



Construção de um plano de ação para inserção da espiritualidade na Atenção Primária à Saúde

Construction of an action plan to insert spirituality in Primary Health Care

Monica de Fátima Freires Silva¹, Gina Andrade Abdala², Josiane Regina Monteiro da Rocha³, Maria Dyrce Dias Meira²

¹ Grupo de Pesquisa Religiosidade e Espiritualidade na Integralidade da Saúde (Grupo REIS) do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP), São Paulo (SP), Brasil.

² Departamento de Mestrado Profissional em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP), São Paulo (SP), Brasil.

³ Clínica particular de Psicopedagogia, Engenheiro Coelho (SP), Brasil.

*Autor correspondente: Monica de Fátima Freires Silva - E-mail: mofreires@gmail.com

RESUMO

Este estudo objetivou descrever o processo de construção de um plano de ação para inserção da assistência espiritual na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um relato de experiência que envolveu profissionais de uma regional da Estratégia Saúde da Família (ESF) do distrito do Capão Redondo, em São Paulo (SP). Utilizaram-se oficinas para promover a reflexão/ação, as quais resultaram no compartilhamento de saberes e no reconhecimento da importância da espiritualidade para a integralidade na atenção à saúde. Na estruturação do plano de ação recorreu-se ao modelo 5W2H (*What, Why, Where, When, Who, How e How much*), contemplando em sua operacionalização três níveis de abrangência: individual, coletivo e institucional. Os participantes reconheceram dificuldades relacionadas às condições gerais do serviço e à formação dos profissionais, mas vislumbraram possibilidades para implementação das propostas. O plano de ação construído, pautado na realidade deles, apresenta perspectivas transformadoras para a promoção da saúde integral.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Educação em saúde. Espiritualidade. Promoção da saúde.

ABSTRACT

This study aimed to describe the process of building an action plan on the insertion of spiritual assistance in Primary Health Care. This is an experience report that involved professionals from a regional Family Health Strategy, in the district of Capão Redondo in São Paulo (SP). Workshops were used to promote reflection/action, which resulted in the sharing of knowledge and recognition of the importance of spirituality for integrality in health care. In structuring the action plan, the 5W2H model (*What, Why, Where, When, Who, How e How much*) was used, contemplating in its operationalization three levels of coverage: individual, collective and institutional. The participants recognized difficulties related to the general conditions of the service and the training of professionals, but they saw possibilities for implementing the proposals. The built action plan, based on the participants' reality, presents transforming perspectives for the promotion of integral health.

Keywords: Health education. Health promotion. Primary health care. Spirituality.

Recebido em Outubro 11, 2020

Aceito em Dezembro 02, 2020

INTRODUÇÃO

A dimensão espiritual é parte da vida humana e contribui para dar significado à existência. A relação entre religiosidade/espiritualidade (R/E) e saúde evidencia a necessidade de repensar sobre as convicções de fé vivenciadas e, frequentemente, expressas pelas pessoas aos profissionais da saúde quando procuram atendimento. Compreender as nuances da R/E que afloram nesse contexto é a base para se criarem condições que viabilizem um debate profícuo no âmbito da formação e da prática dos profissionais dessa área. Nesse processo, a busca da competência técnica se aliaria ao desenvolvimento de habilidades que permitam atender e entender o indivíduo e sua relação transcendental com um ser superior.¹

A associação entre R/E, saúde e um atendimento que valorize a integralidade pode mostrar-se ainda mais promissora com a inserção desse enfoque na Atenção Primária à Saúde (APS) por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. Preconiza-se que as ações propostas nessa direção sejam apoiadas por uma estrutura intersetorial com decisões participativas entre o Estado e a população.²

Em um curso de psicologia, estudantes tiveram a oportunidade de discutir a interface da psicologia com a R/E em uma disciplina eletiva proposta pela instituição de ensino. A experiência ampliou a conscientização e o aprendizado dos alunos a respeito dessa dimensão em sua subjetividade e experiências de estágio e profissão. Ao discutirem sobre o assunto, relataram a sensação de liberdade para expressar a própria fé e a busca por um Ser sagrado sem que se sentissem constrangidos pelo ambiente universitário. Eles sugeriram a continuidade dessa disciplina no curso por entenderem sua relevância na formação do psicólogo, cuja prática é baseada na realidade subjetiva de um ser integral.³

Nas áreas da psicologia, psiquiatria e enfermagem, é possível encontrar cada vez mais investigações sobre o tema da R/E, apontando maior

valorização, incorporação e questionamentos, já que essa dimensão influencia em grande parte a maneira de viver das pessoas e suas relações com a saúde e a doença. Nesses campos, busca-se compreender sua importância nas questões existenciais, cotidianas e em situações de enfermidades graves. Destaca-se, ainda, a possibilidade desse tema ser uma realidade crítica, prática e sistêmica nos ambientes universitários para que os cuidados em saúde se tornem mais humanizados e integrais, promovendo saúde e bem-estar.⁴

A dimensão da espiritualidade na saúde não faz parte dos treinamentos da maioria dos médicos e profissionais da área. O que se encontra é um alto nível de atividade de Religiosidade Organizacional (RO), sem foco na espiritualidade. Entretanto, uma vez envolvidos na RO, esses atores apresentam facilidade para expressar seus sentimentos, sejam otimistas ou não. Outras associações positivas estão relacionadas com a Religiosidade Intrínseca (RI), no sentido dos participantes considerarem relevantes a carreira, a família e os amigos.⁵

No que diz respeito às dimensões de religiosidade, sua classificação está associada a saúde física, mental e suporte social. A definição está ligada a aspectos doutrinários, tradições, práticas e crenças fundamentadas por uma religião, com o propósito de levar o indivíduo a alcançar o Ser Sagrado. Já a espiritualidade se volta para uma busca individualizada por um Ser superior ou sagrado, a fim de dar sentido à vida. Nesse caso, não há, necessariamente, uma associação a uma comunidade religiosa.⁶

A dimensão espiritual, como parte da existência do ser humano, traz uma visão holística para os cuidados com a saúde. A saúde integral é alcançada quando a pessoa e a doença são vistas como um todo. A R/E age como um mediador dos resultados biológico, psicológico e social, amortecendo a reação de estresse fisiológico. O indivíduo é visto como um ser que precisa de esperança e de um propósito que dê sentido à sua vida; trata-se de uma necessidade de estar ligado à transcendência, a si mesmo e aos outros e de se sentir amado e amar. À medida que vivencia os fundamentos básicos dessa necessidade, ativa o processo de enfrentamento e recuperação da saúde.⁷

Tendo em vista a importância da abordagem da R/E na integralidade da atenção à saúde, este artigo objetivou descrever o processo de construção de um plano de ação sobre a inserção da assistência espiritual na Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA

O método utilizado neste estudo foi o descritivo, do tipo relato de experiência. O material empírico foi obtido a partir de vivências ocorridas em duas oficinas, cuja programação – com etapas, duração, conteúdos, atividades, estratégias e materiais utilizados – está descrita nos Quadros 1 e 2. Os encontros aconteceram no mês de junho de 2015, com a participação de quatro enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, dois fisioterapeutas e um psicólogo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado previamente, considerando as recomendações de pesquisas que envolvem seres humanos.

Esses profissionais estavam vinculados a uma regional administrativa da Estratégia Saúde da Família (ESF) do distrito do Capão Redondo, zona sul do município de São Paulo (SP), que abrangia 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Eles haviam participado da primeira fase da pesquisa, na qual este estudo se insere, intitulada “Percepção dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família quanto à assistência espiritual aos usuários”,^{5,8,9} desenvolvida em uma proposta de pesquisa-ação.¹⁰

A primeira oficina (Quadro 1), de caráter reflexivo, trabalhou com foco nas questões relacionadas à “R/E e Integralidade na Atenção à Saúde”. Os objetivos foram: refletir sobre o conceito ampliado de saúde, considerando a dimensão da espiritualidade para a integralidade da atenção; descrever as necessidades espirituais do usuário da ESF percebidas pelos profissionais de saúde; e refletir a respeito do seu potencial como instrumento de intervenção para Integralidade.

Quadro 1. Programação da primeira oficina – R/E e Integralidade na Atenção à Saúde

Etapas	Conteúdos/atividades	Estratégias/materiais
Recepção (10 min)	Identificação e assinatura na lista de presença. Entrega do crachá com identificação de flores. Cartazes com frases do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) fixados na parede.	Lista de presença, pincel quatro cores, caneta, cesta com os crachás com nomes de flores para escolha de acordo com a preferência de cada um. Cartazes com estímulo das ideias extraídas dos DSC. Ao final, recolhimento da folha de identificação e dos crachás para uso nos demais encontros.
Introdução (10 min)	Apresentação da oficina: finalidades, objetivos e explicação das atividades, esclarecendo sobre as entrevistas individuais realizadas na fase anterior da pesquisa com enfermeiros, médicos, profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Leitura e assinatura do TCLE.	Boas-vindas aos participantes e recolhimento do TCLE.
Aquecimento (20 min)	Dinâmica de integração dos participantes.	Dinâmica “amigos de Jó”. Fita adesiva colorida e crepe para marcar o chão.
Desenvolvimento (60 min)	Tema: Integralidade e Espiritualidade na Atenção à Saúde. Momento individual: Cada participante reflete sobre as frases temáticas extraídas do DSC.	Disposição das frases temáticas de acordo com os seguintes temas: <ul style="list-style-type: none">Integralidade e espiritualidade na atenção à saúdePercepção das necessidades espirituais dos usuáriosPotencial da R/E como instrumento de intervenção para Integralidade
	Momento grupal: Divisão em três grupos: <ul style="list-style-type: none">Entrega de filipetas coloridas contendo frases temáticas diferentes, para que cada grupo monte um painel com as próprias reflexões e abordagem do tema.Observação do trabalho de cada grupo na montagem do painel.	Montagem de painéis com DSC em três grupos multidisciplinares. Destacada uma pessoa do grupo para apresentar a produção. Cola, filipetas de papel sulfite, cartolina. Deverão ser recolhidas.
	Plenária: Exposição e discussão das representações de cada grupo.	Exposição dos painéis.
Síntese (15 min)	Síntese: “O processo de construção da integralidade na Atenção à Saúde”.	Exposição dialogada: retomada das apresentações do DSC de cada grupo.
Encerramento (5 min)	Avaliação parcial da oficina. Momento aberto às falas dos participantes.	Manifestações individuais sobre as impressões acerca da sessão.

Fonte: elaborado pelas autoras.

Na segunda oficina (Quadro 2) realizou-se a construção do plano de ação. Foram apresentadas as propostas de intervenções para integrar a dimensão espiritual na assistência aos usuários da ESF (por exemplo, hipertensos). Os objetivos foram: elaborar

diretrizes gerais (subsídios) para nortear intervenções voltadas à assistência espiritual, integrada às ações de promoção da saúde; e estruturar o plano, considerando a dimensão espiritual como objeto de intervenção para promoção da saúde.

Quadro 2. Programação da segunda oficina – construção do plano de ação

Etapas	Conteúdos/atividades	Estratégias/materiais
Recepção (5 min)	Identificação e assinatura na lista de presença. Entrega do crachá com a flor escolhida na sessão anterior. Checagem dos cartazes com frases do DSC fixados na parede.	Lista de presença, pincel quatro cores, caneta, cesta com os crachás com nomes de flores. Cartazes com os estímulos na parede, conforme sessão anterior. Ao final, recolhimento da folha de identificação e dos crachás.
Introdução (5 min)	Informações sobre as atividades do dia.	Boas-vindas aos participantes.
Aquecimento (10 min)	Dinâmica movimentos corporais coordenados.	Material: música Dinâmica “na corda bamba”.
Desenvolvimento (60 min)	Tema: Como integrar a dimensão espiritual para uma atenção integral. Momento individual: Breve introdução da síntese realizada na sessão anterior. Leitura pelos participantes das questões propostas na síntese da sessão anterior que estão penduradas no varal.	Varal para pendurar as questões propostas na síntese da primeira oficina. Apresentação do seguinte DSC: Que sugestões você daria para utilização da R/E como recurso potencializador dos resultados da assistência a ser prestada aos usuários da APS, que seja independente de suas próprias crenças e que, ao mesmo tempo, respeite a opção religiosa deles.
	Momento grupal: Divisão em três grupos, organizados conforme a primeira sessão: <ul style="list-style-type: none"> • Identificação das bases e perspectivas para a construção da assistência espiritual aos usuários da ESF (exemplo: hipertensos). • Listagem das sugestões com base nos DSC. • Construção de propostas de intervenções para integrar a dimensão espiritual na assistência aos usuários da ESF (exemplo: hipertensos) 	Apresentação das pétalas de uma margarida em branco para os participantes escreverem sugestões de estratégias para utilização da R/E na APS (respeitando a opção religiosa de cada um). As sugestões elencadas nas pétalas da margarida devem ser colocadas na estrutura da flor, colada na parede, completando-a.
	Plenária: Exposição e discussão das representações de cada grupo.	À medida que cada grupo se apresenta, fazem-se os comentários pertinentes.
Síntese (30 min)	Intervenções para integrar a dimensão espiritual na assistência aos usuários da ESF considerando as Diretrizes.	Síntese dos trabalhos grupais e propostas de intervenção.
Encerramento (10 min)	Avaliação geral das oficinas.	Participação voluntária.

Fonte: elaborado pelas autoras.

A opção pela modalidade *oficinas* para condução do processo de construção do plano de ação objetivou promover e facilitar a interação entre os pesquisadores e os participantes. Além disso, vislumbrou apreender sinais que poderiam se refletir em mudanças conceituais e comportamentais relacionadas à melhora da saúde dos usuários da APS.¹¹

As duas oficinas tiveram quatro horas de duração, sendo duas horas cada. Foram conduzidas por uma enfermeira e uma psicóloga, que possuem habilidades em trabalhos grupais e que atuaram como facilitadoras, e duas enfermeiras, como observadoras. Para dar consistência e representatividade à construção do plano de ação, recorreu-se à fragmentos de falas oriundas do material discursivo das entrevistas realizadas na primeira fase da pesquisa, já mencionada, da qual participaram enfermeiros, médicos e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).^{5,8,9} Os recortes dos discursos utilizados como temas disparadores do debate nas oficinas tiveram como base a técnica de análise do DSC¹² fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS)¹³. Essa teoria possibilita uma ampla compreensão da exteriorização de crenças e valores com potencial de influenciar comportamentos e atitudes que, de alguma forma, são determinantes da prática cotidiana das pessoas.¹³

A pesquisa obedeceu a todas as normas éticas e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição – Centro Universitário Adventista de São Paulo – sob parecer nº 688.878, em 05/06/2014 e da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, sob o nº 818.071, em 05/11/2014.

RESULTADOS

As oficinas se realizaram no auditório do prédio administrativo da ESF em dois dias consecutivos; a primeira, de caráter reflexivo, e a segunda, para construção do plano de ação. Foram divididas em dois momentos: individual e

grupal. No momento individual da oficina reflexiva, apresentaram-se as representações dos profissionais de saúde sobre a inserção da espiritualidade na assistência ao usuário da APS, oriundas da pesquisa mencionada, na qual a experiência aqui relatada se insere. No momento grupal, os participantes se organizaram em três grupos para trabalhar os temas extraídos do DSC. Na segunda oficina, foi feita uma síntese do material trabalhado no encontro anterior e propôs-se a elaboração do plano.

A primeira oficina constituiu um espaço de produção de conhecimentos, na qual se recorreu a dinâmicas de grupo como método educativo e de interação. Os profissionais de saúde foram estimulados e conduzidos durante esses momentos, de forma que pudessem refletir sobre os temas propostos. Devido a problemas de ordem administrativa, não foi possível contar com a participação de todas as categorias profissionais nos trabalhos nas oficinas; todavia, o conteúdo explorado para se elaborar o plano de ação continha a representação de todos os que se envolveram na fase anterior.

Previamente, foram confeccionados crachás com nomes de flores a fim de que cada um se percebesse em nível de igualdade, sem distinção da categoria profissional. A sala foi preparada com os materiais de apoio e cartazes temáticos fixados na parede, contendo imagens alusivas ao conteúdo dos DSC, com o propósito de estimular ideias e socializar a representação de todos os colegas de trabalho, expressando suas vivências no cotidiano da ESF.

Os participantes foram recepcionados com boas-vindas e entrega dos crachás. Iniciou-se com uma apresentação sobre a pesquisa, a fim de situar o grupo quanto aos passos e às finalidades, seguida de explicações a respeito das atividades que seriam realizadas durante o encontro. A seguir, a psicóloga coordenou a dinâmica de aquecimento, relaxamento e integração, visando promover leveza e, ao mesmo tempo, foco.

Na sequência, adentrou-se à etapa de desenvolvimento da oficina. No momento individual, foi solicitado aos participantes que fizessem a

leitura dos cartazes temáticos fixados na parede, possibilitando inspiração para uma reflexão crítica sobre o conceito ampliado de saúde a partir da dimensão espiritual.

A equipe foi distribuída em três grupos para trabalharem com as frases temáticas extraídas dos DSC. Dentro de uma caixinha, estavam disponibilizadas filipetas em papéis coloridos contendo três temas diferentes: integralidade e espiritualidade na atenção à saúde (verde); percepção das necessidades espirituais dos usuários (azul); e potencial da religiosidade e espiritualidade como instrumento de intervenção para integralidade (rosa). Objetivou-se que cada grupo escolhesse um tema para construir painéis que expressassem o papel da espiritualidade na integralidade da atenção à saúde.

Após a realização da tarefa, os grupos, por meio de um representante, expuseram cada painel e discutiram os conteúdos. Ao final das exposições, houve um momento de consolidação dos trabalhos do dia. A enfermeira facilitadora sintetizou todas as apresentações e incluiu algumas questões para serem pensadas pelos profissionais e trazidas no encontro seguinte. O fechamento ocorreu com um momento de socialização entre participantes e pesquisadores por meio de um *coffee break*.

Para a segunda oficina, foram mantidos no auditório os cartazes temáticos, e incluído um “varal” em que foram expostas questões oriundas da síntese produzida pelos grupos na sessão anterior. O propósito dessa atividade foi estimular os participantes a pensarem na construção do plano de ação focado na assistência espiritual. As perguntas foram: a) Normalmente nas intervenções na APS a dor física é priorizada, mas e a dor espiritual e emocional, quem cuida? Quem percebe?; b) Qual nosso papel como profissionais ao apoiar o paciente nas questões espirituais?; c) Como abordá-los nessas questões?; d) Por que temos medo de atuar nas questões espirituais junto ao paciente?; e) O que está por trás dos nossos pacientes?; e f) Como colocar esperança no coração dos pacientes?

A partir dessas indagações, os grupos iniciaram o esboço do plano de ação. De maneira lúdica, foi

fixada na parede a estrutura de uma margarida (caule, folhas e um espaço para o botão central), dando visibilidade à construção. Nas pétalas, os participantes escreveram as ações do plano, e no botão central, a palavra “fé”, que na visão deles significava a dimensão humana da prática da espiritualidade.

Os grupos, no momento da inserção das pétalas, comentavam seus pontos de vista sobre as ações propostas e as possíveis implicações na vida diária do usuário da APS. Ao montar a imagem da flor na parede, cada um deixou um espaço significativo entre as pétalas e o botão central da flor. O distanciamento entre a prática diária do profissional da saúde e o sentido ampliado de fazer saúde foi percebido pela psicóloga no momento da montagem da flor, e isso foi apontado por ela como reflexão. Ao final das exposições seguiram-se a síntese grupal e o momento de socialização por meio de um *coffee break*.

O plano de ação construído foi posteriormente estruturado pelos pesquisadores e enviado por e-mail para cada participante validar, conforme acordado no final da reunião. Eles tiveram oportunidade de propor eventuais correções ou ajustes, com a devolutiva do conteúdo em uma semana. Após a validação, o documento foi apresentado a componentes do serviço de educação continuada e da administração regional da ESF, que o convalidaram com propósito de desdobramentos posteriores.

ESTRUTURAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

O plano de ação (Quadros 3, 4 e 5) foi construído considerando os níveis de abrangência da assistência no âmbito da ESF – individual (consulta, acolhimento e domiciliar), coletivo (hiperdia, gestante e puericultura) e institucional (profissionais, usuários, gestão e pesquisa científica) – e teve como premissa básica o respeito às crenças, valores e limitações de cada indivíduo. A estratégia que norteou sua construção, para inserir a dimensão da espiritualidade na assistência aos usuários, levou em conta os princípios “doutrinários” do SUS – universalidade, equidade e integralidade.¹⁴

Na estruturação do plano, utilizou-se o modelo 5W2H como metodologia com vistas a descrever as soluções propostas para a intervenção educacional na atenção à saúde, por meio das oficinas. O modelo consiste em uma ferramenta de gestão voltada a implementar ações e determinar o

que será realizado para alcançar o objetivo. Parte-se de um problema que será respondido com sete perguntas principais que correspondem às iniciais das palavras em inglês: *What* (o quê), *Why* (por quê), *Where* (onde), *When* (quando), *Who* (quem), *How* (como) e *How much* (quanto custa).¹⁵

Quadro 3. Plano de ação 5W2H para assistência espiritual na ESF – nível individual

Níveis de abrangência	<i>What</i> O que fazer	<i>Why</i> Por que fazer	<i>Where</i> Onde fazer	<i>Who</i> Quem	<i>When</i> Quando	<i>How</i> Como	<i>How much</i> Quanto custa	
Individual	Na Consulta	Valorizar a dimensão espiritual; escuta ativa	Para estabelecer vínculo e empatia	UBS	Médicos, Profissionais do NASF, Enfermeiros	Sempre	Observação, Cautela, Incentivo, Equilíbrio	Sem custo
	No acolhimento	Valorizar a dimensão espiritual; escuta ativa	Para estabelecer vínculo e empatia	UBS	Médicos, Profissionais do NASF, Enfermeiros	Sempre	Observação, Cautela, Incentivo, Equilíbrio	Sem custo
	Na visita domiciliar	Atentar para aspectos que indiquem necessidade emocional ligada à dimensão espiritual	Percepção das necessidades espirituais	Casa	Médicos, Profissionais do NASF, Enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde e Assistente Domiciliar Individual	Sempre	Observar aspectos indicativos das crenças da pessoa e/ou família (ex.: vestuário, objetos devocionais)	Sem custo

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quadro 4. Plano de ação 5W2H para assistência espiritual na ESF – nível coletivo

Níveis de abrangência	<i>What</i> O que fazer	<i>Why</i> Por que fazer	<i>Where</i> Onde fazer	<i>Who</i> Quem	<i>When</i> Quando	<i>How</i> Como	<i>How much</i> Quanto custa	
Coletivo	Grupo de hipertida	Abordar sobre os “Oito Remédios Naturais” durante as reuniões sistemáticas; Realizar eventos especiais abordando a temática da espiritualidade e saúde	Resgatar a dimensão espiritual na promoção da integralidade da saúde; Verificar possibilidades de diminuir o uso de medicamentos; Promover a qualidade de vida	UBS	Equipe multiprofissional de saúde e voluntários	A decidir	Realizar intervenção comportamental durante oito semanas consecutivas com ênfase no estilo de vida saudável, utilizando um dos “Oito Remédios Naturais” por semana (via Plano Municipal de Educação Permanente - Plamep).	Sem custo direto
	Grupo de gestantes	Abordar a importância da espiritualidade e sua influência no bem-estar da gestante e no desenvolvimento fetal	Promover equilíbrio emocional no desenvolvimento gestacional; Promover a qualidade de vida	UBS	Equipe multiprofissional de saúde	A decidir	Organizar palestras sobre a temática após capacitação; Realizar oficinas sobre saúde e espiritualidade a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) da APS	Sem custo direto
	Grupo de puericultura	Abordar a importância da espiritualidade no desenvolvimento infantil, nos aspectos emocionais, psicossociais e físicos	Promover o equilíbrio emocional, espiritual e a qualidade de vida da criança	UBS	Equipe multiprofissional de saúde	3/3 meses	Organizar palestras sobre a temática; Realizar oficinas sobre saúde e espiritualidade podendo utilizar os “Oito Remédios Naturais” para enfatizar o estilo de vida saudável	Sem custo direto

Fonte: Elaborado pelas autoras

Quadro 5. Plano de Ação 5W2H para assistência espiritual na ESF – nível institucional

Níveis de abrangência	<i>What</i> O que fazer	<i>Why</i> Por que fazer	<i>Where</i> Onde fazer	<i>Who</i> Quem	<i>When</i> Quando	<i>How</i> Como	<i>How much</i> Quanto custa	
Institucional	Profissionais	Promover capacitação	Criar condições para que os profissionais tenham uma visão holística do ser humano	A definir	Gestor	1 x por semestre	Capacitar os profissionais por meio de palestras, seminários e EAD; Organizar eventos ou apoiar participação dos profissionais em eventos externos	A depender do evento
	Usuários	Valorizar a dimensão espiritual	Detectar necessidades espirituais	UBS	Gestor	A decidir	Detectar a dimensão espiritual no histórico de saúde	Sem custo
	Gestão	Criar indicadores para a assistência espiritual.	Sistematizar a assistência visando à integralidade	UBS	Administração geral e Gestores	A decidir	Incluir a dimensão espiritual nas metas institucionais e programas de qualidade Integrar ao plano assistencial; Realizar pesquisas de opinião.	Sem custo
	Pesquisa científica	Incentivar o desenvolvimento de estudos sobre espiritualidade e saúde, instituindo um grupo de pesquisas com essa temática	Subsidiar as ações com evidências científicas	Em todas as instâncias	Fórum de pesquisa	Sempre	Incluir nas pautas das reuniões de Fórum de Pesquisas; Propor parceria com grupos de pesquisa já consolidados na temática.	A depender da pesquisa

Fonte: elaborado pelas autoras.

DISCUSSÃO

Por ser um espaço para a construção de atividades coletivas de forma democrática e participativa e, ao mesmo tempo, de acolhimento grupal, a oficina favorece a mobilização de discursos, pensamentos e emoções. Além disso, promove a reflexão e a crítica sobre experiências e amplia o conhecimento acerca da realidade vivenciada. Oferece subsídios para transmissão do conhecimento no processo de reprodução social e para ressignificação, atualização e produção de novos saberes pela mediação das ideias já construídas. Nesse processo, o sujeito capta, transforma e devolve ao grupo o conhecimento com amplitude da realidade.^{16,17}

No contexto das oficinas, pôde-se perceber uma situação que demonstra a premissa transformadora do processo reflexivo. Na montagem da margarida, em que os profissionais posicionaram as pétalas distantes do botão central, a psicóloga facilitadora fez uma intervenção que provocou uma reflexão quanto a essa ação inconsciente, possibilitando uma mudança de paradigma. Nesse sentido, o serviço de psicologia tem papel importante nos movimentos de desconstrução de posturas e práticas profissionais e técnicas consolidadas; ao mesmo tempo, agrega ao referencial humano transformações subjetivas a partir das experiências coletivas. Esse mecanismo tem o potencial de agir como uma reforma interna bem estruturada, inclusiva e comunitária, visando a um bem maior.¹⁸

Em uma perspectiva dialética, entende-se que a transformação só é possível mediante diálogo, interação, troca de ideias, discussões contraditórias ou não, apropriação e reflexão da realidade vivenciada, conexões e encontros, construindo significados e conhecimentos. Tais aspectos têm sua gênese nos grupos e podem ser explorados de modo a levá-los a uma configuração que instrumentalize seus integrantes para a aprendizagem e a transformação.¹⁹

O trabalho em grupo revela meios e facilidades para intervenções, pois é um método consolidado que, aliado a estratégias, técnicas e instrumentos, estimula e constrói resultados. Os recursos utilizados podem levar a transformações pessoais e coletivas que influenciam a realidade, os processos e o ambiente da saúde, promovendo mudanças.¹¹ Nessa direção, destaca-se que o grupo possui potencial de proporcionar socialização, construção de vínculos, suporte e apoio, auxiliando na adaptação comportamental. Somado a isso, promove sentimentos de pertencimento quando os aspectos subjetivos (saberes, necessidades afetivas, sociais, saúde, autonomia e bem-estar) são reconhecidos.¹⁹

Ao propor os princípios “doutrinários” do SUS – universalidade, equidade e integralidade – como base para a construção do plano de ação, visouse a resgatar na APS sua aplicação no que diz respeito à importância de se inserir a dimensão espiritual na assistência aos usuários. Tal aplicação se justifica uma vez que a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece o papel da espiritualidade integrada às dimensões biopsicossociais.²⁰

No plano de ação referente aos atendimentos individuais (Quadro 3) e que abrangeu o acolhimento e a consulta, fica evidente a importância dos profissionais da saúde valorizarem a dimensão espiritual do paciente. Isso se expressa em suas condutas práticas, destacando-se a manutenção de uma escuta ativa, para o estabelecimento de vínculo e empatia, por meio da observação, cautela, incentivo e equilíbrio. Além disso, no plano da visita domiciliar, a atenção à aspectos que apontem necessidades emocionais ligadas à dimensão espiritual, observando

indicativos das crenças da pessoa e da família, tais como objetos devocionais, vestuário, entre outros.

Um estudo recente evidenciou a atuação da espiritualidade nos casos de situações adversas com restrições domiciliares – casos de experiências traumáticas, limitações físicas para locomoção, com indícios de depressão. Os entrevistados apresentaram um grau moderado de resiliência relacionada à espiritualidade e manifestaram o desejo de que essa abordagem fosse incluída durante as consultas médicas. Relataram, ainda, o valor da fé e das crenças religiosas para o restabelecimento da saúde. Nesse contexto, a espiritualidade promove esperança, resiliência, aproximações da rede de contato, reflexões sobre vulnerabilidade e fragilidade ante o desconhecido e, sobretudo, objetiva o bem-estar dos envolvidos no tratamento.²¹

O profissional da área da saúde está em constante interação com o paciente, vivendo imerso em práticas nas quais a doença é o foco central do atendimento. Torna-se, então, necessário ultrapassar as barreiras da atenção pontual e assistencialista à saúde, reconhecendo o indivíduo como ser holístico que integra as múltiplas dimensões que compõem o conceito ampliado de saúde. Nesse sentido, realizar uma prece em um momento de sofrimento do paciente pode se tornar uma ferramenta importante para integrar a espiritualidade na assistência à saúde.²²

No que se refere ao plano coletivo (Quadro 4), os profissionais sugeriram que nas ações grupais do hiperdia, de gestantes e da puericultura fossem utilizadas estratégias educativas sobre a adoção de hábitos saudáveis relacionados aos “Oito Remédios Naturais”. São eles: nutrição, exercício físico, água, luz solar, temperança, ar puro, repouso/sono e confiança em Deus.²³ Recomendaram, ainda, que durante as reuniões sistemáticas desses grupos fossem realizados eventos especiais a respeito dessas temáticas, via Plano Municipal de Educação Permanente (Plamep)²⁴, que se baseia nas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.²⁵ A aplicação dessa política amplia as possibilidades de interação ensino e serviço e se apoia na premissa de reconhecimento

das necessidades de saúde de cada local no que tange à capacitação dos profissionais para um agir resolutivo.²⁶

Os profissionais indicaram, também, que no grupo de gestantes se destacasse a influência da espiritualidade da mãe no desenvolvimento fetal, preconizado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).^{27,28} Para o grupo da puericultura, o foco deveria ser a importância da espiritualidade no desenvolvimento infantil, considerando os aspectos emocional, psicossocial e físico.

No nível institucional (Quadro 5) foram incluídas ações voltadas aos profissionais, usuários, gestão e pesquisa, tendo como propósito criar condições para o desenvolvimento de uma visão holística do paciente e suas necessidades. Propuseram promover a capacitação de profissionais, por meio de palestras, seminários a distância e organização de eventos. Para os gestores, consideraram importante estabelecer indicadores para avaliar a aplicação da assistência espiritual nas metas institucionais e programas de qualidade. Aos usuários, a proposta foi detectar as necessidades espirituais no histórico de saúde do registro das manifestações verbais e não verbais. No âmbito da pesquisa, sugeriram subsidiar as ações com evidências científicas, por meio de um fórum de pesquisas ou de parcerias com grupos já consolidados que trabalham a temática.

Estudos sobre a espiritualidade na saúde estão cada vez mais presentes no cenário internacional das pesquisas acadêmicas. Eles apontam a influência dessa dimensão no tratamento de indivíduos e têm alcançado reconhecimento na área da saúde. No Brasil, as investigações sobre espiritualidade e saúde são cada vez mais frequentes.²⁹

A abordagem da espiritualidade na saúde pode ser entendida como um resgate da autenticidade e horizontalidade das relações, promovendo reflexões e tornando possível um espaço para ressignificar o pensamento e as práticas profissionais na APS.¹⁸ Para que haja integralidade na saúde, faz-se necessário que o profissional reconheça o papel da espiritualidade no cuidado. Nesse sentido, preconiza-se a adoção

de uma postura que integre a atenção espiritual ao processo de cuidar para que se multipliquem, no ambiente de trabalho, condutas que agreguem valor à saúde integral da comunidade.²⁹

Além disso, a consideração da dimensão espiritual possibilita aos profissionais da saúde se despojarem de pretensões de superioridade e ideias preconcebidas em relação aos pares e usuários de seus serviços, com base em títulos acadêmicos. É necessário separar um tempo para exercitar uma visão holística de si mesmos, reconhecendo sua própria condição de ser humano, a fim de cuidar integralmente de outros seres humanos. A OMS aborda em seus manuais de cuidados paliativos que o profissional deve interagir com os pacientes e familiares a fim de satisfazer suas necessidades físicas, psíquicas e espirituais ao longo do processo assistencial.²⁰

No percurso reflexivo aqui relatado, os participantes consideraram que as oficinas de trabalho constituíram um espaço de debate importante sobre a temática. Ilustrativo disso são alguns fragmentos de suas falas: “*Agora a gente pode ter uma percepção maior*”; “*Parei, percebi que já tenho atuado dessa maneira, mas estava imperceptível*”; “*Já trabalhamos assim, só que nem sempre temos abertura*”; e “*A partir do momento em que se trabalha o espiritual, deve-se ter cuidado ao abordar para não ter outra interpretação*”.

O trabalho colaborativo por meio das dinâmicas de grupo é um método educativo que visa ao treino de capacidades humanas importantes. Pode mobilizar reflexões com vistas a ampliar os horizontes de pensamento, oportunizar exposição de conteúdo, promover abertura a novas discussões, exigir tomadas de decisão grupal e possibilitar o desenvolvimento de novos comportamentos.³⁰

Aponta-se como limitação deste estudo o número reduzido de profissionais de saúde da ESF liberados para participar das oficinas. Embora os recortes dos discursos, utilizados para reflexão/ação, contivessem a representação de todos os que tomaram parte na fase anterior, preconiza-se que a interação de um número maior de pessoas poderia promover um comprometimento mais efetivo na fase de estruturação do plano de ação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O plano de ação foi construído, utilizando-se as oficinas como estratégia para discutir a inserção da dimensão espiritual na APS, e resultou, ao mesmo tempo, em um processo reflexivo que, no cotidiano profissional, foi percebido distanciado do sentido ampliado de fazer saúde. Os participantes se engajaram mediante as discussões e o envolvimento interpessoal, se apropriando da temática. Além disso, visualizaram possibilidades de integrar as propostas contidas no plano de ação à assistência na regional da ESF.

Vale salientar que todo o dinamismo nos trabalhos demonstrou o compartilhamento de saberes, o que permitiu abranger, em sua operacionalização, os níveis da assistência individual, coletiva e institucional. Ficou evidenciada a importância da dimensão da espiritualidade para promover a integralidade na saúde. Ressalta-se, ainda, que foram reconhecidas as dificuldades e limites para se aplicar o plano de ação no contexto atual da ESF; entretanto, percebeu-se a necessidade de buscar condições para implementá-lo por vislumbrar suas contribuições à prática assistencial.

O plano, construído com base em um processo reflexivo pautado na realidade, contém as opiniões e sugestões da maioria dos profissionais de saúde da regional da ESF, representados pelo grupo de trabalho. Aponta-se que um espaço para se refletir sobre a espiritualidade e o seu papel no ambiente da saúde faz aflorar nessas pessoas a importância de trabalharem a própria espiritualidade a fim de lidar melhor com as necessidades humanas visando à promoção da saúde integral.

REFERÊNCIAS

1. Monteiro LVB, Rocha JR. A dimensão espiritual na compreensão do processo saúde-doença em psicologia da saúde. *Ciênc Biol Saúde Unit* [Internet]. 2017. [citado em 18 mai. 2020]; 4(2):15-30. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitbiossaude/article/view/2094/2601>
2. Honorato LGF, Santos TSR, Abdala GA, Zukowsky-Tavares C, Meira MDD. Integralidade nas políticas públicas de saúde: desafios para a prática assistencial. *LifeStyle J.* 2019;6(1):7-15. doi: <http://dx.doi.org/10.19141/2237-3756>
3. Cunha VF, Scorsolini-Comin F. A religiosidade/espiritualidade (R/E) como componente curricular na graduação em Psicologia: relato de experiência. *Psic Rev.* 2019;28(1):193-214. doi: <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2019v28i1p193-214>
4. Scorsolini-Comin F. A Religiosidade/Espiritualidade no campo da saúde. *Rev Ciênc Saúde* [Internet]. 2018 [citado em 15 mai. 2020];8(2):1-2. Disponível em: http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/rcsfmit_zero/article/view/752
5. Sens GR, Abdala GA, Meira MDD, Bueno S, Koenig HG. Religiosity and Physician Lifestyle from a Family Health Strategy. *J Relig Health.* 2019;58(2):628-38. doi: <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0619-x>
6. Koenig HG. Religion, Spirituality and Health: A Review and Update. *Adv Mind Body Med* [Internet]. 2015 [cited in 25 mai. 2020];29(3):19-26. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26026153>
7. Hefti R, Esperandio MRG. O modelo interdisciplinar de cuidado espiritual – uma abordagem holística de cuidado ao paciente. *Horizonte* [Internet]. 2016 [citado em 25 mai. 2020];14(41):13-47. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/viewFile/P.2175-5841.2016v14n41p13/9373>
8. Wruck J. Representação dos profissionais de saúde de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família quanto à assistência espiritual para integralidade da Atenção à Saúde [dissertação]. São Paulo: Centro Universitário Adventista de São Paulo; 2016. 89p.

9. Colimoide FP, Meira MDD, Abdala GA, Oliveira SLSS. Integrality from the perspective of nurses in the Family Health Strategy. *Revbioét (Impr.)* [Internet]. 2017 [cited in 30 mai. 2020];25(3):611-7. Available in: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v25n3/1983-8042-bioet-25-03-0611.pdf>
10. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação (18th ed.). São Paulo: Cortez; 2011.
11. Nunes FC, Farinha MG, Valentin F, Barbosa MA, Rua MS. Dinâmica de grupo e pesquisa-ação em saúde: possibilidades de aplicação. *Millenium*. 2020;2(11):65-71. doi: <https://doi.org/10.29352/mill0211.07.00273>
12. Lefèvre F. Discurso do Sujeito Coletivo: nossos modos de pensar, nosso eu coletivo. São Paulo: Andreoli; 2017.
13. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 11^a ed. Petrópolis: Vozes; 2015.
14. Ministério da Saúde (BR). Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. [online]. 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>
15. Vaz JA. Perspectiva de um novo layout: implementação de eficiência e produtividade. *GETEC* [Internet]. 2020 [citado em 01 jun. 2020];9(23):24-43. Disponível em: <http://www.fucamp.edu.br/editora/index.php/getec/article/view/2110>
16. Vergílio MSTG, Toledo VP, Silva EM. Workshops as a democratic proposal in order to change the supervision work in nursing. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(4):2169-74. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0286>
17. Soares CB, Godoy-Vieira A, Dias VFG, Lachtim SAF, Cordeiro L, Campo CMS. Oficinas emancipatórias como instrumento de formação em saúde coletiva para o cuidado à família. *Atas-Investigação Qualitativa em Saúde*. 2019;2:435-43. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2046>
18. Oliveira TS. Saúde mental e práticas inclusivas: a clínica ampliada como ferramenta de inclusão da comunidade surda. Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial. II Encontro de Pesquisadores de língua de sinais do Recôncavo da Bahia *In: ANAIS II EPLIS UFRB*. 2019;(2):1-13. Disponível em: <https://www3.ufrb.edu.br/eventos/ieplis/wp-content/uploads/sites/38/2020/03/8-SA%C3%9ADE-MENTAL.pdf>
19. Fernandes ETP, Souza MNL, Rodrigues SM. Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário. *Physis* (Rio J., Online). 2019;29(1): e290115. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290115>
20. World Health Organization. Cancer Control Knowledge into Action – WHO Guide for Effective Programmes Palliative Care. 2007. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>
21. Zandavalli RB, Silveira JBS, Bueno RM, Santos DT, Castro ED Filho, Mosqueiro BP. Espiritualidade e resiliência na atenção domiciliar. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2020;15(42): 2213. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmf15\(42\)2213](https://doi.org/10.5712/rbmf15(42)2213)
22. Hamilton JB, Kweon L, Brock LB, Moore AD. The use of prayer during life-threatening illness: a connectedness to God, inner-self, and others. *J Relig Health*. 2020;59(4):1687-701. doi: <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00809-7>
23. Sanchez A, Chung SC, Mejia A, Ramirez FE, Shavlik GW, Bivens RL, Brown-Fraser S, Gallant RD. Multiple lifestyle interventions reverses hypertension. *Cogent Medicine*. 2019;(6):1, 1636534. doi: <https://doi.org/10.1080/2331205X.2019.1636534>
24. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Assistência Social – SMADS. Plano Municipal de Educação Permanente. São Paulo: Secretaria Municipal de Assistência Social; 2015. 85 p. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/comas/arquivos/Plano_Municipal_de_Educacao_Permanente.pdf

25. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 21 ago. 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html
26. Moreira KS, Lima CA, Vieira MA, Costa SM. Educação permanente e qualificação profissional para Atenção Básica. *Rev Saúde Pesq.* 2017;10(1):101-9. doi: <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2017v10n1p101-109>
27. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 - 2016). Brasília, DF: MS; 2017. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf
28. Almeida TMC, Santos RMM, Sampaio DMN, Vilela ABA. Planejamento e desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde na perspectiva do PMAQ-AB. *Saúde debate* [Internet]. 2019;43(spe1):77-85. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s106>
29. Jordán APW, Barbosa LNF. Espiritualidade e formação nos programas de residência em saúde de uma cidade no nordeste brasileiro. *Rev Bras Educ Méd.* 2019;43(3):82-90. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3rb20180221>
30. Beleza CMF, Soares SM. A concepção de envelhecimento com base na teoria de campo de Kurt Lewin e a dinâmica de grupos. *Ciênc Saúde Colet.* 2019;24(8):3141-6. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30192017>