



Cuidado a pessoas em vulnerabilidade social

Care for people in social vulnerability

Cuidado a personas en situación de vulnerabilidad social

Daine Ferreira Brazil do Nascimento¹, Jeane Freitas de Oliveira¹, Nadirlene Pereira Gomes¹,
Marília Emanuela Ferreira de Jesus¹, Mayana Souza Conceição¹

RESUMO

Objetivo: discutir práticas de cuidado a pessoas em vulnerabilidade social em unidades de acolhimento gerenciadas por agência filantrópica vinculada a uma organização religiosa. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, desenvolvida em três unidades de acolhimento vinculadas a uma instituição religiosa em uma cidade do estado da Bahia. Os dados são oriundos da observação participante, realizada entre março a setembro de 2023, mediante roteiro com foco nas práticas de cuidado desenvolvidas pelas equipes. **Resultados:** Identificou-se que as práticas de cuidado a pessoas em situação de vulnerabilidade social são efetivadas de forma rotineira pelas equipes, com parcerias externas e ações voltadas ao atendimento das necessidades nutricionais, educativas e espirituais; estão apoiadas em princípios religiosos do cuidado pelo outro, preservação da vida, princípio ético e moral da benevolência e dom de profecia; e ressaltam a preservação do corpo, mente e espírito. **Conclusão:** o estudo sinaliza a importância da iniciativa das organizações religiosas para a promoção da saúde e bem-estar, despertando para as subjetividades que permeiam o atravessamento de preceitos doutrinários da religião aos quais a instituição se vincula, favorecendo a construção e transformação de práticas e representações sociais sobre o grupo e sobre os cuidados ofertados.

Palavras-chave: Vulnerabilidade Social, Desigualdades em Saúde, Cuidado, Organizações religiosas.

ABSTRACT

Objective: To discuss caregiving practices for socially vulnerable individuals in shelter units managed by a philanthropic agency linked to a religious organization. **Methods:** Qualitative research, based on the Theory of Social Representations, developed in three shelter units linked to a religious institution in a city in the state of Bahia. Data were collected through participant observation from March to September 2023, focusing on caregiving practices developed by the teams. **Results:** It was found that caregiving practices for socially vulnerable individuals are routinely carried out by the teams, involving external partnerships and actions aimed at addressing nutritional, educational, and spiritual needs. These practices are supported by religious principles of care for others, preservation of life, ethical and moral principles of benevolence and prophetic gift, emphasizing the preservation of body, mind, and spirit. **Conclusion:** The study highlights the importance of initiatives by religious organizations in promoting health and well-being, highlighting the subjectivities that intersect with the doctrinal precepts of the religion to which the institution is linked. This fosters the construction and transformation of social practices and representations regarding the group and the care provided.

Key words: Social Vulnerability, Health Status Disparities, Care, Faith-Based Organizations.

¹ Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador-Bahia.

RESUMEN

Objetivo: discutir práticas de cuidado a personas en vulnerabilidad social en unidades de acogida gestionadas por una agencia filantrópica vinculada a una organización religiosa. **Métodos:** Investigación cualitativa, fundamentada en la Teoría de las Representaciones Sociales, desarrollada en tres unidades de acogida vinculadas a una institución religiosa en una ciudad del estado de Bahía. Los datos provienen de la observación participante, realizada entre marzo y septiembre de 2023, mediante un guion con enfoque en las prácticas de cuidado desarrolladas por los equipos. **Resultados:** Se identificó que las prácticas de cuidado a personas en situación de vulnerabilidad social son efectivadas de forma rutinaria por los equipos, con asociaciones externas y acciones orientadas a atender las necesidades nutricionales, educativas y espirituales; están apoyadas en principios religiosos del cuidado por el otro, preservación de la vida, principio ético y moral de la benevolencia y don de profecía; y resaltan la preservación del cuerpo, mente y espíritu. **Conclusión:** El estudio señala la importancia de la iniciativa de las organizaciones religiosas para la promoción de la salud y el bienestar, despertando para las subjetividades que permean el cruce de preceptos doctrinales de la religión a los cuales la institución se vincula, favoreciendo la construcción y transformación de prácticas y representaciones sociales sobre el grupo y sobre los cuidados ofrecidos.

Palabras clave: Vulnerabilidad Social, Desigualdades en Salud, Cuidado, Organizaciones Religiosas.

INTRODUÇÃO

O cuidado faz parte da existência humana. É uma prática cotidiana, resultante de experiências vividas e/ou compartilhadas, com suas singularidades, modo de viver, valores, cultura, costumes e tradições. Nessa perspectiva, há uma diversidade de formas de cuidar e inúmeros fatores que influenciam as práticas de cuidados nos mais distintos contextos. Para além dos regimentos normativos de indicadores de boas práticas, o cuidado institucionalizado se estabelece e se constitui diariamente de diferentes formas, em distintos contextos, num fazer prático atrelado às dificuldades e desafios, com novos sentidos, ressignificando o fazer humano, se esquivando das concepções biomédicas. Assim, se constitui um objeto de representações sociais, com práticas diversificadas, direcionadas para pessoas ou grupos, em um mesmo contexto ou em contextos distintos (PRATES JG, et al., 2018; BUSTAMANTE V e MCCALLUM C, 2014; JÚNIOR ARS, TAVARES GS, 2022)

As práticas de cuidados são realizadas visando a manutenção da vida, a promoção da saúde, a prevenção de agravos e redução de danos. Vale ressaltar que a compulsão para cuidar é imediatamente acionada quando o outro encontra-se em situação de vulnerabilidade, assim a vulnerabilidade e o cuidar estão diretamente associados. Ao mesmo tempo, o cuidado e a vulnerabilidade são inerentes ao ser humano. Do mesmo jeito que as formas de cuidar são diversificadas, as situações de vulnerabilidade também são diversas e influenciadas por vários fatores (WALDOW VR e BORGES RF, 2008).

Embora todo ser humano seja vulnerável, jovens e idosos, mulheres, populações minorizadas racialmente, com limitado suporte social, pouco ou nenhum acesso à educação, baixa renda e desempregados são caracterizados como socialmente vulneráveis. Essas pessoas apresentam necessidades de proteção social, direitos básicos violados, marcados por desigualdades sociais, pobreza e múltiplos fatores que comprometem sua dignidade humana (LISBÔA LC, et al., 2020; HAEFFNER LSB, et al., 2023). Nesse sentido, ações de cuidados pessoais, sociais e políticos são acionadas e direcionadas para essas pessoas ou grupos.

Medidas assistencialistas e de proteção social são adotadas pelo governo Brasileiro visando reduzir a pobreza e iniquidades sociais. Todavia, o aumento das demandas assistenciais decorrentes de incidência de problemas de saúde físico e mental; as fragilidades e lacunas observadas nas políticas públicas existentes para o atendimento das medidas assistencialistas e o cenário de insegurança financeira, exposição a violência de pessoas que estão em abrigamentos, conduzem ao crescimento de instituições filantrópicas que, em alguns casos, sofrem atravessamento de aspectos religiosos (ALMEIDA ALM e CUNHA MB, 2021; ANDERMANN A, et al., 2022; BARCELOS KR et al., 2021).

Considerando que, no Brasil, profissionais assistencialistas são majoritariamente cristãos, a religião e a prática profissional estabelecem elos que podem conduzir a ações que podem ser baseadas mais fortemente no bom senso do profissional e no senso comum, podendo conduzir à medidas que não atendam de maneira eficaz as necessidades desses grupos. Apesar das pessoas alojadas em abrigos apresentarem necessidades de saúde, paradoxalmente dificilmente conseguem ter acesso a assistência e terem suas demandas atendidas, conduzindo ao cenário crescentes dessas instituições (SIMÕES P, 2024; QUINTAS ACMO e TAVARES PSPB, 2020; ANDERMANN A, et al., 2022.)

Para a instituição religiosa deste estudo, a saúde e o cuidado em saúde estão ancorados em princípios defendidos pelo movimento da Reforma da Saúde nos Estados Unidos, em 1830, com o ideal de “vida saudável”. Esses princípios estabelecem abstinência de tabaco e álcool, prática de atividade física, uso terapêutico da água, consumo de alimentos integrais, naturais e vegetarianos, visando purificação moral e corporal, considerando a saúde em todos os aspectos da vida e união harmônica entre corpo, emoções, espiritualidade e relações sociais (BELLOTTI KK, 2021).

Dentre seus princípios, destacam-se àqueles que visam a promoção e manutenção da saúde: 1) ético e moral da benevolência – que implica em fazer o bem e evitar o mal; 2) do cuidado pelo outro – imputa a responsabilidade de aliviar a dor e o sofrimento, com abandono do julgamento moral e/ou crítica às pessoas e/ou grupos vulnerabilizados; 3) preservação da vida – o qual considera que os seres humanos devem tratar a vida como propriedade divina; 4) dom de profecia - estabelece que muito da crença do grupo religioso sobre saúde e cuidado vem dos escritos bíblicos, em articulação com orientações defendidas por Ellen G. White (BELLOTTI KK, 2021; LAND G, 2005). Nessa perspectiva, as unidades de acolhimento gerenciadas pela instituição filantrópica, podem desenvolver uma diversidade de cuidados permeados por princípios religiosos que coadunam com a promoção da saúde, prevenção e redução dos riscos e danos, aspectos basilares para promoção do bem-estar e equilíbrio das necessidades básicas humanas (HORTA WA, 1979).

As necessidades humanas básicas (NHB), uma importante teoria para a Enfermagem, se caracterizam em psico-biológicas, psicossociais e psicoespirituais. Em sua integralidade, o atendimento a essas necessidades, estabelece inter-relação, principalmente no tocante a garantia de direitos humanos visando a manutenção do equilíbrio e, conseqüentemente a ausência dessas necessidades (HORTA WA, 1979; MORITZ AC, et al., 2023)

Entretanto, no sistema capitalista, críticas são tecidas quanto aos mecanismos de manutenção dos equilíbrios psico-biológicos, psicossociais e psicoespirituais, uma vez que as questões vulnerabilizantes são produzidas pelos próprios processos de empobrecimento contínuo, com manutenção do status quo da cultura do consumismo exacerbado e, conseqüente produção da pobreza e desigualdades (ACOSTA JEV, 2022). Em especial, quando se aborda a necessidade da psicoespiritualidade, articulada ao cuidado, chama atenção para os aspectos espirituais enfatizando-os como igualmente importantes na qualidade de vida, tendo enfoque nas circunstâncias através da prevenção de doenças, promoção da saúde e educação em saúde (MORITZ AC, et al., 2023; RENGHEA A, et al., 2022)

Desse modo, surge o questionamento: como as práticas de cuidado a pessoas em vulnerabilidade social são manifestadas em unidades de acolhimento? Este artigo tem como objetivo discutir práticas de cuidado a pessoas em vulnerabilidade social em unidades de acolhimento gerenciadas por agência filantrópica vinculada a uma organização religiosa.

MÉTODOS

Trata-se de recorte de uma pesquisa qualitativa, descritiva, fundamentada na teoria das representações sociais, tendo como objeto o cuidado a pessoas em vulnerabilidade social. Esse trabalho privilegia registros do diário de campo, oriundos da observação participante realizada em três unidades de acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade social, gerenciadas por uma agência filantrópica, vinculada a uma organização religiosa.

A agência possui natureza humanitária, privada, sem fins lucrativos, certificada pela organização da Sociedade Civil de Interesse Público, assume, social e fisicamente, o compromisso de assistir pessoas em situação de vulnerabilidade social em mais de 130 países. No Brasil, mantém unidades de acolhimentos em 15 estados (ADRA, 2023).

O foco da agência é direcionado para pessoas em situação de vulnerabilidade social, caracterizadas como pessoas que vivem em situação de pobreza, sem condições de manter suas necessidades básicas, buscando melhorar as condições de vida. Suas áreas de atuação se concentram na oferta de água, saneamento e higiene, saúde comunitária, cuidado a crianças em situação de vulnerabilidade, resposta e gestão de emergências, nutrição e redução da fome, geração de emprego e renda, promoção da justiça social e garantia de direitos, igualdade entre sexos e valorização da mulher (ADRA, 2023).

As unidades, localizadas na cidade onde o estudo foi realizado, têm capacidade para até 50 pessoas cada e são subvencionadas pelo poder público municipal, responsável pelo encaminhamento das pessoas às unidades. São acolhidas pessoas de todas as identidades de gênero, raça/cor, com idade acima de 18 anos, as quais são distribuídas distintamente entre as unidades. A Unidade I atende exclusivamente homens cisgêneros; Unidade II - homens e mulheres cisgêneros e transgêneros; Unidade III é destinada às famílias de pessoas cis e transgeneras.

Em cada unidade, a equipe de colaboradores era composta por psicóloga, assistente social, educadores sociais, oficineira, coordenadora, auxiliares de cozinha, técnico de manutenção e auxiliar de limpeza. Com frequência, havia a presença de estudantes e profissionais de instituições de saúde e educação da rede pública e privada.

A observação participante, realizada pela doutoranda responsável pela pesquisa, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia, ocorreu no período de março a setembro de 2023, em dias e turnos diferentes para cada unidade, com duração mínima de 06 horas diária. A observação seguiu roteiro previamente elaborado privilegiando as práticas de cuidados ofertadas para as pessoas acolhidas, individual ou coletivamente, independente da frequência, de quem praticava e da reação dos acolhidos.

A inserção da pesquisadora nos cenários ocorreu com o desenvolvimento de atividades semanais, com rodas de conversa, oficinas temáticas, atividades recreativas com jogos de xadrez, dama e baralho, atravessados por temas relacionados à promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. O vínculo da doutoranda era voluntário e se deu após contato com a coordenadora da agência.

Na organização dos dados, inicialmente, após leituras e releituras dos registros de diário de campo, as práticas de cada unidade foram ordenadas por similaridade e/ou especificidade dos cuidados. Para este artigo foram selecionadas três modalidades de cuidados: nutricionais, educativos e espirituais.

O projeto de pesquisa que originou esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob parecer nº 6.299.763 e CAAE 65034522.6.0000.5531.

RESULTADOS

Os cuidados nutricionais, educativos e espirituais (Quadros 1, 2, 3) ocorriam diariamente nas unidades, com horários e programações previamente estabelecidas pela equipe de cuidadores, em consonância com normas institucionais. Eram realizadas em áreas internas e externas de ampla circulação e em espaços de outras instituições, como escolas públicas, buscando contemplar o maior número de pessoas possível e incentivar a integração social entre as pessoas acolhidas. De modo geral, os acolhidos aderiam às atividades ofertadas e tinham liberdade para optar ou não pela participação, não havendo punição para não participação.

Quadro 1 – Práticas de cuidados nutricionais para pessoas em vulnerabilidade social.

PRÁTICAS DE CUIDADO	OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS PROPOSTAS
Oferta de alimentos, preferencialmente in-natura, preparados diária e manualmente pela equipe de cuidadores.	De forma geral, não havia objeções quanto a qualidade dos alimentos e a forma de preparo.
<p>Eram servidas três refeições ao dia, previamente planejadas por estudantes de nutrição de universidade vinculada a instituição religiosa sob supervisão de docentes e da equipe. O cardápio variava ao longo dos meses, de acordo com a disponibilidade de alimentos adquiridos e recebidos. As refeições se concentravam em:</p> <p>7:30 - Café da manhã – pão com margarina e café com leite</p> <p>12:00 - Almoço – proteína animal (peixe tipo sardinha ou carne bovina), soja, feijão, pirão, arroz ou macarrão, salada crua ou de legumes e suco.</p> <p>17:40 - Janta – variação entre sopas, arroz doce, cuscuz ou repetição do almoço servido no dia.</p>	Reclamações raras quanto: imposição dos horários para refeição – “comer sem fome”; outros questionavam o número de refeições servidas que era menor do que ofertado em unidades não vinculadas a instituição religiosa.
Restrições de proteína animal – um dia da semana não havia oferta de proteína animal de nenhum tipo. Em nenhum dia, por questões religiosas, era ofertada carne de porco e derivados.	<p>Alguns acolhidos reprovavam o tipo de peixe servido - sardinha. Nos dias servidos, em raros momentos, foi observado o peixe ser desprezado no lixo ou deixado no prato.</p> <p>A oferta da proteína vegetal soja, em um dia na semana, também era motivo de reprovação esporádica por alguns dos acolhidos.</p>
Integrantes da equipe fazia contatos diretos com comerciantes e empresários locais e/ou com pessoas físicas para adquirir doações de frutas, legumes e vegetais visando variar as refeições. As doações eram recebidas dia de terça-feira à tarde.	Alguns dos acolhidos, quando solicitados pela equipe de cuidadores, ajudavam a descarregar as doações.
As alimentações eram oferecidas no refeitório, numa mesa grande. Na maioria das vezes, a equipe também se alimentava com os acolhidos.	Momento de socialização, sobretudo quando havia inovação no cardápio.

Fonte: Nascimento, et al., 2024.

Quadro 2 – Práticas de cuidados espirituais para pessoas em vulnerabilidade social.

PRÁTICAS DE CUIDADOS	OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS PROPOSTAS
Meditações uma vez/dia, antes do café da manhã.	Participação voluntária, esporádica
Permissão de uso de instrumentos musicais pelos acolhidos para promover cantos cristãos.	As pessoas acolhidas aderiam a iniciativa e participavam, escolhiam as músicas que queriam cantar.
Confraternização de páscoa e natal promovida pelos colaboradores, com oferta de ceia.	Todas as pessoas acolhidas eram convidadas e alguns participavam das encenações e do coral promovidos pela equipe.
Na Feira da Saúde, realizada anualmente, observou-se cartazes e figura espalhados, com informações pautadas nos ensinamentos da instituição religiosa acerca da sua filosofia de cura do corpo e mente (os oito remédios da natureza).	Não havia participação dos acolhidos para elaboração dos cartazes. Mediante leitura, faziam posicionamentos e questionamentos quanto aos temas abordados.
“Hora de viver” - atividade de cunho religioso, realizada anualmente, durante 15 dias consecutivos, fora do horário comercial de trabalho. Rodas de conversas, meditações com temas vinculados a igreja, a exemplo da promoção da autorreflexão, significados e sentidos da vida numa interrelação com a saúde e educação.	Participação voluntária dos acolhidos com boa adesão às práticas.
<p>Cursos teológicos e batismo – ofertado, mediante solicitação de alguns dos acolhidos, por integrantes da equipe, fora do horário comercial de trabalho. Os acolhidos manifestavam interesse em conhecer acerca dos preceitos religiosos seguidos pelos integrantes da equipe que faziam parte da instituição protestante.</p> <p>O batismo, por sua vez, ocorreu pontualmente, mediante manifestação do acolhido, após o término da atividade “Hora de viver” em um dos templos da comunidade religiosa. Todas as pessoas acolhidas que manifestaram interesse estiveram presentes.</p>	No dia do batismo era permitida a participação das pessoas acolhidas mesmo que não tivesse participado do curso.

Fonte: Nascimento, et al., 2024.

Quadro 3 – Práticas de cuidados educativos para pessoas em vulnerabilidade social.

PRÁTICAS DE CUIDADOS	OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS PROPOSTAS
Metodologias abordadas uma ou duas vezes por semana em cada unidade – rodas de conversa, oficinas temáticas, palestras, jogos de videogames, jogos de xadrez, dama, baralho, capoeira.	De modo geral, os assistidos referiam não gostar de participar desses momentos da instituição e a justificativa dos que não aderiam era pelo teor da ação que tratavam sobre regras e normas das instituições.
Temas abordados – alimentação, cuidado do corpo, ingestão de água, Infecções Sexualmente Transmissíveis, masculinidades	Sobretudo na unidade que acolhia pessoas masculinas havia solicitação de abordar temas relacionados a sexualidade.
Articulação com instituições privadas de ensino superior, cursos técnicos, unidades vinculadas ao SUS, instituições filantrópicas em busca de parceiras para abordar temas e/ou realizar ações específicas de saúde, a exemplo de corte de cabelo, avaliação odontológica, testagem rápida para ISTs e doenças virais.	Eram as ações com maior adesão dos acolhidos, principalmente quando tinham convidados (estudantes e/ou profissionais de outras instituições).
Feira de saúde – ação majoritariamente educativa, que ocorreu em duas edições (2021-2022) com colaboração de profissionais de unidades básicas de saúde, odontólogos, estudantes e voluntários. A primeira edição ocorreu em uma quadra poliesportiva e a segunda foi na unidade de acolhimento II que apresentou melhores condições estruturais. Ambas tiveram duração de oito horas com intervalo para almoço. A programação foi composta de palestras sobre autocuidado, avaliação odontológica; testagem rápidas para IST; atividades físicas; cortes de cabelo, fotos e vídeos para acolhidos que manifestassem interesse.	Adesão expressiva com a presença de questionamentos e dúvidas, sobretudo em relação as palestras.

Fonte: Nascimento, et al., 2024.

O processo de análise mostrou que os cuidados estão ancorados em normas institucionais adotadas pela unidade, que mediante TRS, são transversalizados por questões de ordem social, experiências pessoais, princípios religiosos que norteiam a instituição religiosa, conhecimentos científicos que estabelecem as necessidades humanas básicas e os direitos humanos. Esses aspectos estão intimamente interligados de forma que num momento um se sobressai, em detrimento de outro e vice-versa.

DISCUSSÃO

As ações apontaram para possibilidades de cuidado que, assim como observado em estudo realizado com mulheres quilombolas, evidenciam carga afetiva atribuída no sentido de preservação da vida e do meio – princípio doutrinário da igreja-, revelando incentivo a hábitos e ações de higiene, nutrição e educativas referendados pelo conhecimento técnico-científico e saberes tradicionais. Esses aspectos, alinhados com a Enfermagem, trazem singularidades nos processos de saúde-doença, entrelaçando cuidado técnico-científico ao tradicional/não convencional (SILVA IFS, et al., 2022). Os adoecimentos passam a ser compreendidos como uma vivência no mundo, relacionados às histórias de vida, acolhendo singularidades, produzindo experiências, sensibilidade, presença que permita atravessamentos e construção de uma realidade que, acima de tudo, faça sentido para a pessoa.

No cotidiano das unidades observava-se circulação livre de ideias e valores individuais e coletivos na elaboração das práticas, com intercâmbios comunicativos que pareciam favorecer a construção e transformação de práticas e representações sociais sobre o grupo e sobre os cuidados ofertados. Os cuidados apresentados nos Quadros 1, 2 e 3, revelam aspectos das normas institucionais, associadas com ações ancoradas em princípios religiosos da igreja, em articulação com conhecimentos consensual e reificado, visando promover saúde e prevenção de agravos e danos. Assim, a baixa oferta de proteína animal, a restrição do consumo de carne suína e derivados, oferta de peixe sem pele, as meditações diárias, os encontros ecumênicos, o entrelaçamento de ensinamentos bíblicos nas atividades educativas, revelam a ancoragem em Princípios como dom de profecia, benevolência, preservação da vida e cuidado pelo outro.

Nas práticas de cuidados descritas, o princípio do cuidado pelo outro tem o intuito de imputar a responsabilidade de aliviar a dor e o sofrimento (MIROSLAV KM, 2011). Defende-se que a doença é causada pela transgressão das leis da natureza e o corpo é o único agente pelo qual a mente e a alma se desenvolvem para a edificação do caráter. Logo, seu enfraquecimento conduz a degradação das faculdades físicas, e para restaurar a saúde torna-se necessário usar os “remédios naturais”, em especial a mudança na alimentação e estilo de vida (BELLOTTI KK, 2021; LAND G, 2005; WHITE EG, 2013).

Compreendendo as representações sociais como conhecimento construído socialmente, o hábito de se alimentar, por exemplo, está relacionado ao alimento ou ao ato de se comer, gerando impacto quando modificações ocorrem (JODELET D, 2009). No contexto das unidades, a alimentação alcança aspectos espirituais e se apresenta como estratégia de promoção da saúde e redução de riscos e agravos por se basear num meio de restauração do corpo e da mente. De acordo com princípios norteadores da igreja adventista, a alimentação se constitui numa forma de purificação moral e corporal devendo ser vegetariana, sem alimentos à base de origem animal, sobretudo de carnes, mais especificamente as carnes suínas. Assim, adotam pelo menos uma vez por semana, a oferta de alimentos integrais, naturais e vegetarianos sem proteína animal.

Contudo, a oferta da alimentação saudável, segundo os princípios religiosos, pode despertar uma mudança alimentar para os acolhidos numa perspectiva da preservação da vida, alcançando o cuidado nutricional como meio de zelo pelo corpo que é considerado propriedade divina, além do princípio do dom da profecia, baseado nos ideais de Ellen White acerca da saúde e dos cuidados em saúde. Contudo, há de se considerar que esse cuidado alimentar ocorre pontualmente nas unidades vinculadas à igreja, o que não se dá no contexto sociocultural no qual o indivíduo está imerso, mediante sua situação de vulnerabilidade (WHITE EG, 2003).

O esforço da equipe para atender ao princípio do dom de profecia, no que diz respeito à oferta de alimentação saudável, conduz a articulações com comerciantes, pessoas físicas e jurídicas para manter uma maior variedade de alimentos, reforçando a compreensão de que a alimentação pode se configurar como elemento prioritário no cuidado as pessoas acolhidas. Atrelado a isso está a mobilização social que se apresenta, sobretudo pelo esforço intenso que se emprega para alcançar bem mais que uma alimentação como meio de mantê-los vivos, mas a nutrição e seu alcance mental e espiritual.

A alimentação vegetariana seria ofertada diariamente, contudo, a pedido dos acolhidos e buscando atender o princípio do cuidado para o outro, esta alimentação era ofertada em apenas um dia da semana e nos demais dias existia a oferta de proteína animal sem carne suína. A restrição da carne suína se baseia na orientação bíblica (Levíticos 11:07) e no princípio do dom de profecia que trata a carne de porco e derivados impróprios para a alimentação, considerado, para a saúde, um risco (WHITE EG, 2003). Nos registros de campo, a adoção desse princípio nem sempre era bem aceita pelos acolhidos, havendo por parte de alguns o descarte do alimento no lixo, sobretudo quando ocorria a oferta do peixe, tipo sardinha. Ademais, sabe-se que as reações são base para a construção de uma representação, pois elas refletem uma individualidade, sensações geradas, favorecendo práticas e condutas que reinventam o sujeito e o objeto (PEREIRA AA, et al., 2023)

Vale lembrar que as unidades de acolhimento possuíam vínculo com instituição religiosa, com objetivo socio-assistencial, direcionadas para pessoas em situação de vulnerabilidade social, com registros de envolvimento com drogas. Nesse sentido, as práticas de cuidado desenvolvidas nesses espaços em alguma medida pareciam se interseccionar com princípios da política de redução de danos (RD), bem como das NHB. Sem querer igualar nem sobrepor uma à outra, essa intersecção pode reforçar e contribuir para o fortalecimento dos indivíduos assistidos, contemplando sua subjetividade, singularidade e dignidade. Ademais, vale ressaltar que a RD é uma ferramenta potente para a democratização de saúde e produção de cuidado, especialmente para os grupos mais vulnerabilizados (RODRIGUES RC e SILVA CM, 2021; SANTOS AR, ALMEIDA PF, 2021; JESUS MEF, et al., 2024).

No fluxo das práticas de cuidados, os profissionais, em especial os adeptos da religião, seguiam na oferta de práticas espirituais, ancoradas em suas crenças, memórias e experiências norteadas pelos princípios da IASD. Assim, as práticas espirituais, a exemplo das meditações diárias, a evocação de músicas cristãs, a manutenção de eventos comemorativos com cunho cultural cristã, a exemplo da Páscoa e Natal, promovia, a certo ponto, o acesso ao transcendente por meio de práticas intrínsecas e de autorreflexão sobre a vida e seus significados filosóficos. Na realização dessas atividades parecia evidente a articulando de ideais psicossociais e psicoespirituais da teoria NHB com princípios da benevolência e cuidado pelo outro.

De acordo com arcabouço teórico da NHB, as práticas espirituais podem ocorrer sem a presença da religião (HORTA WA, 1979; AGUIAR BF, SILVA JP, 2021), entretanto, com base na gênese de uma representação, presume-se que as práticas espirituais aplicadas pelos colaboradores, sobretudo adeptos da religião adventista, se apresentam como estratégia de resgate da espiritualidade dos indivíduos e também como forma de enfrentamento das questões vulnerabilizantes e adoecedoras que permeiam o modo de vida (FRANÇA LCM, et al, 2023). Esse pressuposto, também pode ser validado pelo pensamento social desse grupo no uso desses cuidados como veículos de promoção da saúde mental dos acolhidos e cuidadores, uma vez que são ações que promovem bem-estar, alívio de stress, promovendo melhor aproveitamento como ponto de equilíbrio biopsicoespiritual.

Os cuidados educativos eram promovidos pela equipe de cuidadoras em parceria com voluntariados e pesquisadora e se manifestavam em ações semanais e evento anual, com metodologias diversas, tendo como foco a prevenção de agravos e promoção da saúde. Os temas abordados, na maioria das vezes eram sugeridos pelas pessoas acolhidas (Quadro 3). A abordagem era feita com base em conhecimentos científicos com base em manuais e cartilhas do Ministério da Saúde, seguindo propostas e orientações acerca das políticas adotadas pela Organização Mundial de Saúde, intercalados por princípios da IASD.

Nessas atividades, a transmissão de conhecimentos era atravessada por conhecimentos científicos, filosóficos, teológicos e do senso comum, além da influência que a mídia de maneira geral exerce sobre a disseminação das informações e se configurando como influenciadora na formação de crenças e discursos. Essa adesão pode ser justificada, em parte, pelo entendimento dos acolhidos sobre a relevância do acesso às informações manifestado em rodas de conversas e oficinas, com compartilhamento de dúvidas e solicitação de diálogos voltados para suas demandas específicas de saúde, pela cobrança da manutenção de ações que atendam melhor essas demandas (OLIVEIRA GB, et al., 2020)

As representações sociais, impactadas pela comunicação e mídia, permitem que conhecimentos construídos coletivamente possam ser utilizados subjetivamente a partir de valores e motivações coletivas. Esses são aspectos que podem ser observados nas práticas e formas de cuidado nas unidades, ao passo que, os sujeitos, influenciados pelos conhecimentos socialmente estabelecidos, se baseiam em suas subjetividades e valores pessoais (MOSCOVICI SA, 2012). Essa pluralidade de saberes mostrava-se ancorados no princípio do cuidado pelo outro (WHITE EG, 2013), coadunando com a teoria NHB em seus aspectos psicossociais e psicobiológicos com propósito de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos com promoção da saúde.

Destaca-se que os profissionais possuem maior participação em atividades religiosas voluntárias do que políticas, reforçando dados históricos que favorecem elos de sentido entre a formação profissional e religiosa, o que confere diálogos sobre a necessidade de mediação na prática desses profissionais. Muitas áreas da assistência social são atravessadas por questões religiosas, promovendo interações e implicações para o cuidado, apontando para necessidades de treinamento profissional, discussões sobre a formação e perfil desses agentes de cuidado, conferindo relevância aos estudos que tratem sobre a temática (SIMÕES P, 2024).

Desse modo, quando a prática profissional e a religião não são dialogadas na formação profissional, esses agentes, já no ambiente de atuação, exercem suas funções a partir da própria referência, sem utilizarem a racionalidade, sem embasamento científico acerca desses aspectos (SIMÕES P, 2024) e, como observado neste estudo, sem considerarem a religiosidade daqueles que recebem esses cuidados.

Para tanto, esse estudo apresenta limitações relacionadas à impossibilidade de generalização dos cuidados observados, restringindo-se tão somente aos cenários especificamente descritos. Todavia, os achados discutidos possuem o potencial de fortalecer outras discussões acerca das teorias utilizadas, bem como reflexões concernentes as práticas de cuidado atribuídas a cada grupo em específico, possibilitando considerar as formas de cuidado, aspecto imprescindível para o campo, sobretudo da enfermagem.

CONCLUSÃO

A condução das práticas de cuidado expressas por ASD a pessoas em vulnerabilidade social estão sustentadas por preceitos doutrinários da religião aos quais as instituições se vinculam, constituindo-se como um fazer ancorado nas crenças subjetivas dos profissionais. Seu ancoramento gera reflexões quanto às condutas e práticas adotadas pelos profissionais, que têm seu trabalho influenciado pela religião, senso comum, e que, à luz da TRS se articula com conhecimento científico apontado pela teoria das NHB, centrados na promoção da vida e da saúde e na prevenção de danos e agravos. Essa articulação aponta para um fazer fortemente atravessado pelos critérios subjetivos dos profissionais ao aderirem e inserirem crenças pessoais inerentes à religião de pertencimento no ambiente de trabalho, revelando interlocução entre a influência marcante de princípios religiosos e normas institucionais nas manifestações de cuidados para os acolhidos. Desse modo, espera-se que este estudo possa trazer contribuições para o campo da Enfermagem, suscitando reflexões sobre como os cuidados se manifestam e são ofertados em outros espaços.

REFERÊNCIAS

1. ACOSTA JEV. Aportes para una psicología de reducción de riesgos y daños latino-americana. Integración Académica en Psicología. 2022. Volumen 10. Número 30. ISSN: 2007-5588
2. ADRA. Sobre a ADRA Brasil, 2023. Disponível em: <https://adra.org.br/sobre-nos/>
3. AGUIAR BF, SILVA JP. Psicologia, espiritualidade/religiosidade e cuidados paliativos. Rev. Psicol. Divers. Saúde. 2021;10(1):158-167, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.v10i1.2964>.
4. ALMEIDA ALM, CUNHA MB. Unidade de Acolhimento Adulto: um olhar sobre o serviço residencial transitório para usuários de álcool e outras drogas. Saúde em Debate. 2021; v. 45, n. 128, pp. 105-117. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112808>

5. ANDERMANN A, et al. Caring for patients with lived experience of homelessness. *Canadian Family Physician*. 2022; v. 66, n. 8, p. 563-570. PMID: 32817028; PMCID: PMC7430777.
6. BARCELOS KR, et al. A normatização de condutas realizadas pelas Comunidades Terapêuticas. *Saúde debate* 2021;45(128):130–40. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112810>
7. BELLOTTI KK. "Fight the obesity!" - religion, bodyandhealth in theAdventistprint media. *Relig soc*. 2021; 41(3):241–62. DOI: <https://doi.org/10.1590/0100-85872021v41n3cap10>
8. BUSTAMANTE V, MCCALLUM C. Cuidado e construção social da pessoa: Contribuições para uma teoria geral. *Physis*. 2014; v. 24, n. 3, p. 673–692. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300002>.
9. HAEFFNER LSB, et al. Social and health vulnerability of homeless people. *Rev esc enferm USP*. 2023; 57(spe): e20220379. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0379en>
10. HORTA WA. Processo de enfermagem. São Paulo: Pedagógica e Universitária; 1979.
11. FRANÇA LCM, et al. A representação social da religiosidade segundo professores de um centro universitário. *CAM*. 2023;21(1):166-80.
12. JODELET D. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. *Soc estado*. 2009;24(3):679–712. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922009000300004>
13. JESUS MEF, et al. Representações sociais sobre a droga e a pessoa usuária. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2024; 24(5), e15883. <https://doi.org/10.25248/reas.e15883.2024>
14. JÚNIOR ARS, TAVARES GS. Care and training as a place of invention in theworkofoccupationaltherapistsat NASF. *Revista Saúde em Rede S*. 2022; v. 8, n. 1. DOI: [//doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8n1p145-160](https://doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8n1p145-160)
15. LAND G. *Historical Dictionary of Seventh-day Adventists* Lanham, Toronto: The Scarecrow Press, Inc, 2005.
16. LISBÔA LC, et al. Características e demandas da população em situação de vulnerabilidade social acompanhadas em Belford Roxo (RJ). *Saúde debate*. 2020; 44(125):438–50. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012512>
17. MIROSLAV KM. Estilo de Vida e Conduta Cristã. *In: Tratado de teologia: adventistas do Sétimo Dia*. (org) Dederen, Raul. Tatuí, SP: Casa Publicadora Brasileira, 2011, pag 763.
18. MORITZ AC, et al. Basic human needs affected and nanda-i nursing diagnoses for severe patients with covid-19. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min*. 2023; 13: 4670.
19. MOSCOVICI SA. *Psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2012.
20. OLIVEIRA GB, et al. Pessoas em situação de rua: revisão sistemática. *Estud. Interdiscip. Psicol*. 2020; v. 11, n. 2, p. 58. DOI: 10.5433/2236-6407.2020v11n2p58.
21. PRATES JG, et al. Representação social dos trabalhadores de saúde acerca dos usuários de álcool e outras drogas atendidos na urgência /emergência. *Revista Paulista de Enfermagem*. 2018; 29(1-3): 108-116.
22. PEREIRA AA, et al. Social representations of pregnant women about high-risk pregnancy: repercussions for prenatal care. *Rev esc enferm USP*. 2023;57:e20220463. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0463en>
23. QUINTAS ACOMO, TAVARES PSPB. Entre Caps AD e Comunidades Terapêuticas: o cuidado pela perspectiva dos usuários de um Caps AD. *Saúde debate [Internet]*. 2020Oct;44(spe3):198–209.
24. RENGHEA A, et al. "Comprehensive Care" Concept in Nursing: Systematic Review. *Invest Educ Enferm*. 2022 Oct;40(3):e05. DOI: 10.17533/udea.iee.v40n3e05. PMID: 36867778; PMCID: PMC10017140
25. RODRIGUES RC, SILVA CM. Atenção à saúde no território como prática democrática: ações em cenas de uso de drogas como analisadores da democracia brasileira. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25: e200484. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200484>
26. SANTOS AR, ALMEIDA PF. Coordenação do cuidado no Consultório na Rua no município do Rio de Janeiro: romper barreiras e construir redes. *Saúde em Debate*, 2021; v. 45, n. 129 [Acessado 27 Maio 2024], pp. 327-339. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112906>.
27. SILVA IFS, et al. Representações sociais do cuidado em saúde por mulheres quilombolas. *Esc. Anna Nery*. 2022;26:e20210289. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0289>
28. SIMÕES P. A religião no serviço social. *SER_Social*. 2024; 26(54).
29. WALDOW VR, BORGES RF. The caregivingprocess in thevulnerability perspective. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(4):765–71. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000400018>
30. WHITE EG. *A Ciência do Bom Viver*. Ellen G. White Estate, Inc: 2013.