]. [s.d.]. Disponível em: <http://www.consolaro.com.br/2014/jornais5.php>. Acesso em: 11 jun. 2021.

CORTELLA, Mario S. *Qual é a tua obra?* Inquietações propositivas sobre gestão, liderança e ética. São Paulo: Vozes, 2007.

COSTA, Glauce D.; COTTA, Rosângela M. M.; FERREIRA, Maria L. S. M.; REIS, José R.; FRANCESCHINI, Sylvia C. C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009.

CREPALDI, Maria A.; SCHMIDT, Beatriz; NOAL, Débora S.; BOLZE, Simone D. A.; GABARRA, Letícia M. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Revista Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 37, n. 1, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>. Acesso em: 25 out. 2020.

CULLIFORD, Larry. Spirituality and clinical care. *Journal BMJ Clinical Research*, [s.d.], v. 325, p. 1434-1435, 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1124896/>. Acesso em: 11 jun. 2021.

COLSON, Philippe; ROLAIN, Jean-Marc; RAOULT, Didier. Chloroquine for the 2019 novel coronavirus SARS-CoV-2. *International Journal of Antimicrobial Agents*, [s.l.], v. 55, n. 3, p. 1-2, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7134866/pdf/main.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Parecer CFM nº 4/2020, de 16 de abril de 2020*. [Estabelece critério para o tratamento de pacientes portadores de COVID-19, com cloroquina e hidroxocloroquina]. Brasília: CFM. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/4>. Acesso em: 22 fev. 2021.

CORONAVÍRUS [Site institucional]. [s.d.]. Disponível em: <https://coronavirus.es.gov.br/> Acesso em: 20 fev. 2021.

CORONAVÍRUS BRASIL [Site institucional]. [s.d.]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 21 fev. 2021.

DAL-FARRA, Rossano A.; GEREMIA, César. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 34, n. 4, p. 587-597, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/q6G8tGBmSdNrsxZfrk4Dxpp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 set. 2020.

DALGALARRONDO, Paulo. *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008.

DEZORZI, Luciana W. *Espiritualidade na atenção a pacientes em cuidados paliativos e os processos de educação dos profissionais de saúde*. Tese (Doutorado em Medicina) – Programa

de Pós-Graduação em Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

DEZORZI, Luciana W.; RAYMUNDO, Márcia M.; GOLDIM, José R. *Espiritualidade na atenção a pacientes/famílias em cuidados paliativos: um guia de apoio para profissionais de saúde*. Porto Alegre: WW Livros, 2016.

DIAS FILHO, Alberto. COVID-19: fisiopatologia, transmissão, diagnóstico e tratamento da doença de Coronavírus 2019 (uma revisão). In: ANAD [Site institucional]. 13 jul. 2020. Disponível em: <https://www.anad.org.br/covid-19-fisiopatologia-transmissao-diagnostico-e-tratamento-da-doenca-de-coronavirus-2019-uma-revisao/>. Acesso em: 08 jun. 2021.

DURAND, Guy. *Introdução geral à bioética: história, conceitos e Instrumentos*. 2. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007.

ELIAS, Ana C. A. Re-significação da dor simbólica da morte: relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 92-97, 2003.

ELIAS, Ana C. A.; GIGLIO, Joel S.; PIMENTA, Cibele A. M.; EL-DASH, Linda G. Therapeutical intervention, relaxation, mental images, and spirituality (RIME) for spiritual pain in terminal patients: a training program. *Scientific World Journal*, [s.l.], v. 6, p. 2158-2169, 2006.

ENGEL, George L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Journal Science*, [s.l.], v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977. Disponível em: <http://www.drannejensen.com/PDF/publications/The%20need%20for%20a%20new%20medical%20model%20-%20a%20challenge%20for%20biomedicine.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2021.

ESPERANDIO, Mary R.; MICHEL, Renate B.; TREBIEN, Heitor A. C.; MENEGATTI, Cláudia L. Coping religioso/espiritual na antessala de UTI: reflexões sobre a integração da espiritualidade nos cuidados em saúde. *Revista Interações*, Belo Horizonte, v. 12, n. 22, p. 303-322, 2017.

ESPERANDIO, Mary; LEGET, Carlo. Espiritualidade nos cuidados paliativos: questão de saúde pública? *Revista Bioética*, Brasília, v. 28, n. 3, p. 531-551, 2020.

FAVAS, T. T.; DEV, Priya; CHAURASIA, Rameshwar N.; CHAKRAVARTY, Kamlesh; MISHRA, Rahul; JOSHI, Deepika; MISHRA, Vijay N.; KUMAR, Anand; SINGH, Varun K.; PANDEY, Manoj; PATHAK, Abhishek. Neurological manifestations of COVID-19: a systematic review and meta-analysis of proportions. *Journal Neurological Sciences*, [s.l.], v. 41, n. 12, p. 3437-3470, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33089477/>. Acesso em: 9 jun. 2021.

FERRARI, Renata R. *Morte, religião e bioética na formação dos profissionais da saúde*. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) – Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões, Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2018.

FEUERWERKER, Laura. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 51-71, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32831998000200005>. Acesso em: 23 jun. 2021.

FRANCISCO, Daniel P.; COSTA, Isabelle C. P.; ANDRADE, Cristiani G.; SANTOS, Kamyla F. O.; BRITO, Fabiana M.; COSTA, Solange F. G. Contributions of the chaplaincy service to the care of terminal patients. *Revista Texto Contexto*, Porto, v. 24, n. 1, p. 212-219, 2015.

FRANKL, Viktor. *Búsqueda de Dios y sentido de la vida: diálogo entre un teólogo y un psicólogo*. Barcelona: Herder, 2005.

FRANCO, Túlio B.; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, Emerson E.; MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio M.; RIMOLI, Josely; FRANCO, Túlio B.; BUENO, Wanderley S. (orgs). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 1-10.

FREDERISKSEN, Lea S. F.; ZHANG, Yibang; FOGED, Camilla; THAKUR, Aneesh. The long road toward COVID-19 herd immunity: vaccine platform technologies and mass immunization strategies. *Journal Frontiers in Immunology*, [s.l.], v. 11, p. 1-26, 2020. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2020.01817/full>. Acesso em: 20 fev. 2021.

FREUD, Sigmund. *Luto e melancolia*. [s.l.]: Lebooks, 2020.

FROTA, M. L. M. Enfermagem obstétrica: o cuidar e o ensino na perspectiva da assistência humanizada. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM (ABEN), LII, 2001, Recife. *Anais...* Recife: ABEN, 2001. p. 179-185. [pdf].

FUMIS, Renata R.L.; AMARANTE, Gustavo A. J.; NASCIMENTO, Andréia F.; VIEIRA JUNIOR, José M. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Journal Ann Intensive Care*, [s.l.], v. 7, n. 71, [n.p.], 2017.

GALEA, Sandro; MERCHANT, Raina M.; LURIE, Nicole. The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: the need for prevention and early intervention. *Journal JAMA Intern Med.*, [s.l.], v. 180, n. 6, p. 817-818, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2764404>. Acesso em: 08 jun. 2021.

GAUTRE, Philippe; LAGIER, Jean-Christophe; PAROLAA, Philippe; HOANGA, Van Thuan; MEDDEBA, Line; MAILHEA, Morgane; DOUDIER, Barbara; COURJONE, Johan; GIORDAMENGO, Valérie; VIEIRAA, Vera Esteves; DUPONT, Hervé TISSOT HONORÉI, Stéphane; COLSONA, Philippe; CHABIÈREA, Eric; SCOLAA, Bernard; ROLAINA, Jean-Marc; BROUQUI, Philippe; RAOULT, Didier. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an openlabel non-randomized clinical trial. *International Journal Antimicrobial Agents*, [s.l.], v. 56, n. 1, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102549/pdf/main.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2020.

GIOVANETTI, José P. Psicologia e espiritualidade. In: AMATUZZI, Mauro M. (org.). *Psicologia e espiritualidade*. São Paulo: Paulus, 2005. p. 129-145.

GONZÁLEZ, Alberto D.; ALMEIDA, Márcio J. Integralidade da saúde: norteador mudanças na graduação dos novos profissionais. *Revista Ciências Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 757-762, 2010.

GROESBECK, J. The archetypal image of the wounded healer. *Journal of Analytical Psychology*, London, v. 20, n. 2, p. 122-145, 1975. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1465-5922.1975.00122.x>. Acesso em: 25 jun. 2021.

GUERRERO, Gisele P. *Associação da espiritualidade na qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de cabeça e pescoço*. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

HARTZ, Zulmira M. A.; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Revista Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 331-336, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800026>. Acesso em: 18 fev. 2021.

HEFTI, René; ESPERANDIO, Mary R. G. The interdisciplinary spiritual care model: a holistic approach to patient care. *Revista Horizonte*, Belo Horizonte, v. 14, n. 41, p. 13-47, 2016.

HELMAN, Cecil G. Doença versus enfermidade na clínica geral. *Revista Campos*, [s.l.], v. 10, n. 1, p. 119-128, 2009. Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/328055681.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2020.

HELMY, Yosra A.; FAWZY, Mohamed; ELASWAD, Ahmed; SOBIEH, Armed; KENNEY, Scott P.; SHEHATA, Awad A. The COVID-19 pandemic: a comprehensive review of taxonomy, genetics, epidemiology, diagnosis, treatment, and control. *Journal of Clinical Medicine*, Basel, v. 9, n. 4, p. 1-29, 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/4/1225>. Acesso em: 1 jul. 2021.

HOFFMANN, Markus; KLEINE-WEBER, Hannah; SCHOEDER, Simon S.; KRÜGER, Nadine; HERRLER, Tanja; ERICHSEN, Sandra; SCHIERGENS, Tobias S. S.; HERRLER, Georg; WU, Nai-Huei; NITSCHKE, Andreas; MÜLLER, Marcel A.; DROSTEN, Christian; PÖHLMANN, Stefan P. SARS-CoV-2 cell entry depends on ACE2 and TMPRSS2 and is blocked by a clinically proven protease inhibitor. *Journal Cell*, [s.l.], v. 181, n. 2, p. 271-280, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102627/pdf/main.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2020.

HUFFORD, David J. An analysis of the field of spirituality, religion and health. In: METANEXUS. [Site institucional]. 13 out. 2005. Disponível em: <https://www.metanexus.net/analysis-field-spirituality-religion-and-health-david-j-hufford/>. Acesso em: 11 jun. 2021.

HOLMES, Kathryn V.; ENJUANES, Luis. The SARS coronavirus: a postgenomic era. *Journal Science*, [s.l.], v. 300, n. 5624, p. 1377-78, 2003. Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/300/5624/1377.abstract>. Acesso em: 20 jun. 2021.

IASC. *Guidance on operational considerations for multisectoral mental health and psychosocial support programmes during the COVID-19 pandemic*. 25 jun. 2020a. Disponível em: <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidance-operational-considerations-multisectoral-mental-health-and-psychosocial-support>. Acesso em: 07 mar. 2021.

IASC. *Interim briefing note addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 outbreak*. 17 mar. 2020b. Disponível em: <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/interim-briefing>

-note-addressing-mental-health-and-psychosocial-aspects-covid-19-outbreak. Acesso em: 27 fev. 2021.

IMOTO, Aline M.; GOTTEMS, Leila B. D.; BRANCO, Huara P. C.; SANTANA, Levy A.; MONTEIRO, Otávio L. R.; FERNANDO, Sérgio E. S.; AMORIM, Fábio F. A. Cloroquina e hidroxiclороquina no tratamento da COVID-19: sumário de evidência. *Revista Comunicação em Ciências da Saúde*, [s.l.], v. 31, p. 17-30, 2020. Disponível em: <http://repositorio.fepecs.edu.br:8080/jspui/bitstream/prefix/149/1/653-Outros-2568-1-10-20200413.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2021.

JOHNS HOPKINS [Site institucional]. [s.d.]. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/>. Acesso em: 12 fev. 2020.

JUNG, Carl G. *A prática da psicoterapia*. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

KERR, Lucy; CADEGIANI, Flávio A.; BALDI, Fernando; LOBO, Raysildo B.; ASSAGRA, Washington L. O.; PROENÇA, Fernando C.; KORY, Pierre; HIBBERD, Jennifer A.; CHAMIE-QUINTERO, Juan J. Ivermectin Prophylaxis used for COVID-19: a citywide, prospective, observational study of 223, 128 subjects using propensity score matching. *Journal Cureus*, [s.l.], v. 14, n. 1, p. 1-26, 2022. Disponível em: <https://www.cureus.com/articles/82162-ivermectin-prophylaxis-used-for-covid-19-a-citywide-prospective-observational-study-of-223128-subjects-using-propensity-score-matching>. Acesso em: 20 mar. 2022.

KLOKA, F. A.; KRUIPB, M. J. H. A.; MEERE, N. J. M.; ARBOUSD, M. S.; GOMMERSE D. A. M. P. J.; KANTF, K. M.; KAPTEINA, F. H. J.; PAASSEND, J.; STALA, M. A. M.; HUISMANA, M.V.; ENDEMA, H. Incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19. *Journal Thrombosis Research*, [s.l.], v. 191, p. 145-147, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7146714/pdf/main.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2021.

KOENIG, Harold G.; MCCULLOUGH, Michael; LARSON, David B. *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. New York: Oxford University Press, 2001. Disponível em: https://www.google.com.br/books/edition/Handbook_of_Religion_and_Health/uMFCJVMGHYoC?hl=en&gbpv=1. Acesso em: 15 jun. 2021.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1969.

LAMA, Dalai. *Uma ética para um novo milênio*. 7. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

LEAL, Fabio; SCHWARTSMANN, Gilberto; LUCAS, Hiram S. Medicina complementar e alternativa: uma prática comum entre os pacientes com câncer. *Revista Assoc. Med. Bras*, São Paulo, v. 54, n. 6, p. 481-482, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000600007&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 17 abr. 2021.

LEVI, Marcel; THACHIL, Jecko; IBA, Toshiaki; LEVY, Jerrold H. Coagulation abnormalities and thrombosis in patients with COVID-19. *Journal Lancet Haematol*, [s.l.], v. 7, n. 6, p. 438-440, 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2352-3026%2820%2930145-9>. Acesso em: 5 jun. 2021.

LI, Zhenyu; GE, Jingwu; YANG, Meiling; FENG, Jianping; QIAO, Mei; JIANG, Riyue; BI, Jiangjiang; ZHAN, Gaofeng; XU, Xiaolin; WANG, Long; ZHOU, Qin; ZHOU, Chenliang;

PAN, Yinbing; LIU, Shijiang; ZANHG, Haiwei; YANG, Jianjun; BIN, Yang; HU, Yimi; HASHIMOTO, Kenji; YAN, Jia; WANG, Haofei; WANG, Rong; LIU, Cunming; YANG, Chun. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Journal Brain Behavior and Immunity*, [s.l.], v. 88, p. 916-919, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889159120303093?via%3Dihub>. Acesso em: 16 jan. 2021.

LEONARDO, Renato T.; LEONARDO, Mário R. Aspectos atuais do tratamento da infecção endodôntica. *Revista Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas*, São Paulo, v. 66 n. 3, p. 174-181, 2012. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/apcd/v66n3/a02v66n3.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2021.

LIMA, Eduardo J. F.; ALMEIDA, Amalia M.; KFOURI, Renato A. Vaccines for COVID-19: state of the art. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 21, n. 1, p. 13-19, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/hF6M6SFrhX7XqLPmBTwFfVs/?lang=pt>. Acesso em: 03 jan. 2022.

MALLORY, Michael L.; LINDESMITH, Lisa C.; BARIC, Ralph S. Vaccination-induced herd immunity: successes and challenges. *The Journal of allergy and clinical immunology*, [s.l.], v. 142, n. 1, p. 64-66, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6433118/pdf/nihms-1012976.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2021.

MATTOS, Ruben A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; ABRASCO, 2009.

MEDEIROS, Eduardo A. S. A luta dos profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 1-4, 2020.

MENDES, Eugênio V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: OPAS, 2011.

MERHY, Emerson E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Ver-SUS/Brasil: caderno de textos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 108-137. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf. Acesso em: 25 ago. 2021.

MILLER, Lisa; BANSAL, Ravi; WICKRAMARATNE, Priya; HAO, Xuejun; TENKE, Craig E.; WEISSMAN, Myrna M.; PETERSON, Bradley S. Neuroanatomical correlates of religiosity and spirituality: a study in adults at high and low familial risk for depression. *Journal Jama Psychiatry*, [s.l.], v. 71, n. 2, p. 128-135, 2014. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1792140>. Acesso em: 15 jun. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *O sistema público de saúde brasileiro*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em: 13 jan. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Humanização*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSUS_politica_nacional_humanizacao.pdf. Acesso em: 14 jun. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 14 set. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Humanização – PNH*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 13 jun. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS*: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019*. Brasília: NC; SVS; MS, 2020. Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf. Acesso em: 28 fev. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Nota informativa nº 17/2020 – SE/GAB/SE/MS, de 11 de agosto de 2020*. [Orientações do Ministério da Saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da COVID-19]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://f82dcd2-5978-4130-b790-c3b4cbccdf18.filesusr.com/ugd/86f521_329be9dffa7149208eaf01d22e2bfaeb.pdf. Acesso em: 12 fev. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *O que é síndrome de Guillain Barré*. 20 nov. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/sindrome-de-guillain-barre-1>. Acesso em: 03 mar. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Coronavírus Covid-19: vitamina D na prevenção e tratamento de pacientes com COVID-19*. Brasília: DGITIS; SCTIE, 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/notas-tecnicas/nota-tecnica-vitamina-d-covid-19.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Coronavírus Covid-19: Zinco na prevenção e tratamento de pacientes com COVID-19*. Brasília: DGITIS; SCTIE, 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/notas-tecnicas/nota-tecnica-zinco-covid-19.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Coronavírus Covid-19: Enoxaparina para o tratamento de pacientes com COVID-19*. Brasília: CCATES, 2021c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/notas-tecnicas/nota-tecnica-enoxaparina-covid-19.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2022.

MINISTÉRIO DE ESTADO DA SAÚDE. Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013. [Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária]. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, ed. 131, p. 48, 10 jul. 2013. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=48&data=10/07/2013>. Acesso em: 25 nov. 2020.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 1-2, 2007.

MOREIRA, Wanderson C.; SOUSA, Anderson R.; NOBREGA, Maria P. S. S. Adoecimento mental na população geral e em profissionais de saúde durante a covid-19: scoping review. *Revista Texto e Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 29, p. 1-17, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/tRdkrqfrR4p7BvvzLv8pLqC/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 03 abr. 2021.

MOURA, Elisângela S. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. In: ÂMBITO JURÍDICO. [Site institucional]. 01 jul. 2013. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/o-direito-a-saude-na-constituicao-federal-de-1988/>. Acesso em: 11 fev. 2021.

MUKHERJEE, Raju. Global efforts on vaccines for COVID-19: since, sooner or later, we all will catch the coronavirus. *Journal Biosci*, [s.l.], v. 25, n. 1, p. 2-10, 2020. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7203076/pdf/12038_2020_Article_40.pdf. Acesso em: 22 fev. 2021.

MÜLLER, Marisa C. Introdução. In: TEIXEIRA, Evilázio F. B.; MÜLLER, Marisa C.; SILVA, Juliana D. T. (orgs.). *Espiritualidade e qualidade de vida*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 7-12.

MURAKAMI, Rose; CAMPOS, Claudinei J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília. v. 65, n. 2, p. 361-367, 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200024&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 abr. 2021.

NEJM. *Dexamethasone in hospitalized patients with Covid-19*. 17 jul. 2020. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2021436>. Acesso em: 25 fev. 2022.

OLIVEIRA, Denize C.; SÁ, Celso P.; GOMES, Antonio M. T.; RAMOS, Raquel S.; PEREIRA, Noraisa A.; SANTOS, Weena C. R. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. *Revista Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 197-206, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 set. 2020.

OLIVEIRA, Márcia R.; JUNGES, José R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Revista Estudos de Psicologia*, Natal, v. 17, n. 3, p. 469-476, 2012.

OLIVEIRA, Milena; TRINDADE, Marcela F. Atendimento de urgência e emergência na rede de atenção básica de saúde: análise do papel do enfermeiro e o processo de acolhimento. *Revista Hórus*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 160-171, 2010. Disponível em:

<http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/revistahorus/article/view/3978/0>. Acesso em: 17 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Rio de Janeiro: UNIC/RIO, 2009. Disponível em: <https://www.sigas.pe.gov.br/files/04092019102510-declaracao.universla.dos.direitos.hmanos.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação – relatório mundial*. Brasília: OMS, 2003. Disponível em: <https://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>. Acesso em 15 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Manejo clínico da COVID-19: orientação provisória 27 de maio de 2020*. [s.l.]: OPAS, 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52285/OPASWBRACOVID-1920075_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 13 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *COVID-19 manejo clínico: orientação dinâmica*. [s.l.]: OPAS, 2021. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53296/OPASWBRAPECOVID-19210008_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 10 jun. 2021

ORNELL, Felipe; SCHUCH, Jaqueline B.; SORDI, Anne O.; KESSLER, Felix H. P. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Journal Braz. Journal Psychiatry*, [s.l.], v. 42, n. 3, p. 232-235, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/WGD9CnJ95C777tcjnkHq4Px/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 15 jan. 2021.

PENDRY, Patrícia S. Moral distress: recognizing it to retain nurses. *Journal Nursing Economics*, [s.l.], v. 25, n. 4, [n.p.], 2007. Disponível em: <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA167625535&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=07461739&p=AONE&sw=w&userGroupName=anon%7E16e7edc1>. Acesso em: 23 ago. 2020.

PESSINI Leo; BERTACHINI Luciana. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *Revista Mundo Saúde*, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 491-509, 2005.

PINTO, Cândida. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Revista Arquivos de Medicina*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 47-53, 2007.

PINTO, Cândida; RIBEIRO, José L. P. Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, [s.l.], v. 28, n. 1, p. 49-56, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1523/1/RPSP%2028%281%29%2049-56.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2020.

PINTO, Ênio B. Ciência da religião aplica à psicoterapia. In: PASSOS, João D.; USARSKI, Frank (orgs.). *Compêndio de ciência da religião*. São Paulo: Paulinas; Paulus, 2013. p. 677-678.

PIO XII, Papa. *Discorso di sua santità Pio XII ai partecipanti al primo Congresso Italiano di Stomatologia*. Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 1946. Disponível em: http://www.vatican.va/content/pius-xii/it/speeches/1946/documents/hf_p-xii_spe_19461024_stomatologi.html. Acesso em: 05 fev. 2021.

PREFEITURA DE VITÓRIA. *Vitória inicia novo procedimento com médicos voluntários no combate à COVID-19*. 01 jul. 2020. Disponível em: <https://www.vitoria.es.gov.br/noticia/vitoria-inicia-novo-procedimento-com-medicos-voluntarios-no-combate-a-covid-19-41066>. Acesso em: 12 fev. 2021.

PUCHALSKY, Christina; FERRELL, Betty. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference. *Journal of Palliative Medicine*, Larchmont, v. 12, n. 10, p. 885-904, 2009.

TAQUET, Maxime; SIERRA, Luciano; GEDDES, John R.; HARRISON, Paul J. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62354 COVID-19 cases in the USA. *Journal Lancet Psychiatry*, [s.l.], v. 8, p. 130-140, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30462-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30462-4/fulltext). Acesso em: 08 jun. 2021.

RAMOS, Vera A. B. O processo de luto. In: PSICOLOGIA.PT. [Site institucional]. 25 set. 2016. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1021.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2021.

REN, Li-Li; WANG, Ye-Ming; WU, Zhi-Qiang; XIANG, Zi-Chun; GUO, Li; XU, Teng; JIANG, Yong-Zhong; XIONG, Yan; LI, Yong-Jun; LI, Xing-Wang; LI, Hui; FAN, Guo-Hui; GU, Xiao-Ying; XIAO, Yan; GAO, Hong; XU, Jiu-Yang; YANG, Fan; WANG, Xin-Ming; WU, Chao; CHEN, Lan; LIU, Yi-Wei; LIU, Bo Liu; YANG, Jian; WANG, Xiao-Rui; DONG, Jie; LI, Li; HUANG, Chao-Lin; ZHAO, Jian-Ping; HU, Yi; CHENG, Zhen-Shun; LIU, Lin-Lin; QIAN, Zhao-Hui; QIN, Chuan; JIN, Qi; CAO, Bin; WANG, Jian-Wei. Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive study. *Chinese Medical Journal*, [s.l.], v. 133, n. 9, p. 1015-1024, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7147275/pdf/cm9-133-1015.pdf>. Acesso em: 28 set. 2020.

RODRIGUEZ-MORALES, Alfonso J.; CARDONA-OSPINA, Jaime A.; GUTIÉRREZ-OCAMPO, Estefanía; VILLAMIZAR-PEÑA, Rhuvi; HOLGUIN-RIVERA, Yeimer; ESCALERA-ANTEZANA, Juan Pablo; ALVARADO-ARNEZ, Lucia E.; BONILLA-ALDANA, D. K.; FRANCO-PAREDES, Carlos; HENAO-MARTINEZ, Andrés F.; PANIZ-MONDOLFI, Alberto; LAGOS-GRISALESA, Guillermo J.; RAMÍREZ-VALLEJO, Eduardo; SUÁREZ, Jose A.; ZAMBRANOS, Lysien I.; VILLAMIL-GÓMEZ, Wilmer E.; BALBIN-RAMONE, Graciela J.; RABAANW, Ali A.; HARAPAN, Harapan; DHAMA, Kuldeep; NISHIURA, Hiroshi; KATAOKA, Hiromitsu; AHMAD, Tauseef; SAH, Ranjit. Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Journal Travel Medicine and Infectious Disease*, [s.l.], v. 34, n. 101623, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32179124/>. Acesso em: 27 jun. 2021.

ROCCO, Patricia R. M.; SILVA, Pedro L.; CRUZ, Fernanda F.; JUNIOR, Marco A. C. M.; TIerno, Paulo F. G. M. M.; MOURA, Marcos A.; OLIVEIRA, Luís F. G.; LIMA, Cristiano; SANTOS, Ezequiel A.; JUNIOR, Walter F.; FERNANDES, Ana P. S. M.; FRANCHINI, Kleber G.; MAGRI, Erick; MORAES, Nara F.; GONÇALVES, José M. J.; CARBONIERI, Melanie N.; SANTOS, Ivonise S.; PAES, Natália F.; MACIEL, Paula V. M.; ROCHA, Raissa P.; CARVALHO, Alex F.; ALVES, Pedro A.; MODENA, José L. P.; CORDEIRO, Artur T.; TRIVELLA, Daniela B. B.; MARQUES, Rafael E.; LUIZ, Ronir R.; PELOSI, Paolo; LAPA E SILVA, Jose Roberto. Early use of nitazoxanide in mild Covid-19 disease: randomized, placebocontrolled trial. *Journal MedRXIV*, [s.l.], v. 5, n. 3, p. 1-29, 2021. Disponível em:

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.21.20217208v1.full.pdf+html>. Acesso em: 15 mar. 2022.

ROGERS, Jonathan P.; CHESNEY, Edward; OLIVER, Dominic; POLLAK, Thomas A.; MCGUIRE, Philip; FUSAR-POLI, Paolo; ZANDI, Michael S.; LEWIS, Glyn; DAVID, Anthony S. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Journal The Lancet Psychiatry*, [s.l.], v.7, n. 7, p. 611-627, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30203-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30203-0/fulltext). Acesso em: 12 jun. 2021.

SAAD, Marcelo; MASIERO Danilo; BATTISTELLA Linamara R. Espiritualidade baseada em evidências. *Revista Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/actafisiatrica.org.br/pdf/v8n3a02.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2021.

SANTOS, Franklin S.; INCONTRI, Dora. (orgs.). *A arte de morrer: visões plurais*. 2. ed. São Paulo: Comenius, 2009.

SAÚDE PÚBLICA. In: DICIO. [Site institucional]. [s.d.]. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/saude-publica>. Acesso em: 13 mar. 2020.

SETA, Marismary H.; OLIVEIRA, Catia V. S.; PEPE, Vera L. E. Proteção à saúde no Brasil: o sistema nacional de vigilância sanitária. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3225-3234, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021003225&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2021.

SIDDIQI, Hasna K.; MEHRA, Mandeep R. COVID-19 illness in native and immunosuppressed states: a clinical-therapeutic staging proposal. *The Journal of heart and lung transplantation*, [s.l.], v. 39, n. 5, p. 405-407, 2020. Disponível em: <https://www.jhltonline.org/action/showPdf?pii=S1053-2498%2820%2931473-X>. Acesso em: 11 fev. 2021.

SILVA, Arthur F.; BRASIL, Aline Q.; OLIVEIRA, Ana C. D.; FREIRE, Juliana F.; LOPES, José M. P.; BANDEIRA, Suziy M.; SILVA, Sandra B. F. Concepções sobre espiritualidade: programas de provimento de médicos no Cariri cearense. *Interdisciplinary Journal of Health Education*, [s.l.], v. 2, n.1, p. 16-24, 2017. Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/ijhe.2016.014>. Acesso em: 28 set. 2020.

SILVA, Kyara L. S.; SILVINO, Rosa Z. *A humanização do cuidado de enfermagem hospitalar: mais que uma visão, uma abordagem, sob a ótica de auxiliares e técnicos de enfermagem*. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2012.

SMEKE, Elizabeth L. M. Espiritualidade e atenção primária à saúde: contribuições para a prática cotidiana. In: VASCONCELOS, Eymard M. (org.). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 341-369.

SOUZA, Carlos F. B. Espiritualidade e bioética. *Revista Pistis Praxis*, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 123-145, 2013.

SOUZA, Marcio C.; ARAÚJO, Thamyres M.; JÚNIOR, Wanderley M. R.; SOUZA, Jairose N.; VILELA, Alba B. A.; FRANCO, Túlio B. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. *Revista Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 36, n.

3, p. 452-460, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf. Acesso em: 23 mar. 2021.

SOUZA, Virgínio C. T.; PESSINI, Leo; HOSSNE, William S. Bioética, religião, espiritualidade e a arte do cuidar na relação médico-paciente. *Revista Bioethikos*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 181-190, 2012.

STEVANIM, Luiz F. Como nasce uma vacina. In: RADIS FIOCRUZ [Site institucional]. [s.d]. Disponível em: <https://radis.enp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/como-nasce-uma-vacina>. Acesso em: 22 abr. 2021.

STROPPA, André; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Religiosidade e saúde In: SALGADO, Mauro I.; FREIRE, Gilson (orgs.). *Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina*. Belo Horizonte: Inede, 2008. p. 427-443.

SULMASY, Daniel P. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *Journal The Gerontologist*, [s.l.], v. 42, n. 1, p. 24-33, 2002.

TANG, Ning; LI, Dengju; WANG, Xiong; SUN, Ziyong. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia. *Journal Thromb Haemost*, [s.l.], v. 18, n. 4, p. 844-847, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7166509/pdf/JTH-18-844.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2021.

TARDIF, Jean-Claude; BOUABDALLAOUI, Nadia; PHILIPPE, L. L'Allier; GAUDET, Daniel; SHAH, Binita; PILLINGER, Michael H.; LOPEZ-SENDON, Jose; LUZ, Protasio; VERRET, Lucie; AUDET, Sylvia; DUPUIS, Jocelyn; DENAULT, André; PELLETIER, Martin; PHILIPPE, A. T.; SAMSON, Sarah; FORTIN, Denis; TARDIF, Jean-Daniel; BUSSEUIL, David; GOULET, Elisabeth; LACOSTE, Chantal; DUBOIS, Anick; JOSHI, Avni Y.; WATERS, David D.; HSUE, Priscilla; LEPOR, Norman E.; LESAGE, Frédéric; SAINTURET, Nicolas; ROY-CLAVEL, Eve; BASSECITCH, Zohar; ORFANOS, Andreas; GRÉGOIRE, Jean C.; BUSQUE, Lambert; LAVALLÉE, Christian; HÉTU, Pierre-Olivier; PAQUETTE, Jean-Sébastien; LEVESQUE, Sylvie; COSSETE, Mariève; NOZZA, Anna; CHABOT-BLANCHET, Malorie; DUBÉ, Marie-Pierre; GUERTIN, Marie-Claude; BOIVIN, Guy. Efficacy of Colchicine in Non-Hospitalized Patients with COVID-19. *Journal MedRxiv*, [s.l.], v. 27, n. 1, p. 1-22, 2021. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.26.21250494v1>. Acesso em: 15 mar. 2022.

TAYLOR, Steven. *The psychology of pandemics: preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge: Newcastle upon Tyne, 2019.

THACHIL, Jecko; TANG, Ning; GANDO, Satoshi; FALANGA, Anna; CATTANEO, Marco; LEVI, Marcel; CLARK, Cary; IBA, Toshiaki. ISTH interim guidance on recognition and management of coagulopathy in COVID-19. *Journal Thromb Haemost*, [s.l.], v. 18, n. 5, p. 1023-1026, 2020. Disponível em: <https://air.unimi.it/retrieve/handle/2434/745773/1506847/Thachill%20JTH%202020%20rccomandazioni%20emostasi%20in%20COVID.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2021.

THE LANCET. *COVID-19: protecting health-care workers*. 21 mar. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30644-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30644-9/fulltext). Acesso em: 25 nov. 2020.

TONIOL, Rodrigo. Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. *Anuário Antropológico*, [s.l.], v. 42, n. 2, p. 267-299, 2017. Disponível em: <https://journals.openedition.org/aa/2330>. Acesso em: 06 jun. 2020.

UZUNIAN, Armênio. Coronavírus SARS-CoV-2 e Covid-19. *Revista Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, [s.l.], v. 56, p. 1-4, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpml/a/Hj6QN7mmmKC4Q9SNnt7xRh/?lang=pt#>. Acesso em: 20 jun. 2021.

VAILLANT, George E. *Fé: evidências científicas*. Barueri: Manole, 2010.

VASCONCELOS, Eymard M. Primeira parte: a espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: VASCONCELOS, Eymard M. *A espiritualidade no trabalho em saúde*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 19-20.

VAZ, Henrique C. L. *Antropologia filosófica I*. São Paulo: Loyola, 1992.

VINCENT, Martin J.; BERGERON, Eric; BENJANNET, Suzanne; ERICKSON, Bobbie R.; ROLLIN, Pierre E.; KSIAZEK, Thomas G.; SEIDAH, Nabil G.; NICHOL, Stuart T. Chloroquine is a potent inhibitor of SARS coronavirus infection and spread. *Virology Journal*, [s.l.], v. 2, n. 69, p. 1-10, 2005. Disponível em: <https://virologyj.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1743-422X-2-69.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2021.

VITÓRIA (Cidade). Secretaria de Gestão, Planejamento e Comunicação. *Decreto nº 18.037, de 13 de março de 2020a*. [Declara situação de emergência de saúde pública, no município de Vitória, decorrente de pandemia em razão do novo coronavírus, dispõe sobre as medidas para enfrentamento]. Vitória: Prefeitura Municipal. Disponível em: <https://diariooficial.vitoria.es.gov.br/ExibirArquivo.aspx?qs=nnmrXIDe5L4hR81FZwDXID95Q%2fWHOCtXgeCw%2fnRlRFMxQA7S5mwuf0RM3mOCPGtiwqKwtsQd8WTWmli6Dukj2eMTxcur2md7E%2frI969C0j8%3d>. Acesso em: 23 jun. 2021.

VITÓRIA (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. *Decreto nº 18.072, de 17 de abril de 2020b*. [Estabelece a obrigatoriedade do uso de máscaras por funcionários e adoção de medidas de prevenção pelos estabelecimentos comerciais e prestadores de serviços em funcionamento no Município de Vitória, enquanto perdurar o Estado de Emergência em Saúde Pública, em decorrência da Pandemia do novo coronavírus (COVID-19) na forma da Instrução Normativa 002/2020, emitida pela Secretaria Municipal de Saúde]. Vitória: Prefeitura Municipal. Disponível em: <https://diariooficial.vitoria.es.gov.br/ExibirArquivo.aspx?qs=nnmrXIDe5L4hR81FZwDXID95Q%2fWHOCtXgeCw%2fnRlRFMxQA7S5mwuf0RM3mOCPGtiwqKwtsQd8WTWmli6Dukj2eX1UixTgrwcy7Yj%2f3V2G%2bM%3d>. Acesso em: 23 jun. 2021.

VITÓRIA (Cidade). Secretaria de Saúde. *Portaria nº 022, de 01 de julho de 2020c*. [Dispõe sobre o protocolo para o uso dos medicamentos Ivermectina e Cloroquina/Hidroxicloroquina nos pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19]. Vitória: Prefeitura Municipal. [online]. [n.p.]. Disponível em: <https://diariooficial.vitoria.es.gov.br/ExibirArquivo.aspx?qs=nnmrXIDe5L4hR81FZwDXID95Q%2fWHOCtXgeCw%2fnRlRFMxQA7S5mwuf0RM3mOCPGtiwqKwtsQd8WTWmli6Dukj2TaKc4zoPdkKRvLs0LoO%2bmU%3d>. Acesso em: 25 jun. 2021.

XU, Xiaoling; HAN, Mingfeng; LI, Tiantian; SUN, Wei; WANG, Dongsheng; FU, Binqing; ZHOU, Yonggang; ZHENG, Xiaohu; YANG, Yun; LI, Xiuyong; ZHANG, Xiaohua; PAN, Aijun; WEI Haiming. Effective treatment of severe COVID-19 patients with tocilizumab. *Journal Proc Natl Acad Sci*, [s.l.], v. 117, n. 20, p. 1-16, 2020. Disponível em: <https://www.pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.2005615117>. Acesso em: 13 fev. 2022.

WALSH, F. A dimensão espiritual da vida familiar. In: WALSH, F. (ed.). *Processos normativos da família: diversidade e complexidade*. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 347-371.

WALLACE, Cara L.; WLADKOWSKI, Stephanie P.; GIBSON, Alison; WHITE, Patrick. Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, [s.l.], v. 60, n. 1, p. 70-76, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392420302074>. Acesso em: 12 jun. 2021.

WHITE, Kerr L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, Bernard G. The ecology of medical care. 1961. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, [s.l.], v. 73, n. 1, 187-212, 1996. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2359390/>. Acesso em: 25 jan. 2021.

WHO [Site institucional]. [s.d.]. Disponível em: <https://www.who.int/about/who-we-are/our-values>. Acesso em: 26 jun. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Review of the Constitution of the World Health Organization: report of the Executive Board special group*. [s.l.]: WHO, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79503/angr2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *MhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0*. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1061290/retrieve>. Acesso em: 11 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment*. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1310579/retrieve>. Acesso em: 03 mar. 2021.

WHO. *WHOQOL: measuring quality of life*. 01 mar. 2012. Disponível em: <https://www.who.int/toolkits/whoqol>. Acesso em: 10 mar. 2021.

WHO, Solidarity T. C.; PAN, Hongchao; PETO, Richard; KARIM, Quarraicha A.; ALEJANDRIA, Marisa; RESTREPO, Ana M. R.; GARCÍA, César H.; KIENY, Marie-Paule; MALEKZADEH, Reza; MURTHY, Srinivas; PREZIOSI, M. P.; REDDY, S.; ROSES, M.; SATHIYAMOORTHY, V.; ROTTINGEN, J. A.; SWAMINATHAN, S. Repurposed antiviral drugs for COVID-19; interim WHO SOLIDARITY trial results. *Journal MedRxiv*, [s.l.], v. 384, n. 6, p. 497-511, 2021. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.15.20209817v1>. Acesso em: 20 mar. 2022.

WIERSINGA, Willem J.; RHODES, Andrew; CHENG, Allen C. C.; PEACOCK, Sharon J.; PRESCOTT, Hallie C. Pathophysiology, transmission, diagnosis, and treatment of coronavirus disease 2019 (COVID-19): a review. *Journal Jama*, [s.l.], v. 324, n. 8, p. 782-793, 2020.

Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2768391>. Acesso em: 11 fev. 2021.

WU, C.; CHEN, X.; CAI, Y. Risk factors associated with acute respiratory distress syndrome and death in patients with coronavirus disease 2019 pneumonia in Wuhan, China. *Journal JAMA*, [s.l.], v. 180, n. 7, p. 934-943, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2763184>. Acesso em: 02 mar. 2022.

ZEBALLOS, Roberto S.; cruz, Luciana N. L.; BRILHANTE, Vânia C. R.; LIMA, Adriana V.; MARTINS, Carlliane L. L. P.; LIMA, Karla N. A.; LEÃO, Michele C. G. L.; CRUZ, Belinete L.; DYSARZ, Alessandra B.; LOBATO, Paulo C. B.; ALMEIDA, Erika S.; COSTA, Rute A. P.; ARAÚJO, Klevison C.; ALMEIDA, Augusto C. C.; JUNIOR, Leônidas B. D.; HARADA, Kathia O.; ARAÚJO, Rita H. V. S.; PRESTES, Elaine X.; SOUZA, Ivete M. S.; PEREIRA, Avany M. P.; ROCHA, Antônio B. M. A.; ESTEVÃO, Iracema A.; CARVALHO, Fagnei I. C.; MELO, Paulo M. P. Resolutive results with oral corticosteroids for patients with COVID-19 in pulmonary inflammatory phase. Successful outpatient experience during the collapse of Belém do Pará Health System - Brazil. *Journal MedRxiv*, [s.l.], v. 27, n. 2, p. 3-12, 2021. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.19.20219949v1>. Acesso em: 03 mar. 2022.

ZHU, Na; ZHANG, Dingyu, WANG, Wenling; LI, Xingwang; YANG, Bo; SONG, Jingdong; ZHAO, Xiang; HUANG, Baoying; SHI, Weifeng; LU, Roujian; NIU, Peihua; ZHAN, Faxian; MA, Xuejun; WANG, Dayan; XU, Wenbo; WU, Guizhen; GAO, George F.; TAN, Wenjie. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*, New England, v. 382, n. 8, p.727-733, 2020. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2001017?articleTools=true>. Acesso em: 5 mar. 2021.

ZIMERMAN, Ricardo A.; SOUZA, Bruno C.; COSTA, Rute A. P.; ALVES, Francisco E. C. *As evidências científicas acerca do atendimento integral das pessoas acometidas com a Covid-19: o estado da arte atual, com ênfase no tratamento na fase inicial (replicação viral) da doença*. São Paulo: [s.n.], 2021. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/go/sala-de-imprensa/docs/not%202541-nota%20tecnica.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2021.