

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE  
JANEIRO

COORDENAÇÃO CENTRAL DE EXTENSÃO

Pós Graduação em Psicologia da Saúde

**Espiritualidade e Saúde: uma articulação possível.**

**Mariana da Conceição Evangelio dos Santos Leberle**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mayla Cosmo Monteiro**

**Mariana da Conceição Evangelio dos Santos Leberle**

**Espiritualidade e saúde: uma articulação possível.**

Monografia apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
da Saúde como requisito parcial para  
obtenção do título de Especialista em  
Psicologia da Saúde

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mayla Cosmo Monteiro

Rio de Janeiro

Agosto/2017

## **Agradecimentos**

Agradeço,

A Deus em primeiro lugar pelo dom da vida, inteligência e saúde para iniciar e concluir este trabalho.

Ao Professor Augusto Sampaio pelo acolhimento nesta Universidade.

À minha orientadora Mayla Cosmo Monteiro, pelo tempo dedicado lendo, relendo e orientando meus escritos ainda confusos. Sua firmeza amorosa me incentivara bastante.

Aos meus pais Jarbas e Helena por todo o amor e incentivo aos estudos desde os primórdios da minha infância.

E de forma especial ao meu esposo Michael Leberle: amoroso, generoso e companheiro. Sem você meu amor essa caminhada não teria a mesma alegria e brilho. Amo você meu bem!

## **RESUMO**

LEBERLE, Mariana da Conceição Evangelio dos Santos. Espiritualidade e Saúde: uma articulação possível. 2017. Monografia – CCE, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Este trabalho trata da dimensão espiritual em articulação com a área da saúde. Tem como objetivo principal verificar quais são, segundo os estudiosos do tema, a função e o papel da dimensão espiritual, durante o processo saúde e doença. A espiritualidade/religiosidade aparece na literatura científica com a função de suporte interno para lidar com fatores estressantes, fonte de apoio para vencer condicionamentos negativos, fonte de fé, esperança e confiança, que se manifestam como estratégia de enfrentamento da doença em todas as suas fases, tanto para os pacientes como para seus familiares.

Os cuidados paliativos enquanto uma filosofia de cuidados que engloba, além das dimensões física e psicossocial, a espiritual, têm demonstrado a possibilidade de uma assistência integral e integrada na área de saúde. Sua prática tem colaborado para um olhar multidimensional do processo saúde e doença, o que favorece a compreensão do novo paradigma em saúde.

### **Palavras-chave**

Espiritualidade, religiosidade, saúde, doença.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
1. PARADIGMAS EM SAÚDE: TRANSIÇÕES.....	7
2. O BEM- ESTAR ESPIRITUAL: A FUNÇÃO DA ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE.....	20
3. CUIDADOS PALIATIVOS.....	32
4. CONCLUSÃO.....	38
REFERÊNCIAS.....	40

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho tece considerações acerca da dimensão espiritual, considerando a importância do tema diante do paradigma em saúde da contemporaneidade: o modelo biopsicossocial e espiritual. De modo particular, analisa a função da espiritualidade e religiosidade no contexto do processo saúde e doença.

O paradigma da saúde, ainda vigente no século XXI, refere-se ao modelo biomédico e tem como concepção de saúde e doença uma visão dualista do ser humano, visto apenas sob a ótica do corpo ou da mente. Na concepção do novo paradigma, o bem-estar espiritual é incluído, suscitando uma série de questionamentos, pesquisas e estudos no campo científico, motivo pelo qual o presente trabalho foi concebido e elaborado.

Este estudo foi dividido em três capítulos, com o objetivo de melhor organizá-lo e facilitar a compreensão. O primeiro capítulo aborda as transições de paradigma em saúde, analisando os modelos de saúde vigentes, desde o período da Antiguidade até a contemporaneidade, relatando as mudanças e contribuições mais importantes ao longo da evolução científica da medicina Ocidental.

O segundo capítulo trata especificamente da dimensão espiritual, como conceito, seus pormenores e desdobramentos na área da saúde, delimitando as descobertas realizadas no campo científico contemporâneo, incluindo as descobertas em saúde mental, indicando assim, a função da espiritualidade, dentro do processo saúde e doença.

O terceiro capítulo trata da abordagem dos Cuidados Paliativos, considerados pela Organização Mundial da Saúde, uma especialidade médica, um exemplo concreto e eficaz da prática do modelo de saúde biopsicossocial e espiritual.

## 1. PARADIGMAS EM SAÚDE: TRANSIÇÕES

Ao longo da história humana, a visão sobre o processo saúde e doença vem se modificando por meio de construções e de desconstruções de paradigmas. É possível verificar relatos escritos, sobre os diferentes períodos da história, que demonstram a busca do ser humano para compreender os elementos principais desse processo. Através de questionamentos e novas descobertas, os homens revelam seus percursos em torno de seus interesses e, consequentemente, paradigmas são estabelecidos e difundidos por meio de estudos e de experimentos realizados por especialistas no tema. Segundo Kuhl (1975 apud MENDONÇA; VIDEIRA, 2007), um paradigma é fruto de conhecimentos compartilhados por indivíduos pertencentes a um grupo científico. Esses conhecimentos se referem a termos e a códigos técnicos e teóricos, portanto metodologias que se distinguem do senso comum. Para Kuhl (op. cit), a evolução científica se dá pelo que o autor chamou de revoluções, denotando as passagens das fases de normalidade para as crises e daí para as novas teorias.

Considerando as mudanças de paradigmas em saúde, o percurso não foi diferente. Por um lado, sempre existiu o pensamento do senso comum, com suas crenças e práticas, distinguindo-se dos pensamentos construídos por estudiosos e por especialistas, construídos ao longo do tempo, através das suas escolas e teorias, tecendo os grupos científicos e iniciando revoluções e novos paradigmas, por meio de novas descobertas, crises e transições (KUHL, 1975 apud MENDONÇA; VIDEIRA, 2007).

Partindo do período da Idade Antiga, podemos dizer que na Antiguidade era comum a ligação entre o processo saúde e doença e a dimensão espiritual. Isso era evidente pela expressão de religiosidade, por parte dos indivíduos da época em diversos rituais (BARROS, 2002). Havia nesse contexto, forte ideia de castigo associada ao adoecimento, e de saúde como benefício advindo de seres espirituais. Durante esse período, há todo um tom místico e mitológico, e a crença de que as pessoas acometidas por doenças haveriam de recorrer a rituais protagonizados por praticantes da então medicina da época, com a intenção de obter saúde, ou seja, a

cura do ser em suas dimensões, por meio de uma forte ligação, estabelecida neste nível para além da matéria (BARROS, 2002).

A medicina mágico-religiosa, predominante na Antiguidade, se inseria em um contexto religioso-mitológico no qual o adoecer era resultante de transgressões de natureza individual ou coletiva, sendo requerido para reatar o enlace com as divindades, o exercício de rituais que assumiam as mais diversas feições, conforme a cultura local, liderados pelos feiticeiros, sacerdotes ou xamãs. As relações com o mundo natural se baseavam em uma cosmologia que incluíam deuses caprichosos e espíritos tanto bons como maus. Os indivíduos pensavam a doença em termos desses agentes cabendo aos responsáveis pela prática médica da época aplacar essas forças sobrenaturais. Esse enfoque é ainda hoje aceito por milhares de pessoas, habitantes de sociedades tribais ou não, com a intromissão, concomitante, por vezes, de elementos da medicina Ocidental, dita científica. (BARROS, 2002, p. 68)

A visão da medicina mágico-religiosa sobre a saúde nos mostra um olhar focado na dimensão espiritual. No entanto, essa dimensão humana seria desvalorizada por uma outra visão diferente do processo saúde e doença, que surgiria mais tarde: a visão do modelo biomédico. Na visão do modelo biomédico, o olhar sobre o processo saúde e doença é totalmente desfocado da dimensão espiritual e focado na dimensão física. Mas, antes dessa mudança paradigmática de forma concreta, caracterizou-se um longo período de passagens por escolas e teorias ao longo da história, constituindo um período rico de estudos científicos experimentais, tendo como consequência uma mudança concreta de paradigma (BARROS, 2002). Nessa concreta e grande transição do paradigma mágico-religioso para o biomédico, o traço marcante é a mudança do pensamento da medicina mágico-religiosa para o pensamento médico empírico – racional, massivamente divulgado pelo modelo biomédico, e que se efetiva à medida que o principal foco de interesse deixa de ser os seres sobrenaturais e passa ser o homem portador da doença (BARROS, 2002). Nessa nova visão empírico-racional sobre o adoecer, estudos sobre a fisiologia passam a ser o alvo dos praticantes de medicina e não mais os seres imateriais e superiores ao homem que encontrávamos na Antiguidade. Após esse tempo, nos períodos subsequentes da história humana, os estudos sobre a pessoa acometida por uma enfermidade crescem e efetiva-se assim o campo científico, que conhecemos até a contemporaneidade.



Podemos dizer que esta mudança de pensamento da medicina mágico-religiosa para o pensamento empírico - racional foi uma grande revolução, com muitos estudos experimentais, onde hipóteses eram confirmadas e novas teorias emergiam em novos estudos. Alguns estudiosos foram se destacando pela autoria dessas novas descobertas e alguns deles serão citados neste trabalho, pelo valor de suas contribuições ao longo da história da medicina. Vamos a seguir delimitar algumas escolas que são formadas a partir desses estudos, e seus autores mais relevantes, começando pelo médico e estudioso Hipócrates, considerado o pai da medicina ocidental - medicina eleita para o estudo neste trabalho.

“Não há dúvida: viveu realmente, durante a segunda metade do século V a.C., um médico grego chamado Hipócrates. (...) As gerações posteriores consagraram-no como o "pai da medicina". (REGO, 2006, p. 11). Hipócrates era um médico estudioso e teve grande participação nesse contexto de evolução científica. Posteriormente, sua escola e seus discípulos continuaram a dar frutos, mesmo após a sua morte.

Na época de Hipócrates, a Natureza era contemplada como combinação de quatro elementos: terra, água, ar e fogo. Na dependência das proporções em que compareciam, esses elementos delineavam as propriedades dos objetos: o seco, o úmido, o quente e o frio. Hipócrates associa os quatro elementos a quatro "humores" do corpo humano: o sangue, o "phlegma", a bile amarela e a bile negra. As proporções em que comparecessem delineariam correspondentes atributos dos seres humanos - a que se associariam os males e a ação dos medicamentos. A saúde resultaria de equilíbrio ("crase") dos elementos; a doença dever-se-ia ao desequilíbrio ("discrase") dos mesmos elementos. Aí está a base da primeira doutrina a respeito da doença. Trata-se de uma "patologia humoral", como conviria denominá-la, face ao papel que nela desempenham os humores, ou líquidos dos organismos. A doutrina de Hipócrates se dissemina rapidamente. No final do século II, recebe roupagem adequada, sobretudo nas obras de Galeno de Pérgamo (131-201), a quem se deve uma convincente sistematização dos ensinamentos hipocráticos. (HEGENBERG, 1998, p. 20 -21).

Segundo Hegenberg (1998), a primeira tentativa no sentido de eliminar causas sobrenaturais, atribuindo às doenças uma causa natural, deve-se à Hipócrates. Sob esta convicção se consolida a medicina ocidental da época. Especificamente na Grécia Clássica, época do nascimento da filosofia no séc. VI

a.C, surge sob a ótica de Hipócrates a ideia de equilíbrio como uma noção do que seja adequado e justo para a saúde (BARROS, 2002). Assim como os quatro elementos juntos e na mesma proporção formariam e dariam equilíbrio ao universo, o corpo humano seria pensado sob a mesma perspectiva: os elementos que poderiam equilibrá-lo ou desequilibrá-lo deveriam ser investigados em benefício da saúde. O doente e a doença passaram a ser os alvos das investigações médicas. Desta maneira, os primeiros estudos direcionados ao corpo humano com este olhar são delegados a Hipócrates (BARROS, 2002).

A Escola Hipocrática trabalha com o objetivo de prevenir as doenças e aprofundar estratégias de recuperação da saúde, valorizando a dieta alimentar, o ambiente de trabalho e da habitação. Elementos que são considerados na determinação do bom estado de saúde. (BARROS, 2002). Nas contribuições da Escola Hipocrática, é possível notar que novos elementos da vida cotidiana são acrescentados à observação do processo saúde e doença da pessoa enferma: aspectos sobre a moradia, características laborais e o equilíbrio na alimentação, referente à dieta alimentar; aspectos estes que, dependendo do equilíbrio, favoreceriam a saúde ou adoeceriam a pessoa.

Após o período de Hipócrates, surge Galeno (122-199 d.C.), médico, anatomista, filósofo, escritor notável e terapeuta, originário da Grécia, que compartilha dos estudos e das descobertas de Hipócrates. Após avançar com uma síntese do que seria medicina, a partir de suas próprias descobertas, torna-se um estudioso influente e, por muito tempo, suas obras permanecem em destaque por quase toda a Idade Média, (HEGENBERG, 1998), quando se abordam certas peculiaridades, como a importância do cuidadoso exame do doente, critérios diagnósticos e terapêuticos (BARROS, 2002). Através de Galeno, crescem os estudos na visão de modelo de saúde mais experimental, científico. Ele faz importantes descobertas do funcionamento das artérias, veias, coração e ligação desses órgãos internos com os órgãos externos

No esquema de Galeno, o princípio básico da vida é o espírito, ou "pneuma". Oriundo de um "pneuma cósmico", o ar, esse pneuma ingressa no corpo através dos pulmões, atinge o coração e se mistura com o sangue. Por seu turno, os alimentos chegam ao fígado, um órgão que transforma o quilo em sangue venoso, dotando-o de um

segundo espírito, um "espírito natural", presente em todos os organismos, enquanto permanecem vivos. O sangue venoso, chegando ao coração, caminha em duas direções. Uma parte se conserva no lado direito do coração, a fim de purificar-se e reingressar no sistema venoso. Outra parte passa, de gota em gota, para o lado esquerdo do coração, voltando a manter contato com o pneuma exterior. As gotas de sangue, nesse processo, geram um tipo superior de pneuma, o "espírito vital". As artérias conduzem o espírito vital até o cérebro. Aí, o sangue arterial se divide em diminutas porções, para que sejam carregadas de um terceiro espírito, o "pneuma animal" - que invade os nervos, entendidos como simples vasos condutores. Percebe-se que Galeno aperfeiçoa a teoria humoral de Hipócrates. Sem embargo, a doença continua a ser entendida como antes, em termos de "crase" e "discrase", equilíbrio ou desequilíbrio de humores, ou pneumas. A doutrina humoral se mantém e se transmite, dominando o cenário até quase o final do século XVIII. (HEGENBERG, 1998, p. 21).

No entanto, nos séculos XIV e XV surge um outro estudioso da área da saúde humana que se opõe aos estudos de Hipócrates e Galeno. Seus estudos também foram importantes e abriram o olhar da medicina da época para outros aspectos diferentes, mas igualmente importantes para a evolução científica. O nome do estudioso que intermediou a posterior mudança para o modelo biomédico foi Paracelso (1493-1541).

Na Suíça, vive Aureolos Teofrastos von Hohenheim (1493-1541), cognominado Paracelso, um dos primeiros a combater as doutrinas de Hipócrates e de Galeno, concebendo a doença como processo "anômalo" que ocorre nos organismos. Estudioso de alquimia, Paracelso atribui especial importância à composição química dos líquidos existentes no corpo, imaginando a doença como decorrência de desequilíbrios químicos dos sucos digestivos que, penetrando no sangue, originam as "acrimônias", percebidas na forma de "acidez", ou "mau sabor. (HEGENBERG, 1998, p. 22).

Segundo Barros (2002), Paracelso se opunha à teoria dos humores e ao pensamento galênico não só no sentido de compreender a natureza através de análises químicas, mas também no entendimento de que as doenças teriam uma entidade independente no organismo, por exemplo, uma origem em motivações psíquicas. A ele também se deve a ideia de que as doenças deveriam ser tratadas com medicações específicas e de origem química. E dessa forma suas concepções marcam a transição para o modelo biomédico.

No período moderno, destaca-se Descartes (1596- 1650) que teve grande influência nas bases do paradigma biomédico, ao discorrer sobre sua teoria/método sobre o sujeito que conhece. Descartes tinha como regra não aceitar como verdade algo que não fosse comprovado por evidências racionais e lógicas. Para ele cada dificuldade a ser averiguada deveria ser separada em partes necessárias para o exame e solução do problema. (BARROS, 2002). Com este modo específico de pensar e conduzir suas pesquisas, utilizando-se particularmente de princípios lógicos da matemática, o filósofo e matemático Descartes foi desenvolvendo suas pesquisas e com a contribuição de Isaac Newton e seus teoremas matemáticos sobre mecânica, foram contribuindo para o crescimento da concepção cartesiana do corpo (BARROS, 2002). A ideia de que o corpo deveria ser estudado em partes separadamente, para melhor ser conhecido, também surge nessa época de propagação dessas teorias de Descartes e de Newton. Já no século XVII, fervilham os estudos da física e química, contribuindo diretamente para a forma de investigação e combate às doenças que cada vez mais eram minuciosamente conhecidas nos seus processos no corpo esquadrinhado. Portanto, um corpo cada vez mais passível de investigação e de controle do médico (BARROS, 2002).

A partir desse período, a medicina moderna evolui com o trabalho de muitos estudiosos que avançam com o olhar mais voltado para as descrições clínicas e patológicas, enveredando para a abordagem nosográfica, ao contrário do que era feito nos estudos sobre a biografia das doenças. Em meio à abordagem nosográfica, crescem os estudos e descobertas importantes como a anatomia, funcionamento das bactérias e vacinas. O que importa, nesse período moderno, para a medicina é compreender as características clínicas encontradas nas investigações da patologia, ou seja, a forma como as doenças se manifestam e não a história de cada doença. E, desta maneira, a abordagem biomédica ia conferindo como verdade essas concepções mecanicistas sobre o corpo. (BARROS, 2002).

Ao avaliar o período da Modernidade, nota-se um interesse crescente pelas ciências naturais. Descartes, imerso nesse contexto, postulou a separação total da mente e corpo, sendo o estudo da mente atribuído à religião e à filosofia, e o estudo do corpo, visto então como uma máquina, era objeto de estudo da medicina. (Descartes, 1637/2000 apud CASTRO; ANDRADE; MULLER, 2006, p. 40).

À ideia do relógio, com sua grande engrenagem, é aplicada a ideia do corpo como uma grande máquina que possui em seu todo partes passíveis de minuciosa investigação e posterior controle da “medicina mecanicista”. Nas descobertas sobre a diabetes e a insulina, por exemplo, surgem evidências que sustentam a visão do corpo enquanto máquina que, ao “quebrar” ou demonstrar disfunção em uma de suas partes, que deveriam ser sempre funcionais, pode ser restaurada (curada) por uma substância química cientificamente comprovada: um medicamento (BARROS, 2002). Por meio dessas concepções e pelas descobertas cada vez mais fantásticas e inebriantes relacionadas à genética, imunologia e outros afins, foi-se instaurando na cultura e nas ciências biomédicas, a ideia de que pode haver sempre uma resposta objetiva, calculadamente sem erros, portanto incontestável, por meio de pesquisas científicas, para diversas questões relacionadas ao processo saúde e doença do homem moderno. (BARROS, 2002).

“Tanto quanto nas ciências biomédicas, o êxito do paradigma mecanicista, em termos das leis gerais que tentavam explicar os fenômenos da natureza, fez com que o mesmo se tornasse hegemônico por quase 14 séculos” (BARROS, 2002, p. 75). Por esse viés, chegamos a conhecer o fenômeno identificado por medicalização da vida, com uma série de mudanças no meio social: onde se destaca uma sociedade de consumo, apegada às tecnologias médicas, em que a doença ou qualquer dor deve ser extirpada imediatamente e com eficácia à base de remédio. A visão de saúde para a qual se considerava a importância de uma harmonia do homem, com a natureza e com a dimensão espiritual, é trocada por uma concepção de saúde mecanicista na Era Moderna. (BARROS, 2002; HEGENBERG, 1998).

Ao final do século XV e início do século XVI, fecha-se um longo ciclo histórico e prepara-se outro, igualmente longo e talvez ainda inconcluso. Ciclo histórico que tem características profundamente diferentes do anterior, em relação ao qual opera uma ruptura. Esse novo período que, para alguns historiadores teria seu início na Renascença, atravessando a Revolução Francesa e culminando com a industrialização inglesa no século XIX, vai ser conhecido, mais tarde, como: a Modernidade. (Cambi, 1999 apud GERMANO, 2011, p. 2).

Portanto, na Modernidade, a medicalização torna-se um hábito na medicina na tentativa não só de deter doenças e sintomas variados e complexos, mas, também às mais comuns e corriqueiras como uma dor de cabeça. Como se a dor de cabeça tivesse sempre origem na dimensão física, determinada por um fator químico passível de ser detectado e extirpado com uma medicação, sem considerar-se uma investigação nas outras dimensões existentes no homem (BARROS, 2002). E assim, nesse contexto moderno, cientistas procuram cada vez mais encontrar padrões e delimitar o que é saúde e doença pelo reducionismo e por meio de provas científicas. “É provável que a expressão mais acabada das distorções e consequências concretas do modelo biomédico, reducionista, de abordagem da saúde e da doença na vida dos indivíduos resida no que se convencionou designar como medicalização” (BARROS, 2002, p. 10).

Em primeiro lugar, recorde-se que os gregos já haviam estabelecido que as doenças eram fenômenos naturais, embora não tivessem atingido a noção da especificidade dos diversos males que afligem o ser humano. É verdade que os gregos haviam descrito muitas moléstias, dando-lhes nomes particulares; não perceberam, no entanto, a etiologia específica de cada qual delas, para colocá-las no esquema da concepção humoral. Seguindo a trilha aberta pelos gregos e consolidada por seus sucessores, estudiosos de variadas origens passaram a conceber a doença em termos de "falta ou excesso de alguma coisa" - ideia que dominou o cenário médico até meados do século XIX. No século XIX, os médicos passaram a entender a doença em termos de desvios com respeito à normalidade. O "deus" da mensuração, que tanto êxito havia alcançado na Astronomia e na Física, preparava-se para conquistar a Medicina! Quem está doente? Aquele que se afasta do "normal". A mera presença de bacilos não caracteriza doença; esta existe quando a quantidade de bacilos ultrapassa um dado "índice de normalidade". A questão é: como fixar um tal índice? (HEGENBERG, 1998, p. 27-28).

O índice de normalidade a ser alcançado traz uma série de dificuldades, que não cabem expor aqui neste contexto. Porém o mais importante, nesta citação, é notar a dinâmica das descobertas desde os gregos na Grécia clássica, sempre crescentes, onde algumas descobertas do passado não se aplicam no momento presente e assim há sempre um crescimento evolutivo - teorias novas que refutam teorias antigas ou as elaboram e ampliam. No entanto, uma descoberta importante

no século XIX é a seguinte: segundo Hegenberg (1998) novas dificuldades, porém, se apresentaram de imediato, notando-se que "forças psicológicas" podem provocar alterações significativas nas funções orgânicas. Dito de outro modo, colocava-se, em realce, a questão da saúde mental. Em destaque, coloca-se Sigmund Freud, médico neurologista, considerado o criador da Psicanálise e que desenvolve sua teoria psicanalítica, demonstrando a inter-relação de algumas doenças com a psique. Descrevendo uma série de sintomatologias, ele demonstra a relação de sintomas emocionais interligados ao corpo, através de seu trabalho clínico, definindo-os como psicopatologias. Nesse período do sec. XIX, temos mais uma revolução, a partir das descobertas da psicanálise e todo o seu processo de inclusão no campo científico. E deste modo, durante um longo período o homem é estudado e tratado, apenas em suas dimensões física e mental.

Nota-se, nessas transições paradigmáticas, que tanto a concepção de saúde e doença da Antiguidade, quanto a concepção do modelo biomédico, incluindo essas descobertas da Escola Hipocrática, Galênica e outras, durante a passagem de um modelo para o outro, reunidas abordam certos aspectos muito importantes da visão de saúde biopsicossocial e espiritual, divulgada pela Organização Mundial da Saúde em 22 de janeiro de 1998. Pois é possível ver a abordagem da dimensão espiritual, percebida pela visão da medicina mágico-religiosa; a abordagem do meio social, indicada pelos avanços da Escola Hipocrática, por exemplo, e também a abordagem da dimensão física, aprofundada pela concepção de saúde e doença do modelo biomédico.

Porém, não existe, uma noção de cuidado integral da saúde, dentro do paradigma da Antiguidade, tampouco no paradigma do modelo biomédico. Segundo Barros (2002), na Antiguidade, o que se destaca é a dimensão espiritual, trazendo a ideia de que as causas e soluções para o adoecimento estariam propriamente nessa dimensão, e as outras dimensões como a psíquica e física não se destacam. E ao contrário, no modelo biomédico, a dimensão física é supervalorizada, enquanto a psique e a dimensão do espírito não têm a mesma visibilidade durante a evolução científica desse período inicial, até recentemente na contemporaneidade, quando surge um novo paradigma da saúde: o paradigma que visa ao bem-estar biopsicossocial e espiritual, em que o olhar para a saúde é multidimensional e não apenas focado em uma das dimensões humanas. A

revolução que marca a transição do paradigma biomédico para o paradigma biopsicossocial e espiritual é o abandono do olhar reducionista, portanto focado em apenas uma ou duas dimensões do ser humano, para um olhar global, multidimensional, com a proposta de dar a mesma atenção e devida assistência e cuidado a todas as dimensões do indivíduo. A lógica do paradigma atual é uma atenção integral e integrada que move políticas e estratégias do SUS e a formação de profissionais da saúde. (DE MARCO, 2006).

Na atualidade, tem se tornado mais claro, que o indivíduo não é constituído apenas das dimensões física e mental. Inicia-se um novo processo de descobertas científicas para desvendar as implicações da dimensão espiritual e sua ligação com as outras dimensões no processo saúde e doença. De forma especial, é importante descobrir, definir e estabelecer sua função e influência nesse processo. A influência do meio social na saúde já é reconhecida e abordada há algum tempo no meio científico, bem como as questões psicológicas, mas a espiritualidade em sua relação com a saúde precisa ser mais investigada (MOREIRA; LUCCHETTI, 2016). No modelo de saúde contemporâneo, como já foi dito, o objetivo é cuidar do ser humano integralmente, sem excluir nenhuma das dimensões da subjetividade do indivíduo. A religiosidade e espiritualidade (R/E) ainda não têm um lugar definido e igualitário com as outras dimensões no meio científico, pois ainda existem muitos desafios para se estudar esses temas (MOREIRA; LUCCHETTI, 2016).

Frequentemente é reafirmado que R/E e ciência/razão são, necessariamente, incompatíveis, estando em um eterno e inevitável conflito. Muitas vezes também se assume ser impossível uma investigação científica da R/E. Ao longo do século XX, foi continuamente predito que a R/E desapareceria com o avanço da ciência e da razão. No entanto, essas crenças têm sido questionadas por uma ampla gama de bons estudos recentes no tema. Investigações populacionais pelo mundo mostram que a R/E se modificou, mas permanece sendo importante para a maioria da humanidade. (MOREIRA; LUCCHETTI, 2016, p. 54).

A descrença na subsistência da espiritualidade e da religiosidade pode ter sido um dos motivos pelo qual alguns cientistas distanciaram-se cada vez mais, por um longo período, das pesquisas sobre a dimensão espiritual. Freud, enquanto



médico psiquiatra e estudioso, conseguiu criar um espaço de estudos sobre a psique no meio científico, mas incrédulo com relação à importância da dimensão espiritual, ajuda a promover uma concepção dualista do ser humano: como se o ser humano fosse apenas corpo e mente. E assim, o foco dos estudos científicos, na área da saúde, foram sendo gradualmente direcionados sobre esse prisma da experiência e comprovação científica, da mensuração e da lógica matemática, passível de controle do médico e com a superespecialização nas diversas áreas da medicina, afastando – se cada vez mais de um olhar sob a totalidade do ser humano, da integralidade do cuidado, de uma ligação com o todo: o universo e suas instâncias naturais e espirituais. A visão de saúde integral nem sempre esteve presente, ao contrário, durante um longo período da história no Ocidente, são as especialidades médicas com a noção de saúde do modelo biomédico o paradigma reinante (BARROS, 2002). Mas este cenário está mudando!

Em 1998, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define que saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (OLIVEIRA; JUNGES, 2012). Críticas referentes ao modelo curativista, à relação assimétrica de poder entre médicos e pacientes entre outras, e a divulgação do novo paradigma na contemporaneidade, com novas descobertas começam a ser feitas. O olhar exclusivamente focado para o doente e a sua doença sai de cena, dando lugar a um olhar mais amplo que valoriza a humanização das relações, serviços integrados, prevenção das doenças e promoção da saúde (ESPÍNDULA; VALLE; BELLO, 2010). Os investimentos, nessa área, passam a ser em benefício da prevenção e da promoção da saúde. A qualidade de vida é uma prioridade do novo paradigma, mais do que os esforços pela cura da doença, e a espiritualidade encontra o seu lugar neste contexto.

Na prática da saúde pública brasileira, já é possível visualizar algumas dessas mudanças. Em resposta ao novo modelo de saúde, o Ministério da Saúde, através da portaria 971 (GM/MS de 3 de maio de 2006), traz diretrizes norteadoras para a Medicina tradicional, implementando a Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares (PICs) no Sistema Único de Saúde (SUS). As Práticas Integrativas são “tratamentos que utilizam recursos terapêuticos, baseados em conhecimentos tradicionais, voltados para curar e prevenir diversas

doenças, como depressão e hipertensão”. A inclusão de mais 14 dessas práticas foi realizada este ano de 2017 por meio da Portaria nº 849/2017, publicada no Diário Oficial da União (D.O.U).

Até o momento, são 19 as Práticas Integrativas do SUS: homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, medicina antroposófica, plantas medicinais e fitoterapia e termalismo social/crenoterapia, arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga. Já tem sido possível verificar boas notícias com relação a essa prática no SUS. As respostas da população têm se configurado como positiva com relação às novas práticas e modalidades em favor da saúde, a considerar principalmente o termo bem-estar geral e qualidade de vida - alvos prioritários.

Segundo dados do Ministério da Saúde em 2016, foram realizados nas Unidades Básicas de Saúde de todo o Brasil mais de 2 milhões de atendimentos das Práticas Integrativas e Complementares, sendo 770 mil de Medicina Tradicional Chinesa, incluindo acupuntura, 85 mil de fitoterapia, 13 mil de homeopatia e 923 mil de outras práticas integrativas que não possuíam código próprio para registro e que fazem parte agora do rol no início do ano de 2017. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde foi implantada em 2006, e a procura e o acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde a esses procedimentos têm crescido significativamente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Dessa maneira, o SUS concretiza suas ações fundamentadas no novo paradigma e a população brasileira conhece e se adapta ao novo conceito de saúde, os profissionais da área e pesquisadores dão testemunha da eficácia dessas novas terapias cujo objetivo é a promoção da saúde e prevenção de doenças para além das práticas curativas, quando a doença já está presente com uma série de sintomatologias próprias.

No campo da saúde, o modelo alternativo da medicina é compreendido como o polo oposto do modelo biomédico, pois enquanto a biomedicina investe para desenvolver a dimensão diagnóstica e aprofundar a explicação biológica, principalmente com dados quantitativos, a medicina alternativa volta-se para a dimensão da terapêutica, aprofundando-se nos problemas explicados pelas teorias do estilo de vida e ambiental. (OTANI; BARROS, 2011, p. 1802).

Sem dúvidas, o modelo biomédico contribuiu muito para o crescimento das ciências médicas, com esclarecimentos sobre diversas enfermidades e o crescimento de diversas áreas específicas da saúde como: a epistemologia, indústria farmacêutica, pesquisas laboratoriais, entre outros. No entanto, seus limites vão ficando cada vez mais evidentes à medida que os indivíduos e estudiosos do tema se deparam com eles, vendo-se, limitados em uma série de especialidades médicas, distantes da unidade que é o corpo humano, que reduzem o ser na sua dimensão física, ao invés de assisti-lo e tratá-lo como uma unidade, em que as partes estão interligadas. Faz-se necessário, na visão de saúde atual, considerar o ser humano em todas as suas dimensões e conhecê-las na sua unicidade e, a partir desse conhecimento, ampliar as possibilidades terapêuticas. (OTANI; BARROS, 2011).

## **2. O BEM ESTAR ESPIRITUAL: CONCEITO E FUNÇÃO DA ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE.**

A fim de delimitar bem as questões sobre a dimensão espiritual que pretendemos, citamos primeiramente quatro conceitos fundamentais: espírito, espiritualidade, religião e religiosidade. Iniciamos apresentando cada conceito respectivamente, por não se tratarem de conceitos consensuais. (PANZINI et al, 2011).

O Dicionário Oxford define espírito como a parte imaterial, intelectual ou moral do homem. O termo espiritualidade envolve questões quanto ao significado da vida e à razão de viver, não limitado a tipos de crenças ou práticas. A religião é a “crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do Universo, que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte de seu corpo”. Religiosidade é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. (Simpson e Weiner, 1989 apud PANZINI et al, 2011, p. 107).

Embora tenhamos quatro conceitos com ideias diferentes, espiritualidade e religião têm uma ligação estreita, pois os dois termos se referem à busca do ser humano pelo sagrado, indicando a existência de uma relação do ser humano com algo ou alguém que o transcende, ou seja, que vai além dele mesmo. Por este motivo, faz-se necessário definir mais detalhadamente a diferença entre os termos: religião e espiritualidade.

Definindo religião como um “sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos delineados para facilitar a proximidade com o sagrado e o transcendente (Deus, Poder Maior ou Verdade/Realidade Final/Máxima) e espiritualidade como a busca pessoal por respostas compreensíveis para questões existenciais sobre a vida, seu significado e a relação com o sagrado ou transcendente que podem (ou não) levar a ou resultar do desenvolvimento de rituais religiosos e formação de uma comunidade. (Koenig et al apud PANZINI et al, 2011, p. 106).

Recomendações de Governança global vêm referindo-se à dimensão espiritual no ser humano, articulando-o ao processo saúde e doença, havendo um aumento neste sentido em torno do ano de 1980 (TONIOL, 2014). Além da OMS e do Ministério da Saúde, o DSM V também se refere à dimensão espiritual. Por um longo período da história humana, as questões espirituais estiveram fora do interesse da ciência, por ser uma contrariedade ao pensamento científico racional. Mas a visão de saúde contemporânea descrita pela OMS inclui como importante a noção de completo bem-estar espiritual, que atualmente vem despertando mais interesse, sendo mais investigada no meio científico ao procurar compreender sua dinâmica conceitual e função na área da saúde. Para a OMS a espiritualidade, termo que vem do conceito de espírito, é um componente importante para a qualidade de vida e deve ser considerada na avaliação e na promoção da saúde. Pessoas de diversas faixas etárias devem ser avaliadas quanto à qualidade de vida que experimentam por orientação da OMS (PANZINI et al, 2007). O conceito de qualidade de vida na área da saúde é recente, sendo definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Esse conceito engloba e transcende o conceito de saúde, com instrumentos de medição válidos vem sendo considerada a medida que faltava na área da saúde. Constantemente vêm sendo associada a espiritualidade e religiosidade por meio de estudos científicos sérios no uso de diversas variáveis: *coping* religioso/espiritual, afiliação religiosa e oração. (PANZINI et al, 2007).

Por meio dessa nova concepção de saúde, novas descobertas e evidências sobre as questões espirituais e religiosas têm surgido no campo de pesquisa científica, que tem se aberto à compreensão dessa dimensão humana, fazendo com que aumentem os estudos, pesquisas e teorias, favorecendo uma implementação do novo paradigma da saúde de forma concreta e acessível à população. A espiritualidade e religiosidade ganham valor no campo da saúde. A divisão entre medicina e espiritualidade está ruindo: profissionais de saúde têm descoberto o valor da prece, da espiritualidade e da vivência religiosa na recuperação da saúde física e mental, bem como para responder a situações estressantes e dolorosas de vida. (PANZINI et al, 2007).

Segundo Toniol (2014), a temática da espiritualidade tem sido colocada como atual pelas ciências médicas, através da realização de simpósios, da criação de grupos de estudo em hospitais e de disciplinas em universidades. O tema é, na maioria das vezes, considerado complexo nos estudos e pesquisas, exigindo que se aprimore o conhecimento e realizem mais pesquisas. Um dos motivos de dificuldade seria a falta de consenso geral na definição dos termos principais. Pois, em alguns estudos, ora a espiritualidade é confundida com a religiosidade, ora é confundida com a religião e assim alguns trabalhos mencionam sempre os dois conceitos: espiritualidade e religiosidade, ora como se fossem sinônimos, ora, porém os desvincula, usando conceitos diferentes para descrevê-los e causando uma certa confusão de termos que prejudica a compreensão. Ao recorrer à Organização Mundial da Saúde para distinguir esses termos e evidenciar o que é importante para a saúde no que se refere à dimensão espiritual entende-se que: a dimensão espiritual passa a fazer parte do conceito multidimensional de saúde a partir de 1988 não se limitando a um tipo específico de religião, mas referindo-se a aspectos como significado e sentido de vida. Para a OMS a espiritualidade é o “conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido”. (Volcan et al, 2003 apud OLIVEIRA; JUNGES, 2012, p. 470).

Nessa descrição conceitual, vemos que a Organização Mundial da Saúde nos mostra a sua definição sobre a dimensão espiritual, referindo-se a ela como significado e sentido de vida, abrindo o nosso olhar para as questões existenciais do ser humano e da espiritualidade como um “conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material”, ou seja, fé, esperança, confiança e outros. Nesse contexto, também se evidencia o reconhecimento da transcendência como parte inerente à vida humana que traz em si a convicção de que “nem tudo pode ser percebido ou plenamente compreendido”. (Idem; ibidem). Portanto, viabilizando desta forma a existência e a importância da dimensão espiritual dentro da visão multidimensional da saúde.

A vida é um mistério infinito, cada sujeito é muito mais que o seu próprio limite, tem um “núcleo pessoal” ou “centro da pessoa” que pode sempre se desenvolver e crescer. Sob essa visão, a pessoa percebe sua exigência de ser e de se posicionar no mundo porque

possui uma força vital. É através dessa força que cada um se posiciona e se situa nas circunstâncias no mundo da vida. Mas, ela não é apenas espiritual, ou apenas psicológica, ou apenas biológica. A força da pessoa é uma unidade, entre dimensões do espírito e dimensões naturais. (ESPÍNDULA; VALLE; BELLO, 2010, p. 7).

A revolução que marca a transição do paradigma biomédico para o paradigma biopsicossocial e espiritual da contemporaneidade é justamente o olhar para a unidade do ser humano. O processo saúde e doença acontece na unidade que é a pessoa humana entre as dimensões espirituais e as dimensões naturais. O que se pretende com a nova concepção de saúde é cuidar do ser humano integral, garantindo uma assistência multidimensional e não apenas de suas partes sem uma cuidadosa e equilibrada ligação. Assim as dimensões naturais (física e psíquica) devem ser vistas em relação de equilíbrio com as dimensões do espírito (espiritualidade e religiosidade) (ESPÍNDULA; VALLE; BELLO, 2010).

A Organização Mundial da Saúde também define claramente que uma vivência da dimensão espiritual expressa pela espiritualidade não deve ser limitada à prática de uma religião, pois são conceitos diferentes. Não ignora o lugar e existência da religião, pois se refere a essa possibilidade. No entanto, há de se ter cuidado com o reducionismo, uma vez que a religião vista como “solução mágica” no período da Antiguidade não se sustentou por muito tempo. O bem-estar espiritual indicado pela OMS refere-se à vivência espiritual em relação de equilíbrio com as outras dimensões, no sentido de que esteja em harmonia com o cuidado e atenção às outras dimensões sem reducionismos, caracterizando um bem-estar completo: biopsicossocial e espiritual.

Sabe-se que as questões que envolvem a espiritualidade englobam outros conceitos que não se encerram neste trabalho, dada a sua amplitude e complexidade no que se refere ao transcendente. E como essa dimensão refere-se ao não material, “não pode ser totalmente percebido, tampouco plenamente compreendido”, cabe a nós, neste trabalho, pelo menos analisar algumas percepções, que têm sido transformadas em dados de pesquisa sobre a dimensão espiritual e seus desdobramentos em outros conceitos, reconhecendo sua função e valor para a saúde, compartilhando assim esses saberes úteis para o avanço do campo científico. Segundo Nascimento et.al (2013), a espiritualidade se revela

continuamente como uma filosofia, um apontar para o sentido da vida, muitas vezes fonte de esperança, fé e motivação para enfrentar momentos críticos, por exemplo, diante de um prognóstico de doença grave, crônica ou terminal.

Na área de saúde, frequentemente os profissionais que ali desenvolvem o seu trabalho escutam relatos de pacientes e familiares, revelando sentimentos e emoções como esperança e fé na melhora de quadros clínicos considerados irreversíveis para os profissionais que os acompanham no tratamento médico. Há também relatos, por exemplo, de pais gratos a Deus pelo fato de seu filho, renal crônico, viver uma qualidade de vida mesmo com prognóstico negativamente irreversível (PAULA; NASCIMENTO; ROCHA, 2008). Nesses contextos de extremo sofrimento e dor, alguns falam sobre Deus, outros falam de uma energia referindo-se a um auxílio que está para além da matéria e do ser humano com seus recursos terapêuticos materiais visíveis. Esses recursos denominados esperança, fé, confiança, viriam da dimensão espiritual, que transcende a matéria. “(...) Um conjunto de emoções e convicções de natureza não material” (Idem; ibidem) como nos fala a OMS. Esses recursos da dimensão espiritual se revelariam como um modo de enfrentamento da doença em todas as suas fases.

Algumas abordagens psicoterápicas possuem em suas bases teóricas fundamentos antropológicos, filosóficos e práticos norteados pelo conceito de espiritualidade. Nessas abordagens, o homem é visto como um ser espiritual, o que o diferenciaria de todos os animais com relação aos condicionamentos, memória e outros aspectos (LIMA NETO, 2013). São conceitos teóricos e práticos sobre o ser espiritual denominado homem.

A autotranscendência também faz parte da essência do ser humano - a pessoa é aberta ao mundo, coloca-se em relação, volta-se para algo ou alguém diferente de si. “Ser homem significa ... ser para além de si mesmo. ... Ser humano significa ordenar-se em direção a algo ou a alguém: entregar-se ... a uma obra a que se dedica, a uma pessoa que ama, ou a Deus, a quem serve”. (FRANKL, 1946/1989a, p.45 apud SILVEIRA; MAHFOUD, 2008, p. 572).

Essas considerações acerca da vivência da dimensão espiritual fazem parte das convicções teóricas do médico austríaco, psiquiatra e neurologista Viktor



Frankl, autor reconhecido no meio científico e que desenvolveu sua teoria criando a Logoterapia: a terapia do sentido. Ao construir sua análise existencial, ele tece uma série de críticas ao modelo médico e psicológico de sua época. O modelo médico da época de Viktor Frankl era o biomédico e a referência de psicologia estava na psicanálise e na comportamental, cuja concepção de saúde e doença no homem eram vistos apenas sobre duas dimensões: corpo e mente. Para ele, não abordar a dimensão espiritual do homem era não abordar o homem na sua integralidade (SILVEIRA; MAHFOUD, 2008).

Na concepção de Viktor Frankl, é justamente através da dimensão espiritual que o homem seria capaz de se autotranscender, de onde viria a força para vencer seus condicionamentos negativos psíquicos e físicos (SILVEIRA; MAHFOUD, 2008). Explicando assim, por exemplo, alguns fenômenos inexplicáveis para as ciências médicas, como a recuperação da saúde de enfermos fora de possibilidade de cura.

A existência vacila ou desmorona se não for vivida esta qualidade da autotranscendência” (Frankl, 1989b, p.41). A experiência de Viktor Frankl como prisioneiro de campos de concentração atesta esta realidade (Frankl, 2006). Experiências vividas em outros campos de prisioneiros, como os norte-vietnamitas, confirmam que a sobrevivência dependia da “capacidade de orientar a própria vida em direção a um ‘para que coisa’ ou um ‘para quem. (FRANKL, 1989b, p. 29 apud SILVEIRA; MAHFOUD, 2008, p. 572).

Na abordagem teórica de Viktor Frankl, a espiritualidade seria inata ao ser humano, assim como o corpo e a mente e, nessa dimensão espiritual, o ser humano encontraria um significado a tudo que lhe acontece de positivo ou de negativo. E neste transcender, segundo a obra de Frankl, o homem encontraria o seu sentido de vida e capacidade de vencer as dificuldades em todas as outras dimensões, quando o faz de forma produtiva e funcional, portanto saudável. Sem a vivência da sua dimensão espiritual inata, na visão de Viktor Frankl, o homem sofreria, como consequência, uma série de dificuldades e sofrimentos em que não encontraria um meio eficaz de resolução. A saber, uma série de sofrimentos psíquicos, físicos e espirituais pela desordem advindos da negação da vivência de sua dimensão espiritual (SILVEIRA; MAHFOUD, 2008).

Com a inclusão da dimensão espiritual pela OMS, como parte integrante e igualmente importante do ser humano, a noção de saúde se amplia e traz à realidade novas formas e meios de ajudar o homem em seus sofrimentos relativos à saúde e doença. Então, por exemplo, a promoção de saúde e o estabelecimento de uma qualidade de vida, trazendo bem-estar completo, mesmo tendo-se presente uma doença terminal é possível nesse viés. Tanto para o doente quanto para os seus familiares, que são geralmente o apoio social imediato e que por este motivo podem adoecer também nesse processo de cuidar.

A partir do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- 4º Edição (DSMIV) há uma nova categoria chamada “Problemas Religiosos ou Espirituais” para orientar a atenção clínica, indicando a importância da avaliação de experiências religiosas e espirituais como parte constituinte da investigação psiquiátrica sem necessariamente julgá-las como psicopatológicas (MOREIRA; CARDENA, 2011). Como nas outras dimensões humanas, a espiritualidade possui aspectos positivos e negativos. Um aspecto negativo evidente é o que nos apresentam o DSM IV e V ao falarem da possível associação de experiências espirituais ou religiosas às psicopatologias como as crises psicóticas, por exemplo. Nesses casos, a pessoa não vivenciaria a sua espiritualidade de forma saudável e produtiva, ao contrário, através dessa dimensão, encontraria sofrimento tendo o seu tratamento interrompido ou sua qualidade de vida diminuída. Mas, em contrapartida, nem sempre a experiência espiritual se constitui em perda da qualidade de vida; ao contrário, estudos científicos recentes têm demonstrado que a espiritualidade pode ser uma forma dos indivíduos enfrentarem o processo da doença com esperança e resiliência, dando um sentido de vida a momentos críticos (PANZINI et al, 2007).

Segundo um artigo de epidemiologistas de Harvard publicado no mês de agosto deste ano de 2017 na revista *The JAMA Network* “clínicos modernos ignoram regularmente a dimensão da espiritualidade quando se considera a saúde dos outros ou de si mesmos”. No entanto a espiritualidade revela-se muitas vezes como fonte de força e consolo para os pacientes, tanto informalmente na relação com familiares como de maneira formal em comunidades religiosas. (VANDERWEELE, TYLER J., PhD et al, 2017).

Psiquiatras, como o ilustre autor e professor Harold G. Koenig, que tem se destacado nessa área de trabalho envolvendo espiritualidade e religiosidade nos processos de saúde e doença, vem demonstrando, em suas pesquisas com pacientes psicóticos, que a religião não seria a causa de crises psicóticas nesses pacientes, mas um elemento comum da vida como a maioria das pessoas que frequentam uma religião e, portanto, expressam a sua religiosidade, constituindo um papel positivo nos pacientes com transtornos psiquiátricos. Claro que a religiosidade, enquanto uma prática, pode ser expressa de forma equilibrada, portanto saudável e livre de doenças associadas ou, ao contrário, pode ser vivida de forma distorcida e doentia (KOENIG, 2007). Esse é um dos cuidados que o profissional da saúde precisa ter para manejar, intervir e orientar seu paciente executando o cuidado espiritual com excelência.

Dito de outra forma, segundo os estudos de Harold G. Koenig (2007), ao contrário do que se estabeleceu na ideia de que psicóticos teriam mais crises devido a fatores ligados à religião, não foi o que cientificamente se comprovou. Em seus estudos e trabalhos, como médico psiquiatra, verificou-se que os relatos de seus pacientes psicóticos referentes à espiritualidade e religião devem ser aceitos e trabalhados. Distinguindo, claro, as experiências religiosas que beneficiam o tratamento médico, das experiências religiosas patológicas que fazem, por exemplo, com que os pacientes se intitulem curados e abandonem o tratamento médico. Bastando, para tal fim, o desenvolvimento de um bom trabalho clínico do profissional que o acompanha capaz de discernir (OLIVEIRA; JUNGES, 2012).

Psicólogos, em seus estudos e pesquisas, também descobrem que a religiosidade e espiritualidade não estariam associados à “causa” e “efeito” das psicopatologias.

Na pesquisa, apareceu que as manifestações da psicopatologia estão mais relacionadas com a religião e não com a experiência espiritual em si, pois aspectos psíquicos desordenados encontram na vivência religiosa do sujeito um lugar de simbolização do seu sofrimento psíquico. Assim, a origem da psicopatologia não está propriamente na religiosidade, mas ela usa a religião como lugar de simbolização. Sendo assim, é importante distinguir, no processo psicoterapêutico, entre a experiência positiva e a qualidade de vida do sujeito, daquela que não contribui para a sua saúde mental. (OLIVEIRA; JUNGES, 2012, p. 475).

No campo da saúde mental, faz-se fundamental para nós profissionais de psicologia, entendermos sobre a função da dimensão espiritual no campo de trabalho, uma vez que “nos últimos tempos, a psicologia tem se voltado ao estudo da espiritualidade/religiosidade e sua relação com a saúde mental, o bem-estar psicológico e a integração biopsicossocial-espiritual do ser humano” (OLIVEIRA; JUNGES, 2012, p. 469).

Na prática clínica, o psicólogo é um facilitador no processo de autoconhecimento e autonomia na integração com a dimensão espiritual. A escuta da experiência espiritual na atividade do profissional e a capacidade de deixar-se afetar podem favorecer uma intervenção qualificada no campo da espiritualidade. (OLIVEIRA; JUNGES, 2012, p. 475).

Já existe uma abertura por parte do profissional psicólogo, primordial para sua escuta, que deve ser acompanhada “pela capacidade de deixar-se afetar”, favorecendo assim o trabalho de intervenção qualificada ao que se refere à espiritualidade de seu cliente. (OLIVEIRA; JUNGES, 2012). A citação acima deriva de um estudo exploratório de abordagem qualitativa, em que foi possível escutar, de forma particular, cada paciente atendido por psicólogos, sobre suas experiências na dimensão da espiritualidade e religiosidade, comprovando a busca por parte de psicólogos para entender a relação entre essa dimensão humana e a saúde mental. No estudo, faz-se uma relação entre saúde mental e mente saudável, sendo esta última “uma mente em movimento constante, buscando sustentação nas adversidades, através de sua busca por bem-estar, independente das circunstâncias desfavoráveis”. Esta “mente saudável”, segundo Lancetti e Amarante (2006 apud OLIVEIRA; JUNGES, 2012, p. 479), teria estreita ligação com um exercício da espiritualidade.

Na visão de saúde atual, é muito importante que a dimensão espiritual seja mais investigada, compreendida e abordada por meio de pesquisas científicas sérias. Atualmente é possível fazer algumas mensurações da qualidade de vida, por exemplo, e de *coping* espiritual/religioso, ligando-os à ideia de estratégia de enfrentamento espiritual/ religioso. Pouco estudado no Brasil entre os anos de 1979 e 2006, ao que se refere aos artigos existentes nas bases de dado como a

*Medline*, verifica-se que o *coping* religioso e espiritual são usados para lidar com situações de estresse, configurando - se em estratégias com resultado favorável à saúde ou não. (PANZINI; BANDEIRA, 2007). Inserido nas áreas de psicologia da saúde, psicologia positiva, psicologia da religião e da cognitivo-comportamental o conceito de *coping* religioso/espiritual também está presente nos estudos sobre religião e saúde, medicina e espiritualidade sendo delineado a partir do estudo cognitivista do estresse e do *coping*. (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

Resumidamente, *coping*, enquanto estratégia humana serviria, nos momentos de grande tensão, como um instrumento interno (suporte) para lidar com fatores estressantes (PANZINI; BANDEIRA, 2007). Na área da saúde, esses momentos de forte tensão se configurariam nos próprios desdobramentos do processo de adoecimento, podendo ocorrer em momentos variados. O *coping* é individual; cada indivíduo possuiria a sua própria maneira de lidar com os fatores estressantes, delineando, assim, resultados benéficos ou negativos, conforme a pessoa e a situação. “Tanto o indivíduo como o familiar podem utilizar estratégias de enfrentamento (*coping*), a fim de controlar o estresse, e a forma como estes as escolhem é determinada por recursos tanto internos como externos, incluindo-se responsabilidade, saúde, suporte, crenças, recursos materiais e habilidades sociais”. (MARQUES et al, 2014, p. 916).

A espiritualidade também tem sido estudada nos casos de doenças crônicas, sendo avaliada como uma forma de estratégia de enfrentamento da doença. Enfrentamento esse que pode ser definido como enfrentamento negativo ou enfrentamento positivo. O trecho retirado de uma pesquisa empírica expõe a fala de um paciente com HIV que esclarece um pouco essa diferença.

Carolina, após o diagnóstico, viveu momentos de isolamento e descontentamento dentro de seu grupo religioso, no qual se pode observar um enfrentamento negativo; porém, num movimento contrário, ela resgata suas possibilidades de ligações diretas com Deus, sem intermediários, para se fortalecer, retornando a um enfrentamento positivo (FERREIRA; FAVORETO; GUIMARÃES, 2012, p. 389).

Há ainda um outro termo que tem sido associado e citado em alguns estudos sobre espiritualidade e saúde. Esse termo é a definição de resiliência. As experiências espirituais e/ ou religiosas associadas à resiliência se constituem uma força de apoio no enfrentamento de familiares e pacientes, durante longos períodos de tratamento, tanto para o adulto enfermo como para os adultos que acompanham crianças seriamente enfermas. (SORATTO et al, 2016). A resiliência tem o potencial de promover uma melhor adaptação e flexibilidade ao paciente em relação ao processo de adoecimento com uma adesão ao tratamento eficaz, pois é a capacidade do paciente em enfrentar e superar adversidades e conseguir, neste processo um fortalecimento (SORATTO et al, 2016).

No contexto das doenças crônicas, a dimensão espiritual do indivíduo, portanto a vivência da espiritualidade ou religiosidade, tem surgido nas pesquisas científicas realizadas majoritariamente por enfermeiros, como um modo de enfrentamento durante o processo da doença. Faz-se indispensável, nesse sentido, um trabalho profissional eficiente e capaz de acompanhar o paciente enfermo, nessa abordagem espiritual, tanto para o discernimento do caminho que o paciente faz, quanto para a orientação necessária, caso esteja sendo negativo para o tratamento. Considera-se a boa qualificação dos profissionais e das instituições de saúde no novo paradigma, cujo objetivo é a integração das dimensões humanas.

Questões espirituais e religiosas têm surgido nos discursos de enfermos e de seus familiares durante o período de internação. Estudos recentes demonstram relatos de pacientes com doenças crônicas, como o câncer, renais crônicos e HIV. Alguns desses estudos e pesquisas, apresentam estudos de casos como, por exemplo, o estudo realizado com crianças renais crônicas em diálise peritoneal, chegando a uma das seguintes conclusões: “mesmo quando não plenamente atendidos em suas preces, são gratos pela graça concedida por Deus. (...) A forte relação com Deus ajuda a família a continuar a lutar pela recuperação da criança. (PAULA; NASCIMENTO; ROCHA, 2008, p. 103).

Em estudos recentes, é possível observar que as experiências espirituais têm sido fonte de apoio e também colaborado no enfrentamento da doença, tanto para pacientes quanto seus familiares, sendo muito importante inclusive para a saúde mental. “...a espiritualidade/religiosidade, quando bem integrada na vida do

sujeito, contribui de forma positiva para a sua saúde mental. ” (OLIVEIRA; JUNGES, 2012, p. 475).

No entanto, cada indivíduo deve ser considerado em sua individualidade, como único, em contexto familiar único e em sua experiência espiritual e religiosa também únicas. Sendo assim, cabe ao profissional de saúde, um reconhecimento da existência desse nível imaterial humano, abrindo-se a uma escuta profissional cuidadosa e aberta. A falta de conhecimento sobre a dimensão espiritual por parte do profissional cuidador pode desencadear uma série de sofrimentos que podem ser evitados: perda da qualidade de vida, falta de autonomia, isolamento, falta de esperança, angústia existencial e outros. “É importante salientar que a definição de espiritualidade/religiosidade como “experiência” deve levar em consideração a forma como o sujeito se deixa afetar e como interpreta essas experiências, e o que ela produz enquanto sentido para a sua vida” (OLIVEIRA; JUNGES, 2012, p. 475).

É o profissional de saúde que estará junto ao seu paciente, cabendo a ele ajudar a discernir sobre essas experiências espirituais/religiosas. Enfim, o bem-estar espiritual também faz parte do conceito de saúde atual e por isso deve ser seriamente considerado para esse fim, com o propósito de que o paciente receba o devido cuidado espiritual e não se perca de forma alguma a visão do paradigma da saúde integrativo, que surge após séculos de importantes transições.

Quanto às Práticas Integrativas Complementares já disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), algumas delas como a meditação, yoga, acupuntura já são procuradas pela população com o objetivo de obter bem-estar espiritual, serenidade, melhora do humor e compaixão pelo próximo (Rodriguez et al, 2015), configurando uma busca da população brasileira no novo cenário da visão de saúde da contemporaneidade e deixando para traz a visão exclusiva da biomedicina. No novo cenário de cuidados em saúde, podemos analisar a prática dos cuidados paliativos como um exemplo concreto do cuidado médico integral, que inclui o cuidado espiritual.

### 3. CUIDADOS PALIATIVOS

A fim de delimitar bem e especificar o conceito de cuidados paliativos, descreveremos primeiramente o conceito da prática, depois a quem são destinados esses cuidados e por fim sua abrangência.

Cuidado Paliativo é a prática multiprofissional que busca oferecer ao paciente, fora de possibilidade de cura, um atendimento que integre todas as dimensões do ser, visando atingir uma melhor qualidade de vida para o doente e sua família, considerando que as consequências causadas pelo adoecimento acarretam intenso sofrimento que afetam todos em volta do paciente. (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011, p. 1).

Segundo Ferreira; Lopes; Melo (2011), a palavra paliativo é derivada do vocábulo latino *pallium*, que significa manto, cobertor, expressando um propósito de proteção contra as intempéries do caminho. Diferente da proposta do modelo biomédico, que concentra suas intervenções na doença, os cuidados paliativos estão centrados na pessoa enferma.

A teoria e prática dos cuidados paliativos surgem em estreita ligação com um movimento social denominado *Hospice*, palavra originária do latim, e que significa hospedar um convidado ou estrangeiro. Em português, significa hospedaria para viajantes, asilo para pessoas desamparadas e doentes, e mesmo hospício (MONTEIRO, 2015). Segundo o Manual dos Cuidados Paliativos (MATSUMOTO, 2012), essa estreita relação surgiu no século V, através do trabalho realizado por uma médica religiosa romana, chamada Fabíola. Ela funda um lugar de acolhimento para peregrinos, doentes e pobres, seguindo os preceitos cristãos e nomeia esse lugar de *Hospice*. Trabalhos semelhantes a esse realizado por Fabíola, vão se multiplicando na Europa. Até que, em 1842, esse termo “*hospice*” é usado pela primeira vez em um lugar dedicado exclusivamente para cuidar de pessoas com doenças em estágio terminal, quando não há possibilidade de cura da doença.

Porém a versão moderna e mais sistematizada do movimento *hospice*, com a oficialização do conceito desses cuidados, incluindo a realização de suas



práticas específicas em uma instituição de ensino acadêmico, inicia-se em 1967, por iniciativa da inglesa *Cicely Saunders*, que funda o *St Christopher's Hospice* no Reino Unido. Posteriormente, a fundadora, que era enfermeira e assistente social, torna-se uma médica paliativista. Seu hospital desenvolve trabalhos de forma brilhante, e se torna um hospital de referência na prática e no ensino dos cuidados paliativos. Desta forma, essa filosofia de cuidados foi se espalhando pelo mundo, também como um grande movimento social, com propostas de assistência inovadoras e também como uma forma de protesto aos abusos de poder impostos pelas instituições médicas da época. (MONTEIRO, 2015).

Presente oficialmente no Brasil desde 1990, através dos atendimentos e cursos organizados pelo médico Marco Túlio de Assis Figueiredo, a teoria e prática dos cuidados paliativos, posteriormente chegam ao Instituto Nacional do Câncer (Inca) em 1996, na cidade do Rio de Janeiro, onde até hoje há um centro considerado referência no país denominada unidade de cuidados paliativos. (AZEVEDO et al, 2014-2016). Enquanto uma realidade eficaz nas ciências médicas, a medicina paliativa, nesses espaços, tem contribuído para a assistência à saúde, na perspectiva do paradigma que visa ao bem-estar biopsicossocial e espiritual, onde, por exemplo, um paciente com câncer em estágio avançado é acompanhado junto aos seus familiares, em todo o seu processo de final de vida e a possibilidade de ser encaminhado (a) para uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) não existe. O paciente permanece no hospital enquanto necessita de cuidados terapêuticos que não são possíveis fora da instituição como, por exemplo, procedimentos para o controle dos sintomas e alívio da dor física, mas a possibilidade de ir para casa em período de considerável melhora não é descartada, retornando ao hospital quando necessário. Conta com uma equipe multidisciplinar e especializada em cuidados de final de vida, tudo isso com o objetivo de amenizar a dor total (física, psíquica, social e espiritual) ou seja o sofrimento do paciente e de seus familiares.

No Brasil, já existem muitos casos de pacientes atendidos nessa abordagem, onde na última década, essa política e prática vêm se concretizando. Segundo Gomes; Othero (2016), a abordagem dos cuidados paliativos diferencia-se fundamentalmente da medicina curativa por focar no cuidado integral, através da prevenção e do controle de sintomas, para todos os pacientes, que enfrentam

doenças graves, ameaçadoras da vida. Segundo a médica francesa Catherine *Le Galès-Camus*, diretora-geral assistente para doenças crônicas e mentais da OMS, tratar as pessoas enfermas é uma questão humanitária, além de ser um direito delas. Na visão da médica, deve-se atenuar a dor física, psíquica, social e espiritual desses pacientes.

O Cuidado Paliativo não se baseia em protocolos, mas sim em princípios. Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida. Indica-se o cuidado desde o diagnóstico, expandindo nosso campo de atuação. Não falaremos também em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, desta forma afastando a ideia de “não ter mais nada a fazer”. Pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade dentre as dimensões do ser humano. A família é lembrada, portanto assistida também após a morte do paciente, no período de luto. (MATSUMOTO, 2012, p. 26).

Em geral, os cuidados paliativos são realizados por profissionais da área de saúde como médicos, enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas (MONTEIRO, 2015). Pacientes e familiares relatam os benefícios desse trabalho, que considera a família como uma unidade de tratamento que merece, portanto, cuidado. A medicina paliativa, diferente da concepção de saúde do modelo biomédico, inclui o cuidado espiritual, como parte do tratamento, onde o objetivo não é a cura da doença, mas a qualidade de vida desses pacientes, ajudando-os no exercício efetivo da autonomia, possibilitando a manifestação da própria vontade com relação ao seu tratamento e abertura às questões que envolvem a própria existência e sentido de vida, cujo objetivo final é o bem-estar em todas as suas dimensões. Alguns benefícios desses cuidados merecem destaque a saber: informações sobre o que esperar durante uma doença e o luto; informações sobre o que esperar de provedores da saúde; comunicação eficaz e facilitadora do processo de tomada de decisões; controle dos sintomas e das incapacidades; alívio do sofrimento pelas perdas, ajuda na elaboração do luto e incentivo às ressignificações e registro de suas diretivas antecipadas de vontade (registro sobre a decisão e vontade do paciente a respeito de aspectos do seu tratamento). Esses benefícios são dados ao paciente muito enfermo e aos seus familiares (MATSUMOTO, 2012).

Os Cuidados Paliativos foram definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990, e redefinidos em 2002, como sendo uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (HERMES; LAMARCA, 2013, p. 2578).

Nos cuidados paliativos, como já foi dito, a família é parte integrante do tratamento, sendo chamada a participar ativamente do contexto do seu familiar doente, do manejo da dor e do conhecimento dos seus desejos manifestos. Desse modo, o objetivo é dar autonomia e incentivar o paciente a estar ativo à medida que pode, durante os procedimentos médicos a ele direcionados. Esse cuidado integral traz em si uma convicção de *Cicely Saunders*, transformado em um conceito chamado de “dor total”: “sofrimento amplo e profundo causado pela dor, com impacto no estado social, espiritual, físico e psicológico da pessoa doente”, entendendo que o sofrimento de cada indivíduo perpassa todas as suas dimensões (MATSUMOTO, 2012:30). Nesse cuidado, o foco não é a doença impassível de controle, mas a pessoa e aquilo que a perturba, ou seja, aquilo que pode trazer um desconforto para ela, como por exemplo, uma falta de ar, agitação ou confusão mental.

Os princípios dos cuidados paliativos publicado pela OMS (2002) são: promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; não acelerar nem adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; abordar multiprofissionalmente para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença. Isto deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e deve incluir todas as investigações necessárias

para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes. (MATSUMOTO, 2012).

Quanto ao papel dos cuidadores profissionais envolvidos nos cuidados paliativos, a Organização Mundial da Saúde descreve algumas orientações em seu guia de Cuidados Paliativos e Planejamento Eficaz no Controle do Câncer. Nesse guia, a OMS demonstra o grande valor do cuidado integral, descrevendo a equipe multidisciplinar que contém profissionais diferentes, em que cada um possui o seu papel e pode colaborar de forma eficaz e conjunta, considerando a pessoa, o ser que no corpo habita com suas várias dimensões (WHO, 2007). Vamos tratar do trabalho específico de alguns desses profissionais.

Entre outras atribuições, os médicos paliativistas, que desempenham um papel crucial nos cuidados paliativos interdisciplinares, devem ser competentes em medicina geral, competentes no controle da dor e outros sintomas, e também devem ser familiarizados com os princípios de manejo da doença do paciente. (WHO, 2007).

Quanto ao profissional de enfermagem, que normalmente possui maior contato com o paciente, cabe a função de avaliar com profundidade o que está acontecendo com o paciente, o que é importante para ele, ajudando-o a lidar com os efeitos dos avanços da doença, fornecendo cuidados físicos e emocionais ao paciente. Ainda lhe cabe contribuir na educação familiar e organização do espaço, minimizando a perda de controle do paciente, colaborando assim com o paciente e seus familiares nesse processo. (WHO, 2007). Finalmente, ao psicólogo cabe ajudar o paciente e seus familiares a lidar com questões pessoais, que possam surgir ao longo do tratamento, proporcionando apoio durante a progressão da doença, na resolução de conflitos inclusive psicossociais. Pode intervir e encaminhar para outros serviços que forem necessários e não só atender ao paciente individualmente, mas também à sua família.

“Os princípios que orientam o desenvolvimento dos cuidados paliativos dentro de um programa de controle do câncer são muito semelhantes àqueles necessários ao fornecimento de cuidados paliativos para pessoas com outras doenças crônicas”. (WHO, 2007:39). Com o aumento da expectativa de vida aumentam também os casos de pacientes com doenças crônicas tanto nos países

desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Nesse sentido, os cuidados paliativos não pretendem ser identificados como tipos de cuidados dirigidos apenas àqueles que estão em fase terminal da vida, mas um cuidado que visa minimizar os sofrimentos causados pelo adoecimento que ameaça a vida. (WHO, 2007).

Com relação ao cuidado espiritual, a organização Mundial da Saúde especifica algumas orientações, acerca do papel do conselheiro espiritual: deve ser um ouvinte qualificado, capaz de lidar com as questões relacionadas ao significado da vida, tais como se apresentam invariavelmente para pacientes e seus familiares sem preconceitos e julgamentos. O papel do conselheiro espiritual é ouvir, facilitar a lembrança do passado e ter crescente disponibilidade para o que está por vir. O conselheiro espiritual frequentemente serve como confiante fonte de apoio para aqueles com tradição religiosa, organizando rituais religiosos e sacramentos que são significativos para o paciente. O conselheiro espiritual deve ser um profissional treinado em cuidados de fim de vida. (WHO, 2007).

Como já vimos, os cuidados paliativos não pretendem ser uma especialidade dirigida apenas a doentes terminais, mas aos enfermos crônicos, a todas as pessoas que sofrem com as inúmeras questões que podem surgir durante um longo processo de adoecimento. A abordagem dos cuidados paliativos é um exemplo da importância do cuidado da saúde integral, que pretende assistir inclusive os familiares que constituem o apoio social da pessoa enferma e tratar a pessoa adoecida como uma unidade composta de três dimensões (física, psíquica e espiritual) colaborando para a qualidade de vida e um estado de completo bem-estar, objetivo da Organização Mundial da Saúde na contemporaneidade.

## CONCLUSÃO

Considerando os dados apresentados pelos artigos consultados para este trabalho de pesquisa, foi possível reconhecer o valor e a função da espiritualidade/religiosidade no contexto do paradigma da saúde atual. Os aspectos ligados à dimensão espiritual durante o processo saúde e doença têm surgido como elementos propiciadores de qualidade de vida do paciente e sua família; agente ativador do processo de *coping* religioso/espiritual como recurso interno do indivíduo no enfrentamento da doença; fortalecimento do processo de resiliência; fonte de equilíbrio e sentido de vida contribuindo para a cura física e mental; papel positivo no tratamento de pacientes psicóticos; favorecendo o cuidado integral gerador de bem estar completo. No entanto é necessário estar atentos aos aspectos negativos da dimensão espiritual, como a indução a culpa, isolamento e justificação de comportamentos de saúde negativos que substituem os cuidados médicos e/ou levam o paciente ao abandono do tratamento tradicional.

Na contemporaneidade, muitos estudos sobre a dimensão espiritual estão sendo realizados, inclusive por profissionais da área de saúde mental como psicólogos e psiquiatras, mas ainda há muito que investigar e descobrir à medida que cresce a compreensão sobre o significado de cuidado espiritual. É mais importante do que o conhecimento do senso comum, cuidadores profissionais precisam ser formados e capacitados para atuar neste contexto do novo paradigma de saúde.

Valorizar certos conhecimentos adquiridos ao longo do tempo, incluindo as contribuições do modelo biomédico para a saúde como as descobertas sobre a fisiologia, anatomia e outros, é a prova de que se evolui cientificamente, no entanto para não limitar-se às antigas práticas é preciso ampliar o olhar, reconhecer e adaptar-se à nova concepção do processo saúde e doença, a começar pelos profissionais que trabalham na área de saúde. Pesquisadores, professores e responsáveis por instituições de saúde precisam estar atentos a essas transições de paradigmas.

A filosofia e a prática dos cuidados paliativos são uma referência do modelo de saúde integral. Seria bastante complexo medir os benefícios desse tipo de atuação na saúde, em que todas as dimensões do ser humano são percebidas e cuidadas. A “dor total” (física, psicológica, social e espiritual), conceituada pela Dra *Cicely Saunders*, é reconhecida, valorizada e tratada na abordagem dos cuidados paliativos.

Que não sejam apenas os profissionais de enfermagem a empenhar-se na busca por conhecimento sobre a dinâmica da dimensão espiritual com as dimensões naturais, mas que cresça o número de profissionais psicólogos: originalmente profissionais da escuta, a abrirem-se ao indivíduo biopsicossocial e espiritual sem reduzi-lo a duas dimensões: a do corpo e da mente. Ouvir esse ser humano, reconhecendo nele sua dimensão espiritual, ou seja, transcendental, pode ser desafiador, mas excluir essa dimensão durante a escuta é abrir mão de uma escuta do ser humano integral.

Este trabalho não pretendeu esgotar o estudo desse assunto, que é amplo, complexo e atual, mas servir de apoio para futuras pesquisas sobre o tema da dimensão espiritual em articulação com a área de saúde.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO et al. **Vamos falar de cuidados paliativos?** Comissão Permanente de Cuidados Paliativos da **SBGG** – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2014-2016). Disponível em: < <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers-o-online.pdf>>. Acesso em 03 de julho de 2017.

BARROS, José Augusto C. **Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?** Saúde soc., São Paulo v. 11, n. 1, p. 67-84, July 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902002000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902002000100008&lng=en&nrm=iso)>. Access em: 09 de agosto de 2017.

CASTRO, Maria da Graça; ANDRADE, Tânia M. Ramos; MULLER, Marisa C. **Conceito mente e corpo através da história.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 1, p. 39-43, jan/abr. 2006 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a05.pdf>>. Acesso em 03 de julho de 2017.

DE MARCO, Mario Alfredo. **Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 30, n. 1, p. 60-72, apr. 2006 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022006000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022006000100010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 9 de agosto de 2017.

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/6606>>. Acesso em: 26 de julho de 2017.

ESPINDULA, Joelma Ana; VALLE, Elizabeth Ranier Martins Do; BELLO, Angela Ales. **Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde.** Rev. Latino Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1229-1236, Dec. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692010000600025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692010000600025&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 de agosto de 2017.



FERREIRA, Ana Paula de Queiroz; LOPES, Leany Queiroz Ferreira; MELO, Mônica Cristina Batista de. **O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer**. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 85-98, dez. 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 4 de agosto de 2017.

FERREIRA, Débora Carvalho; FAVORETO, Cesar Augusto Orazem; GUIMARAES, Maria Beatriz Lisboa. **A influência da religiosidade no conviver com o HIV**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 16, n. 41, p. 383-394, June 2012. Epub Apr 26, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S14143283201200020008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14143283201200020008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 de agosto de 2017.

GERMANO, Marcelo Gomes. **Os impasses e a crise da ciência moderna**. Uma nova ciência para um novo senso comum [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 400 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/qdy2w/pdf/germano-9788578791209-04.pdf>>. Acesso em 09 de agosto de 2017.

GOMES, Ana Luísa Zaniboni; OTHERO, MARÍLIA BENSE. **Cuidados paliativos**. Estud. Av., São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, Dec. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010340142016000300155&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340142016000300155&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 de agosto de 2017.

HEGENBERG, Leonidas. **Doença: um estudo filosófico** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 137 p. ISBN: 85-85676-44-2. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/pdj2h/pdf/hegenberg-9788575412589.pdf>>. Acesso em 03 de julho de 2017.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. **Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde**. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, Sept. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232013000900012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000900012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 de agosto de 2017.

KOENIG, Harold G. **Religião, espiritualidade e transtornos psicóticos**. Rev. psiquiatr. Clin., São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 95-104, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010160832007000700013&lng=pt\\_BR&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832007000700013&lng=pt_BR&nrm=iso)>. Acesso em: 10 de agosto de 2017.

LIMA NETO, Valdir Barbosa. **A espiritualidade em logoterapia e análise existencial: o espírito em uma perspectiva fenomenológica e existencial.** Rev. abordagem gestalt., Goiânia , v. 19, n. 2, p. 220-229, dez. 2013 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180968672013000200010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180968672013000200010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 de junho de 2017.

MARQUES et al. **Estratégias de coping utilizadas por familiares de indivíduos em tratamento hemodialítico.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2014 Out-Dez; 23(4): 915-24. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt\\_0104-0707-tce-23-04-00915.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-00915.pdf)>. Acesso em: 21 de junho de 2017.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. **Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios.** Manual de cuidados paliativos. 2ª edição. 2012. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>>. Acesso em 17 de julho de 2017.

MENDONCA, André Luis de Oliveira; VIDEIRA, Antonio Augusto Passos. **Progresso científico e incomensurabilidade em Thomas Kuhn.** Sci. stud., São Paulo , v. 5, n. 2, p. 169-183, June 2007 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167831662007000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167831662007000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 17 de junho de 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). **Política Nacional de Práticas Integrativas.** Portaria 971 GM/ MS de 03 de maio de 2006 e Portaria nº 849/2017 D.O.U. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/27929ministerio-da-saude-inclui-14-novos-procedimentos-na-politica-nacional-de-praticas-integrativas>>. Acesso em: 04 de julho de 2017.

MONTEIRO, Mayla Cosmo. **No palco da vida a morte em cena: as repercussões da terminalidade em UTI para a família e a equipe médica.** Tese (doutorado) –Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2015. 200 f. Disponível em: <<https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/26557/26557.PDF>>. Acesso em: 10 de maio de 2017.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; CARDENA, Etzel. **Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11.** Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo , v. 33, supl. 1, p. s21-s28, May 2011 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151644462011000500004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462011000500004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 de agosto. 2017.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LUCCHETTI, Giancarlo. **Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade**. Cienc. Cult., São Paulo , v. 68, n. 1, p. 54-57, Mar. 2016 Disponível em: <[http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252016000100016&lng=en&nrm=iso](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252016000100016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de julho de 2017.

NASCIMENTO, Lucila Castanheira et al. **Spirituality and religiosity in the perspectives of nurses**. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 22, n. 1, p. 52-60, Mar. 2013 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072013000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 de agosto de 2017.

OLIVEIRA, Márcia Regina de; JUNGES, José Roque. **Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos**. Estud. psicol. (Natal), Natal , v. 17, n. 3, p. 469-476, Dec. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413294X2012000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2012000300016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 de agosto de 2017.

OTANI, Márcia Aparecida Padovan; BARROS, Nelson Filice de. **A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, p. 1801-1811, mar. 2011 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232011000300016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000300016&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 de agosto de 2017.

PALIAITIVE CARE. **(Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 5.)** Ano 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>>. Acesso em: 26 de julho de 2017.

PANZINI, Raquel Gehrke. BANDEIRA, Denise Ruschel. **Coping (enfrentamento) religioso/espiritual**. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo , v. 34, supl. 1, p. 126-135, 2007 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a16v34s1.pdf>>. Acesso em: 15 de maio de 2017.

PANZINI, Raquel Gehrke et al. **Qualidade de vida e espiritualidade**. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo , v. 34, supl. 1, p. 105-115, 2007 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010160832007000700014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832007000700014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 de agosto de 2017.

PANZINI, Raquel Gehrke et al. **Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais**. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 45, n. 1, p. 153-165, Feb. 2011 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102011000100018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102011000100018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 de agosto de 2017.

PAULA, Érica Simpionato de; NASCIMENTO, Lucila Castanheira; ROCHA, Semiramis Melani Melo. **A influência do apoio social para o fortalecimento de famílias com crianças com insuficiência renal crônica**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 16, n. 4, p. 692-699, Aug. 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692008000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692008000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 de junho de 2017.

REGO, Sergio. **Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 233-235, Jan. 2006 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2006000100029&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000100029&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 de julho de 2017.

RODRIGUEZ et.al. **Uso de práticas integrativas e complementares no tratamento de estresse ocupacional: uma revisão integrativa**. Revista eletrônica trimestral de enfermagem nº39 julho de 2015. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/pt\\_revision2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/pt_revision2.pdf)>. Acesso em: 05 de maio de 2017.

SILVEIRA, Daniel Rocha. MAHFOUD, Miguel. **Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência**. Estud. psicol. (Campinas), Campinas , v. 25, n. 4, p. 567-576, Dec. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a11v25n4.pdf>>. Acesso em: 27 de junho de 2017.

SORATTO et al. **Espiritualidade e resiliência em pacientes oncológicos**. Saúde e Pesquisa, Maringá (PR) DOI: <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2016v9n1p53-63>. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/4284/2749>> . Acesso em: 20 de julho de 2017.

TONIOL, Rodrigo. **Espiritualidade que faz bem. Pesquisas, políticas públicas e práticas clínicas pela promoção da espiritualidade como saúde**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Porto Alegre 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org.ar/pdf/syr/v25n43/v25n43a05.pdf>>. Acesso em: 15 de maio de 2017.

VANDERWEELE, TYLER J., PhD et al. Saúde e Espiritualidade. JAMA. 2017; 318 (6): 519-520. Doi: 10.1001 / jama.2017.8136. Disponível em:<[http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2646460?utm\\_medium=alert&utm\\_source=JAMAPublishAheadofPrint&utm\\_campaign=27-07-2017](http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2646460?utm_medium=alert&utm_source=JAMAPublishAheadofPrint&utm_campaign=27-07-2017)>. Acesso em: 7 de agosto de 2017.

WHO. Definition of Palliative Care. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>>. Acesso em: 10 de agosto de 2017.