

Sílvia Caldeira
Mary Rute Gomes Esperandio
(Organizadoras)



ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

Fundamentos e Práticas em
perspectiva Luso-Brasileira

Volume 2

 PUCPRESS

Sílvia Caldeira
Mary Rute Gomes Esperandio
(Organizadoras)



ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

Fundamentos e Práticas em
perspectiva Luso-Brasileira

Volume 2

© 2022, Sílvia Caldeira e Mary Rute Gomes Esperandio
2022, PUCPRESS

Este livro, na totalidade ou em parte, não pode ser reproduzido por qualquer meio sem autorização expressa por escrito da Editora.

Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)

Reitor

Ir. Rogério Renato Mateucci

Vice-Reitor

Vidal Martins

Pró-Reitora de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação

Paula Cristina Trevilatto

PUCPRESS

Coordenação: Michele Marcos de Oliveira

Edição: Susan Cristine Trevisani dos Reis

Edição de arte: Rafael Matta Carnasciali

Preparação de texto: Juliana Sant'Ana

Revisão: Clarisse Lye Longhi

Capa e projeto gráfico: Rafael Matta Carnasciali

Diagramação: Rafael da Matta Hasselmann

Conselho Editorial

Alex Vicentim Villas Boas

Aléxei Volaco

Carlos Alberto Engelhorn

Cesar Candiotto

Cilene da Silva Gomes Ribeiro

Cloves Antonio de Amíssis Amorim

Eduardo Damião da Silva

Evelyn de Almeida Orlando

Fabiano Borba Vianna

Katya Kozicki

Kung Darh Chi

Léo Peruzzo Jr.

Luis Salvador Petrucci Gnoato

Marcia Carla Pereira Ribeiro

Rafael Rodrigues Guimarães Wollmann

Rodrigo Moraes da Silveira

Ruy Inácio Neiva de Carvalho

Suyanne Tolentino de Souza

Vilmar Rodrigues Moreira

PUCPRESS / Editora Universitária Champagnat

Rua Imaculada Conceição, 1155 - Prédio da Administração - 6º andar

Campus Curitiba - CEP 80215-901 - Curitiba / PR

Tel. +55 (41) 3271-1701

pucpress@pucpr.br

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Edilene de Oliveira dos Santos CRB/9-1636

E77
2022
Espiritualidade e saúde: fundamentos e práticas em perspectiva luso-brasileira
Sílvia Caldeira ; Mary Rute Gomes Esperandio (organizadoras).
– Curitiba : PUCPRESS, 2022.
v. 2 (400 p.) ; 23 cm

Inclui bibliografias
ISBN 978-65-5385-030-9
978-65-5385-029-3 (e-book)

1. Espiritualidade. 2. Cuidados espirituais com os doentes. 3. Psicologia religiosa. 4. Bioética. I. Caldeira, Sílvia. II. Esperandio, Mary Rute Gomes.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
Sílvia Caldeira, Mary Rute Gomes Esperandio	
PREFÁCIO	8
Arndt Büssing	
5. QUESTÕES DO DIREITO E DA ÉTICA	11
A VIVÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	12
M. Patrão Neves	
BIOÉTICA, DIREITO E ESPIRITUALIDADE.....	22
Jussara Maria Leal de Meirelles	
INTEGRAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE NO ENSINO UNIVERSITÁRIO.....	33
José Brissos-Lino	
O LUGAR DA ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE À LUZ DA ECONOMIA.....	42
João César das Neves	
IDENTIDADE, CUIDADO ÉTICO E ESPIRITUALIDADE: UMA CONEXÃO ENTRE CUIDADO E A BUSCA POR SENTIDO NA PROFISSÃO.....	52
Luciana Soares Rosas, Eloisa Cristina Gonçalves, Fabrini Gomes Dolenga, Bruna Romanelli, Renato Soleiman Franco	
6. CONTRIBUTOS DOS DIFERENTES GRUPOS PROFISSIONAIS	63
ENFERMAGEM	64
Sílvia Caldeira	
MEDICINA.....	77
Paulo Celso Nogueira Fontão	
PSICOLOGIA.....	87
Francisca Rego	
FISIOTERAPIA.....	96
Ana Caroline Escorsin do Nascimento Oishi	
SERVIÇO SOCIAL.....	103
Ana Maria Oliveira, Henrique Joaquim	
TERAPIA OCUPACIONAL	114
Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin, Rosibeth del Carmen Muñoz Palm	
VOLUNTARIADO.....	126
Cristina Teixeira Seabra	

7. A PRÁTICA DO CUIDADO ESPIRITUAL	134
FERRAMENTAS PARA A PRÁTICA DO CUIDADO ESPIRITUAL E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE.....	135
Camilla Casaletti Braghetta, Juliane Piasseschi de Bernardin Gonçalves, Luciano Magalhães Vitorino, Alessandra Lamas Granero Lucchetti, Giancarlo Lucchetti	
ORAÇÃO	144
Talita Prado Simão-Miranda, Ana Cláudia Mesquita Garcia, Érika de Cássia Lopes Chaves	
MEDITAÇÃO E MINDFULNESS.....	153
Marcelo Demarzo	
COMUNICAÇÃO E COUNSELLING.....	163
Maria Júlia Paes da Silva	
COMPETÊNCIAS PARA CUIDADO ESPIRITUAL.....	175
Luciana Winterkorn Dezorzi, José Roberto Godim	
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA SAÚDE MENTAL.....	184
Milene Zanoni da Silva, Beatriz Böger, Luciana Elisabete Savaris	
CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA DO APEGO PARA AS PRÁTICAS DE CUIDADO	194
Hartmut August, Mary Rute Gomes Esperandio	
ESPERANÇA COMO RECURSO.....	207
Antônio Manuel Alves Martins	
8. CUIDAR DE QUEM CUIDA.....	227
SAÚDE DE QUEM CURA-CUIDA	228
Edson Fernando de Almeida, Bruno Oliveira	
PATOLOGIAS DO CUIDADO	237
Cloves Antonio de Amassis Amorim, Vitória Rosa dos Santos, Felipe Camarão Grott	
CLAUDICAÇÃO FAMILIAR.....	246
Maria Leonor Gomes de Sá Vianna, Karen Simone Gonçalves Cordeiro Landal	
ESPIRITUALIDADE NAS ORGANIZAÇÕES: UMA REVISÃO DE ESTUDOS EMPÍRICOS DO INÍCIO DO SÉCULO XXI EM PORTUGAL E NO BRASIL.....	255
Joana Carneiro Pinto	
CUIDADO DE SI	272
Idalina Delfina Gomes, Patricia Pontífice-Sousa	
9. DA INVESTIGAÇÃO À PRÁTICA.....	282
INVESTIGAR SOBRE ESPIRITUALIDADE EM ENFERMAGEM: DESAFIOS, EXPERIÊNCIAS E PERSPECTIVAS.....	283
Willyane de Andrade Alvarenga, Lucila Castanheira Nascimento, Sílvia Caldeira, Emilia Campos de Carvalho	

ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NAS GRADES CURRICULARES DOS CURSOS DE SAÚDE NO BRASIL.....	294
Rodolfo Furlan Damiano, Alessandra Lamas Granero Lucchetti, Giancarlo Lucchetti	
A ESPIRITUALIDADE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE EM PORTUGAL.....	303
Rui Nunes	
ESPIRITUALIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	311
Uiara Raiana Vargas de Castro Oliveira Ribeiro, Mary Rute Gomes Esperandio, Waldir Souza, Carla Corradi-Perini	
RECOMENDAÇÕES METODOLÓGICAS PARA A INVESTIGAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE EM SAÚDE.....	324
Sandra Maciel de Carvalho, Lucam Justo de Moraes, Alexander Moreira-Almeida	
ESPIRITUALIDADE NA PRÁTICA CLÍNICA INFANTOJUVENIL.....	336
Vívian Hagen Antônio Oliveira, Luís Filipe Sarmento Campos, Márcia Helena Fávero de Souza	
ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL ÀS PESSOAS IDOSAS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA.....	350
Elaine Pinheiro Neves de Macedo, Marcia Regina Chizini Chemin, Luciano Magalhães Vitorino	
ESPIRITUALIDADE NA CLÍNICA PSICOTERÁPICA: CONTRIBUIÇÕES DA FENOMENOLOGIA.....	363
Adriano Furtado Holanda	
ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E PSICOLOGIA DA SAÚDE/HOSPITALAR: ANÁLISE DOS RECURSOS DE FORMAÇÃO ACADÊMICA DO PSICÓLOGO.....	378
Renate Brigitte Michel	
POSFÁCIO.....	389
Isabel Galriça Neto	
SOBRE OS AUTORES E AS AUTORAS.....	392

APRESENTAÇÃO



A edição de uma obra que aprofunda um tema fundacional no campo da Saúde, publicada no idioma português, contribui para acrescentar valor relacionado ao dever de cuidado humanizado a todos os cidadãos e cidadãs. A evidência científica referente à espiritualidade em saúde é, na sua maioria, apresentada na língua inglesa, em contextos que podem ser culturalmente distintos e que podem dificultar a transferência do conhecimento, em particular nesse domínio, que é culturalmente sensível.

O primeiro volume do Tratado enquadrava conceitos e temáticas similares à espiritualidade, sem as quais a compreensão e a implementação do cuidado espiritual ficariam comprometidas. Um exemplo disso é a exploração de diferentes crenças religiosas que vem a confirmar a abertura que profissionais de saúde deverão garantir em diferentes domínios clínicos.

Este segundo volume é constituído por cinco partes. Começa por trazer à discussão o dever de cada profissão individualmente na atenção à espiritualidade, mas enquadrado num paradigma de multi e interdisciplinaridade, que é essencial à atenção à espiritualidade. Seguidamente, interessa conferir objetividade a essa temática, ao revelar intervenções, procedimentos e recursos que permitem concretizar a atenção à espiritualidade na prática clínica. Essa ênfase nas intervenções de profissionais de saúde, ainda que em equipe multidisciplinar, é também abordada no Tratado numa dimensão que ultrapassa a dimensão assistencial, ao considerar as competências de cuidado de si e de um olhar aos profissionais como pessoas e como recurso de cuidado e para o cuidado. Por isso, a parte 4 dedica atenção ao cuidado de si, voltado ao cuidado do/a profissional de Saúde, que é tão necessário, atendendo à natureza do cuidado espiritual fundada na relação e na partilha do self. A outra dimensão que encerra o Tratado é constituída pelas questões relacionadas com a pesquisa, que permite deixar em aberto o futuro e os caminhos que podem e devem continuar no desenvolvimento do conhecimento sobre esse tema. A investigação como meio de elevar a evidência para o cuidado espiritual sublinha a natureza científica desse cuidado que deve ser alimentado por novos estudos que possam melhorar os níveis de evidência.

Deixar este Tratado nas mãos de leitores e leitoras confirma a esperança de um cuidado humano e continuidade de cuidados de saúde que preservem e defendam a dignidade e a natureza humana, em particular, das pessoas que se encontram em situação de maior vulnerabilidade. É uma obra construída no tempo que é este que vivemos, nestas circunstâncias, e que desejamos possa ser desenvolvida no futuro, atualizada e sempre acolhida como um contributo para o cuidado de saúde integral e humano.

Sílvia Caldeira

Mary Rute Gomes Esperandio

PREFÁCIO



“Aceite sempre os desafios dos seus ideais”

Está estabelecido que a espiritualidade de uma pessoa pode ser uma dimensão relevante que contribui para a satisfação com a vida, o bem-estar emocional e os conceitos relacionados com o sentido de vida. Isso é verdade para pessoas cujas crenças e fé ocupam o centro de suas vidas — particularmente, nos momentos difíceis, em tempos de doença, quando precisam da ajuda de outras pessoas. Quando a pessoa enferma tem acesso a tal recurso, pode “usá-lo” para lidar com a situação. Outros têm uma confiança incondicional de que Deus está ao seu lado, aconteça o que acontecer e aconteça e venha o que vier no futuro. No entanto, nem todos os pacientes têm essa confiança absoluta; alguns perderam a esperança e a fé, enquanto alguns lutam com Deus, que não responde às suas orações, e outros podem sentir-se abandonados por Deus, que parece não os ajudar (1). Em que confiam as pessoas que não sabem o que pode dar sentido, esperança e confiança às suas vidas nos momentos difíceis, ou que perderam a fé e o sentido da vida? O que exatamente é essa “espiritualidade” em que várias pessoas confiam? Todos nós poderíamos usá-la? Poderia ser prescrita e treinada para prevenir as dificuldades da vida?

Representantes de diferentes profissões sugeriram várias definições inclusivas desta construção terminológica complexa e multifacetada chamada “espiritualidade” (2). As definições de profissionais de saúde são, na maioria dos casos, inclusivas, enquanto os teólogos e teólogas podem ter suas próprias definições, que muitas vezes são exclusivas demais para serem aplicáveis em sociedades plurais e, muitas vezes, seculares. Além disso, esse recurso também é cultural e religiosamente determinado e, portanto, as abordagens sensíveis à cultura parecem necessárias, pois nem todos os conceitos, resultados de pesquisa e recomendações de sociedades ou culturas religiosas específicas podem ser facilmente transferidos para outras.

É ainda importante que as diferentes especialidades no campo da Saúde reflitam sobre as suas próprias fontes de sentido, esperança e confiança (sejam religiosamente ou não religiosamente determinadas) e sobre a relevância desses recursos (espirituais) para a sua vida profissional. Talvez todos sejamos mais compassivos e conscientes na privacidade, mas estressados e irritados em nossa vida profissional.

Somente quando estamos cientes de que a nossa própria espiritualidade molda as nossas motivações, intenções, atitudes e comportamentos como profissionais de saúde, podemos responder adequadamente às preocupações e necessidades espirituais de nossos pacientes, porque se trata de uma questão de troca mútua. Quando o cuidado espiritual se resume apenas a uma obrigação ou dever, e não à motivação genuína para compreender os motivos subjacentes (biográficos) dos pacientes, nosso cuidado será restrito e por certo não responderemos

plenamente às necessidades dos/as nossos pacientes. Claro que podemos prestar “cuidado profissional” como é esperado — mas há uma “camada” adicional (muitas vezes ignorada) que poderíamos abordar. Mesmo quando a pessoa enferma é um desafio para nossa paciência, podemos nos perguntar por quê — e como podemos nos sentir em tal situação tão difícil, e o que poderíamos fazer para nos comportarmos de maneira diferente, mais compassiva, mais atenta e com mais amorosidade.

A atitude básica é decisiva na maneira como se trata a pessoa enferma de modo individualizado: como uma pessoa “conhecedora” que aprendeu tudo e, portanto, tem resposta para tudo — ou como uma pessoa “ouvinte” que se abre às particularidades da pessoa enferma com suas expectativas individuais e necessidades, bem como esperanças e medos? (3) Cuidar de pacientes sem conhecer suas necessidades espirituais e seus medos e preocupações nada mais é do que uma rotina básica mínima, sem qualquer pretensão de apoiar a pessoa específica na sua totalidade abrangente. Aqui, as intenções de cuidado espiritual podem facilmente colidir com as demandas excessivas de uma vida profissional estressante. Claro, todo sistema de saúde tem seus limites e nossas capacidades também são limitadas. Mesmo quando não podemos atender às necessidades espirituais de todos os/as nossos/as pacientes, podemos começar com a pessoa concreta à nossa frente. Pode não ser suficiente, mas pode fazer a diferença para essa pessoa concreta. Nossos ideais devem sempre ser maiores do que a realidade, a fim de sermos desafiados por nossos ideais repetidamente para nos comportarmos de maneira diferente. Esta é uma tarefa espiritual também.

Arndt Büssing

Professor de Qualidade de Vida, Espiritualidade e *Coping* na
Universidade de Witten/Herdecke, Alemanha

Referências

1. Büssing A, Dienberg T, eds.. Gottes Unverfügbarkeit und die dunkle Nacht. Vom Umgang mit der geistlichen Trockenheit [God's unavailability and the Dark Night. Dealing with spiritual dryness].
2. Büssing A. Measuring spirituality and religiosity in health research. In Lucchetti G, Peres, Prieto, Fernando, Mario, Furlan, Rodolfo (eds.). Spirituality, religiousness and health: from research to clinical practice. Cham: Springer; 2019. p. 11-31.
3. Büssing A, ed.. Spiritual needs in research and practice: the Spiritual Needs Questionnaire as a global resource for health and social care. Londres: Palgrave MacMillan; 2021.

QUESTÕES DO DIREITO E DA ÉTICA



A VIVÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE NO CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

M. Patrão Neves

O sentido de “espírito”

Remontando à Antiguidade Grega Pré-Clássica, e relendo Fragmentos do filósofo pré-socrático Anaxímenes de Mileto (588 a.C. – 524 a.C.), deparamo-nos com a invocação ancestral do que hoje designamos por “espírito” – este termo polissémico tão ambíguo na sua utilização quanto rico no seu significado. “Espírito” diz-se então “*pneuma*”, termo que designa também “ar”, “respiração” e que os romanos traduzirão por “*spiritus*”, a etimologia latina de “espírito”. E Anaximandro afirma que o *pneuma* unifica o *kosmos*, ou mundo, assim como a *psyché* unifica o corpo humano. Sabemos que o termo grego “*psyché*” veio a ser traduzido em latim por “anima”, a etimologia latina de “alma” (1). Mas o que nos importa aqui destacar é que, já desde Homero, no século X a.C., tanto o “*pneuma*” como a “*psyché*” se referiam ao “ar”, à “respiração de vida”, ao “sopro vital”. Assim, Homero, ao referir-se ao herói que cai ferido de morte no campo de batalha aponta a “*psyché*” que se lhe escapa pela boca ou pela ferida (numa identificação então comum da vida com o ar e com o sangue, simultaneamente) (2). É o “espírito” (*pneuma*), a “alma” (*anima*), que dão vida, que constituem o princípio vital do ser: quando a *psyché* homérica abandona o corpo, este agregado animado de membros perde movimento e converte-se num cadáver, mera soma de membros, sem animação, sem vida, sem unidade.

E regressamos assim a Anaxímenes que, na sua perene busca pela *arché*, pelo elemento primordial e princípio unitário do real, aponta o “ar”, o “espírito”, a “alma” como esse elemento originário pelo qual tudo se desenvolve, como esse princípio unificador que organiza a multiplicidade e confere unidade e vida aos seres (3).

Começaremos já a perceber como se gera a polissemia do “espírito”, mas também certamente, a identificar o domínio de intersecção da pluralidade dos seus sentidos e até, ainda, o que de essencial nos transmite desde a Antiguidade pré-clássica: o espírito confere vida ao ser e unifica-o, tornando-o mais do que a soma das suas partes.

Sentido antropológico: a espiritualidade como diferença qualitativa antropológica

Esta espiritualidade, de originária dimensão vitalista (na sua estrita dimensão biológica), protagonizou então também, desde sempre, o intangível que, imperceptível aos (órgãos dos) sentidos, funda o próprio sentido, ou razão de ser (*ratio essendi*) do que é, ou seja, do próprio ser (numa ampla acepção de vida humana, no que esta acrescenta à sua dimensão biológica, nesse todo maior que as partes). Aliás, foi esta última significação que se foi acentuando ao longo dos tempos, à medida também que o princípio da vida ia sendo contínua e cada vez mais rigorosamente determinado pelas ciências biológicas.

O “espírito” é hoje amplamente definido como o não objectivável (imaterial) e como real vivente e experienciado (experiência vivida), como consciência de si (interioridade) e como pensamento reflexivo (intelectualidade). Não pode, pois, ser capturado exclusivamente pela fé religiosa, ainda que esta seja uma das suas intensas manifestações; o espírito (numa acepção laica) reporta-se igualmente à investigação científica, como ao pensamento crítico, ou à produção artística, isto é, à totalidade das manifestações criativas do humano, as quais se inscrevem na ordem do simbólico. Brevemente, o “espírito” contempla, na sua definição, e fundamenta, na sua autenticidade, todas as expressões da dimensão intangível do humano, assim, aliás, se acentuando a sua polissemia contemporânea.

Esta significação maximamente ampla de “espírito” e específica do humano é bem tematizada pelo filósofo alemão, Max Scheler, na sua última obra, *A situação do homem no cosmos*, de 1928 (4), publicada já postumamente, e que corresponde à sua reflexão antropológica. Scheler, após ter acompanhado a hierarquia dos seres, sua complexidade e maturidade psicofísica, na esteira da teoria evolucionista, introduz o princípio do espírito como actuante única e exclusivamente ao nível humano, conferindo-lhe uma dimensão ímpar na natureza, que o confirma no topo da hierarquia. O princípio scheleriano do espírito não surge na continuidade do desenvolvimento natural, biológico, dos seres, como um grau superior da sua evolução, no que corresponderia a mais uma diferença quantitativa, à semelhança das demais que marcam a sucessão entre cada uma das etapas da complexidade psicofísica dos seres. O princípio do espírito, definindo o ser humano como centro de actos, capaz de iniciativa e, como princípio da sua acção, capaz de liberdade, é qualitativamente distinto de todas as demais características (tangíveis) que se lhe possam apontar e que decorrem da sua vida biológica. A distinção entre o princípio da vida e o princípio do espírito não é, pois, apenas de grau, mas de natureza (ou essência). O espírito apresenta-se como diferença qualitativa antropológica.

Não interessará, no actual contexto, distrairmo-nos pelas várias teses explicativas da origem do espírito no ser humano, mas apenas fixarmo-nos na

sua importância para a identidade do humano universal, como da pessoa singular. Assim, e sob uma perspectiva universalista, o espírito, sendo específico à espécie humana, identifica-a como tal, podendo manifestar-se diferentemente em cada sociedade, como em cada pessoa (revelando-se sempre como um elemento diferenciador). Do ponto de vista singular, o espírito, exprimindo-se diferentemente em cada indivíduo, define-o na sua identidade pessoal (o modo como cada pessoa se define decorre mais das suas realizações espirituais do que das suas características físicas). Em ambos os planos, o espírito não segue as regras universais da natureza, nem as contraria necessariamente; colabora com a natureza e complementa-a, sendo que a liberdade de a seguir, contrariar ou complementar como a responsabilidade da decisão pertencem ao agente que, através das suas escolhas, da sua acção se faz diferente dos outros seres (animais), ao mesmo tempo que outro entre os seus iguais (seres humanos).

Sentido ético: a vivência espiritual como desafio ético

O ser humano, na sua dimensão universal, é pelo espírito; a pessoa, na sua dimensão singular, é pelo espírito; o humano, na sua essência, como espécie e como indivíduo, é, pois, espírito. Eis o que desde a ancestral conceptualização etimológica de “espírito”, e na sua determinação como princípio explicativo e unitário do real, à sua problematização filosófica contemporânea, em diálogo com a biologia e sua teoria evolucionista, vem sendo diferentemente reiterado. O espírito é, pois, o traço identitário antropológico.

E se assim é, a vivência espiritual constitui a experiência reiterada da humanidade em cada um, uma experiência que não pode ser tolhida, sob o risco da desumanização da pessoa.

É indispensável reconhecer esta realidade o que, por sua vez, exige um empenho constante na intensificação da dimensão espiritual, como forma de respeitar a dignidade humana, isto é, de não reduzir a pessoa à sua materialidade, objectivando-a, mas antes de favorecer a sua contínua realização de si. É este o desafio ético que a dimensão espiritual da pessoa impõe ao agir humano.

À ética compete, pois – enquanto racionalidade da acção, isto é, enquanto fundamentação e justificação acerca da melhor forma de agir –, a obrigatoriedade de acolher a dimensão espiritual do humano (até porque a ética é já, ela mesma, um produto ou manifestação do espírito), de a valorizar, promover e desenvolver. É o que se verifica quando, através da educação, se expõe a criança a muitos diferentes estímulos, despertando as suas múltiplas capacidades; ou quando, já na idade adulta, se mantém o empenho em diversas actividades na prossecução do aumento de competências; ou ainda, no decurso do

envelhecimento, se incentiva o interesse e envolvimento em realidades distintas, conservando a perspicácia das faculdades. Este desafio será tanto maior quanto mais adversas forem as condições para o realizar, o que se coloca com particular acuidade em todas as situações de vulnerabilidade acrescida – em que a pessoa é tendencialmente reduzida ao que a fere e a humilha – e muito particularmente na de doença – em que a pessoa é tendencialmente confundida com a doença, com a dor, com o sofrimento.

Neste âmbito particular da pessoa doente, importa destacar o “espírito” não apenas como princípio da vida biológica e da vida humana e, assim, como traço identitário do humano – cujo cuidado dignifica a pessoa –, mas também como princípio agregador das partes do ser, da sua integridade, numa estreita unicidade quotidianamente vivida, nomeadamente na unidade psicossomática – cujo cuidado contribui para o bem-estar geral da pessoa. É, pois, em ambas as vertentes que o cuidado pela dimensão espiritual da pessoa tem de ser integrado nos cuidados de saúde.

A integração da espiritualidade nos cuidados de saúde

Da assunção da espiritualidade da pessoa doente ao cuidado do espírito

O reconhecimento da importância da dimensão espiritual no cuidar da pessoa doente é recente, sendo comumente apontado como recuando à década de 1990 do século passado (na sua actual conceptualização), e ainda não plenamente assimilado, mantendo-se estranho a muitos profissionais de saúde.

Não obstante, é legítimo afirmarmos que a génese da assunção da espiritualidade da pessoa doente remonta ao movimento de humanização da assistência clínica, pelo menos como processo facilitador. Este se desenvolveu a partir das décadas de 1950 e sobretudo de 1960, nos Estados Unidos, e como reacção a uma prática clínica que, progressivamente mais científica, se centrava cada vez mais nas patologias, implementando todos os meios ao seu alcance para as combater, tornando-se assim também bastante invasiva.

A chamada de atenção para o “doente como pessoa”, por Paul Ramsey, na sua obra com o mesmo título, de 1970 (5), assinala e reforça o movimento de deslocamento da exclusividade da atenção clínica da consideração estrita da “doença” para a ampla perspectivação do “doente”, da “cura” para o “cuidado”, do “sucesso clínico” para o “bem-estar da pessoa”. Sem negligenciar as capacidades alcançadas pela cientificação da medicina, importava recuperar a tradicional atenção à pessoa doente que a medicina anterior praticava, aquando na ausência de profundos conhecimentos ou poderosos meios, e numa atenção ao estado geral da pessoa.

É na esteira do movimento de humanização dos cuidados de saúde e ao abrigo de uma recuperada, actualizada e desenvolvida visão holista da pessoa doente que se vem a reconhecer a importância da sua dimensão espiritual. A pessoa é então dita um ser bio-psico-social e espiritual, assim se destacando as mais estruturantes dimensões da sua existência; a saúde passa a ser definida como um estado de completo equilíbrio físico, mental, social e espiritual, assim correspondendo ao bem-estar geral da pessoa; e a boa prática clínica vem a incluir a dimensão espiritual da pessoa, o que decorre também da crescente evidência da sua significativa influência na saúde física.

Neste contexto de uma prática clínica humanizada ganha, pois, espaço o cuidado do espírito.

Em Portugal, a dimensão espiritual da pessoa tem sido, quase invariavelmente, cuidada por um ministro religioso e mais frequentemente pelo capelão do hospital¹, se bem que a cada doente assista o direito de chamar um representante da religião que professa. Este direito foi reiterado na mais recente Lei n.º 15/2014 de 21 de março, “consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde”, e em particular no seu artigo 8º, dedicado à “Assistência espiritual e religiosa”. Daqui decorrem, todavia, dois problemas essenciais. O primeiro é o da adopção de uma visão estreita de “espiritualidade” ao fazê-la coincidir com “religiosidade”. Eis o que, não sendo evidente na designação do artigo 8º, se torna óbvio em uma leitura, sobretudo na atribuição de todas as funções da assistência espiritual a “igrejas ou comunidades religiosas”². Esta coincidência redutora

¹ A assistência religiosa aos doentes faz parte da doutrina e da tradição cristãs, pelo que a sua presença constitui uma invariável imemorável nos espaços que, ao longo da história ocidental, foram dedicados ao cuidado dos doentes. Após o Vaticano II (1965), a Igreja católica considerou conveniente importante introduzir um serviço religioso mais organizado e que não fosse da exclusividade do capelão, passando este a ser coadjuvado por leigos. Foi já neste contexto que a Conferência Episcopal propôs ao Ministério da Saúde a criação de um estatuto do capelão (como funcionários públicos com lugar no quadro), estatuído pelo DR. 58/80 de 10 de dezembro, e cujo artigo 5º define as funções dos capelães. Apesar do objectivo da capelania e o trabalho dos capelães não se esgotar no estritamente religioso, desenvolvendo também uma acção de humanização e de reflexão ética, a dimensão religiosa mantém-se como a preponderante. Mais tarde, o DR.22/90 de 3 de agosto cria a figura de assistente espiritual (incluindo, para além de sacerdotes, outras pessoas, diáconos, religiosos ou leigos qualificados) com o estatuto de capelão hospitalar. Foi uma mais valia na estrutura das capelarias hospitalares (cf. Feytor Pinto V. Capelarias hospitalares em Portugal [Internet]. Ecclesia. 2004 [Acesso em: 15 ago]. Disponível em: <http://sites.ecclesia.pt/arquivo/noticias/dossier/capelarias-hospitalares-em-portugal/>).

² Lei n.º 15/2014 de 21 de março, artigo 8º, afirma que “1 — O utente dos serviços de saúde tem direito à assistência religiosa, independentemente da religião que professe. 2 — Às igrejas ou comunidades religiosas, legalmente reconhecidas, são asseguradas condições que permitam o livre exercício da assistência espiritual e religiosa aos utentes internados

encontra-se, pois, não só contextualizada no plano teórico, legal, mas é também corroborada na prática efectiva com a designação dos ministros religiosos como únicos assistentes espirituais em contexto hospitalar. Assim sendo, de facto, apenas a dimensão religiosa do doente é cuidada, o que nos conduz ao segundo problema fundamental identificado no cuidado espiritual. Actualmente, há um número crescente de cidadãos que se dizem laicos, agnósticos ou ateus. A debilidade ou ausência de uma vivência religiosa, em nada compromete a densidade e a intensidade da dimensão espiritual da pessoa. Esta, porém, ver-se-á confrontada com a presença de um religioso ou representante de uma comunidade religiosa, cuja intrínseca missão evangelizadora a conduzirá a rejeitá-lo, ou então com a ausência de assistência espiritual. Sublinhamos, pois, uma incontornável incoerência entre a assunção da ampla e plurifacetada dimensão espiritual da pessoa e o muito restrito cuidado disponibilizado para a mesma.

Esta realidade impõe-nos três questões estruturantes acerca da vivência da espiritualidade no contexto dos cuidados de saúde, a saber: em que consiste a assistência espiritual à pessoa doente? Quem a pode prestar? Como se implementa?

A assistência espiritual

Em que consiste?

A afirmação de que a assistência espiritual extravasa a religiosa, podendo incluí-la, está já sobejamente justificada. Não se reduzindo à bem definida dimensão religiosa em que comumente se pratica, urge esclarecer em que consiste.

A bibliografia especializada sobre esta matéria³ insiste particularmente em dois aspectos fundamentais e característicos da assistência espiritual: uma postura de escuta por parte do profissional, numa abordagem compassiva para com a pessoa doente (seus familiares e mesmo equipa de saúde – a quem a assistência espiritual também se dirige no contexto dos cuidados de saúde). Esta postura de escuta visa preservar a pessoa doente como sujeito de iniciativa o que a abordagem compassiva reforça, pela ausência de qualquer intrusão na privacidade do outro. Preconiza-se, então, uma presença receptiva e acolhedora que permita à pessoa que sofre exprimir o que sente, encontrando em quem ouve uma sensibilidade compassiva, ou seja, a capacidade de (“sofrer com o outro”)

em estabelecimentos de saúde do SNS, que a solicitem, nos termos do Decreto-Lei n.º 253/2009, de 23 de setembro”.

³ Uma obra bastante compreensiva e actual sobre este tema e é Timmins F, Caldeira S. *Spirituality in healthcare: perspectives for innovative practice*. Springer International Publisher; 2019.

compreender o estado emocional do outro, assim actuando como seu suporte emocional. Sob esta perspectiva valoriza-se a presença confortante do assistente espiritual e a expressão livre de emoções da pessoa que sofre.

Esta abordagem comum na assistência espiritual – que classificaria de “disponibilidade”, como predisposição para acolher o outro, uma “disponibilidade solícita” enquanto atenção afectuosa ao outro – denota dois aspectos problemáticos a considerar devidamente. Um primeiro decorre da descrição da presença que, em alguns casos, pode não ser suficiente para desencadear o apelo de quem sofre e mobilizar a assistência esperada e uma efectiva ajuda. Nem todas as pessoas, pela sua própria personalidade, pela situação de doença e natureza desta, pelo contexto físico e social em que se encontram etc., são capazes de tomar a iniciativa de exporem a intimidade do seu ser perante um estranho, ainda que tal possa ser terapêutico. Nestas circunstâncias, tornar-se-á conveniente alguma diligência ou proactividade. Um segundo problema decorre da compaixão da assistência que, em alguns casos, pode não manter a separação pessoal necessária para garantir o devido discernimento em relação à implementação dos melhores meios para providenciar o apoio necessário. A expressão de sentimentos intensos, em situações dramáticas, desencadeando ou supondo mesmo o envolvimento emocional do profissional pode suprimir o distanciamento entre quem fala e quem escuta, perturbando a objectividade da assistência. Com efeito, colocar a assistência espiritual eminentemente no plano das emoções pode originar uma tensão (stress) por vezes excessiva para o profissional e mesmo conduzir a situações de exaustão (*burnout*).

Eis por que considero valer a pena ponderar a pertinência de uma perspectiva adicional, que classificaria de “solicitude”: não se trataria já apenas de uma pré-disposição para acolher o outro, mas de um compromisso para o cuidar; não se trataria já apenas de uma “disponibilidade solícita”, ou uma solicitude fraca, enquanto atenção afectuosa ao outro, mas de uma solicitude forte, enquanto empenhamento em acompanhar e ajudar o outro. Esta solicitude forte (ou disponibilidade activa) salvaguarda a postura de escuta que convida à iniciativa da pessoa doente, mas não deixa de se exercer também como facilitadora empática do discurso, encorajando a comunicação, através, por exemplo, da manifestação do interesse e mesmo da curiosidade; mantém uma abordagem compassiva, de conforto no acolhimento, mas não deixa de desenvolver um sentido de compromisso através do qual se estabelece uma relação, particularmente através da narrativa de vida. Sob o signo da solicitude, a escuta complementa-se no encorajamento, a compaixão desenvolve-se em relação e a vivência de emoções contribui para a re-constituição da história de uma vida, na recuperação ou invenção de um sentido, na re-configuração da identidade.

A finalidade última da assistência espiritual é precisamente permitir (através da disponibilidade) e facilitar (através da solicitude) a reconfiguração da identidade da pessoa através da reconstituição da sua vida. Eis no que consiste também a plenitude da dimensão ética da assistência espiritual: promover o encontro de cada um consigo mesmo, numa serena convivência. É no “aqui e agora” de cada um, que a pessoa olha à sua volta – para o seu passado, tal como o interpreta, mas também para o seu presente, tal como o perspectiva, e para o seu futuro, tal como o idealiza ou recebe – e, destacando o que lhe é significativo e com o significado que lhe atribui, conta a sua história, unindo esses episódios, imprimindo (uma) coerência (retrospectiva) à sua existência, descobrindo assim, através da sua narrativa (a qual tanto reenvia à historiografia como à ficção) o sentido da sua vida. E o sentido da vida é, afinal, a manifestação mais profunda e intensa (e originária) da dimensão espiritual da pessoa, a que anima, agrega e identifica a pessoa.

Quem a presta?

Uma vez traçado não só o âmbito mais restrito e necessário (disponibilidade compassiva), como também o mais amplo e pertinente (solicitude na relação) da assistência espiritual, importará agora considerar o profissional que poderá desenvolver esta função com competência e sensibilidade.

Sabe-se que a perspectivação holista da pessoa doente trouxe diversidade aos profissionais no contexto hospitalar, nomeadamente com a integração assistentes sociais e psicólogos nas equipas de saúde, ambos com uma formação académico-profissional que inclui uma vertente humanista forte, para além do próprio capelão já anteriormente referido. Estes profissionais poderiam ter efectivamente uma intervenção ao nível da assistência espiritual, focando-se então, naturalmente, em aspectos diferenciados, atendendo à sua respectiva formação e missão hospitalar. Porém, no contexto actual, não seria uma sua função específica, mas, quanto muito, adicional ou extra. No caso do assistente social, a assunção destas novas funções constituiria uma derivação acentuada das suas preocupações centrais, possivelmente com prejuízo para estas e nem sempre com a devida apetência por aquelas. Diferente seria o caso do psicólogo, cujas funções específicas se situam numa maior proximidade das exigências da assistência espiritual sem que, em todo o caso, deixasse de requerer formação adicional. Alguns enfermeiros têm chamado a si esta função, sobretudo devido à sua proximidade continuada da pessoa doente. No entanto, e mais uma vez, a assistência espiritual não constitui a sua missão específica. Acresce o facto, em relação a todos estes profissionais, de as exigências profissionais estritas estarem a aumentar, frequentemente num contexto de insuficiência de recursos humanos para as necessidades existentes, pelo que a



O segundo volume desta obra tem início com o prefácio do Professor Arndt Bussing, da Alemanha, que tem uma vasta obra no campo de espiritualidade e saúde. Nessa seção, o autor apela à importância de seguirmos ideais, de nos elevarmos e transcendermos, com vistas ao que é mais humano. Este volume inicia a discussão sobre temas relacionados ao direito e à ética e inclui temas inovadores como a economia, o ensino universitário e o sentido profissional. Assim, os leitores e leitoras entram na segunda parte, em que impera a dimensão interdisciplinar da espiritualidade no cuidado em saúde, com um capítulo dedicado a cada profissão, que também inclui o voluntariado. Na parte seguinte, oito capítulos descrevem práticas, recursos e competências para o cuidado espiritual, tais como a meditação, a esperança, a oração ou o *mindfulness*. Práticas essas que contribuem para operacionalizar o cuidado espiritual. Na sequência, cinco capítulos focalizam a espiritualidade daquelas pessoas que se dedicam ao cuidado, numa perspectiva individual ou em um nível mais macro como o organizacional. Por fim, e numa perspectiva de prática baseada em evidência, é sublinhada a importância da pesquisa e a sua transferência, com exemplos de casos concretos de aplicabilidade do cuidado espiritual em diferentes contextos. O volume é encerrado com um posfácio de uma médica – portuguesa e paliativista –, Dr.^a Isabel Neto, que centra o discurso na necessidade da garantia de cuidados de saúde humanos e eficazes aos pacientes, que devem incluir a atenção à espiritualidade, num tempo em que não há lugar para a dúvida sobre a importância dessa dimensão nos cuidados de saúde, convocando cada leitor e leitora à reflexão ao colocar questões concretas.

Esta obra de dois volumes é uma oferta no idioma português que explora diferentes dimensões e que aproxima a realidade luso-brasileira com vistas à humanização da saúde e à proteção da dignidade dos pacientes.



PUCPRESS

ISBN 978-65-5385-030-9



9 786553 850309